

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU PROGRAMME DE DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (PhD)

PAR
SOPHIE PAINCHAUD

PRÉDICTION DU CHOIX ENTRE UNE PSYCHOTHÉRAPIE
INDIVIDUELLE OU DE GROUPE

FÉVRIER 1998

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.

Cette thèse a été réalisée à l'Université du Québec à Trois-Rivières
dans le cadre du programme de doctorat en psychologie offert en extension
par l'Université du Québec à Montréal.

Sommaire

L'intérêt grandissant pour la santé mentale et le processus thérapeutique est manifeste. La personne désireuse de recourir à un service d'aide psychologique devrait avoir accès à une multitude de choix. Dans la pratique, cependant, la thérapie individuelle est la plus souvent recherchée, et les personnes qui se voient offrir l'approche thérapeutique de groupe déclinent l'invitation. Cette recherche vise à examiner la préférence des personnes pour l'approche thérapeutique individuelle et de groupe et à déterminer les caractéristiques psychosociales les plus susceptibles d'exercer une influence sur l'intention de consulter selon l'une ou l'autre approche. Le modèle du comportement planifié d'Ajzen (1988) est utilisé en raison de son cadre théorique, utile et systématique, qui permet de préciser les croyances et les attitudes qui sous-tendent le choix d'une approche thérapeutique lors de la consultation en psychothérapie. Deux hypothèses générales sont formulées: selon la première, la thérapie individuelle est préférée à la thérapie de groupe; selon la seconde, l'intention de consulter en psychothérapie individuelle et de groupe peut être prédite par les trois variables principales du modèle du comportement planifié, à savoir les «attitudes», les «normes sociales» et la «perception du contrôle sur le comportement». Deux expérimentations sont effectuées et, pour chacune d'elles, une étude-pilote est élaborée. La première expérimentation consiste à mesurer le caractère volitif des comportements «consulter en psychothérapie individuelle» et «consulter en psychothérapie de groupe»; elle permet l'opérationnalisation des hypothèses relatives à la variable «perception du contrôle sur le comportement». Une étude-pilote est nécessaire à l'élaboration du questionnaire servant à mesurer le niveau de difficulté et de facilité perçu par rapport à la consultation en psychothérapie individuelle et de groupe. Les participants à cette étude sont des sujets volontaires (206), rencontrés dans les classes afin qu'ils évaluent, à l'aide

d'un questionnaire, la perception du degré de contrôle nécessaire à l'adoption des comportements cités ci-dessus. Les résultats indiquent que les sujets perçoivent le comportement «consulter en thérapie individuelle» comme étant plus facile à réaliser que celui de «consulter en thérapie de groupe». Cette observation permet de situer ces comportements sur un continuum allant de «extrêmement volitif» à «extrêmement non volitif» et d'énoncer l'hypothèse suivante: la variable «perception du contrôle sur le comportement» constitue un déterminant significatif de l'intention de consulter en psychothérapie de groupe étant donné le caractère non volitif de ce comportement. La seconde expérimentation est celle de l'étude principale du présent projet. D'abord, une étude-pilote permet l'élaboration d'un questionnaire mesurant les différentes variables du modèle du comportement planifié, à savoir l'«intention», les «attitudes», les «normes sociales» et la «perception du contrôle sur le comportement». Les résultats aux analyses de consistance interne et de stabilité temporelle indiquent que le questionnaire et ses échelles possèdent d'intéressantes caractéristiques qui permettent de conclure à une fidélité satisfaisante. Deux cent huit étudiants universitaires ont volontairement répondu aux questionnaires: le premier mesurant les différentes variables du modèle et le second, le niveau de détresse psychologique des sujets (Dérogatis, Lipman et Covi, 1973). Les résultats confirment la première hypothèse selon laquelle la thérapie individuelle est préférée à la thérapie de groupe. En effet, 172 sujets sur 208 indiquent qu'ils opteraient pour cette approche s'ils avaient à consulter au cours des trois prochains mois. La seconde hypothèse générale est partiellement confirmée, c'est-à-dire que seule la variable «attitudes» contribue significativement à la prédiction de l'intention de consulter en psychothérapie individuelle et de groupe, alors que la variable «perception du contrôle sur le comportement» s'avère être un prédicteur significatif de l'intention de consulter en psychothérapie de groupe seulement. Ces résultats corroborent en grande partie ceux de différentes études, à savoir que la variable «attitudes» s'avère être le meilleur prédicteur de l'intention et que, dans le cas d'un comportement non volitif, la variable «perception du contrôle sur le comportement» augmente le pouvoir prédictif du modèle.

Table des matières

	Page
SOMMAIRE	iii
LISTE DES TABLEAUX	viii
LISTE DES FIGURES	ix
REMERCIEMENTS.....	x
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I - CONTEXTE THÉORIQUE	9
1.1 Nature du problème	10
1.2 Pouvoir d'attraction d'une approche en psychothérapie	11
1.2.1 En fonction des caractéristiques de l'approche	11
1.2.2 En fonction des caractéristiques individuelles des personnes	14
1.2.3 En fonction des caractéristiques psychosociales des gens	24
1.3 Théorie prédisant un comportement psychosocial volitif	25
1.3.1 Modèle de l'action raisonnée	25
1.3.2 Modèle du comportement planifié	30
1.4 Application des modèles dans divers champs	35
1.4.1 Application du modèle du comportement planifié aux comportements d'ordre volitif et non volitif	37
1.5 Sommaire des études recensées	68
1.6 Synthèse conceptuelle et présentation du modèle	72
CHAPITRE II - MÉTHODE	76
2.1 Caractère volitif des comportements à l'étude	78

2.1.1	Sujets et procédure	78
2.1.2	Comportements à l'étude	79
2.1.3	Questionnaire sur le caractère volitif des comportements à l'étude	79
2.1.4	Résultats	82
2.2	Développement du questionnaire de l'étude principale	86
2.2.1	Sujets et procédure de collecte des données.....	86
2.2.2	Élaboration de l'instrument de mesure	87
2.2.3	Résultats obtenus au questionnaire de l'étude-pilote	89
2.3	Méthode de l'étude principale	101
2.3.1	Sujets de la recherche	103
2.3.2	Procédure de la recherche	103
2.3.3	Instruments de mesure	104
	2.3.3.1 Questionnaire de l'étude principale.....	105
	2.3.3.2 Questionnaire de détresse psychologique	109
2.4	Plan d'analyses statistiques	110
CHAPITRE III: RÉSULTATS		112
3.1	Étude de fidélité	113
3.1.1	Consistance interne.....	113
3.1.2	Stabilité temporelle	114
3.2	Préférence pour une approche thérapeutique	115
3.3	Moyennes et écart-types pour l'ensemble des sujets	115
3.4	Prédiction de l'intention	117
3.4.1	Thérapie individuelle	118
3.4.2	Thérapie de groupe	120
3.5	Corrélations entre la variable détresse psychologique et les 7 variables du modèle pour l'ensemble des sujets ainsi que pour les femmes et les hommes	121

CHAPITRE IV: DISCUSSION	125
4.1 Rappel des objectifs de la recherche	126
4.2 Qualités métrologiques du questionnaire principal	126
4.3.1 Fidélité du questionnaire principal	127
4.3 Préférence pour une approche thérapeutique	127
4.4 Moyennes et écarts-types pour l'ensemble des sujets	128
4.5 Prédiction de l'intention	129
4.5.1 Consulter en thérapie individuelle	129
4.5.2 Consulter en thérapie de groupe	130
4.6 Corrélations entre la variable détresse psychologique et les 7 variables du modèle pour l'ensemble des sujets ainsi que pour les femmes et les hommes	136
4.7 Avantages et limites liés à cette recherche	139
CONCLUSION	144
Préambule à la discussion des résultats	145
Synthèse des résultats	146
Principales contributions à l'avancement de la recherche dans le domaine	148
RÉFÉRENCES	150
APPENDICES.	155
A. Étude-pilote I	156
B. Questionnaire sur le caractère volitif des comportements à l'étude	163
C. Étude-pilote II	183
D. Questionnaire principal	189
E. Questionnaire de détresse psychologique de Dérogatis	202
F. Description des différentes variables du modèle d'Ajzen: nombre d'items, moyennes et écarts-types au pré-test et au post-test, coefficients de fidélité et corrélations inter-items	206

Liste des tableaux

Tableaux	Pages
1. Moyennes des indices de perception du contrôle par type de mesure pour chaque comportement	83
2. Analyses de variances à mesures répétées opposant les comportements de «consulter en thérapie individuelle» (TI) et «consulter en thérapie de groupe» (TG) aux autres comportements pour chaque mesure de perception du contrôle	85
3.1. Croyances reliées aux comportements de consultation en thérapie individuelle et de groupe	98
3.2. Croyances sociales	99
3.3. Facteurs de contrôle	100
4. Moyennes et écarts-types pour les sept variables du modèle pour l'ensemble des sujets	116
5. Prédiction de l'intention de consulter en thérapie individuelle et de groupe	119
6. Corrélations entre la variable détresse psychologique et les 7 variables du modèle pour l'ensemble des sujets ainsi que pour les femmes et les hommes..	122

Liste des figures

Figures	Pages
1. Modèle de l'action raisonnée de Fishbein et Ajzen (1975)	26
2. Modèle du comportement planifié d'Ajzen (1985)	33
3. Degré moyen d'adoption des comportements	82

Remerciements

L'auteure tient à remercier tout spécialement ses codirecteurs, Messieurs André Cloutier et René Bernèche, pour leur soutien infiniment précieux dans le processus de rédaction, de révision et de dépôt de la thèse. Un merci particulier s'adresse à Monsieur Gilles Dubois, membre du comité de doctorat, pour son implication et son appui tout au long de ce projet. Merci également à Messieurs Yvan Leroux, Pierre Valois et Yvan Lussier pour leur collaboration à la réalisation d'une partie importante de cette recherche.

D'autres personnes ont apporté une aide très appréciée. Il s'agit de Messieurs Bertrand Roy et Maurice Gaudreault, et de Mesdames Carole Dion, Manon Normandin, Diane Leclerc et Louise St-Louis. Merci à eux ainsi qu'à tous les sujets volontaires et à toutes les personnes qui, en cours de route, ont contribué à la réalisation de cette recherche.

L'auteure tient à exprimer également sa gratitude à tous les membres de sa famille qui, chacun à sa manière, ont permis à ce projet de voir le jour et de se concrétiser. Enfin, l'auteure tient particulièrement à témoigner sa reconnaissance à son mari, René Marineau, pour sa patience extraordinaire et son soutien remarquable au cours de cet important cheminement qui, sans son appui, n'eût pas été possible.

Introduction

Il y a longtemps déjà que la population en général manifeste de l'intérêt pour la santé mentale et le processus thérapeutique. Un sondage effectué auprès de 1013 Québécois par l'Ordre des psychologues du Québec en 1990 conclut d'ailleurs que 15% des répondants ont consulté un psychologue et sont satisfaits de l'aide reçue, et que 36% souhaiteraient faire de même (Côté, 1991). Cet intérêt révèle le besoin des personnes de mieux se connaître ou de rétablir une qualité de vie souvent diminuée par la présence de problèmes psychologiques. Les professionnels de la santé mentale ont conçu, pour leur part, de nombreuses approches thérapeutiques et ont été à l'origine de divers mouvements ou écoles de pensée. Leurs conceptions de l'intervention thérapeutique reposent sur des théories et des modèles explicatifs variés de l'équilibre humain qui débouchent sur différentes méthodes permettant la restauration d'une vie satisfaisante pour l'individu et acceptable pour la société.

Les approches thérapeutiques élaborées au cours du XX^e siècle reposent sur des concepts variés, visent des objectifs distincts et s'adressent à des populations différentes. Mentionnons, entre autres, la psychanalyse (et ses nombreuses variantes), les thérapies comportementales et cognitives, les approches corporelles, le counseling centré-sur-le-client, le psychodrame, la gestalt, l'analyse transactionnelle, la perspective systémique, etc. La thérapie adopte ainsi de nombreux visages qui reflètent autant de positions théoriques, de méthodes et techniques d'intervention. Ces méthodes trouvent leur application, soit en travail dit individuel, soit en travail de groupe, selon une tendance plus récente.

La présente recherche porte précisément sur le choix effectué par la personne d'une forme ou l'autre de thérapie. La question posée est la suivante: est-il possible d'associer certains attributs caractéristiques d'une personne à l'option thérapeutique qu'elle privilégie?

Théoriquement, la personne désireuse d'accéder à un service d'aide psychologique devrait faire face à une multitude de choix; un tel éventail lui permettrait d'avoir recours à

un professionnel ou à une approche répondant réellement à ses besoins. En pratique, cependant, plusieurs types d'intervention lui sont étrangers. D'après certains auteurs (Subich & Coursol, 1985; Toseland & Siporin, 1986), l'intervention de type individuel semble la plus recherchée. C'est une fois engagée dans un processus thérapeutique que la personne s'aperçoit souvent qu'elle aurait pu exercer un choix plus éclairé, soit du type d'intervention (individuelle ou de groupe), soit du type d'approche (gestaltiste, centrée-sur-le-client, thérapie par l'insight, etc.).

En s'appuyant sur leur propre expérience de psychothérapeutes, Toseland et Siporin (1986) soulignent qu'une proportion importante et significative de personnes déclinent l'invitation à participer à une thérapie de groupe lorsqu'elles se voient offrir les deux modes de thérapie. Ils ne précisent toutefois pas les raisons qui les amènent à préférer le travail individuel à celui de groupe. Dans une revue de la documentation en recherche clinique, ces auteurs ont également examiné l'efficacité d'un traitement en thérapie individuelle comparativement au traitement en thérapie de groupe. Ils en sont arrivés à la conclusion que ce dernier est tout aussi efficace, sinon davantage, que le premier. Klein et Carroll (1986) révèlent pourtant que 20% des 700 personnes qui se sont vues conseiller une thérapie de groupe ont décidé de ne pas s'y soumettre. Les résultats de leur recherche d'une durée de deux ans indiquent que parmi ceux qui ont accepté de consulter, 39% disaient ne pas être intéressés à consulter en thérapie de groupe, et que la moitié de ce groupe préférerait ne pas consulter sous quelque forme de thérapie que ce soit.

Compte tenu de l'efficacité de l'approche de groupe, préconisée par ces auteurs et de nombreux autres, il est surprenant de constater que peu de chercheurs ont tenté d'expliquer davantage le manque relatif d'intérêt des clients potentiels à son égard. En général, les raisons qui amènent les personnes à refuser l'approche thérapeutique de groupe sont variées. Selon Subich et Coursol (1985), par exemple, les sujets évaluent ce processus comme étant risqué et menaçant compte tenu de l'aspect "révélation de soi". Les

recherches de Slocum (1987) et de Childers et Couch (1989) ont d'ailleurs permis de cerner certains mythes et fausses conceptions à ce sujet. Slocum (1987) répartit les croyances à l'égard de la thérapie de groupe en trois grandes catégories: (a) elle est imprévisible; (b) elle n'est pas aussi efficace que la thérapie individuelle; et (c) elle peut être néfaste pour la personne.

Cette tendance sociale en faveur d'une approche thérapeutique individuelle apparaît intéressante à la lumière des affirmations de certains chercheurs soutenant que l'approche thérapeutique de groupe est recommandée pour les personnes isolées socialement, timides et inhibées (Toseland & Rivas, 1984; Yalom, 1975). Dans la pratique, ce type de personnes préfèrent d'emblée une approche psychothérapeutique individuelle, principalement parce qu'elles éprouvent de la difficulté à être à l'aise dans un contexte où elles sont entourées de gens. Or, l'approche de groupe, par définition, oblige à parler de soi devant les autres. Il est plausible de croire que les personnes timides ou inhibées ont donc tendance à choisir un "remède" qui les oblige le moins possible à faire face à leur problème. Sullivan (1940) affirme d'ailleurs que les individus cherchent à établir des relations avec d'autres qui possèdent des caractéristiques favorisant le maintien de leurs limites personnelles (Tasca, Russel & Busby, 1994). On peut facilement extrapoler qu'il en va de même pour les approches thérapeutiques. Par exemple, une personne timide qui désire consulter en thérapie aura tendance à rechercher une approche où elle pourra se sentir le plus possible à l'aise pour parler d'elle-même au thérapeute. Dans ce cas, l'approche individuelle répond davantage à ses besoins, car elle se retrouve seule avec le thérapeute et évite ainsi le malaise d'être entourée d'autres personnes et de s'ouvrir devant elles. Si Sullivan a vu juste, on saisit l'importance de poursuivre des recherches sur les raisons qui amènent la personne à choisir un type d'intervention thérapeutique. Il faut en effet éviter de reproduire en milieu thérapeutique les limites mêmes qui conduisent à la consultation.

Il a été mentionné plus haut que les personnes ayant l'occasion de choisir entre une approche individuelle ou de groupe déclinent généralement l'invitation d'aller en groupe (Toseland & Siporin, 1986). Il est donc permis de croire que la personne timide refusera aussi cette approche. Pourtant, d'après Yalom (1975), Horowitz (1976) ainsi que Toseland et Rivas (1984), cette approche est la plus adéquate pour ce type de personnes, et ce, pour les raisons suivantes: (a) parce qu'elle leur permet d'établir des relations interpersonnelles où elles se sentent acceptées; (b) parce que la structure d'un groupe leur offre l'occasion de communiquer avec les autres; (c) parce qu'elle leur permet d'apprendre que les autres ont souvent des problèmes similaires aux leurs; et (d) parce qu'elle rend possible l'utilisation des membres du groupe comme soutien émotif et social. En accédant au désir exprimé par le client timide de ne pas aller en thérapie de groupe, on risque de retarder sa confrontation avec son problème plutôt que d'en favoriser la solution.

Le choix par la personne d'une approche thérapeutique peut être abordé sous divers angles: celui des modèles ou des théories, celui du praticien qui offre le service, celui des sources de référence, ou encore celui du client lui-même. On peut de plus se demander si certaines attitudes ou croyances personnelles face à différents types de thérapie influent sur la décision finale.

Le but de la présente recherche consiste précisément à déterminer le pouvoir de prédiction de certaines variables psychosociales relativement à la préférence des personnes pour une approche thérapeutique individuelle ou de groupe et à cerner, parmi ces variables, les plus susceptibles d'expliquer ce choix thérapeutique. Le modèle du comportement planifié d'Ajzen (1988) sera utilisé à cette fin; son cadre théorique, utile et systématique, permet en effet de mettre au jour les croyances et les attitudes qui sous-tendent le comportement des personnes aux prises avec le choix d'une approche thérapeutique individuelle ou de groupe lors de la consultation en thérapie. Ce modèle jette un éclairage nouveau sur la question du choix des approches thérapeutiques.

Plusieurs raisons justifient cette recherche. Sur le plan théorique, elle suscitera une réflexion sur la pertinence d'appliquer le modèle du comportement planifié à la situation du choix d'un mode thérapeutique. De plus, elle permettra de constater dans quelle mesure les variables psychosociales peuvent prédire le comportement des personnes vis-à-vis du choix d'une approche thérapeutique donnée.

Sur le plan pratique ou clinique, cette recherche favorisera une meilleure compréhension des raisons du choix d'une approche thérapeutique par le client et de ses motivations réelles. Par exemple, ses motifs peuvent être directement reliés à la croyance selon laquelle la thérapie de groupe n'est pas aussi efficace que la thérapie individuelle. Or, cette perception pourrait le conduire dans une voie qui n'est pas nécessairement la meilleure pour lui. Ne serait-il pas important, pour le clinicien, au moment où il reçoit son client, de se doter d'un cadre diagnostique lui permettant de préciser et de clarifier les raisons qui amènent cette personne à choisir ce type d'approche thérapeutique? Il serait alors plus en mesure d'établir une stratégie d'intervention thérapeutique qui aiderait son client à comprendre ses motivations personnelles et à opter pour l'approche la plus appropriée à son type de problème.

Toujours sur le plan de l'intervention clinique, cette recherche démontrera la nécessité pour le clinicien de mieux orienter le client vers l'approche thérapeutique la plus susceptible de l'aider en fonction d'un diagnostic établi à l'aide du modèle du comportement planifié. Prenons l'exemple de la thérapie offerte à une personne dotée d'une faible estime de soi. Afin de rehausser son estime personnelle, quelle thérapie serait la plus appropriée: celle qui lui permet de se confronter à un groupe qui, par ailleurs, la soutient dans sa démarche, ou une approche individuelle, qui favorise moins cette confrontation de soi? Dans le cas où cette personne croit que la thérapie de groupe n'est pas avantageuse parce qu'en présence des autres elle se sent anxieuse, on peut penser qu'il est important de l'orienter justement vers une approche de groupe. Or, un sondage récent effectué par

l'Ordre des psychologues du Québec a démontré que la première raison de consultation au Québec est précisément la faible estime de soi (Côté, 1993), alors que l'approche thérapeutique la plus souvent offerte est individuelle¹. En connaissant davantage les raisons qui motivent le choix thérapeutique de son client à partir d'un bon diagnostic sur les attitudes et les croyances de ce dernier, le clinicien pourra plus facilement établir une stratégie d'intervention thérapeutique visant à l'aider dans ses choix personnels.

L'objectif de la présente recherche consiste donc à préciser dans quelle mesure le choix d'une intervention thérapeutique (individuelle ou de groupe) est lié au système de croyances des personnes. Il s'agit plus particulièrement d'évaluer si les variables de la théorie du comportement planifié d'Ajzen, c'est-à-dire les attitudes, les normes sociales, la perception du contrôle sur le comportement et l'intention, exercent une influence sur le choix de l'approche thérapeutique.

Le premier chapitre présente une recension des écrits portant sur la préférence des personnes pour différents types d'intervention psychothérapeutique. Une description de la théorie de l'action raisonnée (Fishbein & Ajzen, 1975), qui est à l'origine du modèle d'Ajzen, et de la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1988) fait suite à cette recension. Les quelques études empiriques à vocation clinique qui ont appliqué les modèles de l'action raisonnée et du comportement planifié sont ensuite examinées de plus près. Le deuxième chapitre porte sur la méthodologie de la présente étude: composition de l'échantillon, instruments de mesure utilisés et déroulement de l'expérience. Le troisième chapitre est consacré à la présentation des résultats, et le quatrième en propose une interprétation. La

¹ Ce constat découle de l'examen du *Répertoire des psychologues en pratique privée* (Ordre des psychologues du Québec, 1992). Un dépouillement de ce document a permis d'évaluer le nombre de psychologues à travers différentes régions du Québec qui offrent de la thérapie individuelle et de groupe. Dans la grande région de Montréal, par exemple, 89 psychologues sur 280 offrent des services de thérapie de groupe, et 37 sur 122 dans la région de Québec. Le même phénomène se produit dans la région de la Mauricie où 32% des 122 psychologues s'annoncent comme pratiquant ce type de thérapie.

conclusion permet enfin de résumer la démarche de recherche et de soulever certaines questions qui se dégagent de l'étude.

CHAPITRE I

Contexte théorique

Nature du problème

Tel qu'il est mentionné dans l'introduction, le choix, par un professionnel, d'une approche thérapeutique adaptée à son client se fonde sur diverses raisons. Celles-ci peuvent être liées au type de problème: une personne inhibée pourra être dirigée vers un thérapeute de groupe (Toseland & Siporin, 1986), une personne phobique, vers un spécialiste du comportementisme, ou une personne en quête d'une meilleure connaissance d'elle-même, vers un psychanalyste (Sloane, Stapples, Cristol, Yorkston, & Whipple, 1976). Elles peuvent aussi se rattacher à des questions touchant les traits de personnalité: une personne agressive et compétitive pourra perturber un groupe (Klein, 1972), une personne manipulatrice occupera un terrain trop vaste en psychodrame, et une personne rigide et hautement obsessionnelle tournera souvent en rond à l'intérieur d'un processus analytique (Lemoine & Lemoine, 1987). D'où l'à-propos de suggérer ou de choisir un type particulier d'approche thérapeutique afin d'éviter d'y reproduire les dynamiques mêmes qu'il est souhaitable de voir changer. Au nombre des raisons, il faut ajouter celles qui ont trait aux divers modèles théoriques, aux choix institutionnels, au coût et à la fréquence des séances (MacKenzie, 1986).

Il convient de tenir également compte des raisons qui dévoilent les motivations propres à la personne désireuse d'entreprendre une démarche thérapeutique. C'est à ce titre que les variables psychosociales, et en particulier celles qui sont associées au modèle développé par Fishbein et Ajzen (1975), deviennent intéressantes. L'un des postulats du modèle est que les croyances et les attitudes de la personne agissent sur son comportement. En effet, il est permis de croire que le choix d'une approche thérapeutique est lié aux croyances, qui, comme nous le verrons, portent sur différents aspects: efficacité des gestes thérapeutiques, confidentialité, attrait d'une approche, objectifs thérapeutiques, etc.

Pouvoir d'attraction d'une approche en thérapie

Bon nombre de chercheurs ont étudié la préférence des personnes pour différents types d'approches en thérapie individuelle ou de groupe. Il est possible de regrouper ces recherches en fonction de leurs objectifs respectifs. Un premier groupe utilise la préférence comme indicateur de la popularité relative d'une approche comparativement à une autre; le deuxième vérifie si certaines variables personnelles modulent la préférence pour une approche psychothérapeutique. Ces études sont présentées ci-dessous.

En fonction des caractéristiques de l'approche

Seuls quelques chercheurs se sont donné pour objectif de déterminer l'attrait ou la popularité des approches psychothérapeutiques. Il s'agit de Fancher et Gutkin (1971), de Holen et Kinsey (1975), et de Jaffe et Kipper (1982).

Fancher et Gutkin (1971) ont mesuré la préférence de 145 étudiants en psychologie pour deux thérapies par l'insight et deux thérapies comportementales en leur présentant, pour chacune, une description écrite de 800 mots. Les sujets devaient évaluer ces approches non seulement en fonction de l'attrait général et du caractère scientifique de ces dernières, mais également en fonction de leur enthousiasme personnel à choisir l'une ou l'autre dans l'éventualité où ils auraient à y recourir. Chaque sujet procédait à deux classements des quatre approches: le premier était fondé sur l'attrait et le second, sur le caractère scientifique. L'attrait et la scientificité étaient mesurés sur une échelle allant de 1 (niveaux les plus élevés) à 4 (niveaux les plus bas). Ainsi, l'indice d'attrait et de scientificité le plus fort obtenait un score de 1, et l'indice d'attrait et de scientificité le plus faible, un score de 4. Donc, plus la moyenne d'une approche thérapeutique s'approchait de un, plus cette approche était préférée des sujets. Les résultats, qui se sont avérés significatifs, ont démontré que les sujets préféraient la thérapie par l'insight ($M = 1.9$) à la thérapie

béaviorale ($M = 3.05$). Ils considéraient cette dernière plus “scientifique” ($M = 2.2$) dans sa méthode et son orientation que la première ($M = 2.8$).

Les résultats de cette recherche contredisent ceux de Holen et Kinsey (1975) portant sur la préférence d'étudiants en psychologie ($N = 57$) pour trois types de thérapie individuelle: la thérapie par l'insight, la thérapie béaviorale et la thérapie centrée-sur-le-client. Les sujets devaient évaluer celles-ci en fonction de leur attrait et de leur efficacité respective. À cette fin, ils devaient répondre à deux questions sur une échelle allant de 1 (vraiment pas attrayante et inefficace) à 7 (vraiment attrayante et efficace). Le médium de présentation utilisé consistait en une description audiovisuelle des trois approches dans laquelle le même thérapeute intervenait auprès du même client. Il ressort que les sujets ont préféré la thérapie béaviorale parce qu'elle leur semblait être *plus efficace* ($M = 4.63$) que la thérapie par l'insight ($M = 3.28$) et que celle centrée-sur-le-client ($M = 3.30$).

Les différences de résultats pour ces deux groupes de recherches peuvent s'expliquer par la méthodologie ou le matériel utilisés. En effet, alors que celles du premier groupe ont eu recours au texte écrit comme médium de présentation, celles du second ont utilisé une méthode audiovisuelle. De plus, il importe de noter que les sujets n'étaient pas “préparés” à la tâche (mises en situation); dans ce contexte, une thérapie décrite à l'aide d'un médium de présentation audiovisuel peut avoir donné l'impression d'être plus efficace.

De leur côté, Jaffe et Kipper (1982) ont mesuré l'attrait exercé par les approches centrée-sur-le-client de Carl Rogers et émotive-rationnelle d'Albert Ellis sur 20 étudiants de psychologie et 20 d'autres concentrations. Les sujets ont reçu, dans un premier temps, une description écrite de chacune des deux approches. Par la suite, ils ont visionné deux séances de thérapie, l'une dirigée par Ellis et l'autre par Rogers, et ils ont indiqué leur préférence pour l'une ou l'autre par rapport à deux dimensions thérapeutiques:

“l'amélioration du bien-être intérieur et de la joie” et “l'efficacité de l'approche en fonction de l'amélioration de différents niveaux de fonctionnement”. Le mode de collecte des données s'apparentait à celui des études discutées précédemment, c'est-à-dire une mesure de type “papier-crayon”. Cette étude fait ressortir une préférence générale pour l'approche émotivo-rationnelle; en effet, 67% des étudiants en psychologie et 96% des autres étudiants ont opté pour l'approche d'Ellis parce qu'elle semblait accroître davantage la croissance personnelle et le bonheur.

En résumé, la popularité des approches thérapeutiques individuelles varie d'une étude à l'autre. La thérapie comportementale, la thérapie par l'insight, l'approche émotivo-rationnelle et celle centrée-sur-le-client exercent toutes un certain pouvoir d'attraction lorsqu'on les compare. La méthode préconisée pour chacune des études décrites ci-dessus est l'approche analogique, dans laquelle les sujets devaient s'imaginer choisir une approche thérapeutique. Ce procédé est valable à la condition que la mise en situation soit très précise et qu'elle reproduise le plus fidèlement possible le contexte entourant la question de recherche. Or, cette exigence ne semble pas avoir été satisfaite, puisqu'aucune information n'est fournie à ce sujet. De plus, le matériel utilisé étant varié (papier-crayon ou audiovisuel), il devient impossible, par exemple, de clarifier le statut de “préséance” d'une approche par rapport à une autre. Par ailleurs, l'absence de prise en considération des caractéristiques individuelles des sujets peut contribuer à l'explication de la variabilité des résultats. En effet, les recherches recensées visaient à connaître la “préférence” des répondants pour une approche donnée, sans examiner l'influence de certains facteurs associés à la personne qui manifeste sa préférence.

Certaines recherches permettent également de constater que les attitudes d'une personne vis-à-vis des approches thérapeutiques, d'une part, et des thérapeutes, d'autre part, influent sur sa préférence au moment de faire un choix. Par exemple, Fancher et Gutkin (1971) ont montré que l'attrait exercé par une approche thérapeutique agit sur le

choix de la personne. L'étude d'Holen et Kinsey (1975) démontre aussi qu'une approche thérapeutique considérée comme attrayante et efficace est préférée des sujets.

Ces résultats confirment l'importance de recourir à un modèle théorique valable pour connaître les raisons qui motivent les personnes à choisir une approche thérapeutique, mais également pour étudier les attitudes qui les amènent à préférer une approche à une autre. Quelques recherches portant sur les caractéristiques individuelles associées à la préférence du type d'approche thérapeutique sont présentées ci-dessous afin de permettre de mieux saisir l'incidence de certaines caractéristiques personnelles sur le choix d'une approche thérapeutique.

En fonction des caractéristiques individuelles des personnes

Il semble que des variables comme le lieu de contrôle, le dogmatisme et les traits d'anxiété (Helweg & Gaines, 1977), la révélation de soi (Kowitt & Garske, 1978), le sexe (Cashen, 1979; Dancy, Dryden & Cook 1992; Kowitt & Garske, 1978), de même que certaines caractéristiques personnelles (Juni & Lo Cascio, 1985; Knudson & Carskadon, 1978; Marshall, 1985; Neufeldt, 1978; Tasca, Russell & Busby, 1994) exercent également une influence sur le choix d'une approche thérapeutique plutôt qu'une autre.

Dans l'ordre des caractéristiques de la personnalité, Helweg et Gaines (1977) ont mesuré le niveau de dogmatisme, le lieu de contrôle et les traits d'anxiété auprès de deux groupes de sujets volontaires, soit 38 patients en psychiatrie et 77 étudiants (40 femmes et 37 hommes) inscrits au premier cycle universitaire. Les sujets avaient à choisir entre les thérapeutes Carl Rogers et Albert Ellis après avoir visionné un film dans lequel ils retrouvaient la même cliente pour les deux présentations. La préférence des sujets a été obtenue en leur demandant simplement d'indiquer quel thérapeute ils choisiraient s'ils allaient en thérapie. Il a été démontré que ceux qui préféraient Ellis étaient plus dogmatiques et extéroceptifs (lieu de contrôle externe) que ceux qui préféraient Rogers. De plus, les

patients plus anxieux préféraient également Ellis. Dans les deux groupes, la préférence pour Rogers était associée avec le fait d'être jeune et indépendant. Enfin, les patients qui privilégiaient Rogers étaient plus instruits que ceux qui préféraient Ellis. Les auteurs n'ont malheureusement pas présenté les moyennes obtenues.

Pour leur part, Kowitt et Garske (1978) ont examiné l'influence du niveau de révélation de soi (faible, élevée) sur la préférence pour une approche thérapeutique centrée-sur-le-client ou de désensibilisation systématique. Cent soixante-dix-huit étudiants de niveau collégial (94 hommes et 84 femmes) ont rempli le questionnaire modifié de révélation de soi de Panyard et visionné deux simulations d'un extrait d'une séance de thérapie. Par la suite, ils ont dû évaluer, sur une échelle comportant sept items, le thérapeute, l'approche thérapeutique utilisée et son efficacité. Une analyse de variance a démontré qu'il existait une interaction significative entre le type de thérapie préféré et la révélation de soi ($p < .02$). En effet, les sujets présentant un degré élevé de révélation de soi étaient attirés par une méthode thérapeutique plus exigeante sur le plan de la révélation de soi (centrée-sur-le-client, $p < .05$), tandis que les sujets dotés d'un faible degré de révélation de soi préféraient une méthode thérapeutique plus directive, structurée (désensibilisation systématique, $p < .05$). Les auteurs ont souligné que leurs sujets provenaient de groupes "extrêmes" (25% se situaient dans les centiles supérieur et inférieur) pour ce qui est de la révélation de soi, et qu'ils pouvaient difficilement représenter une population clinique.

Dans le même ordre, Juni et Lo Cascio (1985) ont mesuré le niveau de fixation préœdipien (oral et anal) des gens en fonction de leur préférence pour une des trois thérapies suivantes: par l'insight, comportementale et centrée-sur-le-client. Ils ont proposé un profil de personne "orale" et de personne "anale". La première est considérée comme étant ouverte aux interactions interpersonnelles et appréciée par son entourage, et la seconde, comme rigide, indépendante (distante), négative et évitant la révélation de soi et la chaleur

interpersonnelle. Ils ont ensuite décrit brièvement chacune des approches. Selon eux, la thérapie par l'insight engendre une dépendance complète du client envers l'analyste et nécessite une atmosphère de grande intimité et de régression; l'approche comportementale est plus structurée et franchement centrée sur des tâches spécifiques; et l'approche centrée-sur-le-client se situe entre ces deux pôles: le client établit une relation de travail chaleureuse avec le thérapeute tout en maintenant le contrôle sur chaque interaction. Ces descriptions permettront, un peu plus loin, de mieux comprendre les résultats de la recherche. L'épreuve projective de Rorschach, qui permet de déterminer le niveau de fixation préœdipien, a été administrée à 87 étudiants inscrits au premier cycle en psychologie (35 hommes et 52 femmes). Les sujets recevaient par la suite une brève description écrite des trois approches psychothérapeutiques et devaient indiquer leur préférence sur une échelle de 1 à 10 en s'imaginant être des clients potentiels.

Les hypothèses de recherche étaient les suivantes: (a) une personne ouverte aux interactions interpersonnelles et appréciée par son entourage (une personne orale), préfère une approche psychothérapeutique de type analytique (la thérapie par l'insight), qui entraîne une dépendance envers le thérapeute et où elle se retrouve dans une atmosphère de grande intimité et de régression; (b) une personne rigide, indépendante, négative et évitant la révélation de soi et la chaleur interpersonnelle (une personne anale), préfère l'approche comportementale, structurée et franchement centrée sur des tâches spécifiques. Les coefficients de corrélation de Pearson entre les résultats du niveau de fixation et les indices de préférence ont confirmé ces deux hypothèses. En effet, plus les sujets présentaient une fixation orale, plus ils préféraient la thérapie par l'insight ($r = .25$, $p = .008$), tandis que plus ils présentaient une fixation anale, plus ils préféraient la thérapie comportementale ($r = .23$, $p = .02$). Selon ces auteurs, l'utilisation d'un facteur analytique tel que le niveau de fixation préœdipien pour prédire un comportement favorise un faible niveau de variance, mais ils n'ont toutefois pas explicité davantage cette affirmation.

Tasca, Russell et Busby (1994) ont tenté, pour leur part, d'examiner la relation entre le choix d'une approche thérapeutique de groupe, le style de mécanisme de défense des sujets et leur disposition psychologique. Leurs hypothèses étaient que: (a) les sujets dont les mécanismes de défense sont externes/expressifs favorisent une approche de groupe plus verbale et axée sur le processus psychologique des personnes; et (b) les sujets dont les mécanismes de défense sont internes/répressifs favorisent une approche de groupe non verbale et orientée sur la tâche. Leur échantillon comprenait 20 sujets, tous patients rattachés au service externe de psychiatrie et participant au programme de jour mis sur pied par le service de psychiatrie de l'hôpital. Les instruments de mesure utilisés étaient l'*Indice de détresse psychologique* (SCL-90-révisé) de Dérogatis (1976), permettant d'évaluer la gravité des symptômes psychiatriques, le *Psychological Mindedness Assessment Procedure* (PMAP, McCallum & Piper, 1990) et le *Defense Mechanisms Inventory* (DMI; Ihilevich et Gleser, 1986). Après avoir lu les descriptions des deux types d'approche thérapeutique de groupe (thérapies par l'insight et centrée sur la tâche), les sujets devaient choisir celle à laquelle ils voulaient participer. La thérapie par l'insight était définie comme étant largement orientée en fonction du processus psychologique des membres du groupe. Ceux-ci y sont invités à communiquer entre eux et à discuter d'aspects personnels de leur vie avec les autres membres. L'approche centrée sur la tâche était décrite comme étant expérientielle. Les membres du groupe y interagissent à travers différentes activités ou discussions qui sont préalablement choisies par les membres eux-mêmes. Cette approche est donc plus structurée et moins verbale que l'approche analytique.

Les résultats confirment l'hypothèse selon laquelle les patients qui favorisent l'approche de groupe de type analytique (la thérapie par l'insight) sont dotés de mécanismes de défense externes/expressifs, tandis que ceux qui optent pour l'approche centrée sur la tâche présentent des mécanismes de défense internes/répressifs. Selon les auteurs, les sujets du premier groupe étaient plus expressifs et exprimaient leur colère en

utilisant le mécanisme de projection, c'est-à-dire en la projetant sur les autres. Les sujets du deuxième groupe, quant à eux, utilisaient des mécanismes de défense comme la répression, le déni ou l'intellectualisation et avaient tendance à choisir une approche thérapeutique de groupe qui leur paraissait moins chargée affectivement, plus structurée et concrète. Les auteurs ont enfin analysé leurs résultats en fonction de la facilité ou de la difficulté, pour les sujets des deux groupes, de se retrouver dans l'approche thérapeutique de leur choix. Selon eux, l'approche privilégiée correspond aux résistances de la personne par rapport au travail thérapeutique.

En ce qui a trait aux caractéristiques cognitives, la recherche de Neufeldt (1978) portait sur la préférence pour une approche donnée en fonction du niveau de raisonnement des personnes. Son hypothèse était que celles qui préfèrent la thérapie comportementale (fondée sur des expériences concrètes) possèdent un niveau de raisonnement plus concret dans le sens piagétien que celles qui préfèrent la thérapie par l'insight (fondée sur de l'interprétation et un raisonnement plus abstrait), lesquelles posséderaient un niveau de raisonnement plus formel, toujours dans le sens piagétien. Cinquante-huit étudiants (22 hommes et 36 femmes) de premier cycle en psychologie, dont l'âge variait entre 17 et 56 ans, ont participé à la recherche sans être mis au courant de son objectif. Le médium utilisé consistait en une description écrite des deux approches. Les résultats ($t = 2.02, p < .05$) ont confirmé l'hypothèse selon laquelle le niveau de raisonnement est associé à la préférence pour une approche en thérapie. En effet, les sujets qui préféraient l'approche comportementale étaient dotés d'un raisonnement plus concret ($M = 4.23$), et ceux qui préféraient l'approche par l'insight présentaient un raisonnement plus abstrait ($M = 5.25$).

Dans la même veine, Knudson et Carskadon (1978) ont cherché à établir un lien entre la préférence des personnes pour une approche thérapeutique et la nature de leur système conceptuel (abstrait comparativement à concret). Cent quarante étudiants (73 hommes et 67 femmes) de premier cycle en psychologie ont participé à la recherche qui

s'est déroulée en deux temps. Dans un premier temps, les chercheurs leur ont administré le test de Harvey (1961) afin de connaître leur système conceptuel; ils leur ont ensuite présenté deux descriptions de 675 mots chacune des thérapies comportementale et centrée-sur-le-client. Après avoir lu ces descriptions, les sujets devaient indiquer leur préférence pour chacune des approches en répondant au questionnaire *The Therapy Preference Questionnaire* (Carskadon & Knudson, 1975). Dans un deuxième temps, soit deux semaines plus tard, les sujets devaient se présenter de nouveau afin de visionner un film portant sur les deux modes de thérapie. Ils devaient alors choisir de nouveau la thérapie qu'ils préféreraient. Le film utilisé était le même que celui qu'avaient employé Holen et Kinsey (1975) dans leur recherche.

Il ressort de cette étude, comme de celle de Fancher et Gutkin (1971) concernant la préférence des gens, une préférence généralisée pour la thérapie centrée-sur-le-client. Ces résultats confirment ceux de Neufeldt (1978), à savoir que les sujets dotés d'un système conceptuel plus concret préfèrent la thérapie comportementale (31.7%), alors que ceux dont le système conceptuel est plus abstrait préfèrent la thérapie centrée-sur-le-client (95.2%). Seuls quinze sujets (10.7%) sur 140 ont modifié leur choix initial après le visionnement. On peut donc penser que lorsque le sujet fonde sa préférence pour un type de thérapie sur des informations écrites, le fait d'être exposé par la suite à une projection cinématographique portant sur ce même type de thérapie ou sur un autre type ne modifie pas substantiellement sa préférence initiale.

