
Déterminer les préférences thérapeutiques d'un-e patient-e : Validation de la version française de l'Inventaire des Préférences de Cooper-Norcross

Auteur : Volders, Aurélie

Promoteur(s) : Wagener, Aurélie

Faculté : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée en psychologie clinique

Année académique : 2020-2021

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/12216>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

Remerciements...

Madame Wagener, je tiens grandement à vous remercier pour la supervision et le temps que vous m'avez apportés. Présente à la naissance de ce travail jusqu'à son aboutissement, vous m'avez guidée à travers vos conseils, remarques et encouragements.

Madame Leclercq et Madame Willems, je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Papy et Mamy, comment vous remercier à travers ces quelques lignes pour tout ce que vous avez fait pour moi ? Durant ces cinq années, j'ai pu trouver chez vous un espace de travail et une tonne de chips, mais surtout un soutien inconditionnel et constant. Mamy, j'ai toujours aimé nos longues conversations. Merci pour tes nombreuses attentions à mon égard, les tartes, les fraises, les soupes... Papy, merci pour tes encouragements, parfois musclés, mais qui ont su faire en sorte que je ne recule pas... Tu as toujours trouvé les bons mots.

Papa et Maman, vous m'avez donné accès à un environnement confortable qui m'a permis de concentrer toute mon attention sur les études. Merci pour vos marques d'attention à travers les macarons, les pâtisseries, nos moments apéros en famille et vos encouragements dans les moments difficiles. Papa, merci aussi pour les heures passées à relire mes travaux.

Romain, merci pour ta présence, ton aide et ton soutien.

Introduction	7
I-PARTIE THÉORIQUE	9
Chapitre 1 : L'orientation thérapeutique en psychologie.....	10
1.1. Les grands courants d'orientation thérapeutique.....	10
1.1.1. Le courant psychodynamique	10
1.1.2. Le courant cognitivo-comportemental.....	12
1.1.3. Le courant humaniste.....	15
1.1.4. Le courant systémique	18
1.1.5. La thérapie intégrative	20
1.2. L'historique de l'orientation thérapeutique.....	21
1.2.1. L'orientation paternaliste.....	22
1.2.2. L'orientation indépendante du·de la client·e.....	24
1.2.3. La prise de décision partagée.....	24
Chapitre 2 : Les préférences thérapeutiques des client·e·s.....	28
2.1. Différencier les préférences des attentes	28
2.2. Les préférences thérapeutiques	30
2.2.1. Les préférences en matière d'activités.....	30
2.2.2. Les préférences de traitement	31
2.2.3. Les préférences en ce qui concerne le·la psychologue.....	32
2.3. Bénéfices de prendre en compte les préférences.....	33
2.3.1. Meilleur engagement	33
2.3.2. Diminution de l'abandon	33
2.3.3. Meilleure alliance	35
2.3.4. Meilleure satisfaction	36
2.3.5. Meilleurs résultats.....	36
Chapitre 3 : Comment prendre en compte les préférences thérapeutiques ?.....	38
3.1. La communication méta-thérapeutique	38

3.2.	L'utilisation d'outils et de tests	40
3.2.1.	La technologie au service de l'évaluation	40
3.2.2.	Les outils d'aide à la décision de traitement.....	40
3.2.3.	L'Inventaire des Préférences de Cooper et Norcross	41
3.2.3.1.	Développement	41
3.2.3.2.	Structure factorielle	42
Chapitre 4 : Objectifs et hypothèses		44
4.1.	Objectifs	44
4.2.	Hypothèses	44
4.2.1.	Étude de réplification de la méthodologie de Cooper et Norcross (2015).....	44
4.2.2.	Étude d'application du C-NIP en clinique.....	44
II-PARTIE EMPIRIQUE		46
Chapitre 5 : Méthodologie		47
5.1.	Étude de réplification de la méthodologie de Cooper et Norcross (2015)	47
5.1.1.	Participant·e·s	47
5.1.1.1.	Critères d'inclusion et de non-inclusion.....	47
5.1.1.2.	Considérations éthiques.....	47
5.1.1.3.	Procédure de recrutement	47
5.1.2.	Design expérimental	47
5.1.3.	Questionnaires	48
5.1.3.1.	Questionnaire socio-démographique	48
5.1.3.2.	Inventaire des Préférences de Cooper et Norcross - C-NIP (VO : Cooper & Norcross, 2015 ; VF : Van Vyve et al., 2020) (annexe 5 et annexe 15)	48
5.1.4.	Analyses statistiques.....	48
5.2.	Étude d'application du C-NIP en clinique	49
5.2.1.	Participant·e·s	49
5.2.1.1.	Critères d'inclusion et de non-inclusion.....	49

5.2.1.2.	Considérations éthiques	49
5.2.1.3.	Procédure de recrutement	49
5.2.2.	Design expérimental	49
5.2.3.	Questionnaires	51
5.2.3.1.	Questionnaires destinés aux psychologues.....	51
5.2.3.1.1.	Questionnaire d'évaluation de l'orientation thérapeutique (annexe 10)	51
5.2.3.1.2.	Working Alliance Inventory - version du de la thérapeute - WAI (VO : Horvath & Greenberg, 1989 ; VF: Yohann, 2015) (annexe 12)	51
5.2.3.2.	Questionnaires destinés aux client·e·s.....	51
5.2.3.2.1.	Inventaire des Préférences de Cooper et Norcross - C-NIP (VO : Cooper & Norcross, 2015 ; VF : Van Vyve et al., 2020) (annexe 5 et annexe 15).	51
5.2.3.2.2.	Fiche explicative des courants thérapeutiques (annexe 7).....	51
5.2.3.2.3.	Inventaire des symptômes psychologiques - SCL-90-R (VO : Derogatis & Cleary, 1977 ; VF : Fortin et al., 1989) (annexe 8)	52
5.2.3.2.4.	Évaluation de l'impact de la prise en charge - MI-45 (VO : Wells et al., 1996 ; VF : Flynn et al., 2002) (annexe 9)	52
5.2.3.2.5.	Questionnaire évaluant les croyances d'efficacité en la prise en charge - CEQ (VO : Devilly & Borkovec, 2000 ; VF : Coste et al., 2020) (annexe 11)	53
5.2.3.2.6.	Working Alliance Inventory - version patient - WAI (VO : Horvath & Greenberg, 1989 ; VF : Guédeney et al., 2005) (annexe 13)	53
5.2.3.2.7.	Questionnaire de satisfaction de la prise en charge - CSQ-8 (VO : Larsen et al., 1979 ; VF : Sabourin et al., 1989) (annexe 14)	54
5.2.4.	Analyses statistiques.....	54
Chapitre 6 : Résultats.....		55
6.1.	Résultats de l'étude de réplication de la méthodologie de Cooper et Norcross (2015).....	55
6.1.1.	Analyse descriptive de l'échantillon.....	55
6.1.2.	Analyses d'items.....	57
6.1.3.	Analyse factorielle	57

6.1.4.	Cohérence interne	59
6.2.	Résultats de l'étude d'application du C-NIP en clinique	60
6.2.1.	Analyse descriptive de l'échantillon.....	60
6.2.1.1.	Description de l'échantillon des psychologues	60
6.2.1.2.	Description de l'échantillon des client·e·s	60
6.2.2.	Analyse qualitative	61
6.2.2.1.	Evaluation T0	61
6.2.2.2.	Evaluation T1	63
6.2.2.3.	Evaluation T2	63
III-PARTIE RÉFLEXIVE.....		64
Chapitre 7 : Discussion		65
7.1.	Étude de répliation de la méthodologie de Cooper et Norcross (2015)	65
7.2.	Étude d'application du C-NIP en clinique	68
7.3.	Limites et perspectives futures	69
7.3.1.	Limites et perspectives de l'étude de répliation de la méthodologie de Cooper et Norcross (2015)	69
7.3.2.	Limites et perspectives de l'étude d'application du C-NIP en clinique	70
Chapitre 8 : Conclusion		72
Bibliographie.....		73
IV-Annexes		98
Liste des figures		132
Liste des tableaux		132

Introduction

Avant les années 2000, certain·e·s psychologues ont remis en question leur pratique de la psychologie et ont souhaité tenir compte davantage de la volonté du·de la patient·e, à l'image de Rogers qui dira en 1971 :

« C'est le client qui sait où il a mal, quelles directions il veut suivre, quels problèmes sont cruciaux, quelles sont les expériences profondément enfouies. Je commençais à découvrir que plutôt que de céder à mon besoin de démontrer mon adresse et ma science, je ferais mieux de faire confiance au client pour diriger le processus thérapeutique. » (Rogers, 1971, p. 20).

Alors que la prise en compte des préférences des patient·e·s relevait de la philosophie et de la conviction des psychologues, elle est devenue une recommandation. En effet, afin de promouvoir une pratique de la psychologie efficace, l'American Psychological Association (APA) a défini, en 2006, l'« Evidence-Based Practice (EBP) ». L'Evidence-Based Practice consiste en « l'intégration des meilleures recherches disponibles avec l'expertise clinique dans le contexte des caractéristiques, de la culture et des préférences des patient·e·s » (American Psychological Association & Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006, p. 273).

Mais, alors que les psychologues francophones disposent des ressources pour répondre aux exigences de l'APA en ce qui concerne l'utilisation des meilleures recherches et de l'expertise clinique, ils·elles sont mis·es en difficulté quant aux moyens de connaître les préférences de leurs patient·e·s. En effet, aucun test évaluant les préférences thérapeutiques n'est disponible en français. Et, bien que les psychologues pourraient se contenter d'interroger oralement les préférences des patient·e·s, cette méthode a montré ses limites (Swift et al., 2011).

C'est face à ce manque de ressources permettant d'évaluer les préférences thérapeutiques du·de la client·e que ce mémoire est né. Ce travail a comme objectifs de valider la version française du Cooper-Norcross Inventory of Preferences (C-NIP) et d'évaluer l'impact de la prise en compte des préférences sur la thérapie.