Toujours dans l'ordre des caractéristiques cognitives, Marshall (1985) a mesuré le style d'apprentissage des gens et leur préférence pour une approche thérapeutique. Elle a défini le style d'apprentissage à partir de quatre modes adaptatifs: l'expérience concrète, la conceptualisation abstraite, l'expérimentation active et l'observation réflexive. De plus, elle a associé ces quatre modes à quatre approches thérapeutiques découlant de modèles théoriques différents, à savoir les approches gestaltiste, cognitive, comportementale et centrée-

sur-le-client. Son hypothèse de recherche était que les sujets dotés d'un style d'apprentissage donné préféreraient l'approche thérapeutique dont le modèle théorique s'apparentait à leur style d'apprentissage. Plus précisément, le mode d'apprentissage "d'expériences concrètes" était associé à l'approche gestaltiste; celui de "conceptualisation abstraite", à l'approche cognitive; celui "d'expérimentation active", à l'approche comportementale; et celui "d'observation réflexive", à l'approche centrée-sur-le-client. Les sujets se composaient de 205 clients en thérapie (63 hommes et 139 femmes [le sexe de trois sujets était inconnu]) et de 75 étudiants fréquentant l'université et ne suivant pas de thérapie (13 hommes et 60 femmes [le sexe de deux sujets était inconnu]). Tous ont dûment rempli le questionnaire *The Learning Style Inventory* (Kolb, 1976) et ont pris connaissance des quatre profils de thérapie mentionnés plus haut, décrits sur quatre pages différentes. Ils devaient enfin indiquer leur préférence pour l'une ou l'autre des approches.

Les analyses de variance n'ont pas confirmé l'hypothèse selon laquelle les sujets préféreraient l'approche thérapeutique qui s'apparentait le plus à leur style d'apprentissage. Par exemple, ceux qui se caractérisaient par un mode concret ne préféraient pas l'approche gestaltiste ou expérientielle. L'absence de différence significative dans les résultats a été expliquée par la trop faible différence entre les quatre modes d'apprentissage. L'auteure a donc proposé de comparer les deux grandes catégories (concret et abstrait) entre elles, plutôt que de tenter de les subdiviser en quatre, comme elle l'avait fait dans cette étude.

De son côté, Cashen (1979) a voulu vérifier si les hommes et les femmes différaient dans leurs préférences pour une approche thérapeutique. Son échantillon se composait de 90 étudiants de premier cycle en psychologie, 27 hommes et 63 femmes. Ils devaient visionner deux simulations d'entrevue: une illustrant la thérapie centrée-sur-le-client et l'autre, l'approche comportementale. Les approches présentées étaient de type individuel, et le même thérapeute se retrouvait avec le même client dans les deux cas. Le test du chi-carré n'a révélé aucune différence significative entre la préférence des hommes et des femmes

pour une approche thérapeutique ($\chi^2(1) = .041, p > .05$). En fait, les deux groupes, pris comme un tout, ont préféré l'approche comportementale ($\chi^2(1) = 16.1, p < .001$).

Enfin, la recherche de Dancey, Dryden et Cook (1992) a porté sur le choix d'une approche thérapeutique en fonction du sexe des sujets, du type de problématique, du sexe et du titre du thérapeute. Quatre types d'approches thérapeutiques étaient mesurées dans cette étude: la thérapie centrée-sur-le-client, la thérapie par l'insight, la thérapie comportementale et l'approche de l'aidant naturel (amis, personnes significatives). Quarante-sept sujets ont participé à cette recherche, dont environ la moitié étaient des étudiants universitaires et l'autre provenaient de différentes occupations: surveillant, secrétaire, ingénieur, etc. Huit scénarios différents ont été proposés aux sujets qui devaient s'imaginer avoir décidé de consulter en thérapie. Un de ces textes se lisait comme suit: "Imaginez-vous que vous vivez un problème concernant votre vie intime avec votre partenaire amoureux et que vous allez consulter un thérapeute de sexe masculin; concentrez-vous maintenant sur la manière dont vous désirez être aidé par votre thérapeute et ce, indépendamment de la manière dont vous croyez qu'il tentera de vous aider." Les sujets devaient évaluer, sur une échelle en 7 points de type Likert, 12 affirmations dont trois étaient reliées à chacune des approches thérapeutiques. Ces 12 affirmations avaient été évaluées par 5 thérapeutes spécialistes de l'une ou l'autre des trois approches. Par exemple, à la question suivante: "De quelle manière aimeriez-vous que le thérapeute vous aide?", 3 réponses sur 12 faisaient référence à la thérapie centrée-sur-le-client.

Trois hypothèses devaient être vérifiées. Selon la première, il existerait un effet significatif par rapport au type d'approche, et l'approche comportementale serait préférée. La deuxième prévoyait l'existence d'une interaction significative entre le sexe des sujets et le sexe du thérapeute: les sujets préféreraient le thérapeute féminin, et cette différence serait plus marquée chez les femmes. La troisième supposait l'existence d'une interaction significative entre le sexe des sujets et le type de problème: les sujets préféreraient un

thérapeute masculin pour les problèmes de type abstrait et un thérapeute féminin pour ceux d'ordre intime. Un modèle d'analyse de variance de type *split-plot* comportant 4 facteurs indépendants, chacun ayant deux conditions, a été utilisé. Les facteurs intersujets étaient le sexe des sujets, le type de problématique, le sexe du thérapeute et le titre du thérapeute; les facteurs intrasujets étaient les types d'approches (quatre niveaux).

La première hypothèse a été confirmée: les sujets ont préféré l'approche comportementale ($M=15.00$), suivie de près par la thérapie centré-sur-le-client ($M=14.75$). La deuxième hypothèse s'est aussi révélée significative. Les hommes ont préféré de façon similaire les thérapeutes masculins ($x = 13.29$) et les thérapeutes féminins ($x = 13.87$), ($F_{1,80} = 1, p > 0.05$). Toutefois, les femmes ont préféré les thérapeutes féminins ($x = 14.13$) aux thérapeutes masculins ($x = 11.75$), ($F_{1,80} = 4.65, p < 0.05$). Enfin, la troisième hypothèse n'a pu être confirmée, c'est-à-dire qu'aucune différence significative n'est apparue dans la façon dont les sujets évaluaient les thérapeutes masculins ou féminins lorsque les types de problème étaient considérés. Ces résultats permettent de penser que le type d'approche préféré par le client ne dépend pas de son type de problème.

En résumé, sept recherches sur neuf confirment que la préférence pour une approche thérapeutique donnée est associée à plusieurs caractéristiques individuelles. Certains chercheurs ont montré que des caractéristiques cognitives telles que le niveau de raisonnement peuvent influencer sur le choix d'une approche thérapeutique; d'autres, en se concentrant sur les caractéristiques de la personnalité (dogmatisme, lieu de contrôle, révélation de soi) ont établi l'existence d'un lien entre certaines d'entre elles et le choix d'une approche thérapeutique. Dans ces cas particuliers, l'attrait qu'exerce une approche thérapeutique sur une personne donnée semble être fonction des caractéristiques individuelles de cette dernière.

Ces recherches ont toutes mesuré la préférence des personnes pour une intervention thérapeutique de type individuel, à l'exception d'une seule, et huit sur neuf ont préconisé l'approche analogique comme méthode d'analyse. Toutefois, peu d'entre elles se sont appuyées sur un modèle théorique particulier pour tenter de cerner davantage le choix des sujets. En revanche, leurs résultats confirment majoritairement (Juni & Lo Cascio, 1985; Knudson & Carskadon, 1978; Kowitt & Garske, 1978; Neufeldt, 1978; Tasca, Russell & Busby, 1994), quoique indirectement, la thèse de Sullivan (1940) selon laquelle une personne recherche des relations susceptibles de combler ses propres besoins. Par exemple, les résultats de la recherche de Juni et Lo Cascio (1985) révèlent qu'une personne rigide, indépendante, négative et évitant la révélation de soi et la chaleur interpersonnelle (personnalité anale) préfère une approche thérapeutique plus structurée et franchement centrée sur des tâches spécifiques, telle l'approche comportementale. La personne qui choisit cette forme de thérapie opte pour une approche qui répond justement à son besoin de se retrouver dans un processus structuré. Dans le même sens, les résultats de l'étude de Kowitt et Garske (1978) prouvent qu'une personne dotée d'un degré élevé de révélation de soi préfère une approche thérapeutique exigeant davantage de révélation de soi, telle l'approche centrée-sur-le-client. Ainsi, une personne tend à choisir ou à préférer une approche qui correspond à sa dynamique psychologique (personnalité anale; degré de révélation de soi) ou qui, à tout le moins, ne risque pas de la troubler.

Encore une fois, les résultats des différentes études mettent en lumière l'importance de recourir à un modèle théorique valable et à une expérimentation la plus rapprochée possible de la situation réelle afin d'obtenir une meilleure compréhension des raisons qui poussent les personnes à préférer et à choisir une approche thérapeutique plutôt qu'une autre.

En fonction des caractéristiques psychosociales des gens

Quelques recherches empiriques ont eu pour objectif d'appliquer un modèle théorique à la mesure des caractéristiques psychosociales telles que les attitudes et les croyances des personnes. Elles portaient sur les comportements des personnes qui consultent en thérapie individuelle et qui abandonnent prématurément la thérapie. Toutefois, parmi les études recensées, aucune n'a tenté de comparer les caractéristiques psychosociales des personnes qui préfèrent la thérapie individuelle à celle de groupe.

Les études d'Ajzen (1975, 1980, 1985) ont fait ressortir l'importance de mesurer les variables psychosociales lorsqu'on souhaite prédire et comprendre le comportement d'un individu. Selon cet auteur, l'*intention* d'une personne d'adopter ou non un comportement est le déterminant immédiat de l'action comme telle. De plus, cette intention est fonction des *attitudes*, des *normes sociales* et de la *perception du contrôle* exercé par la personne sur le comportement en question.

La théorie de Fishbein et Ajzen (1980, 1985) a été appliquée avec succès, entre autres, à des comportements à caractère social, comme le fait de voter (Netemeyer & Burton, 1990) ou de participer à différentes activités de loisir (Ajzen & Driver, 1992) ainsi qu'à des comportements de santé physique tels que l'usage de la cigarette (Godin *et al.* 1992) et la perte de poids (Schifter & Ajzen, 1985). Cependant, elle n'a pas encore servi à expliquer et prédire la préférence d'une personne pour une approche thérapeutique individuelle ou de groupe. La présente étude vise précisément à utiliser, comme prédicteurs du choix d'une personne, ses attitudes à l'égard de certaines approches thérapeutiques de même que ses normes sociales et sa perception du contrôle qu'elle exerce sur son comportement.

La section suivante décrit cette théorie d'Ajzen, qui utilise les croyances et les attitudes des personnes pour comprendre et prédire leurs comportements. Les modèles de l'action raisonnée et du comportement planifié développés par Fishbein et Ajzen (1975) sont tout d'abord présentés et suivis d'une revue de certaines études qui les ont appliqués.

Théorie prédisant un comportement psychosocial volitif

Dans le domaine de la psychologie sociale, un nombre considérable de recherches ont été réalisées afin de permettre d'expliquer et de prédire les comportements des personnes. Ces recherches ont permis l'émergence de différentes théories dont plusieurs considèrent les attitudes de la personne comme les meilleurs prédicteurs de son comportement. Parmi ces théories, celle de l'action raisonnée de Fishbein et Ajzen (1975) se distingue comme l'une des plus importantes et influentes (Godin, Valois, Lepage, & Desharnais, 1992; Liska, 1984). Elle explique le comportement social d'une personne en fonction de ses intentions, de ses attitudes et des normes sociales; elle soutient que la plupart des comportements entrent dans la catégorie des comportements *volitifs*. C'est pourquoi le modèle de l'action raisonnée a été développé afin de tenir explicitement compte des comportements assujettis au contrôle volontaire de l'individu.

Modèle de l'action raisonnée

Le modèle de l'action raisonnée de Fishbein et Ajzen (1975) est construit de façon linéaire (voir Figure 1). Il montre qu'un *comportement* est immédiatement déterminé par l'*intention* de la personne de l'adopter ou non. Cette intention est à son tour déterminée par les *attitudes de la personne à l'égard de ce comportement* ainsi que par sa perception des normes sociales concernant sa décision d'adopter ou non le comportement (e.g. *normes sociales*). Enfin, ce modèle indique que les attitudes et les normes sociales sont elles aussi déterminées par ce que les auteurs appellent les *croyances personnelles envers l'adoption*

d'un comportement et les *croyances normatives*. Ces concepts ou variables du modèle de Fishbein et Ajzen sont décrits de façon plus détaillée dans les paragraphes qui suivent.

L'intention est considérée comme l'antécédent immédiat de tout comportement. Donc, la probabilité qu'une personne adopte un comportement s'accroît d'autant plus que son intention à cet égard est élevée (Ajzen & Madden, 1986). Vu de cette façon, le comportement peut sembler facile à prédire. Par exemple, pour prédire qu'une personne ira consulter ou non en thérapie, il s'agirait simplement de lui demander si elle a ou non l'intention de consulter. Cependant, les auteurs soulignent qu'il est plutôt rare de trouver un lien parfait entre l'intention et le comportement. Par contre, à l'exception d'événements particuliers, une personne devrait normalement agir en accord avec ses intentions. Étant donné que la notion d'intention renseigne peu sur les raisons qui expliquent les comportements humains et que le but premier de la théorie de Fishbein et Ajzen est de comprendre ces derniers, la seconde démarche de l'analyse consiste à préciser les déterminants de l'intention comportementale.

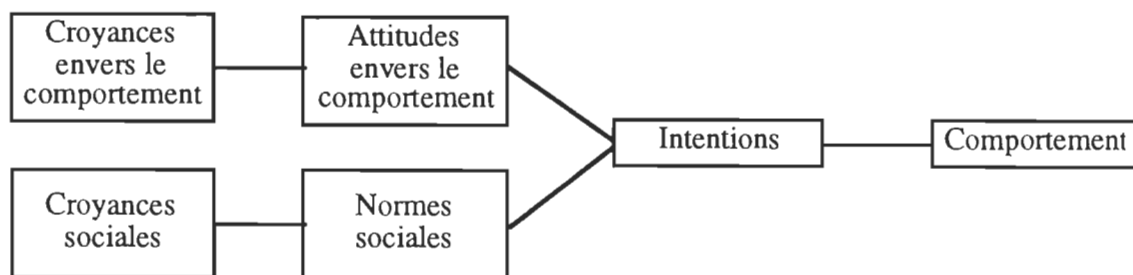


Figure 1. Modèle de l'action raisonnée de Fishbein et Ajzen (1975). (Extrait de Ajzen et Fishbein, 1980)

Ce modèle inclut deux autres variables qui sont considérées comme les déterminants indépendants, mais immédiats de l'intention. La première, une variable personnelle appelée "attitudes à l'égard de l'adoption d'un comportement", consiste en l'évaluation positive ou négative par la personne des conséquences associées à l'adoption d'un comportement. La seconde, une variable sociale appelée "normes sociales", représente la pression sociale perçue par la personne et qui l'incite à adopter ou non un

représente la pression sociale perçue par la personne et qui l'incite à adopter ou non un comportement. Ainsi, l'intention d'une personne d'adopter ou non un comportement serait déterminée par le poids relatif de ces deux composantes. Il est toutefois nécessaire d'expliquer, afin de mieux saisir les intentions d'une personne, d'où proviennent les attitudes et les normes sociales. Dans la présente étude, par exemple, si la personne a l'intention de consulter en thérapie individuelle parce que ses attitudes sont favorables à l'égard de ce type d'intervention, il sera nécessaire de cerner les croyances qui sont à l'origine de ces attitudes.

La théorie de l'action raisonnée reconnaît l'importance des déterminants des "attitudes" et des "normes sociales"; en dernière analyse, ils agiraient sur l'intention et l'action par l'entremise des attitudes et des normes sociales respectives. Cette théorie postule en effet que le comportement d'une personne est influencé par ses informations ou ses croyances concernant le comportement en question. Deux types de croyances sont distinguées: "les croyances qui sous-tendent son attitude vis-à-vis de l'adoption du comportement" (croyances à l'égard du comportement) et "les croyances vis-à-vis de certains référents particuliers (individus ou groupes) qui la poussent à adopter ou non le comportement" (croyances normatives).

Le premier type de croyances contribue à expliquer les "attitudes à l'égard du comportement". En fait, l'évaluation par une personne des conséquences possibles associées à l'adoption d'un comportement l'amène à adopter ou non ce comportement. Sur le plan opératoire, cette variable est évaluée au moyen du calcul suivant pour chaque croyance: on multiplie la force de la croyance selon laquelle une conséquence est associée à l'adoption d'un comportement par la valeur que la personne accorde à cette conséquence. On additionne ensuite les produits résultant de cette opération. L'équation suivante représente ce calcul:

$$\underline{Ac} = \sum_{i=1}^n \underline{b}_i \underline{e}_i$$

où:

\underline{Ac} = les attitudes à l'égard du comportement;

Σ = la somme de tous les produits de \underline{b} par \underline{e} ;

\underline{b}_i = l'estimation de la force de la croyance selon laquelle la conséquence " i " est associée à l'adoption d'un comportement;

\underline{e} = l'évaluation de la valeur accordée à la conséquence " i ".

n = le nombre de croyances.

Le deuxième type de croyances, c'est-à-dire celles qui déterminent les "normes sociales", se rapportent au fait que des individus ou des groupes significatifs pour la personne approuveraient ou non l'adoption d'un tel comportement. Sur le plan opératoire, la mesure de l'impact de ces croyances normatives s'effectue ainsi: on multiplie la force de chaque croyance par la motivation de la personne à se conformer au jugement de ces individus ou groupes significatifs, et on obtient une estimation des "normes sociales" en additionnant le résultat de chacun des produits (Ajzen & Madden, 1986). L'équation suivante représente ce calcul:

$$\underline{NS} = \sum_{j=1}^n (\underline{CN})_j (\underline{MC})_j$$

où:

\underline{NS} = les normes sociales;

Σ = la somme de tous les produits de \underline{CN} par \underline{MC} ;

\underline{CN}_j = la croyance normative concernant le référent j ;

\underline{MC}_j = la motivation de la personne à se conformer au référent j .

n = le nombre de croyances normatives.

Les auteurs de la théorie de l'action raisonnée reconnaissent aussi l'influence sur le comportement d'autres facteurs comme les traits de personnalité, les variables démographiques et les attitudes vis-à-vis de certaines cibles (attitudes à l'égard des gens,

les institutions). Par exemple, en ce qui concerne les traits de personnalité, les personnes introverties et extraverties possèdent des croyances différentes à l'égard du choix d'une approche thérapeutique individuelle ou de groupe; ces croyances agissent sur leur intention d'adopter ou non le comportement en question, en l'occurrence, choisir l'une ou l'autre approche. Ainsi, puisque "la sensibilité aux normes sociales serait selon toute vraisemblance plus grande chez la personne extravertie que chez la personne introvertie" (Ajzen & Fishbein, 1980), l'influence de cette variable sur le choix d'une approche thérapeutique devrait être plus importante chez la première que chez la seconde. Par ailleurs, comme il n'existe pas nécessairement de relation entre les divers facteurs (traits de personnalité, variables démographiques et attitudes vis-à-vis de certaines cibles) et le comportement, ces auteurs ont choisi de ne pas les inclure dans la partie principale de leur modèle, mais de les considérer plutôt comme des "variables externes". De leur point de vue, certaines variables externes peuvent parfois favoriser le comportement étudié et ne pas le faire à d'autres moments. C'est pourquoi, ils ont préféré tenir principalement compte des variables intermédiaires (croyances, attitudes et intention), qui interviennent entre les variables externes et le comportement.

Comme il a été mentionné plus haut, la théorie de l'action raisonnée a été développée afin de permettre d'expliquer et de prédire essentiellement les comportements qui sont assujettis au contrôle volontaire de la personne. Ce contrôle peut être représenté par un continuum dans lequel l'acte volontaire pur (relevant entièrement de la personne) se situe à une extrémité et à l'autre, l'acte qui est totalement hors du contrôle de la personne. La majorité des comportements, tel le choix d'une approche thérapeutique, se situeraient quelque part entre ces deux extrêmes, d'après Ajzen (1985). En fait, on peut penser que tous les comportements soulèvent, à divers degrés, des problèmes de contrôle. Par exemple, le choix de voter ou non lors d'une élection semble présenter moins de problème de contrôle pour une personne que le fait de cesser de fumer, car ils peuvent relever de

causes extérieures telles que la maladie ou un bris mécanique. Le modèle présenté ci-dessous tient compte de cette notion de contrôle à l'égard d'un comportement en particulier; il constitue une extension du modèle de l'action raisonnée.

Modèle du comportement planifié

Dans le prolongement de la théorie de l'action raisonnée, la théorie du comportement planifié, développée plus tard par Ajzen (1985), prend en considération le fait que la plupart des comportements peuvent ne pas être assujettis au contrôle complet de la personne. Ainsi, d'après l'auteur, plusieurs facteurs peuvent concourir à diminuer le contrôle volontaire sur un comportement donné. Ces facteurs peuvent être internes, telles la compétence, l'habileté, les connaissances, une capacité à planifier, etc., ou externes, tels le temps, l'argent, les occasions, la coopération de l'entourage, etc. Le modèle du comportement planifié propose un concept additionnel au modèle de l'action raisonnée, soit celui de la *perception du contrôle sur le comportement*. Ce concept assure une meilleure prédiction du comportement sur lequel la personne n'exercerait qu'un contrôle partiel. Il consiste en l'évaluation, par la personne, du degré de facilité ou de difficulté associé à l'adoption d'un comportement donné.

L'importance relative des attitudes, des normes sociales et de la perception du contrôle sur le comportement dans la prédiction de l'intention, d'une part, et de l'intention et de la perception du contrôle sur le comportement dans la prédiction de celui-ci, d'autre part, varie en fonction du comportement et de la population mesurés (Ajzen, 1985). En conséquence, il peut arriver que seules les attitudes apparaissent significatives dans la prédiction de l'intention, que les attitudes et la perception du contrôle sur le comportement expliquent les intentions ou que ces trois variables aient une contribution indépendante. Il en est de même pour la prédiction du comportement: parfois, seul l'effet de l'intention

apparaît significatif, alors qu'à d'autres moments, l'intention et la perception du contrôle sur le comportement influent significativement sur la prédiction.

Comme le modèle de l'action raisonnée, celui du comportement planifié intègre les concepts de croyances personnelles et de croyances normatives. En plus, l'auteur inclut les "croyances à l'égard du contrôle", qui sous-tendent le concept de perception du contrôle sur le comportement, et ce, dans le même sens que le font les croyances personnelles pour les attitudes et les croyances normatives pour les normes sociales.

D'après la théorie du comportement planifié, il existe une série de croyances reliées à la présence ou non de ressources et d'occasions, et qui déterminent également l'intention et l'action. Ces croyances peuvent s'appuyer en partie sur les expériences passées de la personne relativement au comportement en question, mais peuvent aussi reposer sur des renseignements fournis par l'entourage, par l'observation des expériences d'autrui ou par d'autres facteurs permettant de relativiser la perception de la difficulté d'adopter un comportement donné. Plus la personne croit posséder les ressources ou les occasions nécessaires pour adopter un comportement et moins elle anticipe d'obstacles à l'adoption de ce comportement, plus sa perception du contrôle sur ce comportement est élevée (Ajzen, 1985). De façon générale, plus les attitudes, les normes sociales et la perception du contrôle à l'égard du comportement sont élevées, plus la personne a la ferme intention d'adopter ce comportement.

Selon Ajzen (1985), le concept qui se rapproche le plus de celui de la perception du contrôle est celui de l'auto-efficacité (*self-efficacy*) élaboré par Bandura (1977, 1982). Avec ses collègues (Bandura, Adams & Beyer, 1977; Bandura, Adams, Hardy & Howells, 1980), cet auteur a en effet démontré que le comportement des personnes dépend, dans une large mesure, de leur niveau de confiance en leur capacité d'assumer ce comportement, c'est-à-dire de leur perception de contrôle sur celui-ci (Ajzen & Madden,

1986). La théorie du comportement planifié utilise ce concept à l'intérieur d'un cadre de référence plus général, en relation avec les croyances, les attitudes, l'intention et le comportement.

Comme pour les croyances à l'égard du comportement et des croyances normatives, il est possible de considérer les croyances reliées au contrôle comme des déterminants qui agissent de façon indirecte sur le comportement. De plus, de la même façon que les croyances à l'égard du comportement et les croyances normatives agissent sur les variables auxquelles elles sont associées, à savoir les attitudes et les normes sociales, les croyances relatives aux ressources et aux occasions exercent un effet direct sur la perception du contrôle sur le comportement.

Ajzen signale que la théorie du comportement planifié ne tient pas directement compte du degré de contrôle réel exercé par la personne dans une situation donnée, mais qu'elle considère plutôt les effets possibles de la *perception* du contrôle sur l'adoption d'un comportement (Ajzen, 1988):

Étant donné que l'intention reflète essentiellement la volonté de la personne d'essayer d'adopter un comportement donné, la perception du contrôle doit nécessairement prendre en considération certaines contraintes réelles susceptibles d'exister. Puisque les perceptions du contrôle sur le comportement correspondent habituellement au contrôle réel, elles devraient fournir d'importants renseignements à propos de l'intention (p.133, traduction libre).

Selon Ajzen, l'influence de la perception du contrôle sur le comportement peut s'exercer selon deux scénarios (voir Figure 2). Dans le premier, le postulat d'un lien indirect entre le concept de perception du contrôle et celui du comportement repose sur l'idée que l'effet de la perception du contrôle sur le comportement s'exerce par l'entremise des intentions. D'après l'auteur, les personnes qui croient ne posséder aucune ressource ou

qui n'ont pas l'occasion d'adopter un comportement donné n'ont vraisemblablement pas l'intention ferme de s'engager dans ce comportement, même si elles entretiennent des attitudes favorables vis-à-vis de ce comportement et qu'elles croient que des personnes significatives les approuveraient de l'adopter. Il serait alors normal de voir apparaître une association entre la perception du contrôle et l'intention, laquelle ne serait pas influencée, ou le serait peu, par les attitudes et les normes sociales. La Figure 2 montre que la perception du contrôle est liée aux attitudes et aux normes sociales, et qu'elle exerce une influence indépendante sur l'intention. Il faut rappeler, ici, les propos d'Ajzen (1988) selon lesquels la force d'une variable peut compenser la faiblesse des deux autres. Ainsi, la personne qui doute de sa capacité à adopter un comportement peut déployer des efforts importants si elle croit fortement en retirer des conséquences positives ou si elle perçoit qu'une forte pression sociale l'y incite.

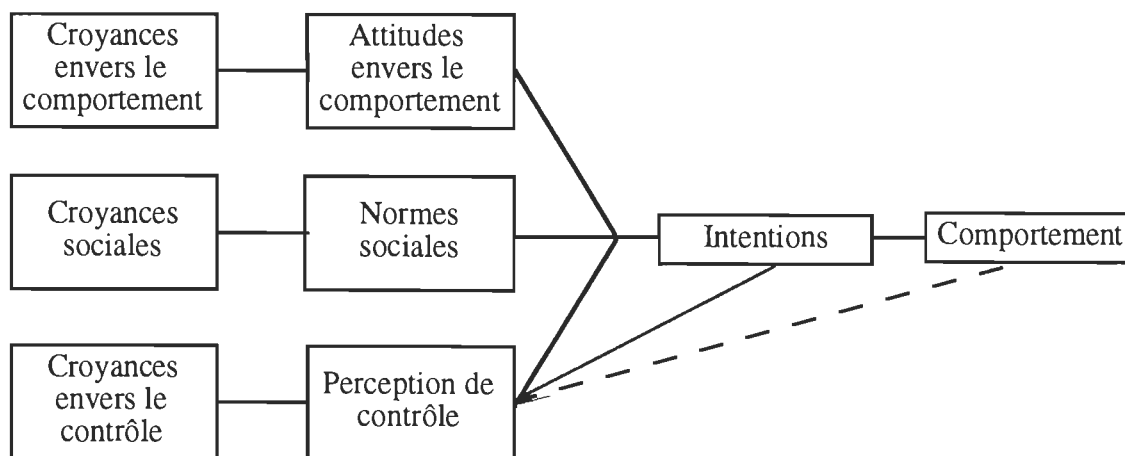


Figure 2. Modèle du comportement planifié d'Ajzen (1985). (Extrait de Ajzen, 1988).

Dans le second scénario, l'auteur considère la possibilité d'un lien direct entre la perception du contrôle et le comportement. De fait, dans plusieurs cas, l'adoption d'un comportement dépend non seulement de la motivation de la personne, mais également du contrôle adéquat qu'elle exerce sur celui-ci. Ainsi, cette perception peut aider à prédire la réalisation d'un but, indépendamment de l'intention manifestée envers ce comportement, dans la mesure où ce concept reflète le contrôle *réel* avec un certain degré d'exactitude.

Cette possibilité d'un lien direct entre la perception du contrôle et le comportement a été explorée dans plusieurs études, dont notamment celle d'Ajzen et Madden (1985) sur la présence des étudiants aux cours. Naturellement, comme le soulignent les auteurs, il est possible que la perception du contrôle sur le comportement ne soit pas réaliste dans certaines situations. Tel est le cas, par exemple, lorsque la personne possède peu d'informations sur le comportement en question, lorsque les exigences ou les ressources disponibles ont été modifiées et lorsque des éléments nouveaux ou étrangers sont introduits dans la situation. À ce moment, la mesure de la perception du contrôle contribue peu à la prédiction du comportement. La ligne pointillée dans la Figure 2 indique que le lien direct entre la perception du contrôle et le comportement apparaît seulement lorsqu'il y a concordance entre la perception du contrôle et le contrôle réel d'une personne sur le comportement (Ajzen & Madden, 1986).

En résumé, selon le premier scénario du modèle du comportement planifié, la variable de la perception du contrôle agit indirectement sur le comportement, par l'intermédiaire de l'intention. Selon le deuxième, cette variable peut également servir à prédire directement le comportement parce qu'il est possible de la considérer comme substitut partiel d'une mesure de *contrôle réel*. Ainsi, comme le démontre la Figure 2, la ligne pointillée présente un lien direct entre le concept de la perception du contrôle et celui du comportement (Ajzen & Madden, 1986).

La théorie de l'action raisonnée ainsi que celle du comportement planifié visent donc toutes deux à expliquer et prédire le comportement des personnes. Chaque modèle mesure les attitudes des personnes, leur perception des normes sociales ainsi que leur intention d'adopter ou non un comportement donné. Cependant, alors que la théorie de l'action raisonnée de Fishbein et Ajzen (1975) s'applique aux comportements qui sont essentiellement assujettis au contrôle volontaire de la personne, celle du comportement planifié d'Ajzen (1988), qui est en fait une extension de la première, permet d'étudier les

comportements qui ne le sont pas entièrement. Ainsi, l'*intention* constitue le facteur central de la théorie du comportement planifié, mais l'auteur présente trois déterminants de l'intention plutôt que deux comme dans le modèle original, à savoir le concept de la perception du contrôle sur le comportement, qui est ajouté à ceux des attitudes à l'égard du comportement et des normes sociales. Ce concept renvoie à la perception par l'individu de la facilité ou de la difficulté d'utiliser un comportement; il est supposé refléter les expériences passées de l'individu, aussi bien que les obstacles ou les empêchements anticipés.

Les auteurs des modèles de l'action raisonnée et du comportement planifié ont choisi de mettre l'accent sur les attitudes, les croyances et l'intention des personnes sans chercher à découvrir l'effet des variables appelées "externes", comme les traits de personnalité, les variables démographiques ou les attitudes envers certaines cibles. Ils reconnaissent toutefois l'influence de certaines de ces variables comme déterminants importants de l'intention d'utiliser ou non un comportement.

Application des modèles dans divers champs

Depuis les 15 dernières années, les recherches empiriques ont largement conforté la théorie de l'action raisonnée de Fishbein et Ajzen (1975). Celle-ci s'est avérée très utile à la compréhension et à la prédiction d'une grande variété d'objets d'étude tels que la perte de poids (Ajzen & Fishbein, 1980), le choix de carrière chez les femmes (Fishbein, 1980), l'organisation des décisions familiales (Loken & Fishbein, 1980), l'intention du consommateur (Oliver & Bearden, 1985; Ryan, 1982), l'intention de voter (Davidson, Yantis, Norwood, & Montano, 1985; Fishbein & Coombs, 1974), les habitudes vis-à-vis de la cigarette (Fishbein, 1982), le choix d'une méthode de nutrition du nouveau-né (Manstead, Plevin, & Smart, 1984; Manstead, Proffit, & Smart, 1983), l'utilisation de la ceinture de sécurité (Budd, North, & Spencer, 1983), la recommandation de sentence

rendue par un agent de probation (Katz, 1984), la présence en classe à l'université (Fredricks & Dossett, 1983) et le choix d'un mode d'accouchement (Lowe & Frey, 1983).

Toutes ces recherches et plusieurs autres qui ont appliqué la théorie de l'action raisonnée à la compréhension d'un comportement démontrent clairement l'existence de fortes corrélations entre les différentes variables du modèle et le comportement. Cette théorie apparaît valide pour la détermination de croyances normatives, d'attitudes et de motivations qui sont prédictives de l'intention et du comportement lui-même. Toutefois, la plupart des comportements mesurés dans ces recherches n'impliquaient pas de problèmes de contrôle, ou peu. De récentes recherches sur la théorie du comportement planifié, une extension du modèle original, indiquent que lorsque le contrôle volitif est faible, l'ajout de la variable "perception du contrôle sur le comportement" augmente significativement à la fois la prédiction de l'intention et celle du comportement.

La présente recherche utilise précisément ce second modèle afin de permettre de mieux expliquer et prédire le choix d'un type d'intervention thérapeutique, en supposant que le contrôle volitif se situe quelque part sur le continuum et non aux extrémités. Il apparaît donc important, à ce stade-ci, de mettre l'accent sur l'analyse des recherches qui ont appliqué ce modèle.

Il semble opportun d'examiner les études dites "classiques", portant sur l'élaboration du modèle d'Ajzen, en fonction du caractère volitif ou non des comportements mesurés. Cet examen permettra non seulement de mieux expliquer le comportement faisant l'objet du présent projet, mais également d'évaluer l'apport de ce modèle appliqué aux comportements de types volitif et non volitif. Les études recensées ont été, en majeure partie, dirigées par Ajzen lui-même. Les résultats sont analysés en fonction de la théorie du comportement planifié.

Application du modèle du comportement planifié aux comportements d'ordre volitif
et non volitif

Un nombre grandissant de chercheurs utilisent aujourd'hui le modèle du comportement planifié d'Ajzen (1988) pour expliquer et prédire l'intention des personnes de participer à différentes activités ou d'adopter certains comportements, et quelques-uns ont publié leurs résultats. Ajzen (1991) a répertorié 16 recherches de ce type depuis 1985; la plupart sont des thèses inédites. Certaines portent sur les attitudes, les normes sociales et la perception du contrôle sur le comportement sans toutefois mesurer le comportement en question.

Parmi ces études, celles dites "classiques", qui ont utilisé le modèle du comportement planifié, sont décrites ci-dessous en deux parties distinctes: la première comprend les recherches portant sur des comportements évalués comme non volitifs, et la seconde, des comportements évalués comme volitifs.

Schifter et Ajzen (1985) ont été les premiers à vérifier la théorie du comportement planifié. Ils ont réexaminé l'à-propos de mesurer certaines variables d'attitudes et de personnalité dans la prédiction de la perte de poids chez les femmes. Ils ont formulé trois hypothèses principales: (a) L'intention de perdre du poids est prédite par les attitudes, les normes sociales et la perception du contrôle sur le comportement; (b) L'intention et la perception du contrôle sur le comportement prédisent la perte de poids réelle, et ce, plus précisément pour les femmes qui obtiennent un score élevé à l'échelle de "connaissance de soi" comparativement à celles dont le score est moyen ou faible à cette même échelle; (c) Les femmes qui obtiennent un score élevé pour des variables associées au contrôle réel sur leur perte de poids (plan d'action, compétence perçue, force de l'ego, etc.) sont plus enclines à manifester leur intention de perdre du poids que celles qui dont le score est faible à cette même échelle.

Quatre-vingt-trois femmes de niveau collégial inscrites à un programme de psychologie ont accepté de participer à cette recherche. Celles qui croyaient devoir perdre du poids ont été plus particulièrement encouragées à participer, alors que celles dont le poids était considéré "normal" et qui se montraient intéressées à la recherche ont été simplement acceptées comme participantes. L'expérimentation comportait deux étapes et a duré six semaines. Les participantes ont été questionnées et pesées au début et à la fin de cette période. Trois questionnaires leur ont été présentés: un premier mesurant l'intention, les attitudes, les normes sociales et la perception du contrôle sur le comportement, un deuxième mesurant le niveau de connaissance de soi et un troisième mesurant le lieu de contrôle.

L'analyse de régression multiple a révélé que chacune des trois variables du modèle apporte une contribution significative et indépendante à la prédiction de l'intention de perdre du poids. En effet, 55% de la variance a été expliquée par les attitudes, les normes sociales et la perception du contrôle sur le comportement. Il est donc évident que les variables indépendantes de la théorie du comportement planifié contribuent à la prédiction de l'intention de perdre du poids: attitudes (Bêta = .79, $p < .01$), perception du contrôle sur le comportement (Bêta = .30, $p < .01$) et normes sociales (Bêta = .17, $p < .01$). La variable attitudes s'avère donc le meilleur prédicteur de l'intention.

En ce qui a trait à la perte de poids réelle, 19% de la variance a été expliquée par l'intention et la perception du contrôle sur le comportement. Cette variable (PCC) est ressortie comme l'unique prédicteur significatif (Bêta = .39, $p < .01$) de la perte de poids sur une période de six semaines; les corrélations avec les attitudes et les normes sociales ne se sont pas avérées significatives.

Ces résultats confirment également la deuxième hypothèse selon laquelle l'intention et la perception du contrôle sur le comportement seraient de bons prédicteurs de la perte de

poids réelle pour les femmes dotées d'une meilleure connaissance de soi. Afin de vérifier cette hypothèse, les auteurs ont séparé l'échantillon à la médiane de l'échelle de connaissance de soi et ont analysé les corrélations à cette échelle pour les groupes élevé et faible (38 sujets par groupe). Les corrélations de l'intention et de la perception du contrôle sur le comportement "perte de poids" ont été plus fortes pour le groupe élevé à l'échelle de la connaissance de soi que pour le groupe faible. Les participantes dont le score était élevé à cette échelle ont obtenu une corrélation de .31 ($p < .05$) entre l'intention de perdre du poids et la perte de poids réelle, tandis que celles dont il était faible présentaient une corrélation de .19 (n.s.) entre les mêmes variables. Les corrélations correspondantes entre la perception du contrôle sur le comportement et la perte de poids réelle étaient de .47 ($p < .05$) et de .35 ($p < .01$), ce qui indique qu'une bonne connaissance de soi est reliée à une meilleure perception du contrôle sur le comportement et à la perte de poids. Enfin, contrairement à ce qu'ils s'attendaient, les auteurs ont observé que la variable "contrôle réel" n'était pas significativement corrélée avec l'intention de perdre du poids ($r = .16$, n.s.).

En général, le modèle du comportement planifié facilite la prédiction de l'intention de perdre du poids, alors qu'il est plus ou moins efficace pour la prédiction de la perte de poids réelle. Schifter et Ajzen (1985) ont expliqué leurs résultats par le fait que la perte de poids n'est pas un comportement en soi, mais plutôt une conséquence sur laquelle une personne n'exerce qu'un contrôle limité. Ils ont d'ailleurs souligné qu'un meilleur prédicteur de la perte de poids serait le degré avec lequel une personne croit contrôler son poids. Ils concluent que les femmes très décidées à perdre du poids et qui croient en être capables obtiennent davantage de succès dans cette démarche que celles qui ne le croient pas.

Cette étude est intéressante parce qu'elle mesure un comportement observable dans la réalité, celui de la perte de poids. Par contre, la mesure du comportement a été effectuée six semaines après l'administration des questionnaires, ce qui peut avoir permis à divers

événements ou difficultés de modifier à la fois l'intention de perdre du poids et la perception du contrôle que les sujets avaient sur le comportement, selon les auteurs. Par exemple, une maladie subite peut causer une perte de poids considérable chez une personne qui, au départ, n'avait pas de sérieuses intentions de maigrir. De plus, des problèmes liés au travail, aux études ou à la famille peuvent amener une personne qui croyait être en mesure de contrôler sa perte de poids à manger davantage afin de gérer l'anxiété engendrée par ces difficultés. Selon les auteurs, ces facteurs pourraient expliquer la corrélation modérée entre la perception du contrôle sur le comportement, malgré sa combinaison avec l'intention, et la perte de poids réelle. Une autre raison pouvant expliquer ce résultat serait que la perception du contrôle que les sujets croyaient exercer sur la perte de poids ne correspondait pas tout à fait à la réalité. Or, selon la théorie d'Ajzen (1985), lorsqu'une telle situation se produit, la perception du contrôle sur le comportement facilite peu ou nullement la prédiction du comportement.

Ajzen et Madden (1985) ont voulu également mettre à l'épreuve la théorie du comportement planifié, mais cette fois, en mesurant, à l'aide de deux études distinctes, un comportement considéré assujéti au contrôle volontaire de la personne, soit la présence de l'étudiant en classe, et un qui ne l'est pas, c'est-à-dire l'obtention de la note "A" en classe. Ils ont donc mis l'accent sur l'apport de la variable "perception du contrôle sur le comportement" dans la prédiction de ces deux types de comportement, ainsi que sur l'impact de cette variable du contrôle réel de la personne sur l'obtention de la note "A".

Pour le premier comportement, les auteurs supposaient que la facilité ou la difficulté perçue par l'étudiant d'être présent en classe (perception du contrôle sur le comportement) influencerait son intention d'assister ou non aux cours. La perception du contrôle sur le comportement devait apporter peu d'informations pertinentes à la prédiction de ce comportement, qui relevait davantage du contrôle volontaire de l'étudiant. Pour le deuxième comportement, en revanche, la perception du contrôle sur le comportement devait

être d'un apport significatif dans la prédiction de l'obtention de la note "A" pour un cours donné, et ce, lors de la deuxième prise de mesure vers la fin de la session. En effet, puisque ce comportement ne relève pas totalement du contrôle volontaire de l'étudiant, une intention élevée d'obtenir un "A" ne serait donc pas suffisante pour garantir l'obtention de cette note. Afin de vérifier cette seconde hypothèse, les auteurs ont mesuré la perception du contrôle sur le comportement des étudiants à deux reprises, soit au début et à la fin de la session. La perception du contrôle sur le comportement devait contribuer davantage à la prédiction du comportement à la fin de la session parce qu'à ce moment-là, les étudiants seraient mieux informés sur leur rendement scolaire (contrôle réel) qu'à la mi-session.

Les auteurs n'ont pas spécifié pourquoi "être présent en classe" soulève moins de problèmes de contrôle pour les étudiants que l'obtention de la note "A". Selon la théorie d'Ajzen, le contrôle volontaire se retrouve sur un continuum où l'acte volontaire pur est à une extrémité et celui qui échappe totalement au contrôle de la personne, à l'autre. L'étude mesurant le comportement de présence en classe sera présentée plus loin dans le texte.