Ce mémoire développera tout d'abord une partie théorique dans laquelle les différents courants d'orientation thérapeutique ainsi que les trois manières d'orienter le·la patient·e

seront abordés. Le chapitre 2 visera à en apprendre davantage sur les préférences thérapeutiques ainsi que sur les bénéfices de les prendre en compte. Dans le chapitre 3, les manières de connaître les préférences thérapeutiques seront discutées et le C-NIP sera abordé en détails. Le chapitre 4 exposera les objectifs et hypothèses de ce mémoire. Ensuite la partie empirique de ce mémoire révélera les protocoles expérimentaux mis en place ainsi que les résultats obtenus. Pour finir, dans la partie réflexive, seront discutés les résultats obtenus.

I-PARTIE THÉORIQUE

Chapitre 1 : L'orientation thérapeutique en psychologie

La première partie de ce chapitre abordera les différents courants d'orientation thérapeutique. Dans un second temps, les trois manières d'orienter un·e client·e vers un traitement seront développées.

1.1. Les grands courants d'orientation thérapeutique

Chaque orientation thérapeutique est née dans un contexte culturel particulier qui a influencé sa vision de l'être humain et de la maladie mentale ainsi que ses objectifs thérapeutiques et ses méthodes (Caro Gabalda, 2019; « Les différentes orientations psychothérapeutiques », s. d.; Sabucedo, 2019). Actuellement, quatre grands courants sont reconnus : le courant psychodynamique, le courant cognitivo-comportemental, le courant humaniste et le courant systémique (Bachelart et al., 2011; Brison et al., 2015; Cogicor, 2017; Le Polain de Waroux et al., 2005; Ordre des psychologues du Québec, s. d.).

1.1.1. Le courant psychodynamique

À cheval sur les 19^{ème} et 20^{ème} siècles (Thurin, 2004b), Freud développe la psychanalyse (Blondeau, 2019; Gerrig & Zimbardo, 2013; « Les différentes orientations psychothérapeutiques », s. d.; Thurin, 2004b). Il base sa théorie sur deux topiques. La première considère que l'appareil psychique se divise en trois niveaux : le conscient, le préconscient et l'inconscient qui contient les pulsions refoulées qui tentent d'atteindre le système conscient. La deuxième topique révèle trois instances psychiques : le Ça (considéré comme le réservoir pulsionnel), le Surmoi (qui représente la conscience morale) et le Moi (qui agit comme un médiateur en tentant de concilier les exigences du Ça, du Surmoi et du monde extérieur) (Blondeau, 2019). Ces topiques sont représentées ci-dessous, à la figure 1.

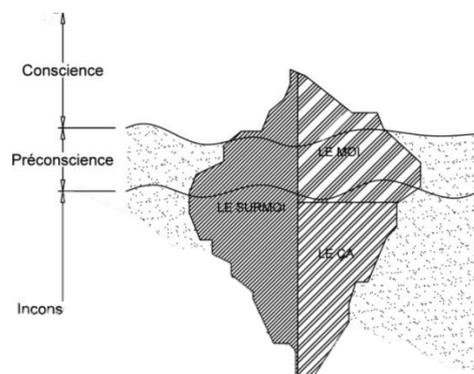


Figure 1 : Illustration des deux topiques (Herbane, 2013)

Depuis un peu plus d'un siècle, la pensée psychanalytique s'est diversifiée en différentes écoles telles que celles de Jung, de Lacan, de Klein ou de Winnicott (« Les différentes orientations psychothérapeutiques », s. d.; Thurin, 2004b). Ainsi, le courant psychodynamique désigne les interventions cliniques qui reposent sur l'utilisation de méthodes de la psychanalyse (e.g., la non-directivité (Blondeau, 2019) et l'analyse du transfert). Mais ce courant se distingue de la cure psychanalytique (Prades, 2011 ; Thurin, 2004b). La cure psychanalytique se focalise uniquement sur le passé du·de la client·e et ses conflits durant son enfance. Tandis que les thérapies du courant psychodynamique prennent aussi en compte le monde social actuel du·de la client·e ainsi que l'influence continue des expériences de vie (Gerrig & Zimbardo, 2013; Thurin, 2004b).