La collecte des données permettant de mesurer le comportement "obtenir un "A" en classe" s'est effectuée en deux étapes. La première s'est déroulée trois semaines après le début de la session d'automne. Les sujets, 34 hommes et 56 femmes inscrits à trois cours en administration au niveau collégial, devaient remplir le questionnaire du modèle du comportement planifié d'Ajzen (1988). La seconde étape a eu lieu à la fin de la session, soit près d'une semaine avant l'examen final. À ce moment, les étudiants détenaient un minimum d'information concernant leur rendement scolaire en général, et les auteurs s'attendaient à ce que cette information ait un impact significatif sur la perception du contrôle sur le comportement (recevoir la note "A" pour le cours).

Les analyses de régression multiple hiérarchique portant sur la première vague de collecte des données (au début de la session) ont clairement démontré que la perception du

contrôle sur le comportement facilite beaucoup l'explication de la variance dans la prédiction de l'intention comparativement au modèle de l'action raisonnée, le R^2 passant de .23 à .42. De plus, la perception du contrôle sur le comportement s'avère être un prédicteur significatif de l'intention ($B\hat{e}ta = .45, p < .01$), indépendamment des attitudes et des normes sociales. Par contre, comme Ajzen et Madden (1985) s'y attendaient, la perception du contrôle sur le comportement n'a pas été d'une grande valeur prédictive pour les notes obtenues. Il semble, qu'au début de la session, les étudiants ne possédaient pas suffisamment d'information sur leur rendement scolaire pour prévoir adéquatement leurs résultats ultérieurs. En effet, l'ajout de la variable perception du contrôle sur le comportement n'a pas augmenté la valeur du R^2 , qui est demeurée à .07.

Au cours de la deuxième étape de la collecte des données, l'examen des corrélations entre les notes "attendues" et les notes "obtenues" a révélé que les attentes sont devenues beaucoup plus réelles vers la fin de la session: la corrélation entre cette combinaison de variables était seulement de .07 à la première étape et est passée à .63 à la deuxième, pour une variance commune de 40%. Ces résultats indiquent qu'à la fin de la session, les sujets ne s'attendaient plus à ce que la note qu'ils allaient obtenir dépende de leurs attentes, mais plutôt de leur capacité réelle.

Comme lors de la première étape, seules les attitudes et la perception du contrôle sur le comportement ont obtenu des coefficients de régression significatifs ($B\hat{e}ta = .39$ et $.41$ respectivement) et une augmentation de la prédiction de l'intention de .49 à .64 après l'introduction de la variable perception du contrôle sur le comportement dans la deuxième partie de l'analyse.

Finalement, contrairement à l'analyse des résultats de la première étape de collecte des données, la perception du contrôle sur le comportement a facilité de manière significative l'explication de la variance relativement aux notes "obtenues". La variance

commune entre l'intention de recevoir la note "A" et la note effectivement "obtenue" était de 15%. En ajoutant la perception du contrôle sur le comportement ($B\acute{e}ta = .26, p < .01$) à la deuxième étape d'analyse, 20% de la variance a été expliquée, ce qui représente une amélioration importante et significative ($p < .01$).

En résumé, les résultats de cette étude d'Ajzen et Madden (1985) démontrent qu'effectivement, la perception du contrôle sur le comportement, comme les attitudes et les normes sociales, joue un rôle important sur l'intention d'une personne d'adopter un comportement. Il est apparu évident que moins le comportement est assujéti au contrôle volontaire de la personne et plus la perception de son contrôle vis-à-vis de l'adoption du comportement est réelle, plus la perception du contrôle sur le comportement s'avère significative dans la prédiction du comportement

Cette recherche d'Ajzen et Madden paraît donc intéressante à plus d'un titre. Premièrement, les comportements mesurés sont observables dans la réalité et s'avèrent moins vulnérables à des biais lors de la collecte des données. Deuxièmement, les auteurs ont procédé à deux études pilotes afin de déterminer, pour la première étude, les obstacles susceptibles d'empêcher la personne de se présenter en classe et, pour la deuxième, les différentes croyances reliées au fait d'obtenir un "A". Ces études ont permis d'accumuler l'information nécessaire à l'élaboration de l'instrument de mesure visant l'évaluation des différentes variables du modèle. Enfin, chaque variable du modèle a fait l'objet d'au moins deux questions, ce qui confère une plus grande fidélité à la mesure.

DeVellis, Blalock et Sandler (1990) ont examiné, pour leur part, le rôle de la variable perception du contrôle sur le comportement pour prédire la participation au dépistage du cancer du côlon chez des personnes informées au préalable qu'elles étaient susceptibles de contracter ce type de maladie. Ce dépistage nécessitait une série de tests et de prélèvements effectués par la personne à la maison ainsi que l'adoption d'une diète et

une réduction de l'usage de certains médicaments. En raison des difficultés qui pouvaient survenir lors des différentes étapes du dépistage, les auteurs ont postulé que ce comportement était d'ordre non volitif. Par exemple, des contraintes situationnelles pouvaient empêcher la personne d'adhérer à une diète, et une situation stressante importante pouvait gêner l'intention de restreindre l'usage de certains médicaments.

DeVellis *et al.* ont fait les hypothèses suivantes: (a) la théorie du comportement planifié permet significativement de prédire la participation au dépistage par rapport à celle de la théorie de l'action raisonnée; (b) les sujets possédant une meilleure information concernant la procédure des tests ou une plus grande expérience vis-à-vis de celle-ci perçoivent le contrôle de façon plus réelle; et (c) le lien direct entre le comportement et la perception du contrôle sur le comportement est alors plus prononcé chez ces sujets. Ils ont également voulu examiner les différents effets de la perception du contrôle sur le comportement. Ces effets pouvaient être de trois ordres: indirect (médiatisé par l'intention), direct ou modéré par la relation entre l'intention et le comportement. De plus, ils ont cherché à savoir si l'effet direct sur le comportement de la perception du contrôle sur le comportement dépend du degré de réalité qui est reflété par cette variable.

Un groupe de 96 personnes à risque élevé de contracter le cancer du côlon et un groupe de 144 à risque moyen ont été recrutés à l'aide d'un membre de la famille (fratrie) hospitalisé en raison de cette maladie. La moyenne d'âge du groupe à risque élevé était de 56.4 ans et celle du groupe à risque modéré, de 58 ans. Les sujets ont tous été joints par téléphone afin de répondre au questionnaire mesurant les différentes variables de la théorie du comportement planifié, et ils ont reçu par la poste les différents tests servant au dépistage du cancer. Le comportement relié à la participation au dépistage du cancer du côlon a été mesuré de façon dichotomique, c'est-à-dire que les participants qui ont retourné les différents tests dûment remplis à l'intérieur d'un mois ont obtenu le score 1 et tous les autres, le score 0.

Les résultats ont confirmé l'importance d'ajouter la variable "perception du contrôle sur le comportement" à la théorie de l'action raisonnée. En effet, cette variable a amélioré la prédiction de l'intention, le R^2 passant de .13 à .21 pour le groupe à risque élevé et de .22 à .29 pour le groupe à risque modéré. En plus de son effet indirect sur le comportement par l'intermédiaire de l'intention, la perception du contrôle sur le comportement a exercé un effet direct sur le comportement seulement pour le groupe à risque élevé (Bêta = .32, $p < .01$). Les auteurs s'attendaient à ce que la perception du contrôle ait un effet direct pour les deux groupes, étant donné que le groupe à risque modéré possédait le même niveau d'information ou d'expérience que celui à risque élevé vis-à-vis de la procédure de dépistage. Finalement, pour la prédiction du comportement, l'hypothèse selon laquelle les participants les mieux informés au sujet de la procédure des tests ou possédant plus d'expérience vis-à-vis de celle-ci perçoivent le contrôle de façon plus réelle n'a pas été confirmée. Le lien direct entre le comportement et la perception du contrôle sur le comportement n'est donc pas apparu plus prononcé chez les personnes qui possédaient plus de renseignements ou d'expérience relativement au dépistage du cancer du côlon.

Les résultats de cette étude de DeVellis *et al.* (1990) démontrent clairement le rôle "motivant" de la perception du contrôle sur le comportement, qui est apparue comme un prédicteur important de l'intention pour les deux groupes. Les auteurs soulignent toutefois le fait que la perception du contrôle sur le comportement n'a exercé un effet direct sur le comportement que pour le groupe à risque élevé. Sans préciser davantage, ils notent l'aspect intrigant de ce résultat inattendu. En effet, selon la théorie d'Ajzen (1985), la perception du contrôle sur le comportement influencerait directement le comportement lorsque les personnes évaluent de manière réaliste les conséquences associées à l'adoption d'un comportement. Or, les deux groupes à l'étude possédaient également ce sens réaliste des conséquences étant donné qu'ils avaient l'information ou l'expérience vis-à-vis de la procédure du dépistage du cancer du côlon.

Il convient de souligner que la mesure des différentes variables du modèle a été prise par téléphone pour chacun des sujets. Ce procédé peut engendrer une difficulté de concentration pour le sujet, puisqu'il est à la maison plutôt que directement en face du questionnaire. De plus, bien que le comportement mesuré soit observable dans la réalité, il est relié à une maladie qui non seulement fait partie de la fratrie, mais qui peut survenir chez le sujet lui-même. Le fait pour une personne d'apprendre sa susceptibilité à contracter le cancer du côlon, comme son frère ou sa soeur, peut engendrer un stress important qui provoque de l'instabilité émotionnelle au cours de l'étude. Ainsi, les différentes variables du modèle peuvent être exposées à une certaine variabilité à la fois au cours de l'entrevue par téléphone et après celle-ci. Selon les auteurs, ce phénomène expliquerait pourquoi les attitudes ne présentaient aucune corrélation avec les autres variables du modèle pour le groupe à risque élevé.

Par ailleurs, Godin, Valois, Lepage et Desharnais (1992) ont mis à l'épreuve le caractère prédictif de la théorie du comportement planifié au regard de l'intention et du comportement "cesser de fumer". Ils ont réalisé deux études, la première auprès d'adultes de la population générale et la seconde, auprès de femmes enceintes.

Dans la première étude, 346 sujets (129 hommes et 217 femmes), dont 136 fumeurs et 210 non-fumeurs, se sont portés volontaires. Selon les auteurs, le faible taux de réponse enregistré (soit 29,4%) par rapport au nombre de sujets sollicités pourrait avoir biaisé les résultats. La difficulté de recruter un plus grand nombre de fumeurs pourrait être imputable au fait que le comportement étudié (cesser de fumer) n'était tout simplement pas jugé pertinent pour eux. Les participants ont été rencontrés à la maison et ont rempli des questionnaires évaluant l'intention, les attitudes, les normes sociales et la perception du contrôle sur le comportement. Les indices de ces variables, sauf celle des attitudes, étaient mesurés à l'aide d'une seule question, ce qui entache sa crédibilité. Enfin, la mesure du comportement a été effectuée par la poste six mois après l'entrevue initiale.

Les résultats ont révélé que chez les fumeurs, l'ajout de la perception du contrôle sur le comportement aux attitudes et aux normes sociales améliore significativement la prédiction de l'intention, le R^2 passant de .10 à .39 ($p < .001$). La variable "perception du contrôle sur le comportement" s'est avérée être le meilleur prédicteur de l'intention (Bêta = .50, $p < .001$), suivie des attitudes (Bêta = .22, $p < .01$) et des normes sociales (Bêta = .19, $p < .05$).

Les analyses de régression hiérarchique ont indiqué que 15% ($p < .001$) de la variance du comportement est prédite par l'intention. L'ajout de la perception du contrôle sur le comportement, par contre, a augmenté la variance commune à 27% ($p < .001$). De plus, en ajoutant la variable "habitude" aux trois autres, les auteurs ont noté que celle-ci faisait passer le R^2 à .35 ($p < .001$). Dans le modèle final, les meilleurs prédicteurs du comportement ont été l'habitude (Bêta = .36, $p < .001$) et la perception du contrôle sur le comportement (Bêta = .21, $p < .05$).

Les résultats de cette étude ont révélé que, chez les fumeurs, l'intention plus ou moins forte de mettre fin à leur habitude ne dépend pas de la force de cette habitude, mais plutôt de facteurs d'ordre cognitif. Or, ces facteurs, à savoir les attitudes, les normes sociales et la perception du contrôle sur le comportement, peuvent être modifiés.

Dans leur deuxième étude, Godin *et al.* (1992) ont mesuré le même comportement auprès d'une population différente. Celle-ci était composée de 136 femmes dont l'âge variait entre 18 et 40 ans, qui vivaient en couple et qui en étaient à leur 4e ou 5e mois de grossesse. Elles ont été recrutées sur une base volontaire et provenaient d'un centre médical privé ou de classes de cours prénatals. Elles étaient suivies jusqu'à 4 mois après l'accouchement et elles ont été rencontrées à la maison.

Les résultats de cette étude ont indiqué que chez les fumeuses, les attitudes et les normes sociales expliquent 32% de la variance de l'intention. L'ajout de la perception du

contrôle sur le comportement dans l'analyse de régression multiple a permis un gain de 22% de la variance expliquée, celle-ci passant de .32 à .54 ($p < .001$). La prise en considération de la mesure de l'habitude n'a pas modifié le modèle de manière significative. Les meilleurs prédicteurs de l'intention seraient donc la perception du contrôle sur le comportement ($B\hat{e}ta = .55, p < .001$) et les attitudes ($B\hat{e}ta = .30, p < .01$).

Pour la prédiction du comportement, seule l'intention s'est avérée être un prédicteur significatif ($R^2 = .12, p < .05$), confortant en cela la théorie de Fishbein et Ajzen (1975). Par contre, lorsque la perception du contrôle sur le comportement a été ajoutée au modèle, le R^2 est passé de .12 à .46 ($p < .01$). Encore une fois, l'habitude n'a pas permis d'augmenter significativement le R^2 . Le seul prédicteur significatif du modèle final a été la perception du contrôle sur le comportement ($B\hat{e}ta = .66, p < .001$).

D'après ces résultats, les femmes enceintes convaincues que cesser de fumer pendant la grossesse est bénéfique pour la santé du fœtus et qui pensent être capables de le faire durant cette période manifestent une ferme intention de cesser de fumer. Cette observation vaut, peu importe le degré d'habitude de fumer. Comparées à ceux de la première étude, ces données montrent clairement que la perception du contrôle sur le comportement joue un rôle plus important dans l'explication du comportement chez les femmes enceintes que dans la population en général.

Cette recherche de Godin *et al.* (1992) permet de conclure à l'importance de la perception du contrôle sur le comportement dans la prédiction de l'intention et du comportement de cesser de fumer chez les femmes enceintes. Avec les résultats de la première étude, cette conclusion s'avère encore plus juste. Il faut souligner que ces deux séries d'analyse avaient pour but de vérifier la théorie du comportement planifié et que, conséquemment, le compte rendu des auteurs ne concerne pas les résultats relatifs aux croyances qui sous-tendent les différentes variables du modèle. De plus, l'instrument de

mesure utilisé dans ces deux études ne comportait qu'une question servant à mesurer plusieurs composantes du modèle, à savoir le comportement, l'intention, les normes sociales, la perception du contrôle sur le comportement et l'habitude.

En ce qui a trait à la mesure de comportements à caractère volitif, Ajzen et Madden (1985) ont voulu étudier le pouvoir prédictif du modèle du comportement planifié sur le comportement "présence en classe". Les participants à cette étude étaient 45 hommes et 124 femmes inscrits à un cours d'introduction en psychologie sociale au niveau collégial. Le questionnaire mesurant les attitudes, les normes sociales et la perception du contrôle sur le comportement a été élaboré conformément au modèle d'Ajzen (1988); il a été administré à l'intérieur même d'un cours, et ce, trois semaines après le début de la session scolaire, soit tout de suite après la fin de la période d'abandon des cours.

La première étape de l'analyse consistait en une vérification de la théorie de l'action raisonnée. L'influence des attitudes ($B\hat{e}ta = .44, p < .01$) et des normes sociales ($B\hat{e}ta = .21, p < .01$) sur la prédiction de l'intention s'est avérée significative, le R^2 étant de 30.3%. Les résultats de la deuxième étape d'analyse, c'est-à-dire la vérification de la théorie du comportement planifié, ont démontré que chacune des variables indépendantes (attitudes, normes sociales et perception du contrôle sur le comportement) apporte une contribution significative ($p < .01$) à la prédiction de l'intention, et que le pourcentage de variance expliquée passe de 30.3% à 46.2%. Par contre, pour la prédiction du comportement en question, le coefficient de régression de la variable "perception du contrôle sur le comportement" dans l'analyse de régression hiérarchique est apparu non significatif. En effet, la corrélation entre l'intention et le comportement était de .36, et l'ajout de la perception du contrôle sur le comportement n'a permis d'obtenir une corrélation multiple que de .37. La variance commune ne s'est guère améliorée, puisqu'elle est passée de 13% à 14%. Ce résultat confirme que lorsque le comportement mesuré est en grande partie assujéti au contrôle volontaire de la personne, l'ajout de la perception du

contrôle sur le comportement dans l'analyse de la prédiction du comportement n'exerce qu'un effet minime.

En résumé, Ajzen et Madden (1985) ont démontré dans cette étude que la perception du contrôle sur le comportement exerce une grande influence sur l'intention d'être présent en classe, et que cet effet n'est pas médiatisé par les attitudes et les normes sociales. Par ailleurs, étant donné que le comportement mesuré (être présent ou non en classe) n'implique pratiquement pas de problèmes de contrôle, la perception du contrôle sur le comportement ajoute peu à sa prédiction. Toutefois, il eût été pertinent, pour une meilleure compréhension des deux comportements mesurés (obtenir un "A" et être présent en classe), de préciser où se situent les comportements sur le continuum en question.

De leur côté, Netemeyer et Burton (1990) ont comparé la théorie de l'action raisonnée et celle du comportement planifié sur le plan de leur validité prédictive pour la "décision de voter". Ils ont introduit dans ces deux modèles les variables "BE" et "BI" afin de comparer leur apport comme antécédents immédiats du comportement. "BE" est définie comme étant l'évaluation faite par la personne de la possibilité d'adopter un comportement particulier, et "BI", comme étant le degré de conviction avec lequel elle élabore un plan pour l'adoption ou non d'un comportement. Ces deux variables se distinguent en ce que "BI" s'applique à un engagement à adopter un comportement et "BE", à la possibilité d'adopter un comportement, indépendamment du fait que l'engagement soit pris ou non. Ces auteurs ont également examiné la relation entre les attitudes, les normes sociales et la perception du contrôle sur le comportement comme prédicteur de "BE".

Un groupe de 172 étudiants en administration a été recruté afin de participer à l'étude qui se déroulait en deux phases. De ce groupe, 141 sujets ont été retenus en fonction de leur admissibilité à voter. La première phase de la recherche s'est déroulée une semaine avant la date de l'élection; les participants devaient répondre au questionnaire

mesurant les différentes variables du modèle de l'action raisonnée et du comportement planifié. La deuxième phase a eu lieu immédiatement après l'élection; les participants devaient indiquer s'ils avaient voté ou non.

Les résultats ont démontré que pour la prédiction de l'intention de voter, la théorie du comportement planifié apporte une grande contribution (augmentation du pourcentage de variance expliquée de 45%), comparativement à la théorie de l'action raisonnée. Le meilleur prédicteur du modèle s'est révélé être la perception du contrôle sur le comportement (Bêta = .73, $p < .01$), suivie des attitudes (Bêta = .15, $p < .01$).

Pour la prédiction de "BE", il ressort que les variables de la théorie du comportement planifié ont prédit 29% de la variance, comparativement à 8% pour les variables de la théorie de l'action raisonnée. La perception du contrôle sur le comportement est apparue comme le seul prédicteur (Bêta = .49, $p < .01$) de "BE", les attitudes et les normes sociales n'étant pas significatives.

Pour la prédiction du comportement, à savoir la décision de voter, l'intention s'est avérée être un bon prédicteur (Bêta = .59, $p < .01$), le R^2 étant de .35. Lorsque la perception du contrôle sur le comportement a été ajoutée au modèle de prédiction, non seulement n'est-elle pas apparue significative, mais le R^2 est demeuré à .35. Ce résultat confirme que pour les comportements volitifs, la théorie du comportement planifié n'augmente pas, ou peu, la prédiction du comportement. Étant donné que la personne possède les ressources et les moyens nécessaires à l'adoption du comportement, la perception du contrôle sur le comportement ne constitue pas un apport significatif à l'explication de l'adoption du comportement mesuré.

Enfin, lorsque "BE" et la perception du contrôle sur le comportement ont été ajoutées comme prédicteurs du comportement, le R^2 était de .27, et la perception du

contrôle sur le comportement est apparue comme le meilleur prédicteur ($B\hat{e}ta = .41$, $p < .01$), suivie de "BE" ($B\hat{e}ta = .17$, $p < .05$).

Ces résultats confirment ceux des trois études précédentes: la théorie du comportement planifié se révèle supérieure à la théorie de l'action raisonnée dans la prédiction de l'intention, que le comportement mesuré soit volitif ou non volitif. Par contre, il ressort que pour la prédiction d'un comportement volitif, telle la décision de voter, la théorie du comportement planifié n'améliore pas, ou peu, la prédiction de ce genre de comportement.

Beck et Ajzen (1991) ont eux aussi vérifié la théorie du comportement planifié, mais cette fois, au regard de comportements qualifiés de malhonnêtes. Ils ont choisi des comportements tels que tricher (tricher à un examen), voler (prendre quelque chose dans un magasin sans le payer) et mentir (utiliser une fausse excuse pour ne pas se présenter à un examen), considérant que ces comportements étaient susceptibles d'être rapportés comme indésirables et socialement inacceptables.

Leurs hypothèses de recherche étaient les suivantes: (a) étant donné que tricher, voler et mentir sont des comportements peu assujettis au contrôle de la volonté, la perception du contrôle sur le comportement devrait améliorer la prédiction de l'intention au delà des attitudes et des normes sociales; (b) parce qu'il n'est pas évident que la perception que les personnes ont de leur contrôle correspond adéquatement à la réalité, la perception du contrôle sur le comportement devrait faiblement contribuer à la prédiction du comportement; (c) la perception des obligations morales devrait accroître la prédiction du comportement parce que les intérêts moraux seraient reliés aux comportements malhonnêtes qui sont mesurés; (d) enfin, l'intention et la perception du contrôle sur le comportement devraient influencer sur la relation entre les comportements passés et ceux à venir.

L'affirmation des auteurs selon laquelle les comportements malhonnêtes étudiés impliquent des problèmes de contrôle, puisque les personnes n'exercent qu'un contrôle limité sur le fait de tricher, de voler et de mentir, laisse planer un fort doute sur le fait que ces comportements sont effectivement non volitifs chez une population étudiante. En effet, un étudiant peut très bien être conscient des conséquences associées à l'adoption d'un comportement malhonnête et choisir d'exercer un certain contrôle sur ce genre de comportement.

Les auteurs ont recruté 146 étudiants en psychologie de niveau collégial (28 hommes et 118 femmes) pour participer à l'étude vers la fin du semestre d'automne; la moyenne d'âge était de 19.6 ans. Tous devaient répondre dans un premier temps au questionnaire mesurant l'intention, les attitudes, les normes sociales et la perception du contrôle sur le comportement pour chacun des trois comportements malhonnêtes. Au moment de remettre les questionnaires, les sujets devaient signaler leur intérêt à participer au suivi qui avait lieu 6 mois plus tard, soit au printemps. Sur les 146, seulement 34 sont revenus pour la seconde phase de la recherche, ce qui représente un taux de participation de seulement 23%.

Cette deuxième phase de l'étude consistait simplement à demander aux participants de répondre de nouveau au questionnaire de la phase 1 et de rapporter rétrospectivement leurs propres comportements malhonnêtes au cours des derniers six mois. Leur anonymat a été préservé grâce à un système de codage pour chaque questionnaire.

Les analyses de régression hiérarchique ont démontré une bonne performance de la théorie de l'action raisonnée, qui a expliqué entre 33% et 61% de la variance pour l'intention (R^2). Les attitudes à l'égard du comportement sont apparues comme les meilleurs prédicteurs de chacun des comportements: tricher (Bêta = .65, $p < .05$), voler (Bêta = .78, $p < .05$) et mentir (Bêta = .39, $p < .05$). Les normes sociales ont contribué

significativement à la prédiction de l'intention ($B\hat{e}ta = .26, p < .05$), mais uniquement pour le comportement de mentir.

L'ajout de la perception du contrôle sur le comportement au modèle a permis d'augmenter la prédiction de l'intention. En fait, cette variable est la seule, dans cette deuxième étape de l'analyse, à obtenir un coefficient de régression significatif pour les trois intentions mesurées. La proportion de variance expliquée (R^2) se situait en effet entre 62% et 69%, ce qui représente une augmentation allant de 8% à 29% comparée à la première étape de l'analyse.

Il semble donc évident que la théorie du comportement planifié est supérieure à celle de l'action raisonnée puisqu'elle permet de constater que l'intention d'adopter des comportements malhonnêtes est fortement influencée par les croyances à propos des occasions et des obstacles potentiels dans l'adoption du comportement.

L'hypothèse selon laquelle la perception des obligations morales agirait sur l'intention s'est avérée juste, sans toutefois contribuer de manière substantielle à la formation de l'intention d'adopter un comportement malhonnête (sa contribution passant de 3% à 7% dans l'explication de la variance).

En ce qui a trait à la prédiction des comportements mesurés, la théorie du comportement planifié s'est révélée peu efficace dans l'explication de l'adoption de comportements malhonnêtes. En effet, dans l'analyse de régression hiérarchique, les corrélations multiples sont passées de .35 pour le comportement de mentir à .74 pour le comportement de tricher. L'ajout de la perception des obligations morales a fait augmenter la corrélation multiple de manière appréciable seulement dans le cas de mentir (de .35 à .62).

Il convient de noter que la perception du contrôle sur le comportement n'est pas apparue comme un prédicteur significatif pour les trois comportements malhonnêtes mesurés dans cette étude. Les auteurs ont expliqué ce résultat par le fait que la perception du contrôle que les personnes croient posséder sur les comportements malhonnêtes, tels tricher, voler et mentir, n'était pas réaliste. Par contre, il est possible également que ces comportements soient d'ordre volitif, c'est-à-dire des comportements soumis à un certain contrôle de la volonté. Ainsi, et conformément à la théorie, plus une personne exerce un contrôle sur le comportement mesuré, moins la perception du contrôle sur le comportement contribue à la prédiction du comportement.

De leur côté, Ajzen et Driver (1991,1992) ont appliqué la théorie du comportement planifié au choix de différents loisirs ou passe-temps. Deux publications ont présenté les résultats reliés respectivement aux principales variables du modèle et aux différentes croyances vis-à-vis de l'adoption des passe-temps mesurés. Les auteurs ont postulé que la théorie du comportement planifié s'appliquait directement à la prédiction de l'intention et du comportement pour la participation à des loisirs comme aller à la plage, faire de la course à pied, escalader une montagne, faire du bateau et faire de la bicyclette. Leurs hypothèses étaient que: (a) l'intention de participer à ces loisirs peut être prédite par les attitudes, les normes sociales et la perception du contrôle sur le comportement par rapport à ces activités; (b) la participation à l'un ou l'autre de ces loisirs peut être prédite par l'intention et la perception du contrôle sur le comportement; (c) pour chaque loisir, l'ajout de la perception du contrôle sur le comportement au modèle permet d'améliorer la prédiction du comportement. Les auteurs n'ont pas précisé les raisons qui les ont amenés à formuler cette dernière l'hypothèse.

Les participants à l'étude étaient 146 étudiants universitaires, dont 103 femmes et 43 hommes; leur âge moyen était de 20.1 ans. Un questionnaire mesurant l'intention, les attitudes, les normes sociales, la perception du contrôle sur le comportement ainsi que les

différentes croyances reliées à chacune des activités de loisir leur a été remis. Afin de mesurer le comportement, 134 participants qui avaient laissé leur nom et leur adresse ont reçu ultérieurement par la poste un questionnaire vérifiant le choix de leurs activités de loisir depuis les 12 derniers mois.

Pour la prédiction de l'intention, les corrélations multiples (R), toutes significatives ($p < .01$) variaient d'un minimum de .45 (pour aller à la plage) à un maximum de .70 (pour faire de la course à pied). Les résultats indiquent que les attitudes ont apporté une contribution significative à la prédiction de l'intention d'aller à la plage ($B\hat{e}ta = .42$, $p < .01$), de faire de la course à pied ($B\hat{e}ta = .41$, $p < .01$) et faire de la bicyclette ($B\hat{e}ta = .53$, $p < .01$); et que les normes sociales ont fait de même pour l'intention de faire de la course à pied ($B\hat{e}ta = .36$, $p < .01$), d'escalader une montagne ($B\hat{e}ta = .43$, $p < .01$), de faire du bateau ($B\hat{e}ta = .42$, $p < .01$) et de faire de la bicyclette ($B\hat{e}ta = .21$, $p < .01$). L'ajout de la perception du contrôle sur le comportement a amélioré grandement la prédiction de l'intention de faire l'une ou l'autre des cinq activités de loisir, avec une augmentation significative de la variance expliquée ($p < .001$ dans chaque cas). En effet, les corrélations multiples (R) sont passées de .45 à .50 pour aller à la plage, de .70 à .81 pour faire de la course à pied, de .61 à .72 pour l'escalade d'une montagne, de .53 à .61 pour faire du bateau et de .67 à .71 pour faire de la bicyclette.

Pour la prédiction du comportement, les corrélations multiples se sont toutes avérées élevées et significatives: .52 pour aller à la plage, .73 pour faire de la course à pied, .69 pour l'escalade d'une montagne, .54 pour faire du bateau et .48 pour faire de la bicyclette. Les coefficients de régression ont révélé que l'intention et la perception du contrôle sur le comportement ont eu une contribution significative dans la prédiction de certains comportements. Il est apparu que plus le degré de contrôle est élevé, plus le comportement est prédit par l'intention, et moins la perception du contrôle sur le comportement a d'impact sur la prédiction du comportement. En effet, l'intention s'est

avérée être le meilleur prédicteur des loisirs tels que faire de la course à pied (Bêta = .54, $p < .01$), escalader une montagne (Bêta = .43, $p < .01$) et faire de la bicyclette (Bêta = .38, $p < .01$), comportements qui n'impliquent pas, ou peu, de problèmes de contrôle, surtout, selon les auteurs, pour la course à pied et la bicyclette parce que ces activités semblent être plus accessibles à la moyenne des étudiants. De son côté, la perception du contrôle sur le comportement s'est avérée être le meilleur prédicteur pour les loisirs qui soulevaient plus de problèmes de contrôle tels que aller à la plage (Bêta = .36, $p < .01$) et faire du bateau (Bêta = .39, $p < .01$). Les auteurs soulignent en effet qu'aller à la plage, pour l'étudiant qui habite loin des plans d'eau, peut devenir problématique; il en va de même pour faire du bateau s'il ne possède pas les ressources nécessaires pour pratiquer ce sport.

Enfin, Ajzen & Driver (1991) ont analysé les liens existant entre les différentes croyances des sujets et leurs comportements. À cette fin, ils ont présenté les résultats obtenus au niveau des relations entre les croyances à l'égard du comportement, les croyances normatives et les croyances vis-à-vis du contrôle, et les loisirs tels qu'escalader une montagne et faire du bateau. Ils ont distingué deux formes de croyances à l'égard du comportement: les croyances "affectives", reliées à ce que la personne aime ou n'aime pas de l'activité en question, et les croyances "instrumentales", reliées aux coûts et aux bénéfices de l'activité. En ce qui a trait à l'escalade d'une montagne, les résultats ont démontré que les croyances instrumentales expliquaient davantage le comportement mesuré que les croyances affectives. Par contre, les deux types de croyance sont apparus significatifs à .05 et .01, et les corrélations ont été de .20 pour la croyance "profiter d'un bon exercice physique" et de .39 pour la "mettre sa vie en danger". En ce qui concerne le loisir "faire du bateau", ce sont les croyances affectives telles que ressentir une brise fraîche ($r = .18$, $p < .05$), avoir un sentiment de liberté ($r = .25$, $p < .01$), de solitude ($r = .18$, $p < .05$), mais aussi avoir peur de chavirer ($r = .16$, $p < .05$) qui ont été davantage corrélées avec ce loisir.

Les résultats reliés aux croyances normatives ont démontré que la famille était la principale source d'influence dans le cas de faire du bateau, les corrélations étant de .26 ($p < .01$) pour les parents et de .18 pour les frères et soeurs ($p < .05$). Pour l'escalade d'une montagne, c'est la famille en général, mais aussi les amis et les conjoints qui semblaient être les principales sources d'influence.

Les résultats reliés aux croyances à l'égard du contrôle ont révélé que la participation aux différentes activités de loisirs variait en fonction du genre de ressources dont les sujets croyaient avoir besoin. Pour l'escalade d'une montagne, les participants soulignaient l'importance de posséder un bon équipement d'alpinisme ($r = .48, p < .05$) et d'avoir les habiletés et les connaissances nécessaires ($r = .48, p < .05$). Pour faire du bateau, avoir accès à un bateau ($r = .40, p < .01$) et vivre près d'un plan d'eau ($r = .19, p < .05$) étaient importants, mais comme pour l'escalade d'une montagne, l'équipement approprié ($r = .30, p < .01$), les habiletés ainsi que l'expérience requise à la conduite d'un bateau ($r = .49, p < .01$) se sont avérés nécessaires. Il est également ressorti que l'effet de la perception du contrôle était dû en grande partie à la force des croyances sur le contrôle.

En résumé, cette étude d'Ajzen et Driver (1992) permet de conclure, encore une fois, à la supériorité de la théorie du comportement planifié sur celle de l'action raisonnée. En effet, les résultats de la seconde analyse ont clairement démontré, pour la prédiction de l'intention, une augmentation de la variance expliquée lors de l'ajout de la perception du contrôle sur le comportement. Pour la prédiction du comportement, les résultats ont révélé que plus le loisir mesuré est assujéti au contrôle volontaire de la personne, moins la perception du contrôle sur le comportement a un impact important sur la prédiction de l'adoption de ce loisir. Par contre, pour le loisir qui implique plus de problèmes de contrôle ou qui est moins accessible, la perception de contrôle sur le comportement apporte une contribution importante à la prédiction de l'adoption de ce loisir.

Cette étude comporte toutefois certaines limites. L'une d'elles est reliée à la mesure du comportement, réalisée à l'aide d'un questionnaire autodéscriptif, et dans laquelle les étudiants devaient rapporter eux-mêmes les loisirs auxquels ils avaient participé aux cours des 12 derniers mois. Ce délai de 12 mois entre l'administration des questionnaires et la mesure du comportement peut en effet avoir causé des erreurs de mesure au niveau de la fidélité et de la validité du rapport autodéscriptif.

Une autre étude, celle de Madden, Ellen et Ajzen (1992), est particulièrement intéressante en ce sens qu'elle compare la théorie de l'action raisonnée à celle du comportement planifié à partir d'activités pratiquées quotidiennement par 82 étudiants de niveau universitaire. Les différentes activités mesurées par les auteurs étaient autant des comportements qualifiés de problématiques sur le plan du contrôle volitif, tels que dormir, magasiner et faire de l'exercice, que des comportements qualifiés de non problématiques comme visionner un film sur vidéo, lire un album et prendre des vitamines. Leurs hypothèses de recherche étaient, d'une part, que la théorie du comportement planifié contribuerait à une meilleure explication de la variance de l'intention et du comportement que celle de l'action raisonnée et, d'autre part, que l'amélioration de la prédiction du comportement serait inversement reliée au degré de contrôle exercé par la personne sur le comportement.

Les auteurs ont procédé à deux préexpérimentations. La première visait à définir les comportements qui seraient mesurés dans l'étude principale; la seconde, à estimer le degré de contrôle perçu pour chacun des comportements. Dans la première préexpérimentation, 27 étudiants devaient dresser une liste de 10 activités ou comportements qu'ils planifiaient de faire quotidiennement ou régulièrement au cours des deux prochaines semaines. La compilation des réponses a fait ressortir 23 comportements dont la fréquence était relativement élevée. Lors de la deuxième préexpérimentation, ces comportements ont été présentés à un groupe de 57 sujets pour qu'ils évaluent leur degré de contrôle face à

l'adoption de chacun d'eux. Pour l'étude principale, les chercheurs ont sélectionné 10 des 23 comportements de façon à présenter à leurs sujets un large éventail des différentes perceptions de contrôle. Un questionnaire mesurant l'intention, les attitudes, les normes sociales et la perception du contrôle sur le comportement a été soumis aux participants pour chaque activité. Quarante-deux étudiants en commerce ont accepté de participer, et de ce nombre, 82 ont dûment répondu aux questions pour chacun des 10 comportements.

Les résultats de cette étude ont confirmé leurs hypothèses. En effet, l'ajout de la variable perception du contrôle sur le comportement aux variables d'attitudes et de normes sociales a permis de faire passer la prédiction de l'intention (R^2) de .48 à .59. Pour la prédiction du comportement, l'ajout de cette variable a encore une fois permis de porter la variance expliquée (R^2) de .28 à .38. La théorie du comportement planifié s'est donc avérée supérieure à celle de l'action raisonnée pour la prédiction de l'intention et du comportement.

De plus, la relation entre le changement du R^2 pour le comportement et le niveau moyen de la perception du contrôle sur le comportement pour les 10 comportements mesurés a été de -.63, significatif à $p < .05$. Cette corrélation significative a permis de confirmer la seconde hypothèse. En effet, lorsque le comportement mesuré était perçu par le sujet comme ne présentant pas de problèmes de contrôle ou en présentant peu, le changement au niveau de l'explication de la variance entre les deux modèles était limité. Par contre, lorsque le comportement mesuré était perçu comme impliquant davantage de problèmes de contrôle, l'explication de la variance augmentait considérablement au moment où la perception du contrôle sur le comportement était ajoutée comme prédicteur du comportement. La valeur du R^2 , pour le comportement auquel était rattachée une plus grande difficulté de contrôle, soit celui d'avoir une bonne nuit de sommeil, était de .13 pour la théorie de l'action raisonnée et de .41 pour celle du comportement planifié. Ce résultat est contraire à celui qui est rattaché au comportement n'impliquant aucun problème

de contrôle, comme prendre des vitamines, pour lequel le R^2 est passé de .58, pour la théorie de l'action raisonnée, à seulement .59 pour celle du comportement planifié. Selon Madden *et al.* (1992), il est évident que pour la prédiction de l'intention et du comportement, la théorie du comportement planifié explique significativement plus de variance que celle de l'action raisonnée. Par ailleurs, la contribution de la perception du contrôle sur le comportement s'accroît lorsque le comportement mesuré implique un problème de contrôle volitif.

Dans leurs conclusions, les auteurs reviennent sur le fait que lorsque la perception du contrôle correspond au contrôle réel et que le comportement échappe au contrôle volontaire de la personne, la perception du contrôle sur le comportement procure de l'information valable pour la prédiction du comportement. Ils soutiennent donc qu'il est possible de changer le comportement non seulement indirectement par les intentions, mais encore au moyen d'une procédure qui permettrait de modifier le degré de contrôle réel des personnes sur leurs comportements.

Cette étude présente un cadre méthodologique précis et rigoureux. Elle comporte en effet deux préexpérimentations effectuées auprès de deux groupes différents, et vise à déterminer, d'une part, certains comportements quotidiens et, d'autre part, le degré de contrôle qui est relié à chacun des comportements. Le comportement y est mesuré à l'aide d'un questionnaire autodéscriptif. Puisque la collecte des données s'effectue seulement deux semaines après l'administration des questionnaires, elle garantit une certaine fidélité du compte rendu des activités pratiquées par les sujets.

De leur côté, Doll et Ajzen (1992) ont vérifié la proposition du modèle selon laquelle le degré avec lequel les attitudes réussissent à prédire le comportement varie en fonction de leur stabilité dans le temps et leur accessibilité dans la mémoire. Ils ont donc mis indirectement à l'épreuve la théorie du comportement planifié en prenant pour objet la

prédiction du temps pris par chaque participant à différents jeux vidéo. L'étude a été effectuée auprès de 75 étudiants universitaires (43 femmes et 32 hommes), divisés en quatre groupes expérimentaux. Deux des groupes ont été placés dans des conditions d'expérience directe (les participants jouaient vraiment): l'un a reçu la consigne de s'amuser et l'autre, celle d'accomplir une tâche. Les deux autres groupes ont été soumis à une expérience indirecte (les participants visionnaient un film où une personne jouait aux jeux vidéo) où l'un a, encore une fois, reçu la consigne de s'amuser et l'autre, celle d'accomplir une tâche.

Les auteurs ne semblent pas avoir formulé d'hypothèse concernant les relations entre les différentes variables du modèle du comportement planifié étant donné que le but de leur recherche était autre. Ils s'attendaient, en revanche, à ce que le temps alloué aux différents jeux vidéo soit en corrélation avec les attitudes, la perception du contrôle sur le comportement et l'intention.

Leurs résultats ont démontré que pour la prédiction de l'intention de jouer aux six jeux vidéo, la corrélation multiple (R) était très élevée et significative, soit .94 ($p < .001$). De plus, les trois variables du modèle sont apparues significatives à $p < .05$. Ce sont les attitudes ($B\hat{e}ta = .48$) qui ont constitué le meilleur prédicteur, suivies de la perception du contrôle sur le comportement ($B\hat{e}ta = .41$) et des normes sociales ($B\hat{e}ta = .15$). Pour la prédiction du comportement, la corrélation multiple (R) était de .50 et significative au seuil de .01. L'intention ($B\hat{e}ta = .30$, $p < .05$) est apparue meilleure que la perception du contrôle sur le comportement ($B\hat{e}ta = .22$, $p < .05$) dans la prédiction du temps alloué aux six jeux vidéo.

Il est intéressant de signaler que le comportement mesuré dans cette recherche, soit le temps alloué aux six jeux vidéo, apparaît en grande partie soumis au contrôle volontaire de la personne, ce qui explique le fait que l'intention s'est avérée meilleure que la

perception du contrôle sur le comportement pour prédire ce genre de comportement. En effet, tout était mis en place pour permettre aux participants d'avoir un accès direct aux jeux vidéo. Malgré tout, la perception du contrôle sur le comportement s'est avérée d'une certaine valeur prédictive avec un Bêta de .22.

Cournoyer (1994) a pour sa part utilisé le modèle du comportement planifié d'Ajzen (1988) pour tenter d'expliquer en partie l'abandon spontané d'une demande d'aide et l'abandon en cours de traitement. Il a voulu également vérifier la pertinence de la théorie de la menace à l'estime soi (Nadler, 1986, cité dans Cournoyer 1994) pour expliquer ce type d'abandon. Cette théorie postule que les comportements de recherche d'aide peuvent être menaçants pour l'image qu'un individu se fait de lui-même. Dans cette recherche, les variables telles que la détresse psychologique, le comportement antérieur de recherche d'aide psychologique, le temps passé sur la liste d'attente, le nombre de rencontres que le client estime nécessaire pour atteindre ses objectifs ainsi que les variables sociodémographiques ont toutes été mesurées.

La population étudiée se composait de 342 clients (240 femmes, 102 hommes) âgés en moyenne de 25 ans et ayant adressé une demande d'aide au Service d'orientation et de consultation psychologique de l'Université de Montréal. De ce nombre, 20,8% ont abandonné spontanément leur demande d'aide et 79,2% sont entrés en thérapie. De tous les clients qui ont entrepris la démarche thérapeutique, 78,2% ont poursuivi le traitement pendant plus de cinq rencontres, alors que 5,8% ont abandonné avant ce moment.

Les instruments de mesure utilisés dans cette recherche sont l'indice de décision portant sur les différentes variables du modèle du comportement planifié, l'indice des symptômes psychiatriques (Illfeld, 1978, cité dans Cournoyer 1994) et l'échelle d'estime de soi (Rosenberg, 1965, cité dans Cournoyer 1994). L'administration des questionnaires s'est effectuée 30 minutes avant la première entrevue par un expérimentateur.

D'après les résultats, les variables sociodémographiques, la détresse psychologique ainsi que le comportement antérieur n'entretiennent aucun lien significatif avec le retrait de la demande d'aide psychologique. Par contre, le temps passé sur la liste d'attente et le nombre estimé de rencontres prédisent le comportement de retrait. Dans le premier cas, les sujets qui attendaient une semaine ou moins sur la liste d'attente couraient 3,37 fois plus de risques de retirer leur demande d'aide que ceux qui attendaient plus d'une semaine. Chez ceux qui attendaient plus d'une semaine, toutefois, les risques de retirer leur demande d'aide augmentaient de 9,7% pour chacune des semaines écoulées ($p < .05$). Dans le deuxième cas, il est apparu que plus les clients pensaient que le nombre de rencontres nécessaires à la résolution de leurs problèmes était élevé, plus leurs chances d'entrer en thérapie étaient grandes. En effet, à chaque rencontre supplémentaire dont le client estimait avoir besoin pour régler à sa satisfaction ses difficultés personnelles correspondait une diminution des risques d'abandon de 11,7%.

L'hypothèse selon laquelle l'effet de l'estime de soi porte principalement sur l'abandon de la demande d'aide a été confirmée. Ainsi, plus les clients présentaient une estime d'eux-mêmes élevée, plus leurs risques d'abandonner la demande d'aide étaient grands.

En ce qui a trait au pouvoir de prédiction des différentes variables du modèle du comportement planifié, l'intention a permis de prédire le comportement d'abandon en thérapie. Ainsi, plus les sujets manifestaient des doutes quant à la nécessité de s'engager en thérapie, plus leurs risques d'abandonner le traitement étaient élevés.

De son côté, la variable attitude mesurait les conséquences anticipées par les sujets vis-à-vis du fait de consulter en thérapie. Cette mesure des attitudes a permis de prédire l'entrée en traitement des sujets uniquement pour ceux qui étudiaient dans un domaine relié à la psychologie. Ainsi, plus ces derniers percevaient des conséquences positives

susceptibles de découler de leur engagement, plus leurs chances d'entrer en traitement étaient élevées.

La perception des sujets relativement aux pressions exercées par leur entourage immédiat quant à leur projet de consulter (normes sociales) n'a pas eu d'effet direct sur le retrait de la demande d'aide ou sur l'abandon en cours de traitement.

Enfin, sur le plan du pouvoir prédictif de la variable perception du contrôle sur le comportement, la sous-échelle "obstacles internes" s'est avérée reliée à l'abandon de la thérapie. Les contenus évalués par cette sous-échelle portaient plus spécifiquement sur les problèmes personnels préoccupants, le découragement à cause des problèmes vécus et le manque de sommeil. Il a été démontré que plus les sujets prévoyaient que ces "obstacles internes" pouvaient les empêcher de donner suite à leur demande d'aide, moins les risques subséquents d'abandon étaient élevés. Ainsi, plus les sujets avaient une vision réaliste de ce que la thérapie pouvait leur faire vivre, moins ils étaient surpris en cours de traitement et, de ce fait, moins ils présentaient de risques d'abandonner.

La recherche de Weaver (1989) a porté, par ailleurs, sur la mesure de l'intention des personnes de consulter en thérapie à l'aide du modèle du comportement planifié. Plus précisément, elle avait pour objectif d'examiner la relation entre le niveau de détresse psychologique et l'intention des personnes de consulter en thérapie. La population étudiée comportait 235 sujets (158 femmes et 77 hommes) volontaires de niveau universitaire. Les hypothèses principales étaient les suivantes: (a) une corrélation positive existe entre le niveau de détresse psychologique et les six variables du modèle, à savoir l'intention, les attitudes, les normes sociales, la perception du contrôle sur le comportement, les croyances à l'égard du comportement et les croyances normatives; (b) les sujets obtenant un score élevé à l'échelle de détresse psychologique ont un score significativement plus élevé pour les différentes variables du modèle que ceux dont le score est moyen ou faible à

l'échelle de détresse; (c) les sujets ayant déjà recouru à une aide psychologique obtiennent un score significativement plus élevé aux six variables du modèle que ceux qui ne l'ont jamais fait; et (d) l'expérience antérieure en thérapie joue un rôle plus important sur l'intention de consulter en thérapie que le niveau de détresse psychologique.

Les instruments de mesure utilisés étaient l'indice de détresse psychologique (SCL-90) de Dérogatis (1973), qui détermine les types de problèmes personnels, et le questionnaire mesurant les six variables du modèle d'Ajzen (1988).

Les résultats n'ont pas confirmé la première hypothèse. En effet, la corrélation entre le niveau de détresse psychologique et l'intention de consulter en thérapie est apparue faible ($r = .12$) ainsi que celles des attitudes ($r = .15$), des normes sociales ($r = .15$), de la perception du contrôle sur le comportement ($r = -.21$), des croyances à l'égard du comportement ($r = .26$) et des croyances normatives ($r = .22$). La corrélation entre la perception du contrôle sur le comportement et le niveau de détresse psychologique est apparue négative et permet de penser que plus le niveau de détresse psychologique des sujets est élevé, plus ils perçoivent le fait de consulter en thérapie comme étant un comportement difficile à adopter. Ces corrélations demeurent faibles et souvent non significatives et ce, lorsque (a) les sujets qui ont déjà consulté en thérapie ont été regroupés, (b) ceux qui n'ont aucune expérience en thérapie ont été regroupés, et (c) les hommes et les femmes ont également été regroupés. Les corrélations sont apparues positives pour les sujets ayant une expérience en thérapie. L'exception est la corrélation entre le niveau de détresse psychologique et la perception du contrôle sur le comportement: la corrélation pour les sujets qui ont déjà été en thérapie était de $-.08$ (n.s.) et, pour les sujets qui n'ont aucune expérience en thérapie, la corrélation était de $-.23$ ($p < .001$).

Des analyses de régression ont été effectuées afin d'évaluer le degré d'influence des six variables du modèle, du niveau de détresse psychologique, du sexe des sujets et de

l'expérience en thérapie sur la prédiction de l'intention. Ces analyses ont porté sur l'ensemble des sujets.

Quatre facteurs ont contribué significativement à la prédiction de l'intention. Les normes sociales sont apparues comme étant les meilleurs prédicteurs, expliquant 26% de la variance, suivies des attitudes, avec 14% de la variance, et des croyances normatives et du sexe, avec respectivement 4% et 1% de la variance.

Afin de déterminer l'influence de l'expérience antérieure en thérapie, d'autres mesures ont été effectuées. Pour les non-clients, la variable attitude s'est avérée le meilleur prédicteur de l'intention, expliquant 23% de la variance $F(1,175) = 51.63, p < .001$. Les normes sociales ont expliqué 9% de la variance, tandis que les croyances normatives et les croyances à l'égard du comportement ont respectivement expliqué 2,3% et 1,7% de la variance commune.

Pour les clients, les croyances normatives ont été les meilleurs prédicteurs de l'intention avec un R^2 de 38,5, suivies des attitudes (R^2 de 11.6), de la perception du contrôle sur le comportement ($R^2 = 5.5$) et de la variable sexe ($R^2 = 5.3$).

Il semble donc que pour les clients, les croyances relatives au fait de consulter en thérapie influencent significativement leur intention de consulter de nouveau. Les attitudes sont également importantes, alors que la perception du contrôle sur le comportement et le sexe exercent peu d'influence sur l'intention. Enfin, l'hypothèse selon laquelle les sujets possédant une expérience en thérapie ont une plus grande intention de consulter de nouveau que ceux qui n'en ont pas a été confirmée.

Sommaire des études recensées

Les différentes études recensées dans les pages précédentes permettent de conclure à la force prédictive du modèle du comportement planifié, laquelle apparaît considérable pour la prédiction de l'intention, indépendamment du caractère volitif ou non volitif du comportement mesuré. Par ailleurs, la perception du contrôle sur le comportement semble fortement contribuer à la prédiction du comportement, surtout lorsque ce dernier implique un problème de contrôle. Ces conclusions sont d'autant plus intéressantes qu'elles s'appuient sur des recherches qui, pour la majorité, ont vérifié ce modèle auprès de populations étudiantes volontaires et souvent peu concernées par les questions de recherche. L'utilisation de cette population ne réduit donc d'aucune façon la force prédictive du modèle du comportement planifié.

L'analyse des résultats des différentes études permet de valider la théorie de l'action raisonnée et celle du comportement planifié selon lesquelles le comportement d'une personne peut être prédit de manière juste par ses attitudes, ses normes sociales, son intention ainsi que par sa perception du contrôle sur ce comportement. Les attitudes et la perception du contrôle sur le comportement contribuent également et significativement à la prédiction de l'intention comportementale. Lorsque le comportement n'est pas totalement soumis au contrôle volontaire de la personne, sa perception du contrôle sur le comportement s'avère meilleure que son intention pour prédire le comportement. La perception du contrôle sur le comportement exerce en effet une influence directe sur des comportements apparaissant comme non volitifs tels que perdre du poids (Schifter & Ajzen, 1985), obtenir un "A" dans un cours (Ajzen & Madden, 1986), participer au dépistage d'un cancer (Netemeyer & Burton, 1990) et cesser de fumer (Godin *et al.*, 1992). Lorsqu'un comportement est non volitif, plus la perception du contrôle est réelle, plus la perception du contrôle sur le comportement contribue significativement à la

prédiction de ce comportement. De plus, dans la prédiction de l'intention d'adopter un comportement non volitif, les attitudes et la perception du contrôle sur le comportement apportent une contribution significative. Cette conclusion s'applique également aux comportements d'ordre volitif comme prendre des vitamines, faire de la bicyclette, voter et être présent en classe. La différence, pour les comportements d'ordre non volitif, c'est que l'intention est meilleure que la perception du contrôle sur le comportement dans la prédiction du comportement.

Ces résultats sont donc particulièrement intéressants. Ils démontrent que la perception du contrôle sur le comportement agit indirectement sur celui-ci par l'intermédiaire des intentions lorsque le comportement étudié est d'ordre volitif, alors que son effet est direct lorsqu'il s'agit d'un comportement qui échappe au contrôle de la volonté. De plus, peu importe le comportement mesuré (qu'il soit d'ordre volitif ou non volitif), les variables attitudes et perception de contrôle sur le comportement ont un apport significatif dans la prédiction de l'intention d'adopter ce comportement. Dans l'étude de Schifter et Ajzen (1985), par exemple, l'intention de perdre du poids (comportement apparaissant comme non volitif) a été prédite significativement par les attitudes, les normes sociales et la perception du contrôle sur le comportement. Dans le cas d'un comportement à caractère plus volitif, tel se présenter en classe (Ajzen & Madden, 1986), l'intention d'adopter ce comportement a encore une fois été prédite de façon significative par les trois variables mentionnées plus haut. Ajzen (1988) explique ce phénomène par le fait que la formation des intentions, contrairement à l'adoption d'un comportement, n'est pas régie seulement par le contrôle réel exercé par la personne sur le comportement. En effet, celle qui doute de sa capacité à adopter un certain comportement peut avoir l'intention, malgré tout, de déployer des efforts afin de l'adopter si elle croit en la grande valeur de ce comportement ou si elle ressent une forte pression sociale en faveur de l'adoption de ce comportement.

L'analyse des différents comportements mesurés a fait ressortir le fait que certains d'entre eux n'impliquent pas de problèmes de contrôle, ou en impliquent peu, tandis que d'autres en présentent davantage. Par exemple, dans le cas de se présenter en classe (Ajzen & Madden, 1985), de décider de voter (DeVellis *et al.*, 1990), de faire de la bicyclette ou de la course à pied (Ajzen & Driver, 1992) et de prendre des vitamines (Madden *et al.*, 1992), il semble qu'il y ait moins d'obstacles à l'adoption de ces comportements, d'une part, parce que l'expérience ou les connaissances requises à leur adoption semblent relativement faibles et, d'autre part, parce que les moyens ou les ressources nécessaires à leur adoption apparaissent relativement accessibles. Comme le mentionnait Ajzen (1985), certains comportements peuvent présenter des problèmes de contrôle "interne" (p. ex., un manque d'habiletés, de connaissances ou d'expériences précises, une difficulté à planifier, etc.), ou des problèmes de contrôle "externe" (p. ex. ne pas posséder le matériel, l'argent ou le temps nécessaires à l'adoption du comportement). Dans le cas de certains comportements, tels aller à la plage, faire du bateau (Ajzen & Driver, 1992) et dormir (Madden *et al.*, 1992), des problèmes de contrôle à la fois "interne" et "externe" apparaissent évidents. Par exemple, pour s'assurer de pouvoir dormir, une personne doit être capable de se détendre, pour pouvoir aller à la plage, une autre doit demeurer près d'un plan d'eau, enfin, pour pouvoir faire du bateau, une personne doit avoir accès à cet équipement.

Comme l'a fait ressortir l'étude de DeVellis *et al.* (1990), des facteurs anxiogènes suscités par le comportement mesuré peuvent rendre celui-ci non volitif parce qu'ils engendrent alors des problèmes qui échappent totalement ou en partie au contrôle de la personne. De plus, à travers l'étude de Beck et Ajzen (1992), il est apparu important de tenir compte de la population étudiée par rapport au comportement mesuré. Par exemple, l'adoption de comportements malhonnêtes chez une population délinquante ne présentera pas les mêmes problèmes de contrôle que chez une population d'étudiants universitaires.

Des facteurs anxiogènes qui proviennent du comportement à l'étude ainsi que les caractéristiques de la population mesurée constituent autant d'éléments susceptibles d'expliquer pourquoi un comportement est non volitif.

Rappelons que tout comportement peut être considéré en dernier ressort comme non volitif. Par contre, plus il est perçu comme accessible et moins il requiert d'habiletés ou de connaissances précises, plus il sera considéré comme volitif. Encore une fois, le comportement peut toujours impliquer un ou des problèmes de contrôle quelconques.

Enfin, l'étude d'Ajzen et Driver (1992) a permis de connaître davantage les facteurs qui déterminent les attitudes d'une personne vis-à-vis d'un comportement, ses normes sociales et sa perception du contrôle sur ce comportement. Les croyances concernant les conséquences de l'adoption d'un comportement et l'évaluation subjective de ces conséquences révèlent pourquoi une personne possède des attitudes favorables ou défavorables vis-à-vis de l'adoption d'un comportement. De plus, les croyances à propos des attentes qu'ont les référents spécifiques et la motivation à se conformer à leurs attentes procurent une compréhension supplémentaire de la pression sociale ressentie par la personne lorsqu'elle envisage d'adopter ou non le comportement. Enfin, les croyances concernant les facteurs qui peuvent faciliter ou empêcher l'adoption d'un comportement révèlent les bases de la perception de la personne comme détenant un bon contrôle ou un contrôle inadéquat sur ce comportement. Ces informations permettent une plus grande compréhension de l'intention d'une personne d'adopter ou non un comportement particulier.

Synthèse conceptuelle et présentation du modèle

Dans la présente recherche, le comportement examiné est celui du choix d'une approche psychothérapeutique. Le problème à l'étude est celui de l'identification des facteurs qui permettraient de prédire le choix d'une thérapie individuelle ou de groupe. La recension des écrits effectuée permet d'affirmer qu'aucune étude ne semble s'être attaquée spécifiquement à ce problème.

Les quelques rares tentatives qui ont été réalisées afin de comprendre le phénomène de la préférence des gens pour certains types de thérapies ont été rapportées et discutées. Ces études ont été départagées en deux sous-groupes, selon (a) qu'elles utilisaient la préférence (efficacité et attrait de l'approche) comme indice de la popularité d'un type de thérapie par rapport à un autre ou (b) qu'elles tentaient de tisser un lien entre la préférence et certaines caractéristiques individuelles.

L'analyse critique des recherches inscrites à l'intérieur de ce paradigme révèle plusieurs limites importantes, tant sur le plan théorique qu'empirique. Sur le plan théorique, surtout en ce qui concerne les études portant sur la popularité des types de thérapies, les tentatives d'interprétation des préférences ne procèdent qu'au constat d'une situation; les fondements théoriques de cette préférence n'ont pas encore à été dégagés.

Sur le plan empirique, les démonstrations demeurent peu convaincantes. En ce qui a trait à l'exploration des corrélatifs des variables individuelles avec les préférences exprimées, peu de recouplements sont possibles entre les études puisque ces variables diffèrent de l'une à l'autre, ainsi que les types de thérapie qui sont sélectionnés comme objets de préférence.

Une autre voie théorique semble plus prometteuse, à savoir celle qui favorise a priori un modèle théorique afin d'y transposer la problématique à l'étude. C'est dans cette

perspective que l'exposé de la conception de la théorie de l'action raisonnée et de l'extension qu'en a donnée Ajzen dans sa théorie du comportement planifié a été présenté.

Au niveau de l'étendue du champ des comportements pouvant être englobés par cette théorie, la gamme des comportements apparaît très vaste. De plus, de par la concision du modèle découlant de cette théorie, ses composantes sont clairement délimitées. Celles-ci sont "l'intention" d'une personne d'adopter ou non le comportement en question, les "attitudes de la personne envers ce comportement", sa perception des normes sociales concernées par sa décision d'adopter ou non le comportement (normes sociales), et enfin, la "perception du contrôle sur le comportement" qui renvoie à l'évaluation que fait la personne du degré de facilité ou de difficulté que représente l'adoption d'un comportement donné, composante qui est intégrée au modèle du comportement planifié. Ce modèle propose également que les attitudes, les normes sociales et la perception du contrôle sur le comportement sont déterminées par les "croyances personnelles envers l'adoption d'un comportement", les "croyances normatives" et les "croyances à l'égard du contrôle".

Sur le plan opérationnel, plus d'une recherche empirique ont fait la démonstration que le modèle était vérifiable, car ses composantes sont aisément transposables dans une mesure. Afin de démontrer la validité empirique de cette dernière théorie, une recension critique de quelques études dites "classiques" a été effectuée. Les résultats de celles-ci appuient généralement l'ensemble des variables proposées par le modèle.

En effet, la recension des écrits révèle l'importance des attitudes à l'égard d'un comportement dans l'intention d'adopter ou non ce comportement. Pour tous les types de comportements mesurés, les attitudes ont toujours contribué à prédire l'intention des sujets.

Les normes sociales n'ont pas démontré, pour leur part, de contribution importante à la prédiction de l'intention et n'apparaissent pas toujours significatives. Il est possible que, pour une personne faisant face au choix d'une approche thérapeutique, les gens

significatifs qui l'entourent aient une influence quelconque au moment de ce choix. Par contre, étant donné que les normes sociales ne présentent pas de schéma spécifique dans leur pouvoir de prédiction de l'intention, il est difficile d'établir clairement leur apport dans la présente étude.

La variable perception du contrôle sur le comportement est apparue comme permettant d'augmenter de façon considérable la prédiction du comportement à condition que le comportement respecte les critères suivants: (a) le comportement ne doit pas être totalement soumis au contrôle volontaire de la personne et (b) la perception du contrôle sur le comportement doit refléter en grande partie le contrôle réel exercé par la personne sur le comportement. Enfin, la recension des écrits a démontré que la théorie du comportement planifié est supérieure à celle de l'action raisonnée pour la prédiction de l'intention d'adopter un comportement volitif ou non volitif.

La présente étude adopte donc le modèle du comportement planifié (Ajzen, 1985, 1988). Son but est de déterminer les motivations ou les raisons qui amènent les personnes à préférer consulter soit en thérapie individuelle, soit en thérapie de groupe. En ce sens, la question de recherche se lit comme suit: dans quelle mesure le choix d'une intervention thérapeutique (individuelle ou de groupe) est-il lié aux différentes variables du modèle développé par Ajzen (1988), et en particulier au système de croyances des personnes?

Compte tenu de ces considérations expérimentales et théoriques, il est possible, à ce point-ci, de formuler les deux hypothèses générales suivantes:

1. L'approche thérapeutique individuelle est préférée à l'approche thérapeutique de groupe;

2. L'intention de consulter en thérapie individuelle et en thérapie de groupe peut être prédite par les trois variables principales du modèle du comportement planifié, à savoir les attitudes, les normes sociales et la perception du contrôle sur le comportement.

CHAPITRE II

Méthode

La présente recherche vise à déterminer les motivations ou les raisons qui amènent les personnes à préférer consulter en thérapie individuelle ou de groupe. Elle consiste, plus précisément, à vérifier dans quelle mesure le choix d'une intervention thérapeutique (individuelle ou de groupe) est lié aux différentes variables du modèle d'Ajzen (1988), et notamment au système de croyances des personnes.

Ce deuxième chapitre présente, à l'intérieur de quatre grandes sections, les stratégies méthodologiques utilisées dans l'opérationnalisation des différentes étapes de la recherche. Il importe de noter que pour chacune des études présentées ci-après, y compris les études-pilotes, des groupes de sujets différents sont utilisés.

La première section décrit l'étude servant à mesurer le caractère volitif des comportements "consulter en thérapie individuelle" et "consulter en thérapie de groupe". Sa présentation en début de chapitre s'explique par son caractère préliminaire dans l'ensemble de la recherche. Cette étude vise en effet à situer ces comportements sur un continuum allant de "totalement volitif" à "totalement non volitif" pour ainsi dégager le degré de contrôle que les personnes croient exercer sur chacun d'eux. Elle cherche en outre à faciliter l'opérationnalisation des hypothèses relatives à la variable "perception du contrôle sur le comportement". Il convient de rappeler ici que, selon la théorie du comportement planifié, plus la personne exerce de contrôle sur un comportement donné, moins la variable perception du contrôle sur le comportement agit sur son intention d'adopter ce dernier. L'inverse est également vrai: plus le comportement est perçu comme étant non volitif, plus la variable perception du contrôle sur le comportement agit sur l'intention de la personne d'adopter celui-ci.

La deuxième section présente l'étude-pilote conduisant à l'élaboration du questionnaire mesurant les différentes variables du modèle utilisé dans cette recherche: les

attitudes, les normes sociales, la perception du contrôle sur le comportement et les différentes croyances associées à ces variables.

La troisième section contient, pour sa part, une description détaillée de la méthode retenue aux fins de vérification du modèle.

Enfin, la quatrième section décrit le plan d'analyses statistiques.

Caractère volitif des comportements à l'étude

À ce jour, aucune étude n'a tenté de vérifier le caractère volitif du comportement mesuré dans l'étude principale, à savoir le choix d'une approche thérapeutique. Tel qu'il est mentionné dans la recension des écrits, ce comportement peut être considéré, selon l'éclairage du modèle d'Ajzen, comme étant relativement volitif. En effet, le choix d'une approche thérapeutique individuelle ou de groupe semble dépendre principalement de la motivation et de la volonté de la personne qui l'exerce. Il importe de rappeler que tout comportement se situe quelque part sur un continuum et que, de ce fait, celui du choix d'une approche thérapeutique ne peut être totalement volitif. L'étude ci-dessous est donc réalisée afin de déterminer où se situe ce choix sur le continuum volitif.

De plus, comme le chapitre précédent l'a montré, la perception du contrôle sur le comportement exerce une influence indirecte sur celui-ci par l'intermédiaire des intentions lorsque le comportement mesuré est d'ordre volitif, alors que son effet est direct lorsqu'il s'agit d'un comportement non assujéti au contrôle volontaire. Les résultats de l'étude qui suit permettent donc de préciser dans quelle mesure l'intention de consulter selon l'une ou l'autre approche agit directement ou indirectement sur le comportement.

Sujets et procédure

Les 209 sujets initiaux (étudiants au baccalauréat en psychologie) ont été rencontrés à l'intérieur du cours "Introduction à la psychopathologie et psychopathologie de l'adulte",

soit au retour de la pause, soit trente minutes avant la fin du cours. La moyenne d'âge était de 23 ans. Ils ont été invités à participer de façon volontaire à une recherche portant sur la perception du contrôle exercé à l'endroit de différents comportements (ceux-ci sont présentés plus loin dans le texte). L'administration du questionnaire devait nécessiter de 20 à 30 minutes. Au total, 206 sujets (164 femmes et 42 hommes) ont été retenus pour l'étude, et seulement 3 ont été retirés en raison de leurs réponses incomplètes.

Comportements à l'étude

Les comportements "consulter en thérapie individuelle" (TI) et "consulter en thérapie de groupe" (TG) ont été analysés, ainsi que sept comportements ayant fait l'objet d'au moins une étude à l'aide des modèles de l'action raisonnée et du comportement planifié. Ces comportements sont regroupés en trois catégories aux fins de la présente étude: deux sont classifiés comme volitifs, soit la présence en classe (PC) et la décision d'aller voter (AV); trois comme non volitifs, soit cesser de fumer (CF), obtenir un "A" en classe (OA) et perdre du poids (PP); et deux comme se situant plus au centre du continuum, soit l'achat d'une voiture (V) et faire de l'activité physique (AP). Cette classification est fonction du degré d'influence directe ou indirecte qu'exerce la variable perception du contrôle sur le comportement lorsque le modèle d'Ajzen est utilisé.

Questionnaire sur le caractère volitif des comportements à l'étude

L'élaboration du questionnaire servant à mesurer les comportements constitue la première étape de l'étude du caractère volitif des différents comportements présentés plus haut (ce questionnaire est présenté à l'appendice B). Ce questionnaire comporte cinq formes de mesure (Madden *et al.*, 1992; Lee & Bobko, 1994); pour la cinquième, une étude-pilote est nécessaire afin de déterminer les facteurs pouvant faciliter ou empêcher l'adoption des différents comportements mesurés. Ces facteurs sont ensuite analysés pour former la cinquième mesure.

La première mesure consiste en une échelle de type différenciateur sémantique en 7 points comportant une paire d'adjectifs antinomiques (réajustée de -3 à +3). Par exemple, pour la perte de poids, la question suivante est posée au sujet: "Pour vous, perdre du poids, est-ce quelque chose de très facile ou de très difficile à faire?". Celui-ci doit indiquer le niveau de facilité ou de difficulté relié à l'adoption de ce comportement sur cette échelle.

La deuxième mesure consiste à demander au sujet s'il croit ou non pouvoir adopter le comportement dans quatre circonstances différentes, décroissantes sur le plan de degré de difficulté. Par exemple: "Croyez-vous pouvoir aller en thérapie individuelle si vous devez déboursier (1) 70 dollars? (2) 30 dollars? (3) 10 dollars? (4) aucun montant? ". L'opérationnalisation de l'indice global est réalisée par le calcul du nombre total de "non" divisé par le nombre total d'items (4).

La troisième mesure porte sur le degré de certitude (entre 0 et 100%) accordé par le sujet à chacun des quatre items de la mesure précédente: "À quel degré de certitude se situe votre réponse?". Pour déterminer l'indice global, il s'agit de diviser par le nombre d'items (4), le total des scores bruts de certitude (pourcentage) des items pour lesquels la réponse est "non".

Pour la quatrième mesure, il s'agit de demander au répondant d'évaluer, sur une échelle de 1 à 4, la possibilité que des événements imprévus l'empêchent d'adopter le comportement en question.

Enfin, la cinquième mesure est une mesure indirecte de la perception du contrôle sur le comportement et s'appuie sur le concept de l'échelle multiplicative d'Ajzen et Fishbein (1980). Il s'agit, pour le même facteur, que le sujet identifie la valeur que prend ce facteur pour le comportement en question et la probabilité que le même facteur nuise à l'adoption du comportement. Comme il a été mentionné plus haut, pour le choix des facteurs concernant les différents comportements à l'étude, une étude-pilote (voir étude-

pilote I, appendice A) a été réalisée auprès de 50 étudiants à qui il a été demandé de nommer les facteurs susceptibles d'aider ou de nuire à l'adoption des différents comportements mentionnés plus haut. Les réponses ont fait l'objet d'une analyse de contenu par 3 juges (étudiants de maîtrise et de doctorat en psychologie) et d'une analyse de fidélité interjuges (Kang, Kara, Laskey, & Seaton, 1993). Les coefficients alpha de Krippendorff¹ se situaient entre .80 et .94.

Pour chaque comportement, les quatre facteurs mentionnés le plus souvent sont retenus pour développer la mesure indirecte de la perception du contrôle sur le comportement pour chaque comportement. Le même facteur permet à la fois une mesure de probabilité et d'évaluation de la conséquence. Sur une échelle en 7 points, donc, le sujet doit évaluer, d'une part, dans quelle mesure chaque facteur peut nuire au fait d'adopter les comportements. Par exemple, la question suivante: "Concernant le fait d'être présent en classe, dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou en désaccord avec l'idée que le manque d'intérêt pour la matière donnée puisse nuire au fait d'être présent en classe?", est évaluée sur une échelle allant de "totalement d'accord" à "totalement en désaccord". Le sujet évalue également la probabilité que le même facteur l'empêche d'adopter ce comportement. Par exemple, la question suivante: "Personnellement, à quel point est-il probable ou improbable que le manque d'intérêt pour la matière donnée puisse vous empêcher d'être présent en classe" est évaluée sur une échelle allant de "extrêmement probable" à "extrêmement improbable".

Les scores correspondant à la probabilité et à l'évaluation pour un facteur sont multipliés pour donner 5 produits allant de -49 à +49. Afin de simplifier et de réduire les données, les produits des différentes multiplications sont additionnés pour former un seul

¹ L'indice de Krippendorff est un indice composite qui tient compte à la fois des stimuli, des catégories, du nombre de juges et de l'accord de ceux-ci. On obtient un coefficient d'accord interjuges en appliquant cette formule.

indice de perception du contrôle, et ce, pour chaque comportement. Ce procédé de sommation est conforme aux spécifications méthodologiques d'Ajzen et Fishbein (1980).

Résultats

La Figure 3 situe les neuf comportements à l'étude sur un continuum d'après la moyenne de l'estimation de leur adoption par les sujets. Plus la moyenne est élevée, plus les sujets disent adopter ou tenter d'adopter le comportement (question 1 du questionnaire). On constate que les comportements qu'ils n'adoptent pas d'emblée ou qu'ils ne tentent pas d'adopter sont "consulter en thérapie de groupe" ($M = 1.11$) et "consulter en thérapie individuelle" ($M = 1.52$).

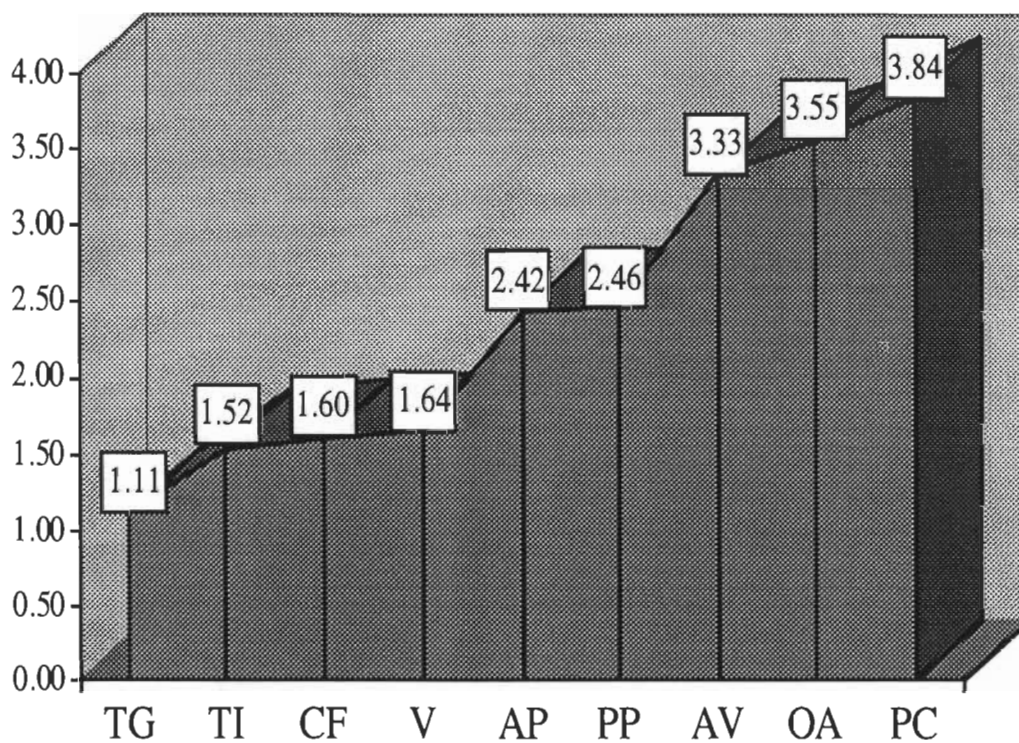


Figure 3. Degré moyen d'adoption des comportements. TG = Thérapie de groupe, TI = Thérapie individuelle, CF = Cesser de fumer, V = Acheter une voiture, AP = Faire de l'activité physique, PP = Perdre du poids, AV = Aller voter, OA = Obtenir un "A" en classe, PC = Présence en classe.

Tableau 1
Moyennes des indices de perception du contrôle par type de mesure
pour chaque comportement

	Mesure 1	Mesure 2	Mesure 3	Mesure 4	Mesure 5
PC	-2.13	.14	9.87	2.32	10.01
AV	-1.56	.19	15.26	2.68	16.61
CF	0.21	.17	30.59	2.45	13.89
OA	0.23	.36	28.60	2.88	18.83
TI	-0.84	.24	19.11	2.33	10.52
PP	0.02	.31	26.04	2.53	18.88
AP	0.19	.45	37.45	3.07	15.60
TG	0.49	.42	35.88	2.84	13.99
V	0.65	.46	40.39	3.05	23.18

Note. PC = Présence en classe; AV = Aller voter; CF = Cesser de fumer; OA = Obtenir un “A” en classe; TI = Thérapie individuelle; PP = Perdre du poids; AP = Faire de l’activité physique; TG = Thérapie de groupe; V = Acheter une voiture.

Le Tableau 1 regroupe les moyennes obtenues pour les neuf comportements à chacune des cinq mesures de perception du contrôle. Plus la moyenne est élevée à une mesure, moins les sujets croient exercer de contrôle sur le comportement.

Peu importe la forme de mesure, le comportement “se présenter en classe” (PC) est celui sur lequel les sujets perçoivent exercer le plus haut degré de contrôle.

Sur le continuum, les comportements “consulter en thérapie individuelle” (TI) se situeraient davantage vers le pôle “présence de contrôle”; “acheter une voiture” (V), vers le pôle “absence de contrôle”; “consulter en thérapie de groupe” (TG), vers le pôle “absence

de contrôle” . Les sujets estiment exercer plus de contrôle sur le fait d’être présent en classe (PC) ou de consulter en thérapie individuelle (TI) que de consulter en thérapie de groupe (TG) ou d’acheter une voiture (V). Enfin, les comportements “aller voter” (AV), “cesser de fumer” (CF), “perdre du poids” (PP), “obtenir A en classe” (OA) et “faire de l’activité physique” (AP) se retrouvent dans une zone médiane entre les deux pôles.

Le Tableau 2 présente les résultats des analyses de variance à mesures répétées qui opposent les comportements “consulter” (TI et TG) aux autres comportements pour chaque mesure de perception du contrôle. Des différences significatives apparaissent entre les comportements sur le plan du degré de contrôle que les sujets croient exercer. En ce qui a trait au comportement “consulter en thérapie individuelle” (TI), la perception du contrôle est significativement moins élevée que pour les comportements “se présenter en classe” (PC) et “aller voter” (AV) (Mesures 1, 2, 3), et elle est significativement plus élevée pour les comportements “cesser de fumer” (CF), “obtenir un A en classe” (OA), “perdre du poids” (PP), “faire de l’activité physique” (AP) et “acheter une voiture” (V). Enfin, la perception du contrôle est plus élevée pour le comportement “consulter en thérapie individuelle” (TI) que pour celui de “consulter en thérapie de groupe” (TG). Pour ce dernier, aucune différence significative ne ressort en comparaison du comportement “acheter une voiture”. Toutefois, une tendance générale s'observe chez les sujets: leur perception du contrôle est moins élevée pour la consultation en thérapie de groupe (TG) que pour tout autre comportement.

Tableau 2

Analyses de variance à mesures répétées opposant les comportements “consulter en thérapie individuelle” (TI) et “consulter en thérapie de groupe” (TG) aux autres comportements pour chaque mesure de perception du contrôle

Thérapies	Mesures	Comportements à l'étude								
		TI	PC	AV	CF	OA	PP	AP	V	TG
TI	1	-	<****	<****	>***	>****	>****	>****	>****	>****
	2	-	<****	<*	>***	>****	>****	>****	>****	>****
	3	-	<****	<*	>***	>****	>**	>****	>****	>****
	4	-	=	>***	=	>****	>**	>	>****	>****
	5	-	=	>***	>**	>****	>**	>****	>****	>****
TG	1	<****	<****	<****	=	=	<***	<*	=	-
	2	<****	<****	<****	<****	<***	<****	=	=	-
	3	<****	<****	<****	<*	<***	<****	=	=	-
	4	<****	<****	<*	<****	=	<****	>**	>**	-
	5	<****	<****	>*	=	>	>	=	<****	-

< les sujets croient exercer significativement moins de contrôle sur le comportement.

> les sujets croient exercer significativement plus de contrôle sur le comportement.

= aucune différence.

* significatif à .05.

** significatif à .01.

*** significatif à .001.

En résumé, l'étude du caractère volitif permet de constater que les sujets estiment exercer plus de contrôle sur la consultation en thérapie individuelle que sur l'autre forme de consultation. De plus, les résultats indiquent que les sujets (étudiants en psychologie) n'adoptent pas ou ne tentent pas d'adopter ces mêmes comportements dans la réalité. Les comportements qu'ils adoptent d'emblée sont ceux sur lesquels ils exercent du contrôle (p. ex. "être présent en classe" et "aller voter").

Développement du questionnaire de l'étude principale

Cette section présente les étapes de l'élaboration du questionnaire servant à mesurer les différentes variables du modèle du comportement planifié utilisé dans la présente recherche. Il s'agit d'abord de l'étude-pilote, qui permet de recueillir les croyances saillantes des sujets reliées à la décision de consulter en thérapie individuelle ou de groupe. Sont ensuite présentés: (1) les résultats de cette démarche sous la forme de statistiques descriptives; (2) le questionnaire principal et l'questionnaire de détresse psychologique de Dérogatis (1973); et (3) le plan des analyses statistiques effectuées.

L'étude-pilote, il faut le rappeler, est nécessaire à l'élaboration du questionnaire permettant de mesurer les différentes variables du modèle de l'étude principale. En effet, conformément aux procédures mises de l'avant par Fishbein et Ajzen (1975) et Ajzen (1988), elle vise à déterminer: (1) les avantages et les désavantages de consulter selon les deux formes de thérapie; (2) les personnes ou groupes de personnes susceptibles d'approuver le choix de consultation; et (3) les facteurs pouvant faciliter ou empêcher ce choix.

Sujets et procédure de collecte des données

Pour cette étude-pilote, trente-deux sujets, 6 hommes et 26 femmes, inscrits en première année des programmes de baccalauréat en psychologie et en psychoéducation à l'U.Q.T.R. ont été recrutés sur une base volontaire. Avec l'accord des professeurs, ils ont

été rencontrés en groupe 30 minutes avant la fin d'un cours. Le temps d'administration du questionnaire variait entre 15 et 25 minutes.

Les sujets ont été placés en situation "analogique", c'est-à-dire dans la situation la plus réelle possible; une information standardisée leur a été fournie afin de leur permettre de faire "comme si" un choix de thérapie s'imposait à eux. Les sujets devaient donc prendre connaissance de la consigne écrite (mise en situation décrite plus loin) et des descriptions sommaires de la thérapie individuelle et de la thérapie de groupe.

Élaboration de l'instrument de mesure

Un questionnaire a été construit pour cette étude-pilote. Dans l'élaboration de cette dernière, les comportements mesurés devaient être définis par rapport à l'action et à la ou aux cibles. L'action y est donc définie comme le fait de "consulter en thérapie" et les cibles, comme la thérapie individuelle et la thérapie de groupe. Les comportements se définissent comme suit: "choisir de consulter en thérapie individuelle" et "choisir de consulter en thérapie de groupe". Ces formulations ont donc été utilisées pour chacune des questions.

La mise en situation suivante, présentée sous forme de consigne écrite, apparaît au début du questionnaire (voir Appendice C): "Imaginez que vous vivez un ou des problèmes d'ordre personnel (incluant les problèmes d'ordre interpersonnel) et que vous voulez consulter en thérapie, et cela peu importe le(s) type(s) de problèmes que vous vivez".

Les sujets sont ensuite invités à lire les définitions suivantes de la thérapie individuelle et la thérapie de groupe:

En psychothérapie individuelle, l'individu (ou le client) est seul avec le thérapeute. Le but de ce dernier est de permettre à l'individu de trouver ou de retrouver un certain bien-être tant intérieur qu'interpersonnel: c'est-à-dire, l'amélioration des symptômes qu'il présente, le soulagement d'un malaise, la disparition ou la diminution d'une incapacité ou l'accroissement de ses habiletés déjà acquises au niveau personnel ou interpersonnel.

En psychothérapie de groupe, l'individu (ou le client) est membre d'un ensemble qui comprend à la fois le thérapeute et d'autres participants. Le but du thérapeute est de permettre à chaque individu de trouver ou de retrouver un certain bien-être tant intérieur qu'interpersonnel. Ayant le même objectif général que la psychothérapie individuelle, il s'agit ici d'explorer en groupe ou à l'aide du groupe, l'aspect personnel et interpersonnel de chaque problème.

Avant leur administration, ces descriptions ont été soumises à l'examen critique de trois thérapeutes expérimentés de façon à éviter l'intrusion de quelques biais possibles. Ces spécialistes devaient évaluer la justesse et la clarté des définitions. L'analyse des commentaires formulés a permis de constater qu'elles étaient adéquates. Par ailleurs, l'avis d'un expert a établi la pertinence de préciser le but de la thérapie au regard de l'environnement immédiat de l'individu. De plus, la longueur, le format de présentation et le style d'écriture ont été standardisés. Enfin, pour préserver l'homogénéité des définitions sur le plan de la longueur (même nombre de mots), l'objectif général de la thérapie de groupe a été défini par rapport à celui de la thérapie individuelle. Les sujets étant de niveau universitaire, il a été possible de procéder ainsi sans que cela ne constitue un biais méthodologique.

Outre la mise en situation et les définitions des approches thérapeutiques, le questionnaire comprend également 14 questions portant sur les aspects suivants: (1) les avantages et désavantages reliés au choix de l'une ou l'autre thérapie; (2) les facteurs pouvant aider ou nuire à la consultation en thérapie individuelle ou de groupe; et (3) l'identification des personnes significatives susceptibles d'approuver ou non le choix.

Les réponses obtenues à ce questionnaire sont ensuite présentées. Pour chacune d'elles, le nombre et le pourcentage de sujets ainsi que les termes employés par certains d'entre eux sont spécifiés.