Le courant psychodynamique considère le symptôme comme l'expression de conflits psychiques non-résolus (Blondeau, 2019; Gerrig & Zimbardo, 2013; « Les différentes orientations psychothérapeutiques », s. d.; Thurin, 2004a; Thurin, 2004b). En effet, le Moi, lorsqu'il est confronté à certaines réalités insoutenables, développe des mécanismes de défense. Ces derniers lui permettent de diminuer son anxiété, mais au prix d'une dépense importante d'énergie psychique et de symptômes (Blondeau, 2019). Ainsi, le·la psychologue, via la parole de son·sa client·e (Gerrig & Zimbardo, 2013; Thurin, 2004b), recherche les racines du conflit, les résistances et les sentiments réprimés (Gerrig & Zimbardo, 2013; Prades, 2011). Ensuite, le·la client·e est amené·e à saisir le lien entre le symptôme dont il·elle souffre actuellement et ses conflits internes non-résolus (Gerrig & Zimbardo, 2013; « Les différentes orientations psychothérapeutiques », s. d.). Ceci aura pour effet premier de voir la structure psychique du·de la client·e, qui s'est construite dans son inconscient au fur et à mesure de son histoire, être réaménagée (« Les différentes orientations psychothérapeutiques », s. d.; Sandor-Buthaud, 2005; Thurin, 2004a; Thurin, 2004b). Cette transformation de la structure psychique à la source du symptôme permettra de traiter indirectement le symptôme (Sandor-Buthaud, 2005 ; Thurin, 2004a).

Plusieurs stratégies sont utilisées par le·la psychologue pour amener les conflits refoulés à la conscience du·de la client·e et ainsi lui permettre de les résoudre. Tout d'abord le·la psychologue explore les résistances de son·sa client·e (Blondeau, 2019; Gerrig & Zimbardo, 2013; Prades, 2011). Ces dernières sont définies comme une incapacité ou un refus du·de la client·e à aborder certains thèmes. Elles se présentent régulièrement sous forme de mécanismes de défense (i.e., le clivage, le déni...). Le Moi met en place ces stratégies afin d'éviter l'anxiété causée par certaines idées menaçantes. Le·La psychologue a comme objectif

de casser ses résistances afin que le·la client·e puisse faire face à ses désirs, idées et expériences douloureuses. Le·La psychologue peut également examiner les rêves de son·sa client·e car les professionnels du courant psychodynamique considèrent qu'ils constituent une source d'information importante sur les désirs inconscients du·de la client·e. En effet, durant le sommeil, le Moi relâche sa vigilance par rapport aux pulsions du Ça (Blondeau, 2019; Gerrig & Zimbardo, 2013). Par ailleurs, le·la psychologue porte son attention à la relation de transfert, c'est-à-dire les sentiments que développe le·la client·e par rapport à son·sa psychologue. Ces sentiments sont largement déterminés par la relation que le·la client·e a entretenue avec des personnes significatives dans sa vie (Blondeau, 2019; Gerrig & Zimbardo, 2013; Prades, 2011; Sandor-Buthaud, 2005; Thurin, 2004a). Le·La psychologue se concentre également sur le contre-transfert, qui désigne les réactions que fait vivre le·la patient·e au·à la psychologue. Pour finir, le·la psychologue peut user de l'association libre. Durant celle-ci, le·la patient·e laisse vagabonder son esprit librement tout en faisant part oralement de ses pensées tandis que le·la psychologue repère les associations à leurs sources (Blondeau, 2019; Gerrig & Zimbardo, 2013).

1.1.2. Le courant cognitivo-comportemental

Ce courant est marqué par trois vagues, chacune inspirée des précédentes (Ferry, s. d.; Ngô, 2014).

Tout d'abord, se développe durant les années 50 la première vague dite de béhaviorisme (Ferry, s. d.). C'est Watson qui est à l'origine de ce nom (« Bref historique des Thérapies Cognitives & Comportementales et Emotionnelles », s. d.). En réaction au courant psychodynamique qui se concentrait principalement sur l'inconscient (Ngô, 2014), cette première vague ne porte son attention que sur les comportements observables, évitant d'entrer dans ce que les comportementalistes considèrent être la « boîte noire ». La boîte noire correspond aux mécanismes mentaux et non observables tels que les capacités de planification, la réflexion... (« La boîte noire en psychologie », s. d.).

Le courant comportemental considère que les comportements problématiques sont appris au même titre que les comportements normaux (Gerrig & Zimbardo, 2013). Ce courant englobe différentes théories (Ferry, s. d.; Gerrig & Zimbardo, 2013).

Tout d'abord, Pavlov introduit la notion de conditionnement classique, appelé également conditionnement répondant. Ce conditionnement explique que si un stimulus

neutre, c'est-à-dire qui ne provoque aucune réaction automatique, a été associé un nombre suffisant de fois avec un stimulus inconditionnel, c'est-à-dire un stimulus qui provoque une réponse automatique, le stimulus neutre devient un stimulus conditionné et provoque la réponse automatique, même sans la présence du stimulus inconditionnel. Par exemple le son d'une cloche ne provoque pas de salivation chez le chien, mais lorsque ce son a été diffusé au moment où le chien reçoit de la nourriture et pendant un nombre suffisant d'occasions, le chien salive au seul son de la cloche (« Conditionnement répondant », s. d.; Joly, 2008).