Résultats obtenus au questionnaire de l'étude-pilote

Avantages reliés à la consultation en thérapie individuelle

1. *Se sentir en confiance*. Sur un total de 32 sujets, 30 (94%) mentionnent cet avantage. Deux d'entre eux croient que “le climat de confiance est plus facile et plus rapide à établir parce que l'on est seul avec le thérapeute”.

2. *Travail en profondeur*. Selon 19 sujets (59%), la thérapie individuelle permet un cheminement personnel et thérapeutique plus en profondeur. Pour trois d'entre eux, “la thérapie individuelle permet d'aller plus loin, de fouiller davantage”.

3. *Confidentialité*. Dix-sept sujets (53%) soulignent cet avantage. Ce sentiment est verbalisé par un sujet comme suit: “parce que je suis seul avec le thérapeute, lui seul saura mes problèmes”.

4. *Travail personnalisé*. Douze sujets (38%) estiment que le travail thérapeutique est plus personnalisé. Pour quatre d'entre eux, “le thérapeute est plus en mesure de se concentrer sur la personne devant lui”.

5. *Intimité*. Pour 10 sujets (31%), cette forme de thérapie permet une plus grande intimité “à vivre ses émotions” et “qu'il y a moins de gens pour juger, pas de public”.

6. *Cheminement personnel plus rapide*. Huit sujets (25%) ont l'impression de pouvoir y faire un cheminement personnel plus rapide: “il est possible de vivre des émotions plus rapidement”.

7. *Être soi-même*. Six sujets (19%) estiment qu'il est plus facile d'y être soi-même. Un d'entre eux répond: “tu peux rester plus toi-même et être plus spontané”.

8. *Se confier à une seule personne*. Cinq sujets (16%) soulignent cet avantage. Trois pensent que “d'avoir l'attention d'une seule personne est plus facile quand vient le

temps de se confier”, et un autre, qu’“il est plus facile de communiquer ses émotions à une seule personne”.

Désavantages reliés à la consultation en thérapie individuelle

1. *Manquer la présence et l'aide d'autres personnes.* Sur 32 sujets, 20 (63%) croient qu'un des désavantages de la consultation en thérapie individuelle est l'accès au point de vue ou à la rétroaction d'une seule personne, celle du thérapeute. Les réponses, dans cette catégorie, soulignent le manque d'encouragement: “le travail se limite qu'à mes expériences”; "On peut se sentir seul avec son problème".

2. *Coût élevé.* Huit sujets (25%) estiment que cette thérapie est difficilement abordable.

3. *Dépendance envers le thérapeute.* Trois sujets (9%) affirment avoir peur de devenir dépendants du thérapeute compte tenu de sa grande influence sur le client. Selon un répondant, "il y a danger si le client se fie trop au thérapeute".

4. *Mésentente entre le thérapeute et le client.* Trois sujets (9%) estiment qu'être seul avec le thérapeute constitue un désavantage, car il y a risque de mésentente et “que ce soit plus difficile de régler cela”.

5. *Thérapeute inefficace.* Dans la même catégorie de croyances que précédemment, 3 sujets (9%) ont l'impression qu'un thérapeute inefficace “peut nuire plutôt que d'aider à régler les problèmes des gens”.

6. *Silences du thérapeute.* Deux sujets (6%) avouent que les silences du thérapeute peuvent leur faire vivre “une forme d'insécurité”.

Facteurs favorables à la consultation en thérapie individuelle

1. *Vouloir changer.* Sur 32 sujets, 15 affirment que le fait de vouloir changer ou évoluer personnellement favorise le choix de la thérapie individuelle. Selon un sujet, “la force de vouloir régler le problème personnel qui est vécu” constitue un facteur positif.

2. *Avoir des problèmes psychologiques.* Cinq sujets (16%) estiment que le fait d’être conscient de certains problèmes psychologiques comme la timidité ou la dépression peut faciliter ce choix. Un d'entre eux spécifie que le problème vécu est trop complexe, cela justifierait de consulter en thérapie individuelle.

3. *Connaître le thérapeute.* Pour 4 sujets (13%), le fait de connaître le thérapeute ou qu’il a été recommandé par une tierce personne peut favoriser ce choix. Un d'eux souligne l'importance que “le thérapeute soit bien reconnu” et un autre pense être plus à l'aise “avec un thérapeute du même sexe”.

4. *Intimité.* Selon 3 sujets (9%), l’intimité procurée par la thérapie individuelle favorise le choix de ce type d’approche. La verbalisation de cette croyance se lit comme suit: “le côté intime et tranquille de la thérapie individuelle” ou “l’exposé des problèmes personnels se fait à une seule personne”.

5. *Confidentialité.* Pour deux sujets (6%), la notion de confidentialité est importante dans le choix de ce type de thérapie, parce que “le secret professionnel est plus facilement gardé”.

Facteurs défavorables à la consultation en thérapie individuelle

1. *Besoin des autres.* L'ensemble des sujets croient que le fait d'avoir besoin de la présence d'autres personnes dans leur cheminement personnel pourrait nuire à la décision de consulter en thérapie individuelle.

2. *Coût élevé.* Pour 9 sujets (28%), le coût élevé de la thérapie individuelle est un facteur négatif.

3. *Manque de confiance.* Huit sujets (25%) affirment qu'un manque de confiance vis-à-vis du thérapeute peut nuire à ce choix. Deux avouent avoir "peur d'être abusée" et deux autres mentionnent "l'incompétence du thérapeute", comme facteur nuisible.

4. *Être dévoilé.* Pour deux sujets (6%), c'est la peur d'être dévoilés qui apparaît comme facteur nuisible; l'un dit qu'un "moi intériorisé" nuirait au fait de consulter en thérapie individuelle. Pour un autre, la "gêne" serait plutôt un facteur nuisible.

5. Un sujet seulement (3%) affirme que "la non-reconnaissance de problèmes psychologiques" pourrait constituer un facteur négatif pour ce type de thérapie.

Référents significatifs concernant le choix de consulter en thérapie individuelle

Les sujets de l'étude devaient indiquer les personnes ou groupes de personnes susceptibles d'approuver ou non leur choix de consulter en thérapie individuelle. Chacun a fait mention d'au moins une personne par possibilité, et un certain nombre de sujets ont spécifié qu'aucune personne de leur entourage ne se prononcerait.

Dans la catégorie de personnes qui approuveraient le choix de consulter en thérapie individuelle, celles qui sont mentionnées le plus souvent sont: les amis (n=14, 44%), les parents (n=12, 38%), le conjoint (n=5, 16%), la fratrie (n=4, 13%), l'entourage (n=3, 9%), la famille (n= 2, 6%) et le médecin (n=2, 6%). Dans la catégorie contraire, les amis

sont encore ceux qui sont mentionnés le plus souvent (n=4, 13%), suivis de la fratrie (n=3, 9%), des parents (n=2, 6%), de l'entourage (n=2, 6%) et du conjoint (n=1, 3%).

Avantages reliés à la consultation en thérapie de groupe

1. *Présence des autres.* Selon l'ensemble des sujets, la présence d'autres personnes comme complices de leur cheminement personnel représente un avantage de ce type de thérapie. Cinq d'entre eux ont relevé l'avantage du "sentiment de ne pas être seul", et deux, de "la richesse provenant du vécu qui est partagé".

2. *Être accepté des autres.* Vingt-trois sujets (72%) affirment que "se sentir acceptés des autres" constitue un avantage de ce choix.

3. *Compréhension des autres.* Dix sujets (31%) indiquent que l'avantage de ce type de thérapie est lié à "la compréhension provenant des autres membres du groupe".

4. *Point de vue des autres.* Neuf sujets (28%) estiment que de recevoir du "feedback" et "de connaître les opinions des autres" dans le groupe est positif pour cette approche.

5. *Soutien des autres.* Pour 2 sujets (6%), se sentir entouré, appuyé est un avantage important de ce choix. L'un d'eux pense que "c'est la solidarité qui existe entre les membres du groupe" qui est un avantage.

6. *Coût.* Deux sujets (6%) croient que le coût moins élevé de cette thérapie constitue un de ses avantages.

Désavantages reliés à la consultation en thérapie de groupe

1. *La gêne*. Sur l'ensemble des sujets, 15 (47%) mentionnent la gêne ou la timidité comme désavantages de la thérapie de groupe. L'un parle de la "difficulté de s'exprimer librement devant tout le monde", l'autre pense que "la présence des autres peut inhiber une personne gênée", et un autre affirme que "le groupe est un endroit moins confortable pour parler de nos émotions".

2. *Moins confidentiel*. Six sujets (19%) présentent le manque de confidentialité comme un désavantage de cette thérapie. Un d'entre eux avoue: "j'ai peur que mes paroles se répètent ailleurs".

3. *Moins personnel*. Pour 5 sujets (16%), cette forme de thérapie revêt un "caractère impersonnel", que le travail en groupe "n'est pas spécifique à ton problème" ou "que le rythme est plus rapide que ton propre rythme".

4. *Moins intime*. Trois sujets (9%) estiment que le manque d'intimité est un désavantage de ce choix. L'un d'eux affirme que : "la thérapie de groupe est une violation de ta vie privée".

5. *Peur du jugement des autres*. Pour 2 sujets (6%), un désavantage relié à ce choix est le fait d'être jugé par les autres membres du groupe.

6. *Thérapeute moins présent pour soi*. Deux sujets (6%) ont l'impression qu'en raison de la présence de plusieurs personnes dans le groupe "le thérapeute peut être moins concentré sur ce que tu vis", et par le fait même "être moins présent".

7. *Aucune règle*. Pour un sujet (3%), le désavantage de consulter en thérapie de groupe provient du fait qu'"il n'existe pas de règles qui régissent le fonctionnement d'un groupe".

8. *Trop d'organisation.* Un sujet (3%) contredit quelque peu l'affirmation précédente car, pour lui, le désavantage relié à cette thérapie provient des “cérémonies, de l'organisation ou une obligation d'agir selon les modèles”.

Facteurs favorables à la consultation en thérapie de groupe

1. *Besoin des autres.* Pour l'ensemble des sujets (n= 32, 100%), le fait d'avoir besoin des autres à différents niveaux facilite le choix de consulter en thérapie de groupe. Ils ressentent le besoin d’“être confronté en groupe” et de ne pas “se sentir seul avec son problème”.

2. *Entendre les autres* Quatre sujets (13%) affirment que le fait de vouloir entendre les autres et de comparer leur vécu favorise ce choix.

3. *Type de problèmes.* Quatre sujets (13%) croient que vivre des problèmes de type interpersonnel facilite ce choix.

4. *Besoin d'un appui.* Pour trois sujets (9%), se sentir “appuyé” par les autres constitue un facteur positif pour ce choix.

5. *Problèmes similaires.* Un sujet affirme que “le fait que d'autres aient des problèmes similaires permet un support moral plus élevé”.

Facteurs défavorables à la consultation en thérapie de groupe

1. *Les autres membres.* Pour 10 sujets (31%), la présence des autres constitue un facteur négatif de différentes façons. Ils mentionnent le fait d’“avoir à expliquer à tous ses problèmes”, de devoir “entendre les autres raconter leurs problèmes” ou d'avoir peur de ne pas bien s'entendre avec les autres membres du groupe.

2. *Type de problème.* Pour 6 sujets (19%), un problème qui serait “pathologique” ou “complexe” représenterait un facteur nuisible.

3. *La gêne*. Trois sujets (9%) croient que la “difficulté à s'ouvrir au autres”, la “difficulté de parler à un groupe” ou un “manque de confiance en moi” sont des facteurs défavorables associés à ce type de thérapie.

4. *Peur d'être jugé*. Un sujet (3%) mentionne la peur d'être jugé comme facteur défavorable, mais également celle d'être “comparée” ou “confrontée”.

5. *Moins confidentiel*. Pour un sujet (3%), le sentiment que la thérapie de groupe permet moins de confidentialité constitue un facteur négatif.

Référents significatifs concernant le choix de consulter en thérapie de groupe

Dans la catégorie de personnes susceptibles d'approuver le choix de consulter en thérapie de groupe, celles qui reviennent le plus souvent sont les amis (n=12, 38%), les parents (n=9, 28%), l'entourage (n=5, 16%) le conjoint (n=3, 9%), la famille (n=2, 6%), la fratrie (n=2, 6%), le médecin (n=2, 6%) et les grands-parents (n=2, 6%). Celles qui risquent de désapprouver ce choix sont les parents, qui sont mentionnés le plus souvent (n=5, 16%), suivis des amis, de l'entourage et du conjoint (n=3 respectivement, 9%), de la famille, de l'employeur, des enfants et de la fratrie (n=2 respectivement, 6%), du médecin et des gens qui ne connaissent pas le groupe (n=1 respectivement, 3%).

Toutes ces réponses ont fait l'objet d'une analyse de contenu. Il s'agissait, dans un premier temps, de les organiser en regroupant les croyances qui entraînaient les mêmes conséquences. Deux psychologues spécialistes de la thérapie individuelle et de groupe ont procédé à ce regroupement indépendamment l'un de l'autre. Quatre catégories de croyances ont fait surface: celles relatives au processus thérapeutique, au climat, au client et au thérapeute. L'étude de fidélité interjuges a obtenu un coefficient alpha de .87. Conformément aux procédures de Fishbein et d'Ajzen (1980), les croyances mentionnées par au moins 10% ou 20% des sujets dans chacune des catégories ont été utilisées pour représenter les croyances saillantes, les référents significatifs ainsi que les facteurs

susceptibles d'aider ou de nuire à l'adoption des comportements. Rappelons ici que les croyances envers le comportement (tableau 3.1) sont présumées être les fondements des attitudes d'une personne, alors que les croyances normatives concernant le précepte des référents significatifs fondent les normes sociales (tableau 3.2); les facteurs favorables ou défavorables au comportement sont, quant à eux, à l'origine de la perception du contrôle sur le comportement (tableau 3.3).

Tableau 3.1
Croyances reliées au comportement de consultation
en thérapie individuelle et de groupe

Groupement des croyances	Croyances	Fréquences et pourcentage des réponses	
Processus	permet un travail plus en profondeur	19	(59%)
	permet un service personnalisé	12	(38%)
Climat	procure de la confidentialité	17	(53%)
	procure de l'intimité	10	(31%)
Client	se sentir seul avec le problème	32	(100%)
	se sentir en confiance	30	(94%)
	parler de soi facilement	7	(22%)
	provoque la gêne	4	(13%)
	devenir dépendant du thérapeute	3	(9%)
Thérapeute	le thérapeute est à l'écoute	6	(19%)

Ce tableau révèle que les sujets cherchent avant tout à éviter de se sentir seuls avec le problème, quelle que soit la thérapie choisie. Le sentiment d'être en confiance apparaît presque aussi important. Enfin, la possibilité d'obtenir un travail thérapeutique allant en profondeur dans le maintien d'un climat de confidentialité ressort nettement.

Tableau 3.2
Croyances normatives

Référents	Fréquences et pourcentage des réponses	
Ami(e)s	32	(100%)
Parents	28	(88%)
Entourage	13	(41%)
Partenaire amoureux	12	(38%)
Frère(s) et soeur(s)	11	(34%)
Médecin	5	(16%)

Dans ce tableau, les amis, suivis des parents, apparaissent comme les personnes les plus influentes dans le choix d'une approche thérapeutique, alors que le médecin et la fratrie n'exercent que très peu d'influence.

Tableau 3.3
Facteurs de contrôle

Facteurs de contrôle	Fréquences et pourcentage des réponses	
Besoin des autres	32	(100%)
Manque de confiance personnelle	18	(56%)
Vouloir changer	15	(47%)
Le thérapeute est spécialiste	11	(34%)
Le type de problème personnel	10	(31%)
Coût élevé	9	(28%)
Méfiance envers les autres	8	(25%)
L'entourage	4	(13%)
Connaître le thérapeute	4	(13%)
Connaître une personne qui a déjà expérimenté cette thérapie	3	(9%)
L'éloignement géographique	3	(9%)

Les facteurs susceptibles d'aider ou de nuire (Tableau 3.3) au choix de l'une ou l'autre des approches thérapeutiques se révèlent être le besoin des autres, suivi de la confiance en soi et de la motivation à changer.

En résumé, ces trois tableaux font ressortir, d'une part, l'importance pour les sujets d'être acceptés des autres, de se sentir en confiance ou d'avoir confiance en eux-mêmes et, d'autre part, l'importance des amis et de leur opinion concernant le choix de la thérapie.

Méthode de l'étude principale

La méthode utilisée dans cette recherche est la méthode dite “analogique”; elle consiste à créer la situation la plus rapprochée possible de la réalité. Bon nombre de recherches rapportées dans le premier chapitre (Cashen, 1979; Dancey, Dryden & Cook 1992; Helweg & Gaines, 1977; Kowitt & Garske, 1978; Knudson & Carskadon, 1978; Juni & Lo Cascio, 1985; Marschall, 1985; Neufeldt, 1978) ont eu recours à cette méthode afin d'évaluer la préférence des personnes pour une approche thérapeutique.

Aux fins de la présente recherche, le choix de la méthode analogique est tributaire de la complexité des comportements mesurés. En effet, les personnes qui sont sur le point de consulter en thérapie le font souvent de manière privée et ne sont habituellement pas disposées à participer à une expérimentation à ce sujet. De plus, au moment où elles communiquent avec un thérapeute, leur choix est déjà fait.

Par ailleurs, le recours à une population étudiante à l'intérieur de cette méthode a également été celui de la plupart des études ayant utilisé le modèle du comportement planifié. Les chercheurs recrutaient souvent leurs sujets parmi des étudiants peu concernés par la question de recherche afin de mesurer des comportements facilement observables dans la réalité. Par exemple, Schifter et Ajzen (1985) ont tenté de prédire le comportement “perdre du poids” en acceptant comme sujets (étudiantes au niveau collégial) des femmes qui présentaient un poids normal et qui ne sentaient pas le besoin de maigrir; Beck et Ajzen (1991) ont voulu mettre à l'épreuve le modèle du comportement planifié au regard de comportements qualifiés de malhonnêtes chez des étudiants en psychologie de niveau collégial; Godin *et al.* (1992) ont mesuré le comportement “cesser de fumer” chez une population composée en majeure partie de non-fumeurs (210 non-fumeurs contre 136 fumeurs). Leurs méthodes ne précisent pas le recours à une mise en situation qui aurait permis aux sujets moins touchés par la question de recherche de s'imaginer être concernés

et de répondre à l'étude dans cet état d'esprit. Toutefois, la formulation des questions devait probablement respecter en quelque sorte la population étudiée selon qu'elle était fumeuse ou non-fumeuse.

Malgré cet état de fait, pour toutes ces recherches, le pouvoir prédictif du modèle du comportement planifié s'est avéré considérable. Les trois principales variables de ce modèle, à savoir les attitudes, les normes sociales et la perception du contrôle, ont contribué significativement à expliquer le comportement mesuré.

Dans la présente recherche, une attention particulière est accordée à la préparation de la mise en situation pour permettre aux sujets de s'imaginer être dans un contexte où ils ont à consulter en thérapie et à choisir une approche individuelle ou de groupe. Cette mise en situation a été bien décrite dans la partie précédente qui présente l'étude-pilote; elle permet de constater que chacune des étapes menant à sa mise sur pied ont été rigoureusement respectées.

Le choix de mesurer une population étudiante repose, quant à lui, sur les critères suivants: (1) la disponibilité de ces personnes; (2) leur capacité de saisir les nuances d'une mise en situation et de s'imaginer être en situation; et enfin, (3) le pouvoir prédictif du modèle du comportement planifié lorsque celui-ci s'applique à une population étudiante.

Le questionnaire de Dérogatis (1973), qui évalue le niveau de détresse psychologique à l'aide d'un score global de détresse, est utilisé afin de permettre de mieux cerner les paramètres de la population étudiée à savoir la relation possible entre le niveau de détresse et le type de consultation soit la thérapie individuelle ou la thérapie de groupe. Dans la littérature, un certain nombre d'études mesurant les attitudes des gens à l'égard de la thérapie ont utilisé le questionnaire de détresse de Dérogatis. Cela permettait, si nous le désirions, de comparer nos résultats à ces études. Bien que le questionnaire de Dérogatis comporte certaines sous-échelles, il a été trouvé que la force de cet instrument repose sur la

prédiction du niveau général de détresse plutôt que sur des indices plus spécifiques (Cyr, McKenna-Foley et Peacock, 1985) . Indices qui sont retenus dans la présente étude. Dans leur étude sur la validation et la normalisation du questionnaire de détresse de Dérogatis, Fortin et sa collègue (1985) affirment, après avoir recensé les différentes catégories d'outils de mesure sur la santé mentale, que ce test comparativement aux autres instruments étudiés, est celui qui offre le plus d'avantages en terme de possibilité d'utilisation, de validité de construit, de fidélité interne, de facilité d'interprétation, du temps de passation requis et de sensibilité à mesurer le changement.

Bien qu'aucune hypothèse concernant cette variable ne soit formulée, des analyses sont effectuées afin de vérifier l'incidence du niveau de détresse psychologique sur la prédiction de l'intention.

Sujets de la recherche

La population de l'étude principale se compose de 208 sujets (132 femmes et 76 hommes) inscrits aux programmes de baccalauréat en sciences comptables (51%), en administration (26%), en mathématiques-informatique (12%) et en enseignement (11%) à l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'âge moyen est de 22.7 ans. Sur l'ensemble des sujets, 36 ont déjà consulté et 172 disent ne l'avoir jamais fait. Parmi ceux qui possèdent une expérience en thérapie, neuf affirment être présentement engagés dans un processus thérapeutique; de ce nombre, huit consultent en thérapie individuelle et un seul en thérapie de groupe. Les types de problèmes pour lesquels les sujets consultent ou ont consulté et qui sont mentionnés le plus souvent sont une mauvaise estime de soi, le stress, l'anxiété et la timidité.

Procédure de la recherche

Avec l'accord des professeurs, les étudiants ont été rencontrés au début de chaque cours. Une description sommaire de la recherche leur était alors présentée ainsi que des

renseignements sur la durée de l'administration des questionnaires. Ils étaient sollicités à participer à l'étude en remplissant les questionnaires à la maison et en les retournant au secrétariat de leur programme respectif. La semaine suivant l'administration des questionnaires, les professeurs ont tous effectué un rappel auprès des étudiants qui s'étaient procurés les questionnaires afin de les inciter à les remplir et à les retourner au cours de la semaine. Sur les 600 questionnaires distribués, 208 (35%) ont été dûment remplis et retournés. L'administration des questionnaires nécessitait en moyenne 30 minutes, ce qui a pu contribuer au faible taux de retour étant donné la charge de travail des étudiants.

Dans cette recherche, les sujets sont d'abord invités à lire une mise en situation à partir de laquelle ils doivent s'imaginer vivre actuellement un problème psychologique pour lequel ils choisissent de consulter. Ils doivent identifier ce problème parmi d'autres qui leur sont suggérés. Les problèmes imaginés ou choisis le plus souvent pour répondre au questionnaire sont le stress (28%), une mauvaise estime de soi (20%), des conflits dans les relations de couple (12%) et la timidité (12%). Les sujets doivent évaluer, sur une échelle de type Likert en 7 points, dans quelle mesure ils sont d'accord ou non avec l'affirmation suivante: *Totalement d'accord (+7) ou totalement en désaccord (-7)*. La moyenne des réponses pour cet item est de 4.8, ce qui indique que les sujets sont enclins à suivre la suggestion d'un psychologue, quelle que soit l'approche.

Instruments de mesure

Deux principaux instruments de mesure sont utilisés (voir Appendices D et E): (1) le questionnaire principal mesurant les variables du modèle du comportement planifié; et (2) le questionnaire de détresse psychologique (Dérogatis, 1973). À ces questionnaires sont joints un certain nombre de questions visant à recueillir des informations supplémentaires. Les questions retenues visent à déterminer si les sujets ont déjà été engagés dans un

processus psychothérapeutique ou, s'ils le sont à ce moment, avec quelle approche et pour quel type de problème.

Questionnaire de l'étude principale

Le questionnaire de l'étude principale mesure les différentes variables du modèle d'Ajzen par rapport au choix de l'approche thérapeutique individuelle ou de groupe. Ces variables sont l'intention, les attitudes, les normes sociales, la perception du contrôle sur le comportement ainsi que les différentes croyances reliées à ces variables.

Cet instrument est construit conformément aux procédures décrites dans l'étude-pilote ainsi qu'à celles d'Ajzen et Fishbein (1980). Il comprend les définitions des termes "thérapie individuelle" et "thérapie de groupe". Chaque question est formulée à partir d'une échelle sémantique de type Likert ou d'une échelle de type différentiateur sémantique. Les formulations reliées aux comportements à mesurer sont utilisées pour construire les questions qui servent à mesurer directement l'intention, les attitudes, les normes sociales et la perception du contrôle sur le comportement. Des questions employant la même formulation reliée aux comportements à mesurer servent aussi à établir une mesure indirecte de ces composantes. Ces questions proviennent des réponses qui sont mentionnées par au moins 10% des sujets de l'étude-pilote.

Intention

Trois questions visent à évaluer l'intention du sujet de consulter en thérapie individuelle et de groupe: "Pour le type de problème que je vis, j'ai l'intention de consulter en thérapie de groupe (ou individuelle)": *Totalement d'accord (+3)- Totalement en désaccord (-3)*; "Pour le type de problème que je vis, je choisis de consulter en thérapie de groupe (individuelle): *Totalement d'accord (+3) - Totalement en désaccord (-3)*; et enfin, "Présentement, quelles sont les probabilités sur 100 que vous consultiez en thérapie de

groupe (ou individuelle) au cours des 3 prochains mois”: les répondants indiquent leur réponse sur une échelle allant de 0% à 100%.

La moyenne de ces trois réponses constitue le score global d'intention.

Attitudes

Pour la mesure des attitudes à l'égard du comportement, les sujets doivent évaluer le geste de consulter en thérapie individuelle et de groupe selon sa valeur rationnelle ou affective aux huit échelles de différenciateurs sémantiques allant de -3 à +3. Par exemple, l'énoncé suivant: “Consulter en thérapie individuelle” est évalué par les sujets comme étant: *extrêmement désirable* ou *extrêmement indésirable*; *extrêmement valorisant* ou *extrêmement dévalorisant*; *extrêmement intelligent* ou *extrêmement stupide*; *extrêmement valable* ou *extrêmement peu valable*; *extrêmement plaisant* ou *extrêmement déplaisant*; *extrêmement rassurant* ou *extrêmement inquiétant*; *extrêmement utile* ou *extrêmement inutile*; et *extrêmement sain* ou *extrêmement malsain*. Ces huit échelles se répètent pour la thérapie de groupe.

La moyenne de ces huit échelles pour chaque forme de thérapie sert de mesure directe des attitudes vis-à-vis de la thérapie individuelle et de groupe.

L'évaluation des croyances à l'égard du comportement ainsi que celle de leurs conséquences constituent la mesure indirecte des attitudes. Ainsi, sur une échelle allant de -3 à +3, par exemple, les sujets doivent indiquer leur accord ou leur désaccord pour la proposition suivante: “La thérapie individuelle procure de l'intimité” ou “La thérapie de groupe permet de parler de soi facilement”. Dix croyances (mentionnées par au moins 10% des sujets) sont tirées de l'étude-pilote réalisée auprès de 32 personnes. L'évaluation des croyances: “Être dans un climat d'intimité” ou “Parler de soi facilement” s'effectue sur une échelle d'*extrêmement désirable* (+3) à *extrêmement indésirable* (-3).

Le score de la mesure de la croyance et le score de son évaluation sont multipliés pour donner dix produits (avec une étendue possible de -9 à +9) appelés croyances à l'égard du comportement. Afin de simplifier et de réduire les données, ces produits sont additionnés pour former un indice unique de croyances qui sous-tendent les attitudes reliées à la consultation en thérapie individuelle et de groupe.

Normes sociales

Deux items servent à fournir une mesure directe des normes sociales. Les sujets doivent évaluer, sur une échelle de type Likert en 7 points (allant de -3 à +3), dans quelle mesure ils sont d'accord avec les faits suivants: (1) les personnes qui sont significatives pour eux et (2) les personnes dont ils respectent le plus les opinions les encourageraient à consulter en thérapie individuelle et de groupe.

Le score global des normes sociales provient de la moyenne des scores aux deux items.

Les croyances normatives sont mesurées par rapport à six référents spécifiques obtenus dans l'étude-pilote: parents, partenaire, médecin, ami(s), fratrie et entourage. Par exemple, au regard des parents, les sujets doivent indiquer dans quelle mesure ils sont en accord ou en désaccord avec l'énoncé suivant: "Je crois que de consulter en thérapie individuelle est quelque chose que mes parents m'encourageraient à faire". De plus, les sujets doivent évaluer leur motivation à se conformer à chaque référent sur une échelle de 7 points allant de *totalelement d'accord* (1) à *totalelement en désaccord* (7). Par exemple, par rapport aux parents, l'énoncé à évaluer est: "En général, je fais ce que mes parents me disent de faire".

La mesure des croyances normatives et celle de la motivation à se conformer constituent des mesures indirectes des normes sociales. Les scores des croyances et ceux de la motivation sont multipliés pour donner six produits (avec une étendue allant de -28 à

+28) appelés croyances normatives. Ces six produits sont additionnés pour fournir un score global qui traduit le degré d'influence générale des référents sur le choix de consulter en thérapie individuelle ou de groupe.

Perception du contrôle sur le comportement

Pour la mesure directe de la perception du contrôle sur le comportement, quatre questions sont posées à différents endroits dans le questionnaire. Par exemple, “Si vous consulter en thérapie, cela se fera très facilement” (*totalemment en désaccord* -3 - *totalemment d'accord* +3), “Pour vous, consulter en thérapie individuelle est”: *extrêmement facile* -3 - *extrêmement difficile* +3, “Concernant le fait de consulter en thérapie, quel degré de contrôle croyez-vous avoir sur ce comportement”? (*beaucoup de contrôle* -2 - *aucun contrôle* +2).

Le score global de la mesure directe de la perception du contrôle sur le comportement provient de la moyenne des scores obtenus à chaque question.

Les croyances envers le contrôle sont mesurées à l'aide d'une échelle de type Likert en 7 points (allant de -3 à +3). Les sujets doivent indiquer dans quelle mesure ils sont d'accord ou non avec 11 énoncés (items les plus souvent retenus dans l'étude-pilote) concernant les facteurs susceptibles de les empêcher de consulter dans l'une ou l'autre forme de thérapie. Par exemple, “Par rapport à la thérapie individuelle, il est probable que le coût élevé m'empêche de consulter” ou “Par rapport à la thérapie de groupe, il est probable que le type de problème que je vis m'empêche de consulter”. L'échelle va d'*extrêmement d'accord* à *extrêmement en désaccord*.

La moyenne des scores obtenus à chaque énoncé représente la mesure indirecte de la perception du contrôle sur le comportement, appelée croyances à l'égard du contrôle.

Le regroupement de ces diverses questions en un questionnaire permet de mesurer les 7 variables du modèle d' Ajzen (1988).

Questionnaire de détresse psychologique

Comme il a été mentionné plus haut, le questionnaire de détresse psychologique est doublement utile: (1) il sert à mieux définir les paramètres de la population à l'étude; et (2) il permet, à titre exploratoire, d'évaluer l'influence de la détresse sur l'intention des personnes de consulter en thérapie individuelle ou de groupe.

Conçu par Dérogatis, Lipman et Covi (1973), cet indice (SCL-90-R) mesure le niveau de détresse psychologique relativement à neuf dimensions de symptômes primaires et trois indices globaux de détresse. La traduction française a été effectuée par Fortin et Wakulczyk (1985). L'inventaire comprend 90 questions concernant des problèmes reliés à des manifestations possibles de détresse psychologique. Les sujets y évaluent le degré avec lequel ils sont perturbés par le problème décrit à chaque question. La mesure est réalisée à partir d'une échelle en 5 points allant de "pas du tout" (0) à "extrêmement" (4).

Les résultats du SCL-90-R peuvent être combinés pour produire trois mesures globales de détresse. L'indice symptomatique général (GSI) provient de la somme des résultats à chaque question divisée par le nombre total de questions; il représente le nombre de symptômes et le degré de gravité de la détresse psychologique. Le nombre total de symptômes positifs (PST) provient du nombre total de réponses autres que zéro et renvoie seulement au nombre de symptômes. Enfin, l'indice de détresse de symptôme positif (PSDI) correspond à l'intensité de la détresse psychologique adaptée au nombre de symptômes; il s'obtient par la division du score total par le nombre total de réponses autres que zéro (PST).

L'étude de validation du questionnaire de détresse psychologique réalisée par Fortin et Wakulczyk (1985) portait sur un groupe de femmes (N= 404) âgées de 20 à 45 ans

vivant dans la région métropolitaine de Montréal. Les coefficients de consistance interne pour les neuf dimensions du SCL-90-R se situent entre .90 et .92, tandis que les coefficients test-retest se situent entre .91 et .93. En ce qui a trait aux tests servant à mesurer la validité du questionnaire de détresse, des matrices de corrélations ont été construites afin d'étudier d'une part les corrélations entre les dimensions et d'autre part les corrélations des items à l'intérieur de chacune des neuf dimensions. L'étendue de la distribution des corrélations entre chacune des neuf dimensions du SCL-90-R varie de .32 à .74, alors que la corrélation moyenne entre les dimensions est de .53.

Cet indice a été utilisé afin de mesurer le niveau de symptômes psychiatriques chez des patients psychiatriques (Brown, Schwartz, & Sweeney, 1978; cité dans Fortin et Wakulczyk, 1985), chez des patientes obèses d'une clinique de médecine générale (Rickels, Hesbacher, Fisher, Perloff, & Rosenfeld, 1976; cité dans Fortin et Wakulczyk, 1985) et chez des toxicomanes (Rounsaville, Weissman, Crits-Cristoph, Wilber, & Kleber, 1982; cité dans Fortin et Wakulczyk, 1985). Plus près des intérêts de la présente recherche, le SCL-90-R a servi à déterminer un faible niveau de détresse psychologique chez des populations normales (Uhlenhuth, Lipman, Balter, & Stern, 1974; cité dans Fortin et Wakulczyk, 1985).

Plan d'analyses statistiques et hypothèses de recherche

L'objectif de la présente recherche consiste à vérifier le pouvoir prédictif des variables du modèle du comportement planifié relativement à l'intention de consulter en thérapie individuelle ou de groupe. À cette fin, une série d'analyses de régression multiple hiérarchique sont effectuées. Elles visent d'abord à examiner de quelle façon les différentes variables du modèle (attitudes, normes sociales, perception du contrôle sur le comportement, les croyances à l'égard du comportement, les croyances sociales et les croyances à l'égard du contrôle) contribuent à la prédiction de l'intention de consulter en

thérapie, et ensuite, à déterminer quelles sont les meilleurs prédicteurs de l'intention de consulter en thérapie individuelle ou de groupe.

Les résultats de l'étude portant sur le caractère volitif des comportements et ceux de l'opérationnalisation des variables permettent de formuler les hypothèses suivantes relativement aux trois variables principales du modèle du comportement planifié:

Hypothèse 1. La variable "attitude à l'égard du comportement" constitue un déterminant significatif de l'intention de consulter en thérapie individuelle;

Hypothèse 2. La variable "norme sociale" constitue un déterminant significatif de l'intention de consulter en thérapie individuelle;

Hypothèse 3. La variable "attitude à l'égard du comportement" constitue un déterminant significatif de l'intention de consulter en thérapie de groupe;

Hypothèse 4. La variable "norme sociale" constitue un déterminant significatif de l'intention de consulter en thérapie de groupe;

Hypothèse 5. La variable "perception du contrôle sur le comportement" constitue un déterminant significatif de l'intention de consulter en thérapie de groupe.

CHAPITRE III

Résultats

Le présent chapitre se divise en deux sections. La première traite des qualités psychométriques (fidélité, consistance interne et stabilité temporelle) du questionnaire mesurant les différentes variables du modèle d' Ajzen, et la seconde décrit les principaux résultats obtenus au questionnaire principal de cette recherche.

Étude de fidélité

Les techniques de consistance interne (coefficient alpha) et de stabilité temporelle (test-retest) permettent de vérifier la fidélité du questionnaire de l'étude principale (voir l'Appendice F pour les différents résultats de cette étude).

L'évaluation des qualités psychométriques du questionnaire principal constitue l'une des étapes essentielles de cette recherche. Deux procédures test-retest ont été effectuées afin d'assurer la fidélité du questionnaire. Certaines modifications ont été apportées au premier test-retest relativement, d'une part, à la formulation des questions (afin de les rendre plus compréhensibles au lecteur) et, d'autre part, à certains items présentant des coefficients jugés trop faibles.

La consistance interne

L'évaluation de la consistance interne des différentes mesures s'effectue à l'aide de la formule du coefficient alpha (Cronbach, 1951). Les scores présentés ci-dessous ont été obtenus aux sept variables du modèle d' Ajzen par rapport, respectivement, à la thérapie individuelle et à la thérapie de groupe.

Afin d'éviter la répétition, l'ordre de présentation des valeurs qui suivent sera identique pour les sept variables, à savoir, premièrement celles de la thérapie individuelle et deuxièmement celles de la thérapie de groupe.

Les scores de la variable intention de consulter en thérapie, comprenant chacun la moyenne de trois items servant à mesurer le degré d'intention, présentent des valeurs alpha respectives de .77 et de .84; ceux des attitudes à l'égard de la thérapie, qui sont la moyenne, pour chaque comportement, de huit paires d'adjectifs bipolaires, obtiennent des valeurs alpha respectives de .84 et .88; ceux des normes sociales à l'égard de la thérapie, des valeurs de .73 et .76.; ceux de la perception du contrôle sur le comportement, des valeurs de .70 et .80.; ceux des croyances à l'égard des comportements, des valeurs de .83 et de .81 (provenant de l'évaluation de l'importance et de la valeur de 14 items relativement à l'intention de consulter pour l'une ou l'autre approche thérapeutique); ceux des croyances sociales à l'égard de la thérapie, des valeurs de .80 et de .81; enfin, ceux des croyances à l'égard du contrôle pour la thérapie, des valeurs de .72 et .75.

De façon générale, ces résultats indiquent que les échelles comportent des degrés relativement élevés de consistance interne. La majorité d'entre elles obtiennent en effet un coefficient alpha supérieur à .70 (Cronbach, 1951 dans Cournoyer, 1995).

La stabilité temporelle

La procédure test-retest consiste à administrer un test deux fois à un même groupe de sujets dans un laps de temps plus ou moins long (Bernier, 1985). Cette période entre les deux administrations ne doit pas être trop courte (moins d'une semaine) ni trop longue (plus d'un mois) (Devin, Dufour, Bédard et Morin, 1989). Aux fins de la présente recherche, un intervalle de deux semaines a été respecté afin de contrôler la stabilité des différentes échelles dans le temps.

Les analyses portent sur les mesures de l'intention, des attitudes, des normes sociales, de la perception du contrôle sur le comportement et des croyances qui y sont associées. Le nombre de sujets pour cette analyse est de 91 au lieu de 105 (14 sujets ne s'étant pas présentés

lors de la deuxième administration). Les valeurs du coefficient de corrélation de Pearson obtenu aux différentes échelles passent de .64 à .91.

Ce résultat permet de conclure que le questionnaire et les échelles mesurant les différentes variables du modèle du comportement planifié possèdent une stabilité temporelle satisfaisante.

Les résultats concernant les différentes hypothèses énoncées dans les chapitres précédents sont présentés ci-dessous.

Préférence pour une approche thérapeutique

Les résultats de cette recherche confirment l'hypothèse générale selon laquelle l'approche thérapeutique individuelle est préférée à celle de groupe. En effet, sur 208 sujets, 172 indiquent qu'ils choisiraient cette première approche s'ils avaient à consulter au cours des trois prochains mois, tandis que seulement 36 opteraient pour la seconde ($p > .001$). Ce résultat provient des réponses à la question suivante: Si vous aviez à consulter au cours des trois prochains mois pour le type de problème psychologique que vous avez identifié, quelle approche thérapeutique choisiriez-vous? individuelle ou groupe.

Moyennes et écarts-types pour les 7 variables du modèle sur l'ensemble des sujets

Le Tableau 4 présente les moyennes et les écarts-types obtenus par l'ensemble des sujets aux variables du modèle du comportement planifié concernant les deux approches.

Le score moyen obtenu à la mesure de l'intention de consulter s'avère plus élevé pour la thérapie individuelle ($M = .34$) que pour la thérapie de groupe ($M = -1.4$); celui des attitudes concernant le fait de consulter en thérapie individuelle ($M = .73$) est positif, et il est négatif ($M = -.04$) pour la seconde; ceux des normes sociales à l'égard des deux approches sont tous deux positifs (individuelle, $M = 1.1$; de groupe, $M = .30$); celui de la perception de contrôle concernant la thérapie individuelle est presque neutre (.29) et il

Tableau 4

Moyennes et écarts-types pour les 7 variables du modèle sur l'ensemble des sujets
(N = 208)

Variables	Intention		Attitudes		Normes sociales		Perception du contrôle		Croyances envers le comportement		Croyances sociales		Croyances envers le contrôle	
Étendue	(-3, +3)		(-3, +3)		(-3, +3)		(-9, +9)		(-9, +9)		(-9, +9)		(-9, +9)	
Approches	I	G	I	G	I	G	I	G	I	G	I	G	I	G
Moyenne	0.34	-1.40	0.73	-0.04	1.10	0.30	0.29	-0.78	3.50	-0.43	1.10	0.41	2.70	2.60
Écart-type	1.61	1.53	0.83	1.03	2.91	2.79	1.04	1.21	2.36	2.49	2.15	2.17	1.91	1.82

Note. I = Thérapie individuelle; G = Thérapie de groupe.

est à $-.78$ pour la seconde (confirmant ainsi celui de l'étude du caractère volitif du comportement "consulter en thérapie de groupe", à savoir que la thérapie de groupe implique plus de problèmes de contrôle pour les sujets); celui des croyances à l'égard de la consultation en thérapie individuelle est positif ($M = 3.5$), et il est négatif ($M = -.43$) pour la seconde; celui des croyances sociales est de 1.1 pour la première, et de $.41$ pour la seconde; enfin, celui des croyances à l'égard du contrôle pour la thérapie individuelle est de 2.7 , et il est de 2.6 pour la seconde.

Ces résultats confirment l'hypothèse selon laquelle les personnes qui s'imaginent consulter en thérapie au cours des trois prochains mois optent pour l'approche thérapeutique individuelle, le score obtenu à la variable intention de consulter étant plus élevé pour cette approche. De même, les attitudes et les croyances à l'égard de cette forme de thérapie se révèlent plus favorables. Les résultats relatifs aux normes et aux croyances sociales indiquent aussi que les personnes significatives exercent une plus grande influence concernant l'intention de consulter en thérapie individuelle. Enfin, les résultats associés aux variables de perception du contrôle sur le comportement confirment le caractère volitif du comportement "consulter en thérapie individuelle".

Prédiction de l'intention

Des analyses de régression multiple ont été effectuées pour l'ensemble des sujets afin d'évaluer, dans un premier temps, le pouvoir prédictif du modèle de l'action raisonnée et de ces variables attitudes et normes sociales et, dans un second temps, celui du modèle du comportement planifié, en y ajoutant la variable perception du contrôle sur le comportement. Enfin, les croyances à l'égard du comportement, les croyances sociales, les croyances à l'égard du contrôle et la variable sexe ont été introduites dans l'équation afin d'évaluer leur impact respectif sur la prédiction de l'intention.

Thérapie individuelle

Le Tableau 5 présente les résultats aux 3 séries d'analyses pour tester le modèle concernant l'intention de consulter en thérapie individuelle et en thérapie de groupe. D'abord, l'ajout de la variable perception du contrôle sur le comportement n'a pas permis une augmentation significative du pouvoir prédictif du modèle pour prédire l'intention de consulter en thérapie individuelle (le R^2 demeurant à .33). En d'autres mots, cette variable n'ajoute pas à la compréhension de l'intention des sujets de consulter en thérapie individuelle. Ces résultats confortent la théorie du comportement planifié selon laquelle plus le comportement mesuré est soumis au contrôle volontaire des personnes, moins la variable perception du contrôle agit sur l'intention d'adopter ce comportement. Enfin, le sexe des sujets ne semble exercer aucune influence sur ce point (Bêta = -.02, ns).

La deuxième série d'analyses, indique que les attitudes (Bêta = .50, $p < .001$) sont les meilleures variables de prédiction de l'intention de consulter en thérapie individuelle suivies des normes sociales (Bêta = .17, $p < .01$). Bien que ne faisant pas l'objet d'hypothèses spécifiques à tester dans cette recherche, les 3 types de croyances ont été introduits dans la troisième série d'analyses de régression. Ces analyses permettent une augmentation du pouvoir prédictif du modèle (de .33 à .36) qui ne s'avère cependant pas significative. Malgré cela, les attitudes demeurent les meilleures variables de prédiction de l'intention de consulter en thérapie individuelle (Bêta = .47, $p < .001$), mais les normes sociales n'apparaissent plus significatives Bêta = .07, ns). Par contre, les croyances envers le comportement sont les seules croyances significatives lorsqu'elle sont ajoutées comme variables de prédiction. Ce résultat n'est pas surprenant dans la mesure où les normes sociales et les croyances sociales sont grandement corrélées entre elles ($r = .76$, $p < .0001$) et qu'une certaine corrélation significative existe entre les croyances envers le comportement et les croyances sociales ($r = .16$, $p < .05$). Les normes sociales seraient, d'une certaine façon, mesurées à travers les croyances envers le comportement. Ces résultats appuient ceux de l'étude de Vallerand (voir

Tableau 5

Prédiction de l'intention de consulter en thérapie individuelle et
en thérapie de groupe

Modèle	Consulter en thérapie individuelle		Consulter en thérapie de groupe	
	R ²	Bêta	R ²	Bêta
Prédiction de l'intention				
1. I= (A + NS)	.33***	β A=.54*** β NS=.17**	.49***	β A=.68*** β NS=.16**
2. I= (A+NS+ PcC)	.33***	β A=.50*** β NS=.17** β PcC=.09	.52***	β A=.53*** β NS=.17** β PcC=.24**
3. I= (A+NS+PcC+ CC+CS+Cc+S)	.36**	β A=.47*** β NS=.16 β PcC=.07 β CC=.15** β CS=.00 β Cc=-.08 β S=-.02	.55**	β A=.49*** β NS=.05 β PcC=.16** β CC=.18** β CS=.13 β Cc=-.04 β S=-.02

** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Lafrenaye, dans Vallerand, 1994) qui a trouvé que ces 2 types de croyances se sont révélés être des croyances similaires sous des formes syntaxiques différentes.

En résumé donc, dans la deuxième série d'analyses, les attitudes constituent les meilleures variables de prédiction de l'intention de consulter en thérapie individuelle suivies des normes sociales. Les croyances envers le comportement (les déterminants des attitudes), lorsqu'intégrées dans la troisième série d'analyses, se sont avérées significatives dans la prédiction de l'intention de consulter en thérapie individuelle. Et enfin, les croyances sociales et les croyances envers le contrôle quant à elles, n'ont pas contribué à expliquer l'intention des gens de consulter en thérapie individuelle.

Les hypothèses 1 et 2 selon lesquelles les attitudes et les normes sociales constituent des déterminants significatifs de l'intention de consulter en thérapie individuelle se trouvent donc confirmées.

Thérapie de groupe

Pour l'intention de consulter en thérapie de groupe, la deuxième série d'analyses indique que l'ajout de la variable perception du contrôle sur le comportement permet d'augmenter significativement le pouvoir prédictif du modèle, le R^2 passant de .49 à .52 ($p < .001$). Ce résultat confirme la théorie du comportement planifié qui dit que pour un comportement non-volitif, la variable perception du contrôle sur le comportement contribuera à augmenter le pouvoir prédictif du modèle. Pour cette même série d'analyses, les attitudes se révèlent être les meilleurs prédicteurs de l'intention ($B\hat{e}ta = .53, p < .001$), suivies de la variable perception du contrôle sur le comportement ($B\hat{e}ta = .24, p < .01$) et des normes sociales ($B\hat{e}ta = .17, p < .01$). Enfin, la troisième série d'analyses indique que les attitudes demeurent les meilleures variables de prédiction de l'intention ($B\hat{e}ta = .49, p < .001$), suivies des croyances à l'égard du comportement ($B\hat{e}ta = .18, p < .01$) et de la variable perception du

comportement ($B\hat{e}ta = .16, p < .01$), dans la prédiction de l'intention de consulter en thérapie de groupe.

Ces résultats confirment les hypothèses III, IV et V selon lesquelles: (1) la variable "attitudes" constitue un déterminant significatif de l'intention de consulter en thérapie de groupe; (2) la variable "perception du contrôle sur le comportement" constitue un déterminant significatif de l'intention de consulter en thérapie de groupe; et (3) la variable "norme sociale" constitue un déterminant significatif de l'intention de consulter en thérapie de groupe.

Corrélations entre le niveau de détresse psychologique et les 7 variables du modèle pour l'ensemble des sujets ainsi que pour les femmes et les hommes

Notons d'abord que le résultat obtenu à l'indice symptomatique général (GSI) de Dérogatis est de 56 (le score brut étant de .73), ce qui représente un stress légèrement supérieur à la moyenne fixée à 50 pour un écart-type de 10 dans les normes québécoises (Fortin et Wakulczyk, 1985). Les sujets de la présente étude vivent donc un stress modéré, ce qui apparaît être un bon indicateur pour répondre à cette recherche, puisqu'ils savent ce qu'est la tension, les problèmes de somatisation, d'insécurité et d'anxiété (facteurs mesurés par le questionnaire de Dérogatis).

Comme il a été mentionné dans le chapitre portant sur la méthode, certaines corrélations ont été effectuées afin de déterminer le niveau de détresse psychologique de la population étudiée. Bien qu'aucune hypothèse de recherche n'ait été formulée en regard de cette variable, il convient de rappeler que cet indice a été calculé, dans la présente recherche, afin de permettre de mieux cerner les paramètres de la population étudiée.

Le Tableau 6 présente les corrélations entre la variable détresse psychologique et les sept variables du modèle pour l'ensemble des sujets ainsi que pour les hommes et les femmes. Il révèle que peu de corrélations sont significatives entre le niveau de détresse psychologique et chacune des variables du modèle appliquées aux différents groupes de sujets.

Tableau 6

Corrélations entre la variable détresse psychologique et les 7 variables du modèle pour l'ensemble des sujets, ainsi que pour les hommes et les femmes

Variables		Intention		Attitudes		Normes sociales		Perception du contrôle		Croyances envers le comportement		Croyances sociales		Croyances envers le contrôle	
		I	G	I	G	I	G	I	G	I	G	I	G	I	G
Détresse	Ensemble N= 208	.15*	-.06	.06	-.15	.10	.06	-.14*	-.16*	-.12	-.14*	.14*	.03	.03	.06
	Femmes N = 132	.22*	-.06	.06	-.14	.02	.04	-.14	-.17*	-.15	-.14	.12	-.01	.12	.05
	Hommes N= 76	.01	-.05	.04	-.15	.23*	.14	-.13	-.14	-.09	-.14	.20	.13	-.02	-.02

* $p < .05$.

Note. I = Thérapie individuelle; G = Thérapie de groupe.

Pour les femmes, une corrélation positive apparaît également entre le niveau de détresse psychologique et l'intention de consulter en thérapie individuelle ($r = .22, p < .05$), de même qu'une corrélation négative entre le niveau de détresse psychologique et la perception du contrôle à l'égard de la consultation en thérapie de groupe ($r = -.17, p < .05$). En d'autres termes, plus les femmes sont en détresse, plus elles ont l'intention de consulter en thérapie individuelle et moins elles ont l'impression d'exercer de contrôle sur la consultation en thérapie de groupe.

Pour l'ensemble des sujets, il ressort une corrélation négative entre le niveau de détresse psychologique et (1) la perception du contrôle à l'égard de la consultation en thérapie de groupe ($r = -.16, p < .05$), (2) les attitudes à l'égard de cette approche ($r = -.15, p < .05$), et (3) les croyances vis-à-vis du fait de consulter selon celle-ci ($r = -.14, p < .05$). Ainsi, plus le sujet est en détresse, moins il a l'impression d'exercer du contrôle sur le fait de consulter en thérapie de groupe et plus il entretient des attitudes et des croyances négatives vis-à-vis de cette approche.

Chez les hommes, la seule corrélation significative apparaît entre le niveau de détresse psychologique et les normes sociales à l'égard de la thérapie individuelle ($r = .23, p < .05$).

À titre indicatif, des analyses de corrélation ont été effectuées chez les sujets possédant une expérience en thérapie ($n = 36$) et ceux qui n'en avaient pas ($n = 172$). Chez les premiers, les corrélations sont également négatives entre le niveau de détresse psychologique et (1) la perception du contrôle sur le fait de consulter en thérapie individuelle ($r = -.34, p < .05$) et (2) les croyances à l'égard de la consultation selon cette même approche ($r = -.43, p < .05$). Ainsi, plus les personnes qui ont déjà consulté vivent de la détresse psychologique, moins elles ont l'impression d'exercer du contrôle sur le fait de consulter en thérapie individuelle et plus leurs croyances sont négatives par rapport à cette approche. La détresse psychologique ne semble

donc pas être un facteur susceptible d'exercer un impact positif sur les croyances à l'égard de la thérapie individuelle.

Chez ceux qui ne possèdent pas d'expérience en thérapie, une corrélation négative apparaît entre le niveau de détresse psychologique et les croyances à l'égard de la consultation en thérapie de groupe. Des corrélations positives mais faibles se dessinent chez ce groupe entre le niveau de détresse psychologique et (1) les normes sociales vis-à-vis de la thérapie individuelle ($r = .15, p < .05$) et (2) les croyances sociales vis-à-vis de cette même approche ($r = .16, p < .05$). Dans ce groupe, donc, plus le niveau de détresse psychologique est élevé, plus les croyances sont négatives à l'égard de la thérapie de groupe. Par ailleurs, en ce qui a trait au choix de consulter en thérapie individuelle dans ce même groupe, plus le niveau de détresse psychologique est élevé, plus l'est également l'influence de l'entourage immédiat à propos de ce choix.

CHAPITRE IV

Discussion

Ce chapitre rappelle d'abord les objectifs de la recherche et discute ensuite des résultats exposés dans le chapitre précédent et souligne leurs implications cliniques le cas échéant.

Rappel des objectifs de la recherche

Le but de la présente recherche consistait donc à déterminer les raisons qui amènent les personnes à préférer la thérapie individuelle à celle de groupe comme mode de consultation. À cette fin, le modèle du comportement planifié d'Ajzen (1985), qui met en relation les attitudes, les normes sociales, la perception du contrôle sur le comportement et les croyances avec l'intention des personnes d'adopter ou non un comportement, a été mis à l'épreuve.

L'hypothèse générale, à savoir que ce modèle permet une meilleure compréhension de l'intention des personnes de consulter en thérapie individuelle ou de groupe, a été confirmée par les résultats obtenus aux différentes mesures.

Qualités métrologiques du questionnaire principal

Cette investigation de l'intention de consulter selon les deux modes de thérapie a été précédée de l'élaboration du questionnaire servant à mesurer les différentes variables du modèle et de la vérification des qualités métrologiques de ce questionnaire. Une étude-pilote a d'abord été nécessaire et deux procédures test-retest ont été effectuées afin de vérifier la fidélité de l'instrument de mesure principal. Ces différentes étapes ont concouru à la construction d'un outil fidèle.

Fidélité du questionnaire principal

Les techniques de consistance interne (formule du coefficient alpha) et de stabilité temporelle (test-retest) ont servi à vérifier la fidélité du questionnaire mesurant les variables du modèle d'Ajzen.

Les résultats obtenus à l'évaluation de la consistance interne indiquent que la majorité des échelles possèdent un coefficient alpha relativement élevé, c'est-à-dire supérieur à .70 (Cronbach, 1951, dans Cournoyer, 1994).

Les résultats à la procédure test-retest révèlent des coefficients de corrélation de Pearson allant de .64 à .91. La stabilité dans le temps des différentes échelles mesurant les sept variables du modèle est concluante et permet d'affirmer que le questionnaire satisfait aux critères de fidélité.

Les résultats concernant les différentes hypothèses de l'étude principale sont discutés ci-dessous.

Préférence pour une approche thérapeutique

L'hypothèse générale selon laquelle la thérapie individuelle est préférée à celle de groupe comme mode de consultation est confirmée dans cette étude. En effet, la majorité des sujets (172) a opté pour la première, alors qu'une minorité (36) a choisi la seconde ($p > .001$) en réponse à la question: Si vous aviez à consulter au cours des trois prochains mois, pour un type de problème psychologique particulier, quelle approche thérapeutique choisiriez-vous (les choix de réponses étant «individuelle» ou «de groupe»). Parmi les types de problèmes que les sujets devaient s'imaginer vivre, 28% de ceux-ci ont choisi le stress; 20%, une mauvaise estime de soi; 12%, des problèmes de couple; et un autre 12%, la timidité.

Les résultats concernant cette hypothèse générale confortent l'observation de Toseland et Siporin (1986) à qui l'expérience clinique a appris qu'une proportion importante de personnes déclinent l'invitation de consulter en thérapie de groupe lorsque les deux modes leur sont offerts. Klein et Carroll (1986) avaient eux aussi observé que sur 700 personnes à qui l'on avait suggéré la thérapie de groupe, 41% ne se sont jamais présentées.

Moyennes et écarts-types des sept variables du modèle pour l'ensemble des sujets

Les moyennes obtenues pour l'ensemble des variables du modèle confirment les résultats présentés ci-dessus. En effet, les sujets à qui il est demandé de s'imaginer consulter en thérapie individuelle ou de groupe pour résoudre un problème psychologique particulier manifestent davantage l'intention de consulter en thérapie individuelle ($M = .34$) qu'en thérapie de groupe ($M = -1.4$), avec des écarts-types respectifs de 1.61 et de 1.53. L'analyse des moyennes obtenues pour chaque variable indique une préférence générale pour la thérapie individuelle. En effet, plus le résultat d'un sujet à une échelle est positif, meilleure est sa disposition à l'égard de l'approche thérapeutique.

Cette tendance à consulter en thérapie individuelle se maintient remarquablement bien à toutes les échelles mesurant les différentes variables. Par ailleurs, la situation est plus nuancée en ce qui a trait à la thérapie de groupe. Les résultats sont en effet positifs aux échelles «normes sociales», «croyances sociales» et «croyances envers le contrôle» et négatifs aux échelles «intention», «attitudes», «perception du contrôle sur le comportement» et «croyances envers le comportement». Il semble donc que (1) les personnes significatives exercent une certaine influence quant au choix de consulter en thérapie de groupe; (2) le sujet n'a pas l'intention de consulter en thérapie de groupe; (3) il entretient des attitudes négatives à l'égard de cette approche; et (4) il considère le fait de consulter en thérapie de groupe comme étant difficile.

Prédiction de l'intention

Des analyses de régression ont été effectuées afin de vérifier l'influence des différentes variables du modèle du comportement planifié sur l'intention des personnes de consulter en thérapie individuelle ou de groupe. Les résultats de ces analyses concernent d'abord la thérapie individuelle et ensuite celle de groupe et sont présentés ci-dessous.

Consulter en thérapie individuelle

Pour l'ensemble des sujets, il ressort que les attitudes (évaluation faite par la personne des conséquences associées à l'adoption d'un comportement) à l'égard de la consultation en thérapie individuelle constituent les meilleurs prédicteurs de l'intention. Les normes sociales et les croyances envers le comportement (croyances qui sous-tendent les attitudes à l'égard du comportement) apparaissent aussi relativement importantes à ce chapitre.

Ainsi, la pression sociale perçue par la personne (normes sociales) et la façon dont celle-ci évalue les conséquences de la consultation en thérapie individuelle, selon que cette estimation est positive ou négative, constituent également des déterminants importants de l'intention de la personne de consulter selon cette approche.

Ce sont donc les attitudes, les normes sociales et les croyances personnelles qui exercent la plus grande influence relativement à ce type de consultation.

De son côté, la variable perception du contrôle sur le comportement ne s'est pas avérée significative pour la prédiction de l'intention de consulter en thérapie individuelle. Ce résultat corrobore la théorie du comportement planifié selon laquelle plus le comportement mesuré est exempt de problèmes de contrôle, moins la variable perception du contrôle sur le comportement agit sur l'intention d'adopter ce comportement.

En conclusion, les résultats obtenus indiquent que ce sont les attitudes, comprises dans le sens de l'évaluation des conséquences d'un comportement donné, qui déterminent d'abord

l'intention d'une personne de consulter en thérapie individuelle. Les normes sociales et les croyances envers le comportement arrivent respectivement au deuxième et troisième rang.

Consulter en thérapie de groupe

Les attitudes s'avèrent de nouveau être les meilleurs prédicteurs de l'intention de consulter en thérapie de groupe. Les normes sociales ainsi que les croyances qui sous-tendent les attitudes (croyances envers le comportement) apparaissent également significatives. La variable perception du contrôle sur le comportement dans le cas de l'intention de consulter en thérapie de groupe augmente le pouvoir prédictif du modèle et ajoute donc à la compréhension de l'intention de consulter avec cette approche.

La personne qui entretient des attitudes et des croyances positives à l'égard de la thérapie de groupe est plus encline à consulter selon cette approche. De plus, la pression sociale perçue par cette dernière agit sur son intention de consulter en thérapie de groupe. Toutefois, parce que ce type de consultation implique plus de problèmes de contrôle (comportement non volitif), la perception de la facilité ou la difficulté d'adopter ce comportement influe sur l'intention d'agir.

En résumé, les résultats obtenus concernant l'intention de consulter selon les deux formes de thérapie corroborent ceux de Juni et Lo Cascio (1985), Knudson et Carskadon (1978), Kowitz et Garske (1978), Neufeldt, (1978), et Tasca, Russell et Busby, (1994). Ces chercheurs ont en effet démontré que la préférence pour une approche thérapeutique est fonction des caractéristiques personnelles. Certains avancent que des caractéristiques cognitives telles que le niveau de raisonnement peuvent agir sur le choix d'une approche thérapeutique. D'autres, en se concentrant sur les caractéristiques de la personnalité (dogmatisme, lieu de contrôle, révélation de soi), affirment l'existence d'un lien entre certaines d'entre elles et le choix d'une approche. Dans ces cas comme dans celui de la présente

recherche, l'attrait qu'exerce une approche thérapeutique pour une personne donnée apparaît dépendre de ses caractéristiques tant individuelles que psychosociales¹.

Les attitudes, les normes sociales et les croyances envers le comportement ressortent comme des déterminants importants pour la prédiction et la compréhension de l'intention de consulter selon les deux modes de thérapie. La théorie du comportement planifié affirme que les attitudes vis-à-vis d'un comportement sont formées à partir des croyances de la personne et agissent sur sa perception des enjeux reliés à l'adoption de ce comportement. De cette façon, la personne apprend à favoriser les comportements qu'elle croit porteurs de conséquences désirables et entretient des attitudes non favorables à l'égard des comportements auxquels des conséquences indésirables sont associées (Ajzen, 1991). La théorie affirme également que les gens ont l'intention d'adopter un comportement lorsque qu'ils ressentent une pression, provenant des personnes significatives autour d'eux, d'adopter le comportement.

Les moyennes obtenues aux différentes variables indiquent que les sujets entretiennent des attitudes et des croyances positives à l'égard de la thérapie individuelle et des attitudes et des croyances négatives à l'égard de la thérapie de groupe. Ils perçoivent le fait de consulter en thérapie individuelle comme étant: plutôt désirable, valorisant, intelligent, valable, plaisant, rassurant, utile, sain; et le fait de consulter en thérapie de groupe comme étant: plutôt indésirable, dévalorisant, stupide, peu valable, déplaisant, inquiétant, inutile et malsain. Les croyances entourant la thérapie individuelle sont qu'elle procure de l'intimité, de la confidentialité, un sentiment de confiance en soi, une meilleure écoute de la part du thérapeute, un travail thérapeutique personnalisé et une plus grande révélation de soi, et que ces caractéristiques s'appliquent moins à la thérapie de groupe (les moyennes étant négatives)².

¹ D'une manière générale, les auteurs en psychologie de la personnalité parleront de caractéristiques personnelles ou individuelles pour parler de traits de personnalité, tandis que les auteurs en psychologie sociale parleront des caractéristiques psychosociales en se référant aux attitudes. Pour sa part, Ajzen (1988) souligne que la différence entre un trait de personnalité et l'attitude est sa nature évaluative. L'attitude nous renseigne sur un objet ou une cible quelconque tandis que le trait de personnalité nous renseigne sur l'individu qui possède ce trait. Il ajoute que l'attitude même si elle est durable comme le trait de personnalité, est plus malléable que ce dernier.

² Ces adjectifs et croyances sont tirés du questionnaire principal de cette recherche.

Les attitudes, la pression des gens significatifs (amis, parents, entourage, partenaire amoureux, fratrie, médecin) et les croyances envers le comportement en regard de la consultation en thérapie individuelle et de groupe s'avérant de bons prédicteurs de l'intention de consulter pour l'une ou l'autre approche, il importe d'en tenir compte, principalement dans la promotion de la thérapie de groupe, et d'intervenir directement sur elles.

Concernant le changement des attitudes, la théorie du comportement planifié affirme que l'information est à l'origine de l'intention et de l'action. L'information donc, reliée au comportement, est représentée dans la mémoire sous forme de croyances qui résultent dans la formation des attitudes. La théorie affirme également qu'une nouvelle information peut provoquer la formation de nouvelles croyances ou modifier les croyances déjà formées (Ajzen, 1988).

Selon la théorie des attitudes (Grand dictionnaire de la psychologie, 1991) celles-ci sont durables, mais peuvent changer dans certaines conditions. L'analyse de ces conditions a fait l'objet d'une masse énorme de travaux expérimentaux depuis 1950. On peut se référer ici aux travaux d'Hovland qui ont été repris par McGuire et Petty (voir Lafrenaye, dans Vallerand, 1994) par exemple et qui s'intéressent au changement des attitudes induit par une communication persuasive; à titre d'exemple, une personne (source) construit un message (généralement argumenté), en faveur d'une position vis-à-vis d'un objet ou d'un problème social. Ce message est transmis à un récepteur, une cible qui est sans avis ou d'un avis contraire. Les facteurs liés à la source (crédibilité de celle-ci), au message (les arguments présentés) et au récepteur (caractéristiques personnelles) sont tous des facteurs dont on doit tenir compte dans tous les processus de changement des attitudes.

Albert Bandura (1986), le grand spécialiste de la théorie sociale cognitive affirme que le changement des attitudes nécessite une condition préalable, laquelle permettrait à la personne d'augmenter sa connaissance et sa prise de conscience quant aux nouvelles attitudes à adopter. Bandura affirme également que les gens ont besoin de recevoir de l'information en regard de

l'objectif que poursuit l'adoption d'un nouveau comportement, d'avoir une meilleure connaissance des avantages relatifs à l'adoption de celui-ci et être renseignés sur l'impact qu'aura sur leur vie l'adoption de ce nouveau comportement.

Pour ce qui est du changement des attitudes négatives vis-à-vis la thérapie de groupe, on doit se demander quelle est la ou les sources les plus crédibles pouvant apporter des justifications telles que l'information concernant l'efficacité de la thérapie de groupe, ses avantages relatifs et le bienfait qu'elle peut procurer dans certaines situations ou certaines problématiques, et comment cette information peut être véhiculée et acceptée afin de permettre un changement d'attitudes. Il importe également de considérer la création de conditions optimales pour amener les gens à consolider l'adoption de nouvelles attitudes.

Les résultats portant sur la prédiction de l'intention de consulter en thérapie individuelle et de groupe jettent donc un éclairage nouveau sur la question du choix des approches thérapeutiques. Ils prouvent en effet l'applicabilité du modèle du comportement planifié d'Ajzen (1985) au choix d'un mode thérapeutique.

Le clinicien peut tirer profit de cette recherche qui permet de mettre en évidence les motivations réelles des personnes à consulter en thérapie. Ces motivations apparaissent directement liées aux attitudes et croyances de ces dernières face à l'approche thérapeutique, mais également face à la pression sociale perçue, qui peut les conduire dans une voie qui ne leur convient pas nécessairement. Le clinicien gagnerait donc à se doter d'un cadre diagnostique dans lequel un questionnaire valide mesurerait les différentes variables qui agissent sur l'intention. Il pourrait ainsi préciser et clarifier les raisons qui amènent son client à opter pour un type d'approche particulier. Si ces raisons reposent sur des croyances erronées, par exemple, il serait alors plus en mesure d'intervenir sur elles et de permettre à son client de réfléchir sur le type d'approche adapté à ses besoins.

En résumé, le choix d'une approche thérapeutique par une personne peut être vu sous divers angles: celui du praticien qui offre un service, celui des sources de référence vers un type d'approche, ou encore celui du choix fait par la personne elle-même. Les résultats de la présente recherche permettent d'expliquer le choix d'une approche thérapeutique par rapport à cette dernière perspective. Ici, 83% des sujets préféreraient consulter en thérapie individuelle plutôt qu'en thérapie de groupe pour des problèmes tels que le stress, la timidité ou une mauvaise estime de soi parce qu'ils entretiennent des attitudes et des croyances plus favorables à l'égard de la thérapie individuelle. Ce résultat offre un contraste intéressant aux résultats de Toseland et Siporin (1986). Il ressort de leur recherche que la thérapie individuelle et de groupe s'avère équivalente dans 75% des cas et que le travail de groupe s'avère supérieur dans 25% des cas restant. En particulier, ils recommandent de travailler les problèmes de timidité et de mauvaise estime de soi en thérapie de groupe.

Cette préférence pour la thérapie individuelle peut être interprétée en fonction des praticiens. En effet, elle peut s'expliquer en partie par le nombre restreint de praticiens offrant un service de thérapie de groupe. Par exemple, sur 32% des thérapeutes de la région de la Mauricie qui s'affichent comme offrant des services de thérapie de groupe, seuls quelques-uns pratiquent effectivement la thérapie de groupe. Mentionnons également le cas du Centre universitaire de services psychologiques, qui offre ce type d'intervention, et qui a dû annuler la mise sur pied d'un groupe à l'automne 95 étant donné le nombre insuffisant d'inscriptions (trois seulement). La prépondérance marquée de la thérapie individuelle ne permet pas aux personnes désireuses d'entreprendre une démarche thérapeutique d'être suffisamment bien informées, par le biais de leur entourage ou de la publicité, des avantages de la thérapie de groupe pour certains types de problèmes. La théorie du comportement planifié postule que le manque d'information entre autre chose, contribue au fait qu'une personne perçoive un comportement comme étant difficile à adopter. Plus ce comportement est perçu comme étant difficile à adopter, c'est le cas de consulter en thérapie de groupe, moins la personne aura l'intention de l'adopter. On peut également penser que le praticien, qui a lui-même été formé

pour intervenir selon l'approche individuelle³ favorise cette dernière et n'encourage pas d'emblée la consultation de groupe tant auprès de ses clients que des gens qu'il côtoie. Le manque d'intérêt vis-à-vis de la thérapie de groupe reflète-t-il celui des thérapeutes envers la formation et l'intervention selon cette approche? Certains auteurs ont relevé à cet égard des préjugés entretenus par rapport à la thérapie de groupe: elle est imprévisible, elle n'est pas aussi efficace que la thérapie individuelle et elle peut être néfaste pour la personne (Childers et Couch, 1989; Slocum, 1987). Ces croyances sont-elles partagées par les thérapeutes? Une étude mesurant les attitudes et les croyances des thérapeutes relativement à la thérapie thérapeutique de groupe permettrait de répondre à cette question.

Une autre explication de la préférence des sujets pour la thérapie individuelle a trait aux sources de référence. La personne désireuse de consulter en thérapie peut choisir de s'informer au sujet des différentes approches auprès (1) de son entourage, (2) de l'ordre des psychologues, (3) d'organismes communautaires, (4) de cliniques privées ou (5) d'annonces à ce sujet. En recourant aux quatre premières sources d'information, elle est susceptible d'être renseignée à propos du service le plus souvent offert, soit la thérapie individuelle. La télévision exerce également une influence certaine sur l'opinion des gens. À certains égards, les résultats de la présente recherche semblent confirmer les conceptions populaires concernant la thérapie de groupe, véhiculées dans les médias et dramatisées dans certaines séries. L'aspect ironique fait souvent partie de la description d'un processus de groupe où le participant est décrit comme étant naïf et influençable (*La petite vie*; 2 743 000 auditeurs; *Journal de Montréal*, 7 décembre 1996). Cette approche y est également présentée comme appropriée aux déviants ou indésirables socialement, avec lesquels l'individu moyen ne veut surtout pas s'identifier. Ce portrait engendre une image négative et ne permet pas au public de comprendre comment cette forme de travail thérapeutique peut être vraiment efficace.

³ Un dépouillement des programmes de psychologie offerts dans les universités québécoises permet de constater que peu de cours portent sur la thérapie de groupe.

Malgré l'évolution des attitudes de la société vis-à-vis de la santé mentale et de la thérapie (on entend moins des expressions comme «ce ne sont que les fous qui vont en thérapie»), il est possible qu'un sentiment général plus négatif continue d'être véhiculé à l'égard de la thérapie de groupe. Une telle impression amène l'individu à être sur ses gardes et induit une série d'attentes défavorables à ce sujet. Pourtant, Goldstein (1962) affirmait que la reconnaissance sociale représente l'un des facteurs favorisant des attitudes positives vis-à-vis de la thérapie de groupe.

On peut se demander si, à ce chapitre, la société ne continue pas de valoriser à outrance l'approche thérapeutique individuelle au détriment de celle de groupe. Il importe donc de mieux informer la population sur l'apport réel de l'intervention de groupe, ses avantages et ses conséquences. Une plus grande sensibilisation à ce sujet est nécessaire, tant auprès des personnes susceptibles de recourir à une aide psychologique qu'auprès des cliniciens, qui sont les mieux placés pour orienter celles-ci adéquatement.

Corrélations entre le niveau de détresse psychologique et les 7 variables du modèle pour l'ensemble des sujets ainsi que pour les femmes et les hommes

Le questionnaire de détresse psychologique, il convient de le rappeler, a été utilisé dans la présente recherche afin de mieux définir les paramètres de la population étudiée (pour que l'approche méthodologique se rapproche le plus possible de la réalité). Aucune hypothèse concernant le niveau de détresse psychologique des répondants n'a été formulée par rapport au modèle. Toutefois, quelques analyses corrélationnelles ont porté sur le questionnaire de détresse et les résultats en sont discutés ci-dessous.

Quelques relations significatives apparaissent pour l'ensemble des sujets entre le niveau de détresse psychologique et (1) l'intention de consulter en thérapie individuelle et (2) les croyances sociales à l'égard de cette approche. Chez les femmes, la seule corrélation positive significative se retrouve entre le niveau de détresse psychologique et l'intention de consulter en

thérapie individuelle: plus leur niveau de détresse psychologique est élevé, plus elles ont l'intention de consulter selon cette approche. Du côté des hommes, une corrélation positive et significative apparaît entre le niveau de détresse psychologique et les normes sociales. Ainsi, plus grande est leur détresse psychologique, plus ils estiment que les personnes significatives autour d'eux les encourageraient à consulter. Il convient de noter que l'opinion des personnes significatives à propos de la consultation en thérapie individuelle ou de groupe n'exerce d'influence que dans cette corrélation.

Par ailleurs, la théorie du comportement planifié affirme que pour certains comportements, la variable «normes sociales» ne constitue pas un déterminant important dans la mesure où les personnes croient que l'adoption du comportement ne dépend que d'elles. Cette observation semble s'appliquer aux comportements «consulter en thérapie individuelle» et «consulter en thérapie de groupe», mais également à ceux tels que «obtenir un A en classe» (Ajzen & Madden, 1986), pratiquer certaines activités de loisirs comme «aller à la plage», «faire de la course à pied» ou «de la bicyclette» (Ajzen & Driver, 1991), et adopter des comportements qualifiés de malhonnêtes comme «tricher à un examen» ou «voler dans un magasin» (Beck & Ajzen, 1991).

De plus, il est intéressant de noter que toutes les corrélations significatives entre le niveau de détresse psychologique et les déterminants de l'intention de consulter en thérapie de groupe sont négatives. En effet, pour l'ensemble des sujets, les corrélations sont négatives entre le niveau de détresse psychologique et (1) la perception du contrôle sur le comportement de consulter en thérapie de groupe et (2) les attitudes et les croyances sociales à l'égard de cette approche. Ainsi, plus le sujet est en détresse, moins il a l'impression d'exercer du contrôle sur le fait de consulter en thérapie de groupe et moins il entretient d'attitudes et de croyances positives vis-à-vis de cette approche. Chez les femmes, on retrouve également une corrélation négative entre le niveau de détresse psychologique et la perception du contrôle sur le comportement de consulter en thérapie de groupe.

Une partie de ces résultats corrobore ceux de l'étude mesurant le caractère volitif des comportements «consulter en thérapie de groupe» et «consulter en thérapie individuelle». En effet, il a été démontré que les sujets perçoivent le premier comme étant plus difficile à adopter, indépendamment du niveau de détresse psychologique. En d'autres termes, lorsqu'ils évaluent la facilité et la difficulté de consulter en thérapie de groupe, ils semblent croire que les obstacles internes ou externes à l'adoption de ce comportement apparaissent plus importants que pour la thérapie individuelle. Compte tenu du résultat mentionné plus haut, à savoir que plus les personnes ont un niveau de détresse psychologique élevé, plus la consultation en thérapie de groupe semble difficile, on peut se demander si les obstacles internes (anxiété, inquiétudes, doutes) contaminent la perception de la personne quant à sa capacité à consulter en thérapie de groupe.

Ce résultat confirme une partie de ceux de Weaver (1989), lequel mesurait l'intention de consulter en thérapie en général. Les corrélations qu'elle avait obtenues entre le niveau de détresse psychologique et les différentes variables du modèle du comportement planifié étaient faibles, et une corrélation négative avait été observée entre le niveau de détresse psychologique et la perception du contrôle sur le comportement. Weaver avait conclu que le niveau de détresse psychologique n'était pas un facteur déterminant de la prédiction de l'intention de consulter en thérapie.

Les résultats de la présente recherche reliant la détresse psychologique à l'intention de consulter en thérapie individuelle et de groupe s'avèrent peu convaincants. Les corrélations entre le niveau de détresse psychologique et les différentes variables du modèle étant faibles, il devient périlleux d'émettre des conclusions hâtives à partir de ces résultats, bien que des tendances puissent être dégagées. La majorité des sujets sont des personnes qui ne sont pas engagées dans une démarche de consultation psychologique. L'absence d'anxiété liée à un problème psychologique permet d'expliquer en partie leur faible niveau de détresse. À un

niveau élevé, ce sentiment devrait contribuer à une plus grande intention de consulter en thérapie.

D'après Courmoyer (1994), plus les personnes sont en détresse psychologique, plus leur probabilité d'entrer en thérapie est élevée. Son étude portait sur des sujets ayant déjà choisi la thérapie et qui présentaient un niveau de détresse relativement élevé. Cette observation confirme qu'une forme d'anxiété ou de détresse psychologique élevée peut être plus facilement ressentie par la personne qui fait une démarche de consultation en thérapie que par celle qui s'abstient.

Le questionnaire de détresse psychologique enrichit la compréhension de l'intention de consulter en thérapie individuelle et de groupe lorsque la population étudiée présente un intérêt manifeste envers la consultation. Comme il a été mentionné dans le chapitre portant sur la méthode, plusieurs difficultés entravent le recrutement de sujets qui seraient sur le point de faire un choix entre l'une ou l'autre approche. Ce point sera abordé dans le présent chapitre.

Avantages et limites liés à cette recherche

Certaines limites seront d'abord soulignées au regard de la méthodologie de recherche utilisée et des différents aspects qui s'y rattachent. Des précisions seront ensuite apportées concernant la mesure de l'intention, et quelques recommandations seront faites pour les recherches futures.

La méthodologie de recherche utilisée en est une de type analogique. Ce type de méthode constitue certainement une limite importante de la présente recherche. Toutefois, une méthodologie analogique est valable à la condition que la mise-en-situation soit très précise et qu'elle reproduise le plus fidèlement possible le contexte entourant la question de recherche. Ces critères ont fait l'objet d'une attention particulière par la chercheuse. Dans la mise-en-situation, les sujets sont invités à s'imaginer vivre actuellement un problème psychologique (exemple: anxiété, problèmes interpersonnels, etc.). Les différents problèmes énumérés

proviennent d'un sondage effectué par l'Ordre des psychologues qui relèvent les différentes problématiques pour lesquelles les gens consultent. Dans la préparation de la mise-en-situation (donc analogique), les problèmes énumérés dans le questionnaire principal auxquels les sujets doivent s'identifier, reflètent bien ce qui se produit dans la réalité (conclusions du sondage de l'Ordre).

Ensuite, les définitions de la thérapie individuelle et de groupe utilisées dans le questionnaire principal ont été soumises à l'examen critique de 3 thérapeutes expérimentés tant en travail individuel que de groupe (plus de 20 ans d'expérience chacun) afin qu'ils évaluent la justesse et la clarté des définitions pour s'assurer qu'elles étaient adéquates. De plus, les définitions ont été revues quant à la longueur, le format de présentation et le style d'écriture afin de les standardiser et s'assurer des équivalences entre celle qui définit l'individuel et celle qui définit le groupe.

Tout ceci contribue donc à augmenter la force ou la valeur de la méthode analogique.

En ce qui a trait aux sujets de la recherche, un groupe de 600 étudiants universitaires ont été sollicités et sur ce nombre, 208 ont répondu aux questionnaires. Le pourcentage de réponses se situe donc à 35%. Bien que ce pourcentage reflète un taux acceptable dans ce genre de recherche (Valois, 1992), certains facteurs peuvent expliquer ce faible retour. En premier lieu, les sujets étaient laissés à eux-mêmes pour répondre aux questionnaires (ils répondaient à la maison), leur motivation ne devait venir que d'eux; ensuite, le temps de passation étant relativement long (entre 30 et 45 minutes), il se pourrait qu'un sentiment de découragement dû à la longueur des questionnaires ait incité certains à abandonner; enfin, une autre explication possible concerne l'oubli. Bien qu'un rappel ait été fait dans les classes, une semaine après la distribution des questionnaires, il se peut que certaines personnes aient tout simplement oublié de remettre leurs questionnaires aux endroits désignés à cette fin.

Il serait certes important de contrevalider les résultats obtenus dans le cadre de la présente recherche auprès de la même population et auprès de populations présentant des caractéristiques différentes. Concernant les caractéristiques de la population utilisée dans la présente recherche, les sujets font des études de niveau universitaire, l'âge moyen est de 22 ans et ils vivent un stress modéré. Ces différentes caractéristiques représentent en partie celles de la population qui consulte en pratique privée. En effet, Jérôme Guay (1980) a trouvé dans une enquête menée dans la région de Québec, (1) que le client moyen du secteur privé a un niveau d'instruction généralement supérieur à celui du client du secteur public, (2) que son fonctionnement social est généralement meilleur et (3) qu'il présente des problèmes généralement moins graves. Certains de ces résultats sont confirmés aux États-Unis par Vessey et Howard (1993), indiquant que 50% des gens qui consultent ont au moins une éducation de niveau collégial et que 80% sont âgés entre 21 ans et 50 ans.

La population utilisée dans la présente recherche ne constitue pas un échantillon en tout point représentatif des gens qui consultent en pratique privée; par contre, elle rencontre suffisamment de critères qui concordent en partie avec les caractéristiques des gens qui consultent dans le secteur privé pour que l'on puisse accorder aux résultats une certaine validité. Des recherches ultérieures devraient mesurer des sous-populations non-universitaires et qui compensent pour les limites de la présente recherche.

En ce qui a trait au questionnaire de l'étude principale, il importerait d'y modifier certaines sous-échelles qui présentent les coefficients alpha les plus faibles en s'assurant d'une meilleure homogénéité entre les items. L'emplacement des différentes questions gagnerait à être contrebalancé entre les questionnaires afin d'éviter un biais méthodologique dû, par exemple, à l'effet de fatigue chez le répondant. Enfin, il serait judicieux de parfaire la formulation des questions qui peuvent paraître parfois longues et arides. En effet, certains sujets ont indiqué que la compréhension de certaines d'entre elles avait été difficile en partie en raison de leur longueur.

En ce qui concerne la procédure de recherche, il serait préférable que le chercheur soit sur place lors de l'administration des questionnaires. Sa présence susciterait certainement un taux de participation plus élevé, favoriserait une meilleure compréhension des consignes reliées aux questionnaires et permettrait des conditions d'évaluation plus homogènes.

La présente recherche tentait d'expliquer et de prédire l'*intention* des personnes de consulter en thérapie individuelle et de groupe. Le comportement n'a donc pas été mesuré en tant que tel. Or, certaines observations peuvent être exprimées par rapport à ce choix de recherche.

Premièrement, selon la théorie du comportement planifié, l'intention d'une personne d'adopter ou non un comportement constitue le déterminant immédiat de l'action, et elle dépend de ses attitudes, de ses normes sociales et de la perception de son contrôle par rapport au comportement en question. Plusieurs études ont démontré que la relation entre l'intention et le comportement est importante dans les modèles de l'action raisonnée et du comportement planifié (Parker, Manstead & Stradling, 1995). On peut donc penser que l'intention de consulter en thérapie prédit ce comportement. À cet effet, la recherche de Cournoyer (1994) sur l'abandon de la thérapie révèle que l'intention des personnes de s'engager dans la thérapie permet de prédire leur entrée en traitement.

Deuxièmement, l'objectif premier de la présente recherche était de spécifier dans quelle mesure les attitudes, les normes sociales, la perception du contrôle sur le comportement et les croyances des personnes constituent de bons prédicteurs de leur intention de consulter en thérapie individuelle et de groupe.