Skinner a mis en évidence le conditionnement opérant selon lequel on peut augmenter les chances ou diminuer le risque d'occurrence d'un comportement en fonction des conséquences que ce comportement aura. Ainsi, un comportement a plus de chances de se reproduire s'il a été suivi d'un renforcement positif, qui consiste en l'ajout d'une conséquence que la personne trouve positive (e.g., recevoir de l'argent), ou d'un renforcement négatif qui correspond au retrait d'un élément que la personne juge comme négatif (e.g., ne pas devoir faire la vaisselle). Par contre, un comportement a moins de chance de se reproduire s'il a été suivi d'une punition positive, qui consiste à ajouter à la personne quelque chose qu'elle juge comme désagréable (e.g., devoir repasser) ou d'une punition négative qui consiste en le retrait d'un élément que la personne trouve agréable (e.g., être privé de sortie) (« Conditionnement opérant », s. d.).

Se détachant de l'idée qu'un comportement n'est appris que par l'expérience directe et le renforcement, Bandura met au point la théorie de l'apprentissage social. Cette théorie considère trois piliers : le rôle du processus vicariant, le rôle symbolique et le rôle des processus autorégulateurs. Le processus vicariant postule que l'apprentissage n'est pas uniquement dépendant de la présence de renforcements ou de punitions mais que la personne peut apprendre le comportement à adopter en observant autrui. Le rôle symbolique se rapporte à la tendance de la nature humaine à se représenter ses expériences et à donner du sens au monde. Le rôle des processus autorégulateurs fait référence à la capacité de chaque personne à choisir et à poser ses propres comportements en fonction de ses motivations plutôt qu'à être uniquement dirigée par ses pulsions ou les renforcements qu'implique le contexte social. Ainsi, lorsqu'une personne est confrontée à un comportement, elle va l'observer, et plus que d'uniquement l'imiter, elle va lui donner du sens et adopter cette modalité comportementale si, au regard de ses objectifs, elle peut retirer un bénéfice à l'adoption de ce comportement (Carré, 2004). Selon la théorie de Bandura, une manière de soigner une personne atteinte

d'une phobie est de lui montrer des comportements d'approches vers l'objet phobique afin que la personne les imite petit à petit (Gerrig & Zimbardo, 2013).

Ces prémisses de la thérapie par exposition se retrouvent également chez Mary Cover Jones qui a désensibilisé son jeune patient Peter de la peur des lapins qu'il éprouvait. Elle a procédé de façon progressive en le nourrissant tout en le mettant en présence de l'animal, de plus en plus proche (Gerrig & Zimbardo, 2013; Jones, 1924).

Joseph Wolpe également partisan des thérapies par exposition a développé la technique de la désensibilisation systématique. Cette méthode comprend trois étapes. Tout d'abord, la personne doit classer les stimuli du moins anxiogène au plus anxiogène. Ensuite, le·la client·e doit être formé·e à une technique de relaxation. Et pour finir, la personne doit se placer dans un état de détente et puis imaginer les stimuli anxiogènes en commençant par les moins angoissants de la liste (Gerrig & Zimbardo, 2013).

C'est durant les années 1970 que l'activation comportementale est développée par Lewinsohn et ses collègues. Cette théorie postule que la dépression résulte de la privation de renforcements positifs et prévoit ainsi de reprogrammer des activités agréables afin d'augmenter les renforcements positifs dont bénéficie la personne. Cependant, lors des années 1970, c'est plutôt la vague des cognitivistes qui a pris de l'ampleur et a diminué la popularité de la théorie de l'activation comportementale (Kanter et al., 2012).

Les années 70 voient apparaître la deuxième vague connue sous le nom de cognitivisme (Ferry, s. d.). Prenant en compte la boîte noire, l'hypothèse des thérapies cognitives est que les cognitions que nous développons influencent la façon dont nous réagissons aux stimuli. Ainsi, les thérapies de deuxième vague visent une restructuration cognitive afin d'agir sur les comportements anormaux et la détresse (Gerrig & Zimbardo, 2013; Ngô, 2014). Aaron Beck avec ses travaux sur les pensées automatiques et les dialogues internes chez les personnes atteintes de dépression fait partie de la vague cognitiviste (Ferry, s. d.; Gerrig & Zimbardo, 2013; Ngô, 2014). Beck soutient l'idée que des cognitions négatives sur soi (e.g., « Je suis nul·le. »), des cognitions négatives sur l'environnement (e.g., « Les gens sont mauvais et le monde est dangereux. ») et des cognitions pessimistes sur l'avenir (e.g., « Le coronavirus ne prendra jamais fin. »), amènent et maintiennent l'état dépressif. Ces trois composantes forment la triade de Beck (« Aaron Beck », s. d.; Rosner, 2012).

Albert Ellis appartient également à la vague des cognitivistes avec la théorie rationnelle émotive (Ferry, s. d.; Gerrig & Zimbardo, 2013; Ngô, 2014). Ellis a développé le modèle ABC afin de rendre compte de l'impact des pensées et croyances sur les émotions. Selon ce modèle, lorsqu'un évènement se produit, cela va éveiller chez la personne une croyance, rationnelle ou non, à propos de la situation et cette croyance va influencer la réaction émotionnelle de la personne. Par exemple, face à la constatation que sa femme le trompe, un homme peut penser qu'elle n'avait pas le droit de faire ça au vu de ce qu'il a sacrifié pour elle et ainsi se sentir en colère ou alors il peut penser qu'il n'est pas assez bien pour elle et donc se sentir déprimé (Ellis, 1993).

La troisième vague dont Steven Hayes est le pionnier est dite « émotionnelle » (Ferry, s. d.). Ce modèle met l'accent sur l'acceptation, la pleine conscience, les valeurs du·de la client·e, le contexte et la fonction des évènements de vie... (Ngô, 2014). Il tient compte de l'implication de l'émotion dans les méthodes de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) (Ferry, s. d.).

Alors que les comportementalistes considéraient que la mise en place du comportement adapté modifiait la cognition et que les cognitivistes suggéraient que le changement de cognition permettait de modifier le comportement, c'est à partir des années 1990 que les deux approches complémentaires vont être réunies afin de former les thérapies cognitivo-comportementales (Ferry, s. d.; Ngô, 2014). Ce courant, axé sur le moment présent (Gerrig & Zimbardo, 2013; Rector, 2015), vise le changement des fausses croyances et des comportements problématiques des client·e·s (Gerrig & Zimbardo, 2013; « Les différentes orientations psychothérapeutiques », s. d.; Sandor-Buthaud, 2005). L'objectif de la thérapie et les modifications comportementales et cognitives qui y seront travaillées ainsi que les moyens techniques utilisés pour y parvenir sont préalablement discutés par le·la client·e et son·sa psychologue (Gerrig & Zimbardo, 2013; « Les différentes orientations psychothérapeutiques », s. d.; Sandor-Buthaud, 2005). C'est sur base de ces accords que le contrat thérapeutique entre le·la client·e et son·sa psychologue est établi (Chapelle & Rusinek, 2014).

1.1.3. Le courant humaniste

Le courant humaniste est né au 15^{ème} siècle dans le monde de l'art lorsque les auteur·e·s et les peintres ont libéré leurs productions des limites jusqu'alors imposées. Par

exemple, c'est à ce moment que les premières peintures représentant la féminité nue ont vu le jour (Buitekant, 2020 ; Kestemont, 2020).

En psychologie, le développement du courant humaniste s'est déroulé aux environs des années 1950 sous l'impulsion de Carl Rogers, Allport Fordon, May Rollo et Abraham Maslow (Approche Pearl, s. d.). Ce courant est né en réaction à la psychanalyse, jugée comme trop pessimiste car elle imaginait que l'humain était dirigé par ses pulsions, et en réaction au behaviorisme, jugé comme mécaniste car il ne prenait pas en compte la conscience de l'humain (Approche Pearl, s. d.; « Approche humaniste existentielle par psychologue et psychothérapeute », s. d.; Sabucedo, 2019). Ce courant jusque-là appelé « nouvelle thérapie » (Kestemont, 2020) sera nommé par Maslow au début des années 60 « le courant humaniste » (Sandor-Buthaud, 2005). « Humanisme » vient du mot latin « humanistas » qui signifie la culture (Kestemont, 2020). Cette nomination met en exergue la volonté du courant d'insister sur la valeur accordée au·à la client·e (Gerrig & Zimbardo, 2013), qui est placé·e au centre de la thérapie (Approche Pearl, s. d.) au lieu de porter attention uniquement à un symptôme ou à un diagnostic (« Les différentes orientations psychothérapeutiques », s. d.).

Plusieurs thérapies composent ce courant comme l'approche centrée sur la personne fondée par Roger (Approche Pearl, s. d.; Gerrig & Zimbardo, 2013; « Les différentes orientations psychothérapeutiques », s. d.). Cette approche considère que les individus ont une tendance innée à réaliser leur plein potentiel. Cependant, lorsque ce processus est entravé, trois aspects de la relation avec leur thérapeute peuvent permettre à la personne de se réaliser. Tout d'abord, le·la thérapeute doit être authentique afin que le·la client·e puisse ressentir la possibilité de s'engager lui·elle aussi dans la relation en étant pleinement authentique. Ensuite, le·la client·e doit bénéficier d'une considération positive et inconditionnelle de la part du·de la thérapeute. Pour finir, le·la thérapeute doit être capable de faire preuve de compréhension empathique envers son·sa client·e (Devonshire, 2011 ; Poirier, 1984).

La gestalt thérapie créée par Frederick Perls fait également partie du courant humaniste (Gerrig & Zimbardo, 2013; « Les différentes orientations psychothérapeutiques », s. d.). Perls considère que les êtres répètent continuellement un cycle pour remplir leurs besoins (e.g., je sens mon ventre qui gargouille donc je prends conscience de ma faim, je me lève, ouvre le frigo et mange). Achever ce cycle permet à la personne d'obtenir un bien-être physique et psychologique. Mais, quand, de façon répétée, la personne n'a pas la possibilité de combler son besoin, des symptômes apparaissent. La gestalt thérapie met l'accent sur l'ici

et le maintenant et favorise l'apprentissage par l'expérience plutôt que l'apprentissage intellectuel. Ainsi, une personne qui éprouve par exemple des difficultés à exprimer ses émotions peut se voir demander par le·la thérapeute d'exprimer un sentiment spécifique pour voir ce que cela ferait. De plus, dans la gestalt thérapie, le·la patient·e est toujours incité·e à prendre conscience de ce qu'il·elle ressent (Tillett, 1984).