Enfin, il semble évident que la mesure des comportements «consulter en thérapie individuelle» et «consulter en thérapie de groupe» présente des problèmes pratiques et éthiques d'observation chez des personnes qui sont sur le point de faire un choix. D'une part, il est rare qu'une personne souhaitant consulter en pratique privée doive choisir entre la thérapie

individuelle ou de groupe. Au moment où elle entre en contact avec un thérapeute, son choix de consulter en thérapie individuelle ou de groupe est, la plupart du temps, déjà fixé. D'autre part, la personne qui est sur le point de consulter en thérapie le fait souvent de manière privée et n'est habituellement pas disposée à participer à une expérimentation sur ce sujet qui exige du temps et de l'investissement de sa part.

Malgré ces différentes observations, il serait intéressant, dans les recherches futures, de tenter de dépasser les obstacles liés au recrutement de personnes qui sont sur le point de choisir une approche thérapeutique afin de mieux comprendre leurs raisons. Une voie possible et peut-être plus simple consisterait à mesurer a posteriori des personnes qui ont une expérience en thérapie individuelle, d'autres, en thérapie de groupe et d'autres enfin, avec l'une et l'autre approches afin de mesurer leurs attitudes et leurs croyances. Enfin, il serait intéressant de sonder également les attitudes et les croyances des professionnels de la santé qui sont susceptibles d'orienter les personnes en thérapie (psychologues, psychiatres, médecins, travailleurs sociaux, etc.) vis-à-vis de ces approches thérapeutiques. On pourrait ainsi évaluer dans quelle mesure ils connaissent et recommandent le travail de groupe comparativement au travail individuel.

Conclusion

En guise de conclusion, ce chapitre présente d'abord certains postulats qui sous-tendent les études en thérapie ou qui s'appliquent plus particulièrement à la présente recherche. Par la suite, un bref résumé de la présente recherche ainsi qu'une synthèse des résultats sont exposés ci-dessous. La contribution de cette étude à l'avancement des connaissances dans le domaine de la thérapie est ensuite discutée.

Préambule à la conclusion

Les chercheurs préoccupés par une meilleure compréhension des attitudes et des comportements humains se heurtent à la complexité et au caractère imprévisible de la personne. Cette difficulté persiste malgré l'utilisation d'une méthodologie rigoureuse et adaptée aux problèmes mesurés. Les différences individuelles et l'erreur de mesure tendent à contaminer et à limiter les résultats des recherches en ce domaine. Malgré tout, il est possible de mettre au jour des tendances générales en sciences humaines, sans prétendre découvrir des règles absolues. Ces tendances peuvent se dessiner lorsque, grâce à une population représentative, un test statistique suffisamment puissant permet la vérification d'un effet, si minime soit-il. Ce qui permet de prédire un comportement, ce ne sont pas des causes uniques, mais bien plusieurs déterminants qui agissent souvent de manière concomitante. Les résultats d'une recherche peuvent expliquer des phénomènes dans la mesure où l'interprétation des résultats observés par les instruments de mesure est valide et fidèle. Ces résultats doivent être interprétés avec précaution et à l'intérieur des limites du phénomène observé.

En ce qui concerne plus particulièrement la présente recherche, l'analyse des résultats des études ayant utilisé le modèle du comportement planifié d'Ajzen révèle qu'un pourcentage considérable de variance commune pour la prédiction de l'intention peut être expliqué par les trois variables principales du modèle, à savoir les attitudes, les normes sociales et la perception du contrôle sur le comportement (voir Chapitre I). La variance expliquée par ces trois variables se situe entre 21% et 88%, avec une moyenne de 52%. Il convient de rappeler que les trois

variables principales du modèle expliquent 33% de la variance dans l'intention de consulter en thérapie individuelle et 52% de celle qui s'applique à l'autre approche (voir deuxième série d'analyses au tableau 5). Ces résultats permettent d'affirmer qu'à lui seul, le modèle du comportement planifié contribue à mieux comprendre et prédire l'intention des personnes d'adopter un comportement donné.

Synthèse des résultats

Le besoin de la personne de mieux se connaître ou de rétablir une qualité de vie souvent diminuée par la présence de problèmes psychologiques est manifeste, d'où son intérêt envers la thérapie. Au moment de choisir un mode de consultation, cette personne devrait avoir accès à toute l'information nécessaire lui permettant de mieux discerner les divers types d'approches thérapeutiques. En pratique, cependant, la thérapie individuelle est la plus souvent offerte par les thérapeutes et la plus souvent recherchée par la personne désireuse d'entreprendre une démarche de cet ordre. Bien qu'il ait été démontré que le travail de groupe est tout aussi efficace que le travail individuel (Toseland et Siporin, 1986), plusieurs mythes ou fausses conceptions continuent de circuler concernant l'intervention de groupe.

Le but de cette recherche consistait à déterminer le pouvoir de prédiction de certaines variables psychosociales relativement à la préférence pour une approche thérapeutique individuelle ou de groupe et à cerner, parmi ces variables, les plus susceptibles d'expliquer cette préférence. À cette fin, le modèle du comportement planifié d'Ajzen (1988) a été utilisé en raison de son cadre théorique, qui permet l'identification des attitudes, des normes sociales, de la perception du contrôle sur le comportement et des croyances sous-tendant l'intention de choisir une approche thérapeutique donnée. Des sujets de niveau universitaire ont été recrutés, et une mise en situation leur a été proposée afin qu'ils s'imaginent être confrontés à un problème psychologique qui ferait naître chez eux le désir de consulter. En tenant compte du problème identifié, ils devaient évaluer leur intention de consulter selon l'approche individuelle ou de groupe.

Un effort non négligeable a été consacré à l'élaboration du questionnaire mesurant les différentes variables du modèle. Conformément aux procédures mises de l'avant par Fishbein et Ajzen (1975) et Ajzen (1988), une étude-pilote a permis de déterminer (1) les avantages et les désavantages de consulter en thérapie individuelle et en thérapie de groupe; (2) les personnes ou groupes de personnes susceptibles d'approuver ou de désapprouver le choix de consulter selon une de ces approches; et (3) les facteurs pouvant faciliter ou empêcher ce choix. Ces réponses ont fait l'objet d'une analyse rigoureuse de la part de juges afin d'assurer que les items retenus permettaient de mesurer les différentes variables du modèle du comportement planifié. Le questionnaire a été ensuite soumis à des tests de validité et de fidélité.

Les résultats obtenus appuient l'hypothèse selon laquelle l'approche thérapeutique individuelle est préférée à celle de groupe. De plus, les "attitudes", les "normes sociales" et les "croyances" des personnes expliquent cette préférence, tandis que la difficulté perçue à consulter en thérapie de groupe s'ajoute à ces variables pour expliquer l'intention de consulter selon cette approche.

Une étude préliminaire portant sur le caractère volitif des comportements étudiés a permis de distinguer le comportement "consulter en thérapie individuelle" comme étant plus facile à adopter que celui de "consulter en thérapie de groupe". En d'autres termes, les difficultés liées au fait de consulter en thérapie de groupe sont perçues comme étant plus grandes que celles liées à l'autre approche. Les résultats de cette étude du caractère volitif des comportements sont à l'origine de l'hypothèse selon laquelle la variable "perception du contrôle sur le comportement" constituerait un déterminant significatif de l'intention de consulter en thérapie de groupe. Cette hypothèse a d'ailleurs été confirmée.

Principales contributions à l'avancement de la recherche dans le domaine

Les principales contributions de la présente recherche se situent à trois niveaux: théorique, clinique et social.

Au niveau théorique, d'abord, les résultats obtenus confirment la pertinence de l'utilisation du modèle du comportement planifié pour expliquer et prédire l'intention des personnes de consulter en thérapie individuelle ou de groupe. Les attitudes et les croyances des personnes relativement aux deux approches se sont avérées être les deux variables du modèle exerçant la plus grande influence sur cette intention. La variable perception du contrôle, quant à elle, est apparue comme un déterminant important dans l'intention de consulter en thérapie de groupe. Ce résultat conforte la théorie du comportement planifié selon laquelle la variable "perception du contrôle sur le comportement" joue un rôle important dans l'intention d'adopter un comportement lorsque celui-ci implique certains problèmes de contrôle.

Au niveau clinique, cette recherche permet d'expliquer la préférence pour l'approche thérapeutique individuelle comme tendance sociale dominante. En effet, les résultats mettent au jour les raisons du choix d'une approche thérapeutique pour ainsi mieux éclairer le clinicien sur les motivations réelles de ses clients potentiels. Ces raisons ou motivations sont en partie liées aux attitudes et aux croyances des personnes et peuvent conduire celles-ci dans une voie non nécessairement adaptée à leurs besoins. Il importe, pour le clinicien, de pouvoir recourir à un cadre diagnostique lui permettant de préciser et de clarifier les raisons qui amènent une personne à choisir un type d'approche particulier. La présente recherche suscite donc une réflexion sur l'importance de mieux orienter le client vers une approche thérapeutique qui l'aide davantage, à partir d'un diagnostic établi à l'aide du modèle du comportement planifié.

Enfin, au niveau social, cette recherche fait ressortir la nécessité, d'une part, de restaurer l'image de l'intervention de groupe et, d'autre part, d'intervenir directement sur les attitudes et les croyances erronées qui sont véhiculées dans la société. Les médias jouent un

rôle de premier plan dans la façon dont l'information circule à propos de cette approche.

L'Ordre des psychologues doit également s'impliquer dans la promotion de cette forme de thérapie en informant la population des avantages de cette dernière pour certains types de problèmes et en insistant sur sa valeur réelle.

Références

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. Dans J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), Action-control: From cognition to behavior (pp. 11-39). Heidelberg: Springer.
- Ajzen, I. (1988). Attitudes, personality and behavior. Chicago: Dorsey Press.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50, 179-211.
- Ajzen, I., & Driver, B. L. (1991). Prediction of leisure participation from behavioral, normative, and control beliefs: An application of the theory of planned behavior. Leisure Sciences, 13, 185-204.
- Ajzen, I., & Driver, B. L. (1992). Application of the theory of planned behavior to leisure choice. Journal of Leisure Research, 24 (3), 207-224.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ajzen, I., & Madden, T. J. (1985). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions and perceived behavioral control. Journal of Experimental Social Psychology, 22, 453-474.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and actions: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Beck, L., & Ajzen, I. (1991). Predicting dishonest actions using the theory of planned behavior. Journal of Research in Personality, 25, 285-301.
- Bernier J. J. (1985). Théorie des tests: principes et techniques de bases. Chicoutimi: Gaëtan Morin.
- Bloch, H. (Éd.). (1991). Grand dictionnaire de la psychologie. Larousse, Paris.
- Cashen, V. M. (1979). Sex of client as a factor in preference for an approach to counseling. Journal of Clinical Psychology, 35(3), 680-682.
- Childers, J. H. & Couch, R. D. (1989). Myths about group counseling: Identifying and challenging misconceptions. Journal for Specialist Group Work, 14, 105-111.
- Corporation Professionnelle des Psychologues du Québec. (1992). Répertoire des psychologues en pratique privée. Montréal: Auteur.
- Côté, D. (1991, Janvier). Les révélations d'un sondage. Psychologie Québec, pp. 1, 5.
- Côté, D. (1992, Mars). La pratique de la psychologie en bureau privé: un sondage permet de faire le point. Psychologie Québec, pp. 1, 3.
- Côté, D. (1993, Janvier). Pourquoi les gens consultent-ils les psychologues? Psychologie Québec, p. 1.

- Cournoyer, L. G. (1994). Les précurseurs cognitifs de l'abandon prématuré de la psychothérapie. Université de Montréal, Thèse de doctorat inédite.
- Cronbach, J. L. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika, 16, 297-334.
- Dancey, C. P., Dryden, W. & Cook, C. (1992). Choice of therapeutic approaches as a function of sex of subject, type of problem, and sex and title of helper. British Journal of Guidance and Counseling, 20, 221-230.
- Dérogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale- preliminary report. Psychopharmacology Bulletin, 9, 13-27.
- DeVellis, B., Blalock, S. J., & Sandler, R. S. (1990). Predicting participation in cancer screening: the role of perceived behavioural control. Journal of Applied Social Psychology, 20, pp639-660.
- Devin, Y., Dufour, C., Bédard, N. & Morin, P., (1989). Vérification des qualités psychométriques de l'inventaire des habiletés socio-professionnelles. Faculté des sciences de l'éducation. Université Laval. Québec.
- Doll, J., & Ajzen, I. (1992). Accessibility and stability of predictors in the theory of planned behavior. Journal of Personality and Social Psychology, 63 (5), 754-765.
- Fancher, R. E., & Gutkin, D. (1971). Attitudes toward science, insight therapy, and behavior therapy. Journal of Clinical Psychology, 27, 153-155.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research. Reading, MA.: Addison-Wesley.
- Fortin, F., & Wakulczyk, C. G. (1985). Validation et normalisation d'une mesure de santé mentale; le SCL-90-R: Rapport final. Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- Godin, G., Valois, P., Lepage, L., & Desharnais, R. (1992). Predictors of smoking behaviour: An application of Ajzen's theory of planned behaviour. British Journal of Addiction, 87, 1335-1343.
- Goldstein, A. P. (1962). Therapist-Patient Expectancies in Psychotherapy. New York: Pergamon Press.
- Guay, Jérôme, et les étudiants du cours «Les psychothérapies» (École de psychologie, université Laval), Profil de la pratique psychothérapeutique dans la région métropolitaine de Québec, Les cahiers du psychologue québécois, 2 (8), 35-39.
- Helweg, G. C., & Gaines, L. S. (1977). Subject characteristics and preferences for different approaches to psychotherapy: A multivariate study. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45(5), 963-964.
- Holen, M. C., & Kinsey, W. M. (1975). Preferences for three theoretically derived counseling approaches. Journal of Counseling Psychology, 22, 21-23.
- Horowitz, L. (1976). Indications and contraindications for group psychotherapy. Bulletin of Menninger Clinic, 40(5), 505-507.

- Jaffe, Y., & Kipper, D. (1982). Appeal of rational-emotive and client-centered therapies to first-year psychology and non-psychology students. Psychological Reports, *50*, 781-782.
- Juni, S., & Lo Cascio, R. (1985). Preferences for counseling and psychotherapy as related to preoedipal fixation. Psychological Report, *56*, 431-438.
- Kang, N., Kara, A., Laskey, H. A., & Seaton, F. B. (1993). A SAS MACRO for calculating intercoder agreement in content analysis. Journal of Advertising, *22*(2), 17-28.
- Klein, A. (1972). Effective group work. New York: Association Press.
- Klein, R. H., & Carroll, R. A. (1986). Patient characteristics and attendance patterns in outpatient group psychotherapy. International Journal of Group Psychotherapy, *36*(1), 115-131.
- Knudson, L. M., & Carskadon, G. T. (1978). Psychotherapy preferences as a function of subjects' conceptual systems. Journal of Clinical Psychology, *34*(3), 748-750.
- Kowitt, M. R., & Garske, J. P. (1978). Modality, self-disclosure, and gender as determinants of psychotherapeutic attraction. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *46*, 173-174.
- Lee, C., & Bobko, P. (1994). Self-efficacy beliefs; Comparison of five measures. Journal of Applied Psychology, *79*(3), 364-369.
- Lemoine, G., & Lemoine P. (1987). Le psychodrame: "Emergences". Belgique: Éditions Universitaires.
- Liska, A. E. (1984). A critical examination of the causal structure of the Fishbein/Ajzen attitude-behavior model. Social Psychology Quarterly, *47*, 61-74.
- MacKenzie, K. R. (1986). Commentary: "When to recommend group treatment". International Journal of Group Psychotherapy, *36*(2), 207-210.
- Madden, T. J., Ellen, P. S., & Ajzen, I. (1992). A comparison of the theory of planned behavior and the theory of reasoned action. Personality and Social Psychology Bulletin, *18* (1), 3-9.
- Marshall, E. A. (1985). Relationship between client-learning style and preference for counselor approach. Counselor Education and Supervision, *24*(4), 184-187.
- Netemeyer, R. G. & Burton, S. (1990). Examining the relationships between voting behavior, intention, perceived behavioral control, and expectation. Journal of Applied Social Psychology, *20*(8), 661-680.
- Neufeldt, S. A. (1978). Client cognitive characteristics and preference for counseling approaches. Journal of Counseling Psychology, *25*(3), 184-187.
- Parker, D., Manstead, A., & Stradling, S. (1995). Extending the theory of planned behaviour: The role of personal norm. British Journal of Social Psychology, *34*, 127-137.

- Schifter, D. E., & Ajzen, I. (1985). Intention, perceived behavioral control and weight loss: An application of the theory of planned behavior. Journal of Personality and Social Psychology, 49(3), 843-851.
- Sloane, R. B., Staples, F. R., Cristol, A. H., Yorkston, N. J. & Whipple, R. (1976). Patient characteristics and outcome in psychotherapy and behavior therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44(3), 330-339.
- Slocum, Y. S. (1987). A survey of expectations about group therapy among clinical and nonclinical populations. International Journal of Group Psychotherapy, 37(1), 39-54.
- Subich, L. & Coursol, D. (1985). Counseling expectations of clients and nonclients for group and individual treatment modes. Journal of Counseling Psychology, 32, 245-251.
- Sullivan, H. S. (1940). Conceptions of modern psychiatry. New York: Norton.
- Tasca, G., Russell, V., & Busby, K. (1994). Characteristics of patients who choose between two types of group psychotherapy. International Journal of Group Psychotherapy, 44, 499-508.
- Toseland, R. W., & Siporin, M. (1986). When to recommend group treatment: A review of the clinical and the research literature. International Journal of Group Psychotherapy, 36(2), 171-201.
- Toseland, R., & Rivas, R. (1984). An introduction to group work practice. New York: MacMillan.
- Vallerand, J. (1994). Les fondements de la psychologie sociale. Québec: Gaëtan Morin.
- Vessey, J. T. & Howard, K. I. (1993). Who seeks Psychotherapy? Psychotherapy, 30(4), 546-552.
- Weaver, D. D. (1989). The relationship of psychological distress to the decision to obtain professional psychological help. University of Massachusetts, Thèse de doctorat inédite.
- Yalom, I. D. (1975). The theory and practice of group psychotherapy. New York: Basic Books.

Appendices

Appendice A

Étude-pilote I

Facteurs aidants ou nuisibles dans l'adoption de différents comportements

La présente étude se situe dans le cadre d'un programme de recherche doctoral ayant pour objectif principal de préciser le lien existant entre les attitudes et les comportements. A cette étape-ci de l'étude, il s'agit d'identifier les facteurs qui peuvent vous aider ou vous nuire dans le fait d'adopter ou non différents comportements.

C'est donc ici, en acceptant de compléter un questionnaire, que pourrait s'inscrire votre collaboration. Il est bien entendu que vous êtes entièrement libres de refuser de participer à ce projet. Si tel était le cas, votre refus ne vous causera aucun préjudice. Par ailleurs, si vous acceptez de participer au projet, vous devez compléter un formulaire de consentement ainsi que le questionnaire de l'étude. Le tout devrait vous prendre environ 20 minutes. Les résultats obtenus serviront aux seules fins de la présente recherche.

En terminant, j'aimerais vous remercier pour l'attention et le temps que vous accordez à notre demande. Nous demeurons disponibles pour répondre à toutes vos questions si des informations supplémentaires étaient nécessaires.

Consentement comme participant(e) volontaire à la recherche

Je consens à participer à cette étude portant sur les facteurs qui facilitent ou qui empêchent l'adoption de certains comportements. J'accepte que les informations que je fournirai soient utilisées en autant qu'elles demeurent confidentielles et que l'on ne puisse m'identifier.

- Je suis informé(e) que l'expérimentatrice répondra à toutes mes questions en regard des procédures appliquées lorsque la collecte des informations sera complétée.
- Je suis informé(e) que je peux en tout temps me retirer de l'expérience sans pénalité d'aucune sorte.

 Date

 Participant(e)

 Expérimentatrice

Âge: _____ / _____ ans mois	Sexe: _____ F _____ H
Programme d'études: _____	
Êtes-vous présentement en psychothérapie? ____ oui ____ non	
Si oui, de quel type s'agit-il? ____ individuel ____ de groupe	
Avez-vous déjà été en psychothérapie? ____ oui ____ non	
Si oui, de quel type s'agit-il? ____ individuel ____ de groupe	

Le présent questionnaire contient huit activités ou comportements pour lesquels vous devez indiquer les facteurs qui peuvent vous aider ou vous nuire dans le fait d'adopter chacun de ces comportements. Il s'agit pour vous, d'évaluer chaque question et de décrire au mieux ces facteurs.

Prenez tout le temps nécessaire pour bien évaluer vos réponses. C'est votre opinion personnelle qui compte. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses à ce questionnaire. Vos réponses demeureront strictement confidentielles et votre anonymat sera, en tout temps, préservé.

Questionnaire

Section I: Présence en classe

- 1) D'après-vous, quels sont les facteurs qui pourraient faciliter le fait que vous soyez présent en classe?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- 2) D'après-vous, quels sont les facteurs qui pourraient vous empêcher d'être présent en classe?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Section 2: Obtention d'un A en classe

- 1) D'après-vous, quels sont les facteurs qui pourraient faciliter le fait que vous obteniez un A en classe?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- 2) D'après-vous, quels sont les facteurs qui pourraient vous empêcher d'obtenir un A en classe?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Section 3: Aller voter

- 1) D'après-vous, quels sont les facteurs qui pourraient faciliter le fait que vous alliez voter?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- 2) D'après-vous, quels sont les facteurs qui pourraient vous empêcher d'aller voter?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Section 4: Aller en thérapie

- 1) Imaginer que vous voulez aller en thérapie, quels seraient d'après vous, les facteurs qui pourraient faciliter le fait que vous alliez en thérapie?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- 2) Maintenant, quels seraient les facteurs qui pourraient vous empêcher d'aller en thérapie?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Section 5: Cesser de fumer

- 1) Imaginer que vous voulez cesser de fumer, quels seraient d'après-vous, les facteurs qui pourraient faciliter le fait que vous cessiez de fumer?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- 2) Maintenant, quels seraient les facteurs qui pourraient vous empêcher de cesser de fumer?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Section 6: Perdre du poids

- 1) Imaginer que vous voulez perdre du poids, quels seraient d'après-vous, les facteurs qui pourraient faciliter le fait que vous perdiez du poids?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- 2) Maintenant, quels seraient les facteurs qui pourraient vous empêcher de perdre du poids?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Section 7: Faire de l'activité physique tous les jours

- 1) Imaginer que vous voulez faire de l'activité physique à tous les jours, quels seraient d'après-vous, les facteurs qui pourraient faciliter le fait que vous fassiez de l'activité physique à tous les jours?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- 2) Maintenant, quels seraient les facteurs qui pourraient vous empêcher de faire de l'activité physique à tous les jours?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Section 8: Acheter une voiture

- 1) Imaginer que vous voulez vous acheter une voiture, quels seraient d'après-vous, les facteurs qui pourraient faciliter le fait que vous vous achetiez une voiture?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- 2) Maintenant, quels seraient les facteurs qui pourraient vous empêcher de vous acheter une voiture?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Si vous avez des remarques générales ou des commentaires spécifiques pouvant permettre d'identifier des aspects nécessaires à une meilleure compréhension des facteurs qui facilitent ou empêchent l'adoption des comportements ci-haut mentionnés, n'hésitez pas à les écrire à la suite.

Merci de votre collaboration!

Appendice B

Questionnaire sur le caractère volitif des comportements à l'étude

La présente étude se situe dans le cadre d'un programme de recherche doctoral ayant pour objectif principal de préciser le lien existant entre certaines caractéristiques personnelles et psychosociales et le choix d'une approche psychothérapeutique. A cette étape-ci de l'étude, il s'agit de clarifier dans quelle mesure certains comportements ou activités sont sous le contrôle volontaire des gens.

C'est donc ici, en acceptant de compléter un questionnaire, que pourrait s'inscrire votre collaboration. Il est bien entendu que vous êtes entièrement libre de refuser de participer à ce projet. Si tel était le cas, votre refus ne vous causera aucun préjudice. Par ailleurs, si vous acceptez de participer au projet, nous vous demandons de bien vouloir compléter le formulaire de consentement ainsi que le questionnaire. Le tout devrait vous prendre environ 20 minutes.

Les résultats obtenus serviront aux seules fins de la présente recherche. Au terme de la saisie de données, les questionnaires seront archivés pour une période d'environ cinq ans au terme duquel ils seront détruits. Toutes ces précautions visent à assurer la confidentialité des informations au sujet des participants de l'étude.

En terminant, j'aimerais vous remercier pour l'attention et le temps que vous accordez à notre demande. Nous demeurons disponibles sur place pour répondre à toutes vos questions si des informations supplémentaires étaient nécessaires.

Sophie Painchaud tél. 376-5095 poste: 3649
Pierre Valois tél. 376-5095 poste: 3628

**CONSENTEMENT COMME PARTICIPANT VOLONTAIRE
À LA RECHERCHE**

Je consens à participer à cette étude portant sur la perception du contrôle exercé à l'endroit de différents comportements. J'accepte que les informations que je fournirai soient utilisées en autant qu'elles demeurent confidentielles et que l'on ne puisse m'identifier.

- Je suis informé que l'expérimentateur répondra à toutes mes questions en regard des procédures appliquées lorsque la collecte des informations sera complétée.
- Je suis informé que je peux en tout temps me retirer de l'expérience sans pénalité d'aucune sorte.

Date

Participant

Expérimentateur

Note: Le générique masculin est utilisé uniquement dans le but d'alléger le texte.

Renseignements généraux

Âge: _____ (ans)	Sexe: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H
Programme d'études: _____	
Êtes-vous présentement en psychothérapie?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, de quel type s'agit-il?	<input type="checkbox"/> individuel <input type="checkbox"/> de groupe
Avez-vous déjà été en psychothérapie?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, de quel type s'agit-il?	<input type="checkbox"/> individuel <input type="checkbox"/> de groupe

Le présent questionnaire contient 9 activités ou comportements pour lesquels un certain nombre de questions vous sont posées. Vous devez évaluer chaque question et inscrire votre réponse à l'aide d'un X, dans l'espace prévu à cette fin.

EXEMPLE						
Pour vous, aller au cinéma avec des amis est quelque chose de:						
Très facile	Assez facile	Légèrement facile	Ni l'un ni l'autre	Légèrement difficile	Assez difficile	Très difficile
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Veuillez répondre le plus honnêtement possible. Prenez tout le temps nécessaire pour bien évaluer vos réponses. C'est votre opinion personnelle qui compte. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses à ce questionnaire. Vos réponses demeureront strictement confidentielles et votre anonymat sera, en tout temps, préservé.</p>						

Questionnaire

Comportement 1: Présence en classe

1. Être présent en classe à tous les cours, est un comportement que vous adoptez:

Très régulièrement Assez souvent Pas souvent Jamais

2. Pour vous, être présent en classe à tous les cours est:

Très facile Assez facile Légèrement facile Ni l'un ni l'autre Légèrement difficile Assez difficile Très difficile

3. Répondez à la question suivante en indiquant si vous êtes d'accord ou non avec les affirmations suivantes et en précisant de 0 à 100% à quel degré de certitude se situent vos réponses. N'oubliez pas de répondre à tous les énoncés (a, b, c et d)

Je serais présent en classe à tous les cours si la matière était:	<u>Accord</u>		<u>Certitude</u>
	Oui	Non	0 à 100%
a) très intéressante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____%
b) légèrement intéressante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____%
c) légèrement ennuyante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____%
d) très ennuyante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____%

4. D'après vous, combien d'événements imprévus pourraient vous empêcher d'être présent en classe à tous les cours?

Aucun événement Très peu d'événements Quelques événements Plusieurs événements

5. Dans quelle mesure êtes-vous d'ACCORD ou en DÉSACCORD avec l'idée que les facteurs suivants puissent nuire au fait d'être présent en classe à tous les cours?

- | | |
|----|-------------------------|
| 1- | Totalement d'accord |
| 2- | Fortement d'accord |
| 3- | Légèrement d'accord |
| 4- | Ni l'un, ni l'autre |
| 5- | Légèrement en désaccord |
| 6- | Fortement en désaccord |
| 7- | Totalement en désaccord |

a)	Le manque d'intérêt porté à la matière	1	2	3	4	5	6	7
----	---	---	---	---	---	---	---	---

b)	Avoir des problèmes de santé	1	2	3	4	5	6	7
----	-------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

c)	L'incapacité du professeur à transmettre ses connaissances	1	2	3	4	5	6	7
----	---	---	---	---	---	---	---	---

d)	Le manque de volonté à réussir	1	2	3	4	5	6	7
----	---------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

e)	Être fatigué	1	2	3	4	5	6	7
----	---------------------	---	---	---	---	---	---	---

6. Personnellement, à quel point est-il PROBABLE ou IMPROBABLE que chacun des facteurs suivants puissent vous empêcher d'être présent en classe à tous les cours?

- | | |
|----|------------------------|
| 1- | Extrêmement probable |
| 2- | Très probable |
| 3- | Assez probable |
| 4- | Ni l'un, ni l'autre |
| 5- | Assez improbable |
| 6- | Très improbable |
| 7- | Extrêmement improbable |

a)	Le manque d'intérêt porté à la matière	1	2	3	4	5	6	7
----	---	---	---	---	---	---	---	---

b)	Avoir des problèmes de santé	1	2	3	4	5	6	7
----	-------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

c)	L'incapacité du professeur à transmettre ses connaissances	1	2	3	4	5	6	7
----	---	---	---	---	---	---	---	---

d)	Le manque de volonté à réussir	1	2	3	4	5	6	7
----	---------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

e)	Être fatigué	1	2	3	4	5	6	7
----	---------------------	---	---	---	---	---	---	---

5. Dans quelle mesure êtes-vous d'ACCORD ou en DÉSAccORD avec l'idée que les facteurs suivants puissent nuire au fait d'aller voter?

- | | |
|----|-------------------------|
| 1- | Totalement d'accord |
| 2- | Fortement d'accord |
| 3- | Légèrement d'accord |
| 4- | Ni l'un, ni l'autre |
| 5- | Légèrement en désaccord |
| 6- | Fortement en désaccord |
| 7- | Totalement en désaccord |

a)	Demeurer près du bureau de vote	1	2	3	4	5	6	7
----	--	---	---	---	---	---	---	---

b)	Le manque d'intérêt envers l'objet du vote	1	2	3	4	5	6	7
----	---	---	---	---	---	---	---	---

c)	Le manque de temps	1	2	3	4	5	6	7
----	---------------------------	---	---	---	---	---	---	---

d)	Le manque d'intérêt pour la politique	1	2	3	4	5	6	7
----	--	---	---	---	---	---	---	---

e)	Ne pas être sensibilisé à la cause	1	2	3	4	5	6	7
----	---	---	---	---	---	---	---	---

6. Personnellement, à quel point est-il PROBABLE ou IMPROBABLE que chacun des facteurs suivants puissent vous empêcher d'aller voter?

- | | |
|----|------------------------|
| 1- | Extrêmement probable |
| 2- | Très probable |
| 3- | Assez probable |
| 4- | Ni l'un, ni l'autre |
| 5- | Assez improbable |
| 6- | Très improbable |
| 7- | Extrêmement improbable |

a)	Demeurer près du bureau de vote	1	2	3	4	5	6	7
----	--	---	---	---	---	---	---	---

b)	Le manque d'intérêt envers l'objet du vote	1	2	3	4	5	6	7
----	---	---	---	---	---	---	---	---

c)	Le manque de temps	1	2	3	4	5	6	7
----	---------------------------	---	---	---	---	---	---	---

d)	Le manque d'intérêt pour la politique	1	2	3	4	5	6	7
----	--	---	---	---	---	---	---	---

e)	Ne pas être sensibilisé à la cause	1	2	3	4	5	6	7
----	---	---	---	---	---	---	---	---

5. Dans quelle mesure êtes-vous d'ACCORD ou en DÉSACCORD avec l'idée que chacun des facteurs suivants puissent nuire au fait de cesser de fumer?

- | | |
|----|-------------------------|
| 1- | Totalement d'accord |
| 2- | Fortement d'accord |
| 3- | Légèrement d'accord |
| 4- | Ni l'un, ni l'autre |
| 5- | Légèrement en désaccord |
| 6- | Fortement en désaccord |
| 7- | Totalement en désaccord |

a) Ne pas vouloir améliorer sa santé	1	2	3	4	5	6	7
--------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

b) Le prix de la cigarette	1	2	3	4	5	6	7
----------------------------	---	---	---	---	---	---	---

c) L'habitude de fumer	1	2	3	4	5	6	7
------------------------	---	---	---	---	---	---	---

d) Le manque de volonté	1	2	3	4	5	6	7
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---

e) L'entourage qui fume	1	2	3	4	5	6	7
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---

6. Personnellement, à quel point est-il PROBABLE ou IMPROBABLE que les facteurs suivants puissent vous empêcher de cesser de fumer?

- | | |
|----|------------------------|
| 1- | Extrêmement probable |
| 2- | Très probable |
| 3- | Assez probable |
| 4- | Ni l'un, ni l'autre |
| 5- | Assez improbable |
| 6- | Très improbable |
| 7- | Extrêmement improbable |

a) Ne pas vouloir améliorer sa santé	1	2	3	4	5	6	7
--------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

b) Le prix de la cigarette	1	2	3	4	5	6	7
----------------------------	---	---	---	---	---	---	---

c) L'habitude de fumer	1	2	3	4	5	6	7
------------------------	---	---	---	---	---	---	---

d) Le manque de volonté	1	2	3	4	5	6	7
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---

e) L'entourage qui fume	1	2	3	4	5	6	7
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---

Comportement 4: Obtenir un A en classe

1. Obtenir un A en classe, est un objectif que vous recherchez:

Toujours Assez souvent Peu souvent Jamais

2. Pour vous, obtenir un A en classe est:

Très facile Assez facile Légèrement facile Ni l'un ni l'autre Légèrement difficile Assez difficile Très difficile

3. Répondez à la question suivante en indiquant si vous êtes d'accord ou non avec chacune des affirmations et en précisant entre 0 à 100% à quel degré de certitude se situent vos réponses. N'oubliez pas de répondre à tous les énoncés (a, b, c et d).

Je pourrais obtenir un A si j'écoutais:

	<u>Accord</u>		<u>Certitude</u>
	Oui	Non	0 à 100%
a) très peu en classe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____%
b) moyennement en classe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____%
c) beaucoup en classe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____%
d) très attentivement en classe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____%

4. D'après vous, combien d'événements imprévus pourraient vous empêcher d'obtenir un A en classe?

Aucun événement Très peu d'événements Quelques événements Plusieurs événements

5. Dans quelle mesure êtes-vous d'ACCORD ou en DÉSACCORD avec l'idée que chacun des facteurs suivants puissent nuire au fait d'obtenir un A en classe?

- | | |
|----|-------------------------|
| 1- | Totalement d'accord |
| 2- | Fortement d'accord |
| 3- | Légèrement d'accord |
| 4- | Ni l'un, ni l'autre |
| 5- | Légèrement en désaccord |
| 6- | Fortement en désaccord |
| 7- | Totalement en désaccord |

a) Être inattentif en classe	1	2	3	4	5	6	7
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

b) Le manque d'étude	1	2	3	4	5	6	7
----------------------	---	---	---	---	---	---	---

c) Le manque d'intérêt porté à la matière	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

d) Être absent aux cours	1	2	3	4	5	6	7
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---

e) Une mauvaise façon d'étudier	1	2	3	4	5	6	7
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

6. Personnellement, à quel point est-il PROBABLE ou IMPROBABLE que les facteurs suivants puissent vous empêcher d'obtenir un A en classe?

- | | |
|----|------------------------|
| 1- | Extrêmement probable |
| 2- | Très probable |
| 3- | Assez probable |
| 4- | Ni l'un, ni l'autre |
| 5- | Assez improbable |
| 6- | Très improbable |
| 7- | Extrêmement improbable |

a) Être inattentif en classe	1	2	3	4	5	6	7
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

b) Le manque d'étude	1	2	3	4	5	6	7
----------------------	---	---	---	---	---	---	---

c) Le manque d'intérêt porté à la matière	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

d) Être absent aux cours	1	2	3	4	5	6	7
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---

e) Une mauvaise façon d'étudier	1	2	3	4	5	6	7
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

Comportement 5: Consulter en thérapie individuelle

1. Consulter en thérapie individuelle, est un comportement que vous adoptez:

Très régulièrement
 Assez souvent
 Peu souvent
 Jamais

2. Pour vous, consulter en thérapie individuelle est (ou serait):

Très facile
 Assez facile
 Légèrement facile
 Ni l'un ni l'autre
 Légèrement difficile
 Assez difficile
 Très difficile

3. Répondez à la question suivante en indiquant si vous êtes d'accord ou non avec chacune des affirmations et en précisant entre 0 à 100% à quel degré de certitude se situent vos réponses. N'oubliez pas de répondre à tous les énoncés (a, b, c et d).

J'irais consulter en thérapie individuelle si je devais débourser:	<u>Accord</u>		<u>Certitude</u>
	Oui	Non	0 à 100%
a) 70 dollars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____%
b) 30 dollars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____%
c) 10 dollars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____%
d) aucun montant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____%

4. D'après vous, combien d'événements imprévus pourraient vous empêcher de consulter en thérapie individuelle:

Aucun événement
 Très peu d'événements
 Quelques événements
 Plusieurs événements

5. Dans quelle mesure êtes-vous d'ACCORD ou en DÉSACCORD avec l'idée que chacun des facteurs suivants puissent nuire au fait de consulter en thérapie individuelle?

- | | |
|----|-------------------------|
| 1- | Totalement d'accord |
| 2- | Fortement d'accord |
| 3- | Légèrement d'accord |
| 4- | Ni l'un, ni l'autre |
| 5- | Légèrement en désaccord |
| 6- | Fortement en désaccord |
| 7- | Totalement en désaccord |

a) Le prix élevé	1	2	3	4	5	6	7
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---

b) Le manque de confiance personnelle	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

c) Connaître le thérapeute	1	2	3	4	5	6	7
-----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

d) Le type de problème vécu	1	2	3	4	5	6	7
------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

e) L'entourage	1	2	3	4	5	6	7
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---

6. Personnellement, à quel point est-il PROBABLE ou IMPROBABLE que les facteurs suivants puissent vous empêcher de consulter en thérapie individuelle?

- | | |
|----|------------------------|
| 1- | Extrêmement probable |
| 2- | Très probable |
| 3- | Assez probable |
| 4- | Ni l'un, ni l'autre |
| 5- | Assez improbable |
| 6- | Très improbable |
| 7- | Extrêmement improbable |

a) Le prix élevé	1	2	3	4	5	6	7
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---

b) Le manque de confiance personnelle	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

c) Connaître le thérapeute	1	2	3	4	5	6	7
-----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

d) Le type de problème vécu	1	2	3	4	5	6	7
------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

e) L'entourage	1	2	3	4	5	6	7
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---

Comportement 6: Perdre du poids

Actuellement, votre poids dépasse-t-il d'au moins 15 livres votre poids santé?

Oui

Non

1. Perdre du poids, est un objectif que vous recherchez:

Très régulièrement

Assez souvent

Peu souvent

Jamais

2. Pour vous, perdre du poids est:

Très facile

Assez facile

Légèrement facile

Ni l'un ni l'autre

Légèrement difficile

Assez difficile

Très difficile

3. Répondez à la question suivante en indiquant si vous êtes d'accord ou non avec chacune des affirmations et en précisant entre 0 à 100% à quel degré de certitude se situent vos réponses. N'oubliez pas de répondre à tous les énoncés (a, b, c et d).

Je perdrais du poids si ma santé était:

	<u>Accord</u>		<u>Certitude</u>
	Oui	Non	0 à 100%
a) très mauvaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____%
b) mauvaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____%
c) bonne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____%
d) excellente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____%

4. D'après vous, combien d'événements imprévus pourraient vous empêcher de perdre du poids:

Aucun événement

Très peu d'événements

Quelques événements

Plusieurs événements

5. Dans quelle mesure êtes-vous d'ACCORD ou en DÉSAccORD avec l'idée que chacun des facteurs suivants puissent nuire au fait de perdre du poids?

- | | |
|----|-------------------------|
| 1- | Totalement d'accord |
| 2- | Fortement d'accord |
| 3- | Légèrement d'accord |
| 4- | Ni l'un, ni l'autre |
| 5- | Légèrement en désaccord |
| 6- | Fortement en désaccord |
| 7- | Totalement en désaccord |

a) Vouloir améliorer sa santé	1	2	3	4	5	6	7
-------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

b) Être bien dans sa peau	1	2	3	4	5	6	7
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---

c) Le manque de volonté	1	2	3	4	5	6	7
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---

d) Une saine alimentation	1	2	3	4	5	6	7
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---

e) Ne pas faire d'exercice	1	2	3	4	5	6	7
----------------------------	---	---	---	---	---	---	---

6. Personnellement, à quel point est-il PROBABLE ou IMPROBABLE que les facteurs suivants puissent vous empêcher de perdre du poids?

- | | |
|----|------------------------|
| 1- | Extrêmement probable |
| 2- | Très probable |
| 3- | Assez probable |
| 4- | Ni l'un, ni l'autre |
| 5- | Assez improbable |
| 6- | Très improbable |
| 7- | Extrêmement improbable |

a) Vouloir améliorer sa santé	1	2	3	4	5	6	7
-------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

b) Être bien dans sa peau	1	2	3	4	5	6	7
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---

c) Le manque de volonté	1	2	3	4	5	6	7
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---

d) Une saine alimentation	1	2	3	4	5	6	7
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---

e) Ne pas faire d'exercice	1	2	3	4	5	6	7
----------------------------	---	---	---	---	---	---	---

Comportement 7: Faire de l'activité physique tous les jours

1. Faire de l'activité physique tous les jours, est un comportement que vous adoptez:

Très régulièrement
 Assez souvent
 Peu souvent
 Jamais

2. Pour vous, faire de l'activité physique tous les jours est:

Très facile
 Assez facile
 Légèrement facile
 Ni l'un ni l'autre
 Légèrement difficile
 Assez difficile
 Très difficile

3. Répondez à la question suivante en indiquant si vous êtes d'accord ou non avec chacune des affirmations et en précisant entre 0 à 100% à quel degré de certitude se situent vos réponses. N'oubliez pas de répondre à tous les énoncés (a, b, c et d).

Je ferais de l'activité physique tous les jours si pour moi, le sport était une activité	<u>Accord</u>		<u>Certitude</u>
	Oui	Non	0 à 100%
a) inintéressante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
b) peu intéressante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
c) très intéressante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
d) passionnante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %

4. D'après vous, combien d'événements imprévus pourraient vous empêcher de faire de l'activité physique à tous les jours:

Aucun événement
 Très peu d'événements
 Quelques événements
 Plusieurs événements

Comportement 8: Consulter en thérapie de groupe

1. Consulter en thérapie de groupe, est un comportement que vous adoptez:

Très régulièrement Assez souvent Peu souvent Jamais

2. Pour vous, consulter en thérapie de groupe est:

Très facile Assez facile Légèrement facile Ni l'un ni l'autre Légèrement difficile Assez difficile Très difficile

3. Répondez à la question suivante en indiquant si vous êtes d'accord ou non avec chacune des affirmations et en précisant entre 0 à 100% à quel degré de certitude se situent vos réponses. N'oubliez pas de répondre à tous les énoncés (a, b, c et d)

J'irais consulter en thérapie de groupe si je devais déboursier:	<u>Accord</u>		<u>Certitude</u>
	Oui	Non	0 à 100%
a) 70 dollars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
b) 30 dollars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
c) 10 dollars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
d) aucun montant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %

4. D'après vous, combien d'événements imprévus pourraient vous empêcher de consulter en thérapie de groupe:

Aucun événement Très peu d'événements Quelques événements Plusieurs événements

5. Dans quelle mesure êtes-vous d'ACCORD ou en DÉSACCORD avec l'idée que chacun des facteurs suivants puissent nuire au fait de consulter en thérapie de groupe?

- | | |
|----|-------------------------|
| 1- | Totalement d'accord |
| 2- | Fortement d'accord |
| 3- | Légèrement d'accord |
| 4- | Ni l'un, ni l'autre |
| 5- | Légèrement en désaccord |
| 6- | Fortement en désaccord |
| 7- | Totalement en désaccord |

a) Le prix élevé	1	2	3	4	5	6	7
------------------	---	---	---	---	---	---	---

b) Le manque de confiance personnelle	1	2	3	4	5	6	7
---------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

c) Connaître le thérapeute	1	2	3	4	5	6	7
----------------------------	---	---	---	---	---	---	---

d) Le type de problème vécu	1	2	3	4	5	6	7
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---

e) L'entourage	1	2	3	4	5	6	7
----------------	---	---	---	---	---	---	---

6. Personnellement, à quel point est-il PROBABLE ou IMPROBABLE que les facteurs suivants puissent vous empêcher de consulter en thérapie de groupe?

- | | |
|----|------------------------|
| 1- | Extrêmement probable |
| 2- | Très probable |
| 3- | Assez probable |
| 4- | Ni l'un, ni l'autre |
| 5- | Assez improbable |
| 6- | Très improbable |
| 7- | Extrêmement improbable |

a) Le prix élevé	1	2	3	4	5	6	7
------------------	---	---	---	---	---	---	---

b) Le manque de confiance personnelle	1	2	3	4	5	6	7
---------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

c) Connaître le thérapeute	1	2	3	4	5	6	7
----------------------------	---	---	---	---	---	---	---

d) Le type de problème vécu	1	2	3	4	5	6	7
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---

e) L'entourage	1	2	3	4	5	6	7
----------------	---	---	---	---	---	---	---

Comportement 9: Acheter une voiture

1. Acheter une voiture, est un comportement que vous adoptez:

Très régulièrement
 Assez souvent
 Peu souvent
 Jamais

2. Pour vous, acheter une voiture est:

Très facile
 Assez facile
 Légèrement facile
 Ni l'un ni l'autre
 Légèrement difficile
 Assez difficile
 Très difficile

3. Répondez à la question suivante en indiquant si vous êtes d'accord ou non avec chacune des affirmations et en précisant entre 0 à 100% à quel degré de certitude se situent vos réponses. N'oubliez pas de répondre à tous les énoncés (a, b, c et d).

J'achèterais une voiture si j'avais:

	<u>Accord</u>		<u>Certitude</u>
	Oui	Non	0 à 100%
a) très peu d'argent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
b) peu d'argent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
c) assez d'argent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
d) beaucoup d'argent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %

4. D'après vous, combien d'événements imprévus pourraient vous empêcher d'acheter une voiture?

Aucun événement
 Très peu d'événements
 Quelques événements
 Plusieurs événements

5. Dans quelle mesure êtes-vous d'ACCORD ou en DÉSACCORD avec l'idée que chacun des facteurs suivants puissent nuire au fait d'acheter une voiture?

- | | |
|----|-------------------------|
| 1- | Totalement d'accord |
| 2- | Fortement d'accord |
| 3- | Légèrement d'accord |
| 4- | Ni l'un, ni l'autre |
| 5- | Légèrement en désaccord |
| 6- | Fortement en désaccord |
| 7- | Totalement en désaccord |

a) Le manque d'argent	1	2	3	4	5	6	7
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

b) Le prix élevé	1	2	3	4	5	6	7
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---

c) Vouloir être indépendant et autonome	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

d) Demeurer près des activités quotidiennes	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

e) Que ce ne soit pas un réel besoin	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

6. Personnellement, à quel point est-il PROBABLE ou IMPROBABLE que les facteurs suivants puissent vous empêcher d'acheter une voiture?

- | | |
|----|------------------------|
| 1- | Extrêmement probable |
| 2- | Très probable |
| 3- | Assez probable |
| 4- | Ni l'un, ni l'autre |
| 5- | Assez improbable |
| 6- | Très improbable |
| 7- | Extrêmement improbable |

a) Le manque d'argent	1	2	3	4	5	6	7
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

b) Le prix élevé	1	2	3	4	5	6	7
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---

c) Vouloir être indépendant et autonome	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

d) Demeurer près des activités quotidiennes	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

e) Que ce ne soit pas un réel besoin	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Appendice C

Questionnaire de l'étude pilote II

Âge: _____ / _____ (ans) (mois)	Sexe: _____ F _____ H
Programme d'études: _____	
Etes-vous ou avez-vous déjà été en psychothérapie? _____ oui _____ non	
Si oui, de quel type s'agit-il? _____ individuel _____ de groupe	

Directives:

Le présent questionnaire vise à recueillir des informations qui serviront à la confection ultérieure d'un instrument de mesure portant sur certains aspects associés aux choix personnels pour diverses approches psychothérapeutiques. Votre aide dans l'obtention de cette information est très importante et grandement appréciée.

La première partie du questionnaire est une mise en situation qui vous invitera à imaginer que vous vivez des problèmes personnels (incluant interpersonnels) et que, pour cette raison, vous désirez aller consulter en psychothérapie. Lisez attentivement cette section. Prenez tout le temps voulu pour bien adopter l'état d'esprit suggéré par le contexte très particulier qui vous est proposé.

Découlant de cette mise en situation, une description propre à deux types spécifiques de psychothérapie vous sera présentée. Lisez attentivement chacune de ces descriptions. Prenez toute le temps voulu pour vous laisser imprégner par chacune de ces descriptions. En demeurant toujours dans l'état d'esprit proposé par la mise en situation, essayez de bien comprendre, en soi, chacun de ces types de psychothérapie, et tentez de bien les distinguer, les différencier entre eux. Vous pouvez relire les descriptions autant de fois que vous le désirez.

Dans la section proprement dite du questionnaire, en vous référant à la mise en situation et à la description de chacun des types de psychothérapie, vous devrez indiquer votre opinion concernant vos préférences personnelles entre chacun d'eux. En regard de chacune des questions, vous devrez préciser, développer, élaborer le plus possible votre réponse. Au besoin, vous pouvez retourner à la mise en situation et relire les descriptions proposées des types de psychothérapie.

Veillez répondre le plus honnêtement possible. Prenez tout le temps nécessaire pour bien développer vos réponses. C'est votre opinion personnelle qui compte. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses à ce questionnaire. Vos réponses demeureront strictement confidentielles et votre anonymat sera, en tout temps, préservé.

Mise en situation

Imaginez que vous vivez un ou des problèmes d'ordre personnel (incluant les problèmes d'ordre interpersonnel) et que vous voulez consulter en psychothérapie, et cela peu importe le ou les type(s) de problème(s) que vous vivez.

Afin d'être renseigné sur les choix possibles de psychothérapies, vous vous rendez au Centre Universitaire de Consultation en psychologie de l'université. Après avoir été accueilli par un psychologue*, vous lui exposez ce que vous vivez comme difficulté. Il est d'avis que vous pourriez bénéficier d'une intervention psychothérapeutique.

Maintenant, il vous présente deux choix possibles de psychothérapie:

- ◇ une **psychothérapie individuelle** ou
- ◇ une **psychothérapie de groupe**

Pour chacun de ces types de psychothérapie, le psychologue vous remet une brève description. De façon à vous aider à clarifier vos choix, il vous demandera, après que vous aurez pris connaissance de ces descriptions, de compléter un questionnaire portant sur vos préférences personnelles.

Description des types de psychothérapie

Psychothérapie individuelle:

En psychothérapie individuelle, l'individu (ou le client) est seul avec le thérapeute. Le but de ce dernier est de permettre à l'individu de trouver ou de retrouver un certain bien-être tant intérieur qu'interpersonnel: c'est-à-dire, l'amélioration des symptômes qu'il présente, le soulagement d'un malaise, la disparition ou la diminution d'une incapacité ou l'accroissement de ses habiletés déjà acquises au niveau personnel ou interpersonnel.

Psychothérapie de groupe:

En psychothérapie de groupe, l'individu (ou le client) est membre d'un ensemble qui comprend à la fois le thérapeute et d'autres participants. Le but du thérapeute est de permettre à chaque individu de trouver ou de retrouver un certain bien-être tant intérieur qu'interpersonnel. Ayant le même objectif général que la psychothérapie individuelle, il s'agit ici d'explorer en groupe ou à l'aide du groupe, l'aspect personnel et interpersonnel de chaque problème.

Une fois que vous avez pris connaissance de ces descriptions répondez au questionnaire qui suit.

* Bien que le masculin soit utilisé dans le texte, les mots relatifs aux personnes désignent aussi bien les femmes que les hommes.

Questionnaire

Rappel des directives générales

En vous référant à la mise en situation et à la description de chacun des types de psychothérapie, vous devrez indiquer votre opinion concernant vos préférences personnelles entre chacun d'eux. En regard de chacune des questions, vous devrez préciser, développer, élaborer le plus possible votre réponse. Au besoin, vous pouvez retourner à la mise en situation et relire les descriptions proposées des types de psychothérapie.

Veuillez répondre le plus honnêtement possible. Prenez tout le temps nécessaire pour bien développer vos réponses. C'est votre opinion personnelle qui compte. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses à ce questionnaire. Vos réponses demeureront strictement confidentielles et votre anonymat sera, en tout temps, préservé.

Psychothérapie individuelle ou de groupe

Directives spécifiques: Imaginez que vous devez choisir entre une psychothérapie individuelle ou de groupe.

- 1) Si vous aviez le choix de consulter en psychothérapie individuelle ou en psychothérapie de groupe, peu importe le type de problèmes que vous vivez, choisiriez-vous une:

psychothérapie individuelle _____ psychothérapie de groupe _____

- 2) Personnellement, quels avantages voyez-vous au fait de consulter en psychothérapie individuelle?

- 3) Personnellement, quels désavantages voyez-vous au fait de consulter en psychothérapie individuelle?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- 4) D'après-vous, quels sont les facteurs qui pourraient faciliter le fait que vous consultiez en psychothérapie individuelle?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- 5) D'après-vous, quels sont les facteurs qui pourraient vous empêcher de consulter en psychothérapie individuelle?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- 6) Personnellement, quels avantages voyez-vous au fait de consulter en psychothérapie de groupe?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

7) Personnellement, quels désavantages voyez-vous au fait de consulter en psychothérapie de groupe?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

8) D'après-vous, quels sont les facteurs qui pourraient faciliter le fait que vous consultiez en psychothérapie de groupe?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

9) D'après-vous, quels sont les facteurs qui pourraient vous empêcher de consulter en psychothérapie de groupe?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

10) Indiquer les personnes ou les groupes de personnes qui approuveraient que vous consultiez en psychothérapie individuelle?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- 11) Indiquer les personnes ou les groupes de personnes qui désapprouveraient que vous consultiez en psychothérapie individuelle?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- 12) Indiquer les personnes ou les groupes de personnes qui approuveraient que vous consultiez en psychothérapie de groupe?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- 13) Indiquer les personnes ou les groupes de personnes qui désapprouveraient que vous consultiez en psychothérapie de groupe?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Si vous avez des remarques générales ou des commentaires spécifiques pouvant permettre d'identifier des aspects nécessaires à une meilleure compréhension du choix des gens pour une approche psychothérapeutique, n'hésitez pas à les écrire à la suite.

Merci de votre collaboration!

Appendice D

ÉTUDE DES PRÉFÉRENCES FACE À DIVERSES APPROCHES PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES

La présente étude se situe dans le cadre d'un programme de recherche doctoral ayant pour objectif principal de préciser le lien existant entre certaines caractéristiques personnelles et psychosociales et le choix d'une approche psychothérapeutique.

C'est donc ici, en acceptant de compléter un questionnaire, que pourrait s'inscrire votre collaboration. Il est bien entendu que vous êtes entièrement libre d'accepter de participer à ce projet. Dans le cas contraire, votre refus ne vous causera aucun préjudice. Par ailleurs, si vous acceptez de participer au projet, nous vous demandons de bien vouloir compléter le formulaire de consentement ainsi que le questionnaire ci-dessous. Précisons que vous serez d'abord appelé à prendre connaissance d'une "mise en situation". Vous serez invité à imaginer que vous vivez un problème psychologique qui vous incite à vouloir consulter en psychothérapie au cours des 3 prochains mois. Ensuite, une description de deux types de psychothérapie vous sera soumise ainsi qu'un index de détresse psychologique. Le tout devrait prendre environ 30 minutes de votre temps.

Quelque temps après la passation du questionnaire, vous serez contacté de nouveau, par la poste cette fois, à l'adresse que vous donnerez à la page suivante. Un court questionnaire vous sera expédié concernant le comportement de consulter en psychothérapie. Le temps nécessaire pour répondre au questionnaire de cette dernière étape ne devrait pas prendre plus de 10 minutes. Ceci compléterait votre participation à notre recherche.

Les résultats obtenus serviront aux seules fins de la présente recherche. Après la saisie de données, les questionnaires seront archivés pour une période d'environ cinq ans au terme duquel ils seront détruits. Toutes ces précautions visent à assurer la confidentialité des informations fournies par les participants de l'étude.

En terminant, nous aimerions vous remercier pour l'attention et le temps que vous accordez à notre demande. Nous demeurons disponibles pour répondre à toutes vos questions si des informations supplémentaires s'avéraient nécessaires.

Sophie Painchaud tél. 376-5095 poste: 3649
Candidate au doctorat

Pierre Valois tél. 376-5095 poste: 3628
professeur, département sciences de l'éducation

Yvan Leroux tél. 376-5085, poste 3543
professeur, département de psychologie

CONSENTEMENT COMME PARTICIPANT VOLONTAIRE À LA RECHERCHE

Je consens à participer à cette étude portant sur la préférence face à diverses approches psychothérapeutiques. J'accepte que les informations que je fournirai soient utilisées en autant qu'elles demeurent confidentielles et que l'on ne puisse m'identifier.

- Je suis informé que ma participation à cette étude exige que je me place dans une situation imaginaire.
- Je suis informé que l'expérimentateur répondra à toutes mes questions en regard des procédures appliquées lorsque la collecte des informations sera complétée.
- Je suis informé que je peux en tout temps me retirer de l'expérience sans pénalité d'aucune sorte.

Date

Participant

Expérimentateur

Note: Le générique masculin est utilisé uniquement dans le but d'alléger le texte.

Renseignements généraux

Âge: : _____(ans)

Sexe: F H

Programme d'études: _____

INFORMATIONS CONFIDENTIELLES

Nom: _____

Téléphone (maison) : _____

Téléphone (autres) : _____

Êtes-vous présentement en psychothérapie? oui non

Si oui, de quel type s'agit-il? individuel de groupe

Pour quel(s) type(s) de problème(s)? anxiété dépression gêne estime de soi
 de couple interpersonnel Autres: _____

Avez-vous déjà été en psychothérapie? oui non

Si oui, de quel type s'agissait-il? individuel de groupe

Pour quel(s) type(s) de problème(s)? anxiété dépression gêne estime de soi
 de couple interpersonnel Autres : _____

Une mise en situation vous sera d'abord présentée. Vous devez vous imaginer que vous vivez un problème psychologique pour lequel vous désirez consulter en psychothérapie au cours des 3 prochains mois. Prenez tout le temps voulu pour bien adopter l'état d'esprit suggéré par le contexte très particulier qui vous est proposé.

En demeurant toujours dans l'état d'esprit proposé par la mise en situation, essayez de bien comprendre et différencier chacun des deux types de psychothérapie. Vous pouvez relire les descriptions aussi souvent que vous le désirez.

Mise en situation

La plupart des gens vivent à un moment ou l'autre dans leur vie des problèmes psychologiques de différentes natures tels de l'anxiété, du stress, des conflits dans les relations interpersonnelles ou de couple, de la dépression, de la gêne, une mauvaise estime de soi, etc. Parmi ces problèmes psychologiques, il vous est probablement arrivé d'en vivre un ou plusieurs à différentes périodes de votre vie et pour différentes raisons. Indiquez un problème parmi ceux mentionnés ou autre que vous avez déjà vécu ou que vous vivez présentement: _____.

Imaginez que vous vivez présentement le problème indiqué et que pour cette raison, vous choisissez au cours des 3 prochains mois de consulter en psychothérapie.

Afin d'être renseigné sur les choix possibles de psychothérapie, vous vous rendez au Centre Universitaire de Consultation en psychologie de l'U.Q.T.R. (C.U.C.P). Après avoir été accueilli par un psychologue, vous lui exposez ce que vous vivez comme difficulté. Il est d'avis que vous pourriez bénéficier d'une intervention psychothérapeutique.

Maintenant, il vous présente deux choix de psychothérapie qui, à son avis, sont aussi valables l'un que l'autre pour le type de problème que vous vivez:

- ◇ une psychothérapie individuelle ou
- ◇ une psychothérapie de groupe

Pour chacun de ces types de psychothérapie, le psychologue vous remet une brève description. De façon à vous aider à clarifier vos choix, il vous demande, après que vous ayez pris connaissance de ces descriptions, de compléter un questionnaire portant sur vos préférences personnelles.

Types de psychothérapie

Psychothérapie individuelle:

En psychothérapie individuelle, l'individu (ou le client) est seul avec le thérapeute. Le but du thérapeute est de permettre à l'individu de trouver ou de retrouver un certain bien-être tant intérieur qu'interpersonnel: c'est-à-dire, l'amélioration des symptômes qu'il présente, le soulagement d'un malaise, la disparition ou la diminution d'une incapacité ou l'accroissement de ses habiletés déjà acquises au niveau personnel ou interpersonnel.

Psychothérapie de groupe:

En psychothérapie de groupe, l'individu (ou le client) est membre d'un ensemble qui comprend à la fois le thérapeute et d'autres participants. Le but du thérapeute est de permettre à chaque individu de trouver ou de retrouver un certain bien-être tant intérieur qu'interpersonnel. Ayant le même objectif général que la psychothérapie individuelle, il s'agit ici d'explorer en groupe ou à l'aide du groupe, l'aspect personnel et interpersonnel de chaque problème.

En résumé,

Psychothérapie individuelle: Psychothérapie de groupe:

- | | |
|---|--|
| ◇ l'individu explore avec le thérapeute; | ◇ l'individu explore en groupe avec le thérapeute; |
| ◇ l'objectif: retrouver un bien-être intérieur; | ◇ l'objectif: retrouver un bien-être intérieur; |
| ◇ l'individu est seul avec le thérapeute. | ◇ l'individu est membre d'un groupe |

Vous pouvez maintenant répondre au questionnaire qui suit.

Question 4

Concernant le fait de consulter en psychothérapie au cours des 3 prochains mois pour le type de problème psychologique que vous avez identifié, quelle valeur accordez-vous au fait:

- 1- Extrêmement désirable
- 2- Très désirable
- 3- Assez désirable
- 4- Ni l'un ni l'autre
- 5- Assez indésirable
- 6- Très indésirable
- 7- Extrêmement indésirable

a) d'être dans un climat d'intimité? 1 2 3 4 5 6 7	f) de vous sentir seul avec votre problème? 1 2 3 4 5 6 7
b) d'être dans un climat de confidentialité? 1 2 3 4 5 6 7	g) d'être dépendant du thérapeute? 1 2 3 4 5 6 7
c) de pouvoir parler de soi facilement? 1 2 3 4 5 6 7	h) d'être gêné devant le thérapeute? 1 2 3 4 5 6 7
d) de pouvoir faire un travail thérapeutique en profondeur? 1 2 3 4 5 6 7	i) de recevoir un service thérapeutique personnalisé? 1 2 3 4 5 6 7
e) de vous sentir en confiance? 1 2 3 4 5 6 7	j) que le thérapeute soit à l'écoute de ce que vous dites? 1 2 3 4 5 6 7

Question 5

5.1 Pour le type de problème psychologique que vous avez identifié, à quel point croyez-vous probable ou improbable que la psychothérapie de groupe:	1- Extrêmement probable 2- Très probable 3- Assez probable 4- Ni l'un ni l'autre 5- Assez improbable 6- Très improbable 7- Extrêmement improbable	5.2 Pour le type de problème psychologique que vous avez identifié, à quel point croyez-vous probable ou improbable que la psychothérapie individuelle:	1- Extrêmement probable 2- Très probable 3- Assez probable 4- Ni l'un ni l'autre 5- Assez improbable 6- Très improbable 7- Extrêmement improbable
---	---	--	---

a) procure de l'intimité	1	2	3	4	5	6	7	a) procure de l'intimité	1	2	3	4	5	6	7
b) procure de la confidentialité	1	2	3	4	5	6	7	b) procure de la confidentialité	1	2	3	4	5	6	7
c) permette de parler de soi facilement	1	2	3	4	5	6	7	c) permette de parler de soi facilement	1	2	3	4	5	6	7
d) permette un travail thérapeutique en profondeur	1	2	3	4	5	6	7	d) permette un travail thérapeutique en profondeur	1	2	3	4	5	6	7
e) permette que l'on se sente en confiance	1	2	3	4	5	6	7	e) permette que l'on se sente en confiance	1	2	3	4	5	6	7
f) amène à se sentir seul avec son problème	1	2	3	4	5	6	7	f) amène à se sentir seul avec son problème	1	2	3	4	5	6	7
g) rende le client dépendant du thérapeute	1	2	3	4	5	6	7	g) rende le client dépendant du thérapeute	1	2	3	4	5	6	7
h) provoque de la gêne chez le client	1	2	3	4	5	6	7	h) provoque de la gêne chez le client	1	2	3	4	5	6	7
i) permette un travail thérapeutique personnalisé	1	2	3	4	5	6	7	i) permette un travail thérapeutique personnalisé	1	2	3	4	5	6	7
j) permette que le thérapeute soit à l'écoute	1	2	3	4	5	6	7	j) permette que le thérapeute soit à l'écoute	1	2	3	4	5	6	7

Question 6

<p>Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou en désaccord pour agir comme les personnes suivantes pensent que vous devriez le faire au sujet de consulter en psychothérapie au cours des 3 prochains mois:</p>	<p>1- Totalement d'accord 2- Fortement d'accord 3- Légerement d'accord 4- Ni l'un ni l'autre 5- légèrement en désaccord 6- Fortement en désaccord 7- Totalement en désaccord</p>
--	---

<p>a) les gens qui sont significatifs pour vous</p>	1	2	3	4	5	6	7	<p>e) vos amis</p>	1	2	3	4	5	6	7
<p>b) vos parents</p>	1	2	3	4	5	6	7	<p>f) vos frères et soeurs</p>	1	2	3	4	5	6	7
<p>c) votre partenaire</p>	1	2	3	4	5	6	7	<p>g) votre entourage</p>	1	2	3	4	5	6	7
<p>d) votre médecin</p>	1	2	3	4	5	6	7	<p>h) les gens dont vous respectez le plus les opinions</p>	1	2	3	4	5	6	7

Question 7

<p>7.1 Pour le type de problème psychologique que vous avez identifié, consulter en psychothérapie individuelle au cours des 3 prochains mois peut se faire très facilement.</p>	<p>7.2 Pour le type de problème psychologique que vous avez identifié, consulter en psychothérapie de groupe au cours des 3 prochains mois peut se faire très facilement.</p>
<p>Totalement d'accord <input type="checkbox"/></p> <p>Fortement d'accord <input type="checkbox"/></p> <p>Légerement d'accord <input type="checkbox"/></p> <p>Ni l'un ni l'autre <input type="checkbox"/></p> <p>Légerement en désaccord <input type="checkbox"/></p> <p>Fortement en désaccord <input type="checkbox"/></p> <p>Totalement en désaccord <input type="checkbox"/></p>	<p>Totalement d'accord <input type="checkbox"/></p> <p>Fortement d'accord <input type="checkbox"/></p> <p>Légerement d'accord <input type="checkbox"/></p> <p>Ni l'un ni l'autre <input type="checkbox"/></p> <p>Légerement en désaccord <input type="checkbox"/></p> <p>Fortement en désaccord <input type="checkbox"/></p> <p>Totalement en désaccord <input type="checkbox"/></p>

Question 10

10.1 Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou en désaccord avec l'idée que chacun des facteurs suivants puissent <u>nuire</u> au fait de consulter en psychothérapie de groupe au cours des 3 prochains mois:	1- Totalement d'accord 2- Fortement d'accord 3- légèrement d'accord 4- Ni l'un ni l'autre 5- Légèrement en désaccord 6- Fortement en désaccord 7- Totalement en désaccord
10.2 Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou en désaccord avec l'idée que chacun des facteurs suivants puissent <u>nuire</u> au fait de consulter en psychothérapie individuelle au cours des 3 prochains mois:	1- Totalement d'accord 2- Fortement d'accord 3- légèrement d'accord 4- Ni l'un ni l'autre 5- Légèrement en désaccord 6- Fortement en désaccord 7- Totalement en désaccord

a) le prix élevé	1	2	3	4	5	6	7
b) le manque de confiance personnelle	1	2	3	4	5	6	7
c) connaître le thérapeute	1	2	3	4	5	6	7
d) le type de problème vécu	1	2	3	4	5	6	7
e) l'entourage	1	2	3	4	5	6	7
f) la méfiance envers les autres	1	2	3	4	5	6	7
g) vouloir changer	1	2	3	4	5	6	7
h) avoir besoin des autres	1	2	3	4	5	6	7
i) connaître quelqu'un qui l'a expérimenté	1	2	3	4	5	6	7
j) que le thérapeute soit un spécialiste	1	2	3	4	5	6	7
k) l'éloignement géographique	1	2	3	4	5	6	7

Question 11

11.1 Pour le type de problème psychologique que vous avez identifié, à quel point croyez-vous probable ou improbable que les facteurs suivants puissent vous empêcher de consulter en psychothérapie de groupe au cours des 3 prochains mois:	1- Extrêmement probable 2- Très probable 3- Assez probable 4- Ni l'un ni l'autre 5- Assez improbable 6- Très improbable 7- Extrêmement improbable
11.2 Pour le type de problème psychologique que vous avez identifié, à quel point croyez-vous probable ou improbable que les facteurs suivants puissent vous empêcher de consulter en psychothérapie individuelle au cours des 3 prochains mois:	1- Extrêmement probable 2- Très probable 3- Assez probable 4- Ni l'un ni l'autre 5- Assez improbable 6- Très improbable 7- Extrêmement improbable

a) le prix élevé 1 2 3 4 5 6 7	a) le prix élevé 1 2 3 4 5 6 7
b) le manque de confiance personnelle 1 2 3 4 5 6 7	b) le manque de confiance personnelle 1 2 3 4 5 6 7
c) connaître le thérapeute 1 2 3 4 5 6 7	c) connaître le thérapeute 1 2 3 4 5 6 7
d) le type de problème vécu 1 2 3 4 5 6 7	d) le type de problème vécu 1 2 3 4 5 6 7
e) l'entourage 1 2 3 4 5 6 7	e) l'entourage 1 2 3 4 5 6 7
f) la méfiance envers les autres 1 2 3 4 5 6 7	f) la méfiance envers les autres 1 2 3 4 5 6 7
g) vouloir changer 1 2 3 4 5 6 7	g) vouloir changer 1 2 3 4 5 6 7
h) avoir besoin des autres 1 2 3 4 5 6 7	h) avoir besoin des autres 1 2 3 4 5 6 7
i) connaître quelqu'un qui l'a expérimenté 1 2 3 4 5 6 7	i) connaître quelqu'un qui l'a expérimenté 1 2 3 4 5 6 7
j) que le thérapeute soit un spécialiste 1 2 3 4 5 6 7	j) que le thérapeute soit un spécialiste 1 2 3 4 5 6 7
k) l'éloignement géographique 1 2 3 4 5 6 7	k) l'éloignement géographique 1 2 3 4 5 6 7

Rappelez-vous qu'il vous est demandé de répondre à toutes les questions en vous imaginant que vous vivez présentement le problème psychologique que vous avez identifié précédemment.

Question 12

<p>12.1 Pour le type de problème psychologique que vous avez identifié, vous choisissez de consulter en psychothérapie individuelle au cours des 3 prochains mois:</p>	<p>12.2 Pour le type de problème psychologique que vous avez identifié, vous choisissez de consulter en psychothérapie de groupe au cours des 3 prochains mois:</p>
<p>Totalement d'accord <input type="checkbox"/> Fortement d'accord <input type="checkbox"/> Légèrement d'accord <input type="checkbox"/> Ni l'un ni l'autre <input type="checkbox"/> Légèrement en désaccord <input type="checkbox"/> Fortement en désaccord <input type="checkbox"/> Totalement en désaccord <input type="checkbox"/></p>	<p>Totalement d'accord <input type="checkbox"/> Fortement d'accord <input type="checkbox"/> Légèrement d'accord <input type="checkbox"/> Ni l'un ni l'autre <input type="checkbox"/> Légèrement en désaccord <input type="checkbox"/> Fortement en désaccord <input type="checkbox"/> Totalement en désaccord <input type="checkbox"/></p>

Question 13

<p>13.1 Concernant le fait de consulter en psychothérapie individuelle au cours des 3 prochains mois pour le type de problème psychologique que vous avez identifié, quel degré de contrôle croyez-vous avoir sur ce comportement:</p>	<p>13.2 Concernant le fait de consulter en psychothérapie de groupe au cours des 3 prochains mois pour le type de problème psychologique que vous avez identifié, quel degré de contrôle croyez-vous avoir sur ce comportement:</p>
<p>Beaucoup de contrôle <input type="checkbox"/> Assez de contrôle <input type="checkbox"/> Peu de contrôle <input type="checkbox"/> Très peu de contrôle <input type="checkbox"/> Aucun contrôle <input type="checkbox"/></p>	<p>Beaucoup de contrôle <input type="checkbox"/> Assez de contrôle <input type="checkbox"/> Peu de contrôle <input type="checkbox"/> Très peu de contrôle <input type="checkbox"/> Aucun contrôle <input type="checkbox"/></p>

Question 14

<p>14.1 Présentement, quelles sont les probabilités sur 100 que vous consultiez en psychothérapie individuelle au cours des 3 prochains mois:</p>	<p>14.2 Présentement, quelles sont les probabilités sur 100 que vous consultiez en psychothérapie de groupe au cours des 3 prochains mois:</p>
<p>0%-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-30 <input type="checkbox"/> 31-40 <input type="checkbox"/> 41-50 <input type="checkbox"/> 51-60 <input type="checkbox"/> 61-70 <input type="checkbox"/> 71-80 <input type="checkbox"/> 81-90 <input type="checkbox"/> 91-100% <input type="checkbox"/></p>	<p>0%-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-30 <input type="checkbox"/> 31-40 <input type="checkbox"/> 41-50 <input type="checkbox"/> 51-60 <input type="checkbox"/> 61-70 <input type="checkbox"/> 71-80 <input type="checkbox"/> 81-90 <input type="checkbox"/> 91-100% <input type="checkbox"/></p>

Question 15

Pour les types de problèmes suivants, quelle approche thérapeutique choisiriez-vous:

	Individuelle	Groupe	Les deux
1- Problème d'anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Problème relationnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Problème de dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Problème relié à la gêne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Problème relié à l'estime de soi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Problème relié à la vie amoureuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Problème relié à l'agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- Problème de solitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Problème de communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Problème de relation avec la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 16

Après qu'il ait analysé ma problématique, si le psychologue du Centre Universitaire de Consultation en psychologie me suggère une approche thérapeutique plutôt qu'une autre, vous avez l'intention de suivre sa suggestion:

Totalement d'accord	Fortement d'accord	Légèrement d'accord	Ni l'un ni l'autre	Légèrement en désaccord	Fortement en désaccord	Totalement en désaccord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 17

Si vous aviez à consulter au cours des trois prochains mois, pour le type de problème psychologique que vous avez identifié, quel type d'approche thérapeutique choisiriez-vous? (Cochez une case)

Individuelle	Groupe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Appendice E

VOICI UNE LISTE DE PROBLEMES QUE LES GENS PEUVENT PARFOIS AVOIR. LISEZ AVEC SOIN CHAQUE QUESTION, ENERCLEZ LE CHIFFRE QUI CORRESPOND LE MIEUX A VOTRE ETAT DEPUIS LE MOIS DERNIER JUSQU'A AUJOURD'HUI.

JUSQU'A QUEL POINT ETES-VOUS OU AVEZ-VOUS ETE INCOMMODE-E PAR:	Pas du tout	Un peu	Pas mal	Beau-coup	Enormément
1- Des maux de tête.....	0	1	2	3	4
2- De la nervosité ou des impressions de tremblements intérieurs.....	0	1	2	3	4
3- De l'incapacité de vous libérer de pensées obsédantes.....	0	1	2	3	4
4- Des faiblesses ou étourdissements.....	0	1	2	3	4
5- Une diminution du plaisir sexuel ou d'intérêt pour le sexe.....	0	1	2	3	4
6- Des besoins de critiquer les autres.....	0	1	2	3	4
7- Des idées que quelqu'un peut contrôler vos pensées.....	0	1	2	3	4
8- Des impressions que les autres sont responsables de la plupart de vos problèmes...	0	1	2	3	4
9- Des difficultés à vous rappeler certaines choses.....	0	1	2	3	4
10- De la négligence ou du débraillement.....	0	1	2	3	4
11- Des tendances à être facilement irritable ou importuné-e.....	0	1	2	3	4
12- Des douleurs cardiaques ou à la poitrine...	0	1	2	3	4
13- Des peurs des grands espaces ouverts, ou sur la rue, ou des endroits publics.....	0	1	2	3	4
14- Un manque d'énergie ou le fait de vous sentir au ralenti.....	0	1	2	3	4
15- Des idées de vous enlever la vie.....	0	1	2	3	4
16- Des impressions d'entendre des voix que les autres n'entendent pas.....	0	1	2	3	4
17- Des tremblements.....	0	1	2	3	4
18- Des idées que vous ne pouvez avoir confiance en personne.....	0	1	2	3	4
19- Une diminution d'appétit.....	0	1	2	3	4
20- Des impressions de pleurer facilement.....	0	1	2	3	4
21- De la timidité ou maladresse avec le sexe opposé.....	0	1	2	3	4
22- Des impressions d'être enfermé-e ou cloisonné-e.....	0	1	2	3	4

JUSQU'À QUEL POINT ETES-VOUS OU AVEZ-VOUS ETE INCOMMODE-E PAR:	Pas du tout	Un peu	Pas mal	Beau- coup	Enor- mément
23- Des sentiments d'être effrayé-e subitement sans raison.....	0	1	2	3	4
24- Des crises de colère incontrôlables.....	0	1	2	3	4
25- Des peurs de sortir de la maison seul-e....	0	1	2	3	4
26- Des tendances à vous blâmer.....	0	1	2	3	4
27- Des douleurs dans la partie inférieure du dos ou des reins.....	0	1	2	3	4
28- De l'incapacité de finaliser vos actions...	0	1	2	3	4
29- Des sentiments d'être isolé-e ou seul-e....	0	1	2	3	4
30- Des sentiments de tristesse ou de dépression.....	0	1	2	3	4
31- Des sentiments de vous en faire à propos de tout ou de rien.....	0	1	2	3	4
32- Des pertes d'intérêt.....	0	1	2	3	4
33- Des tendances à vous sentir effrayé-e.....	0	1	2	3	4
34- Des impressions d'être facilement froissé-e ou d'hypersensibilité.....	0	1	2	3	4
35- Des idées que les autres sont au courant de vos pensées intimes.....	0	1	2	3	4
36- Des sentiments de vous sentir incompris-e..	0	1	2	3	4
37- Des sentiments que les autres ne sont pas aimables avec vous.....	0	1	2	3	4
38- Des tendances à faire les choses très lentement pour s'assurer qu'elles seront bien faites.....	0	1	2	3	4
39- Des palpitations ou des sentiments que votre coeur bat fort ou vite.....	0	1	2	3	4
40- Des nausées, douleurs ou malaises à l'estomac.....	0	1	2	3	4
41- Des sentiments d'infériorité.....	0	1	2	3	4
42- Des douleurs musculaires.....	0	1	2	3	4
43- Des impressions qu'on vous observe ou qu'on parle de vous.....	0	1	2	3	4
44- De la difficulté à vous endormir ou à rester endormi-e.....	0	1	2	3	4
45- Des compulsions de vérifier et révérifier ce que vous faites.....	0	1	2	3	4
46- De la difficulté à prendre des décisions...	0	1	2	3	4
47- Des peurs de prendre l'autobus, le métro, ou le train.....	0	1	2	3	4
48- Des sentiments d'être à bout de souffle....	0	1	2	3	4

JUSQU'A QUEL POINT ETES-VOUS OU AVEZ-VOUS ETE INCOMMODE-E PAR:	Pas du tout	Un peu	Pas mal	Beau- coup	Enor- mément
49- Des bouffées de chaleur ou des frissons....	0	1	2	3	4
50- Des tendances à éviter des lieux ou des activités qui vous effraient.....	0	1	2	3	4
51- Des blancs de mémoire.....	0	1	2	3	4
52- Des engourdissements ou picotements dans les bras ou les jambes.....	0	1	2	3	4
53- Une boule dans la gorge.....	0	1	2	3	4
54- Des sentiments de pessimisme face au futur.....	0	1	2	3	4
55- De la difficulté à vous concentrer.....	0	1	2	3	4
56- Des faiblesses dans les membres.....	0	1	2	3	4
57- Des sentiments de tension ou d'être troublé-e.....	0	1	2	3	4
58- Des lourdeurs dans les bras ou les jambes..	0	1	2	3	4
59- Des pensées en relation avec la mort.....	0	1	2	3	4
60- Des tendances à trop manger.....	0	1	2	3	4
61- L'impression d'être mal à l'aise lorsqu'on vous observe ou qu'on parle de vous.....	0	1	2	3	4
62- Des pensées qui ne viennent pas de vous....	0	1	2	3	4
63- Des envies de frapper, blesser ou faire du mal à quelqu'un.....	0	1	2	3	4
64- Des tendances à vous réveiller tôt le matin.....	0	1	2	3	4
65- Des besoins de répéter les mêmes gestes tels que toucher, compter, laver.....	0	1	2	3	4
66- Des tendances à un sommeil agité ou perturbé.....	0	1	2	3	4
67- Des envies de casser ou briser des objets..	0	1	2	3	4
68- Des idées ou des opinions que personne ne partage.....	0	1	2	3	4
69- Des sentiments de vous observer vous-même en présence des autres.....	0	1	2	3	4
70- Des tendances à être mal à l'aise dans les foules, comme au magasin ou au cinéma.....	0	1	2	3	4
71- Des impressions que tout est un effort.....	0	1	2	3	4
72- Des moments de terreur ou de panique.....	0	1	2	3	4
73- Des sensations d'inconfort lorsque vous mangez ou buvez en public.....	0	1	2	3	4
74- Des tendances à vous disputer.....	0	1	2	3	4

JUSQU'À QUEL POINT ETES-VOUS OU AVEZ-VOUS ÊTE INCOMMODE-E PAR:	Pas du tout	Un peu	Pas mal	Beau- coup	Enor- mément
75- De la nervosité lorsque vous êtes laissé-e seul-e.....	0	1	2	3	4
76- Des sentiments de ne pas être reconnu-e à votre juste valeur.....	0	1	2	3	4
77- Des sentiments d'être seul-e, même lorsqu'il y a des gens autour de vous.....	0	1	2	3	4
78- Des sentiments que vous ne pouvez rester en place.....	0	1	2	3	4
79- Des sentiments de vous sentir bon-ne à rien.....	0	1	2	3	4
80- Des sensations que les objets familiers sont étranges ou irréels.....	0	1	2	3	4
81- Des tendances à crier ou à lancer des objets.....	0	1	2	3	4
82- Des peurs de perdre connaissance en public.....	0	1	2	3	4
83- Des sentiments que les gens vont profiter de vous si vous les laissez faire.....	0	1	2	3	4
84- Des pensées sexuelles qui vous dérangent beaucoup.....	0	1	2	3	4
85- Des idées que vous devriez être puni-e pour vos péchés.....	0	1	2	3	4
86- Des impressions de vous sentir poussé-e à faire les choses	0	1	2	3	4
87- Des idées que vous avez une maladie physique grave.....	0	1	2	3	4
88- Des sentiments de ne jamais vous sentir près des autres.....	0	1	2	3	4
89- Des sentiments de culpabilité.....	0	1	2	3	4
90- Des idées que votre esprit est dérangé.....	0	1	2	3	4

Appendice F

Description des différentes variables du modèle d'Ajzen: nombre d'items, moyennes et écarts-type au pré-test et au post test, coefficient de fidélité et corrélations inter-items

Variabes	Nombre d'items	<i>M</i> pré-test	<i>ÉT</i> pré-test	<i>M</i> post-test	<i>ÉT</i> post-test	Coef. alpha	Corrél. items-total
Intention ind.	3	3.16	1.76	4.75	1.53	.77	1= .62 2= .71 3= .56
Intention gr.	3	1.48	1.88	3.21	1.72	.84	1= .73 2= .76 3= .62
Attitudes ind.	8	4.85	.79	4.80	.82	.84	1= .64 2= .50 3= .55 4= .73 5= .36 6= .48 7= .67 8= .66
Attitudes gr.	8	4.21	1.12	4.14	1.15	.88	1= .71 2= .57 3= .65 4= .72 5= .62 6= .55 7= .74 8= .67
Normes sociales indi.	2	.31	1.43	.26	1.40	.73	1= .58 2= .58
Normes sociales gr.	2	.04	2.96	-.30	1.42	.76	1= .61 2= .61

Variables	Nombre d'items	<u>M</u> pré-test	E-Ty pré-test	<u>M</u> post-test	E-Ty post-test	Coef. alpha	Corrél. items-total
Perception du contr. ind.	4	3.45	.96	3.47	1.02	.70	1= .58
							2= .59
							3= .71
							4= .02
Perception du contr. gr.	4	2.51	1.14	2.43	1.23	.80	1= .74
							2= .71
							3= .75
							4= .28
Croyances envers le comport..ind.	10	3.67	1.72	3.55	1.83	.83	1= .57
							2= .62
							3= .63
							4= .65
							5= .76
							6= .27
							7= .22
							8= .26
							9= .65
							10=.65
Croyances envers le comport. gr.	10	.001	2.38	.085	2.32	.81	1= .64
							2= .70
							3= .66
							4= .59
							5= .74

Variables	Nombre d'items	<u>M</u> pré-test	E-Ty pré-test	<u>M</u> post-test	E-Ty post-test	Coef. alpha	Correl. items-total
Croyances envers le contr. gr.	11	2.41	1.49	2.22	1.5	.72	1= .24
							2= .34
							3= .36
							4= .31
							5= .57
							6= .27
							7= .46
							8= .36
							9= .37
							10= .42
							11= .32
Croyances envers le contr.indivi.	11	2.52	1.65	2.4	1.80	.75	1= .28
							2= .42
							3= .36
							4= .43
							5= .56
							6= .38
							7= .49
							8= .42
							9= .35
							10= .41
							11= .31