Le courant humaniste est composé également de l'analyse transactionnelle initiée par Éric Berne (« Les différentes orientations psychothérapeutiques », s. d.). Berne, natif du courant psychanalytique a été rejeté par ce courant pour sa théorie sur l'analyse transactionnelle. En effet, il conçoit la prise en charge thérapeutique comme la rencontre de deux personnes sur le même pied d'égalité, plutôt que d'un·e patient·e et un·e psychologue. Le·La client·e n'est pas considéré·e comme inadéquat·e mais est validé·e par le·la psychologue pour la personne qu'il·elle est plutôt qu'en fonction des actes qu'il·elle pose. Le·La client·e et le·la psychologue établissent un contrat thérapeutique à propos des objectifs de la thérapie mais également par rapport à la vision qu'ils·elles ont de la relation thérapeutique (Rotondo, 2020). L'analyse transactionnelle fait l'hypothèse que chaque individu échange constamment avec lui-même et avec les autres. Face à une situation, Berne évoque trois manières d'agir, en fonction de trois états du Moi : l'état du Moi Enfant, qui correspond à la façon dont on aurait réagi lorsqu'on était enfant, l'état du Moi Parent qui équivaut à agir de la manière dont les parents de la personne auraient réagi et l'état du Moi Adulte qui correspond à la manière dont la personne aurait agi directement, en fonction de sa manière d'être actuelle. Par exemple, l'état du Moi Adulte d'un·e étudiant·e qui va présenter ses examens serait de devoir travailler, tandis que son état du Moi Enfant le pousserait à regarder un film et son état du Moi Parent le culpabiliserait en lui faisant penser que son attitude n'est pas raisonnable (« Analyse transactionnelle (AT) : principe, rôle », s. d.).

Les psychologues du courant humaniste considèrent l'individu comme libre et responsable de son destin, ayant la capacité de définir ses objectifs personnels et de décider de son propre avenir (Approche Pearl, s. d.; Gerrig & Zimbardo, 2013; Kestemont, 2020) et ce malgré les restrictions induites par l'environnement et l'hérédité. Le·La client·e est vu·e comme une personne unique dans un processus continu de changement (Gerrig & Zimbardo, 2013). Selon ce courant, chaque être humain partage un élan de vie qui le pousse à la croissance et à l'autoréalisation (Approche Pearl, s. d.; « Approche humaniste existentielle par psychologue et psychothérapeute », s. d.; Gerrig & Zimbardo, 2013; Kestemont, 2020; Sandor-Buthaud, 2005). Le courant humaniste permet à la personne de dépasser les éléments

qui l'empêchent de se réaliser pleinement (« Les différentes orientations psychothérapeutiques », s. d.).

La souffrance psychologique est considérée comme une part inéluctable de la vie et ce courant ne vise pas à réduire cette souffrance mais à l'accepter (Sabucedo, 2019). C'est pourquoi ce courant permet davantage à des individus en bonne santé d'améliorer leur fonctionnement plutôt que de corriger les symptômes de personnes sérieusement atteintes par un trouble mental (Gerrig & Zimbardo, 2013).

Les thérapies qui composent ce courant se concentrent davantage sur le présent que sur le passé (Gerrig & Zimbardo, 2013). Elles portent également une grande attention à la relation thérapeutique entre le patient et le psychologue et le psychologue est empathique et non-directif (Approche Pearl, s. d.; « Approche humaniste existentielle par psychologue et psychothérapeute », s. d.; Gerrig & Zimbardo, 2013; « Psychologie humaniste : comprendre la psychologie humaniste », s. d.). Le rôle du·de la psychologue n'étant que de faciliter la recherche du·de la client·e vers la conscience et l'acceptation de soi (« Approche humaniste existentielle par psychologue et psychothérapeute », s. d.; Gerrig & Zimbardo, 2013).

1.1.4. Le courant systémique

Le courant d'orientation systémique est apparu aux USA en 1950 sous l'impulsion de Gregory Bateson (Côté, 2008; Fortin, 2018; « Les différentes orientations psychothérapeutiques », s. d.). Il a créé le groupe « Palo Alto » rassemblant différents professionnels qui partageaient un intérêt commun pour la notion des systèmes. Ce groupe a étudié la communication et a fait émerger de nombreuses théories, toujours actuelles dans le courant systémique. L'école de Palo Alto a insisté sur l'importance de prendre en compte le contexte dans lequel s'est tenu le comportement qu'on cherche à comprendre. De plus, alors que jusque-là les évènements étaient étudiés dans une logique de causalité linéaire (e.g., son mari est distant donc madame devient jalouse), l'école de Palo Alto a introduit la notion de causalité circulaire selon laquelle les éléments s'influencent par des boucles de rétroaction (e.g., monsieur est distant donc madame est jalouse, ce qui augmente la distance que monsieur instaure avec sa femme ce qui entretient la jalousie de madame). Par ailleurs, alors que les autres courants thérapeutiques ne concevaient pas que la présence du·de la psychologue pouvait influencer les comportements des sujets observés, le courant systémique soutient l'idée que l'observateur·trice fait partie du système qu'il·elle observe et l'influence (Ray, 2018). Gregory Bateson a également étudié les personnes atteintes de schizophrénie ainsi que

leur contexte familial et il a développé sa théorie de la double contrainte. La double contrainte correspond à une situation lors de laquelle une personne est mise face à deux injonctions opposées de telle sorte que si la personne répond à l'une ou l'autre des injonctions, elle sera blâmée pour l'injonction qu'elle n'a pas respectée. Par exemple, une mère offre une jupe rouge et une jupe rose à sa fille, si sa fille porte un jour la rose, sa mère lui reprochera de ne pas porter la rouge, tandis que si sa fille choisit la rouge, la mère lui en voudra de ne pas avoir porté la rose. Il est ressorti de ces recherches que les personnes atteintes de schizophrénie sont régulièrement confrontées durant leur enfance à de la double contrainte et, pour y échapper, elles développeraient une psychose (Bateson et al., 2007).

Ce n'est qu'à partir des années 1970 que le courant systémique s'est fait connaître en Europe (« Les différentes orientations psychothérapeutiques », s. d.). Il s'est tout d'abord cantonné au contexte de thérapie familiale afin de ne pas entrer sur le terrain des courants précédemment développés. Mais il s'est ensuite créé, petit à petit, une place au sein des thérapies individuelles (Duruz, 2011 ; Vaudan et al., 2009).

Le courant d'orientation systémique correspond au traitement d'un problème relationnel, psychologique ou psychiatrique avec l'ensemble des individus qui composent le système dans lequel il s'est développé. Il tend à agir autant sur l'individu qui subit les symptômes que sur le contexte relationnel (« Les différentes orientations psychothérapeutiques », s. d.) avec l'objectif de modifier les interactions entre la personne et son entourage (Cogicor, 2017 ; Duruz, 2011 ; Ordre des psychologues du Québec, s. d.). En effet, le courant systémique ne considère pas la maladie mentale comme le résultat d'une pathologie individuelle mais comme la conséquence d'un système interpersonnel dysfonctionnel (Cogicor, 2017). Le symptôme correspond à un moyen de communication qui exerce un effet sur l'ensemble des membres du système (Debray et al., 2010; Fortin, 2018). Si la thérapie se déroule en individuel, le·la psychologue tient compte du contexte relationnel dans lequel le symptôme survient (Debray et al., 2010; Duruz, 2011; « Les différentes orientations psychothérapeutiques », s. d.; Vaudan et al., 2009).

La prise en charge se focalise sur la manière dont les difficultés se manifestent dans le présent et considère le passé comme un ensemble d'apprentissages qui définit l'identité actuelle du·de la client·e (Cogicor, 2017).

Le·La psychologue endosse une position active dans la thérapie afin de susciter la participation des différents membres du système ainsi que leur interaction (Debray et al.,

2010; Fortin, 2018). Il·Elle tente également de créer une relation de confiance basée sur l'acceptation et le respect des valeurs des personnes (« Les différentes orientations psychothérapeutiques », s. d.). Lors des entretiens, le·la psychologue analyse le comportement en prenant en compte les interactions verbales et non-verbales (Duruz, 2011).

1.1.5. La thérapie intégrative

C'est au début des années 1980 que l'idée de « l'intégration des thérapies » s'est développée (Le Polain de Waroux et al., 2005). Le terme d'intégration désigne l'assemblage de plusieurs éléments théoriques ou pratiques dans le but de proposer un ensemble original permettant d'offrir une prise en charge plus efficace pour le·la client·e. Ainsi, l'objectif de la thérapie intégrée est de dépasser la mise en œuvre d'une orientation thérapeutique unique lorsque ses résultats ne sont pas concluants (Bachelart, 2017 ; Bachelart et al., 2011).

Alors que de nombreux·es psychologues, ayant saisi l'opportunité d'offrir de meilleurs résultats à leurs clients·es, adoptent une démarche intégrative (Gerrig & Zimbardo, 2013), d'autres se trouvent plus réfractaires à cette approche. Ainsi les professionnel·le·s ne réagissent pas tous·tes de la même manière face à la perspective d'intégration. Ils·Elles pourraient être disposé·e·s sur un continuum allant des radicaux de leur orientation théorique à ceux·celles qui, sur le côté pratique, offrent des techniques et outils empruntés à une multitude de courants différents mais qui n'utilisent aucun support théorique des différents courants (Bachelart, 2017).

La dernière décennie a vu se développer de multiples stratégies permettant de réunir les thérapies sur le plan théorique, technique ou des principes communs (Beutler et al., 2016). Le docteur en psychologie Maximilien Bachelart évoque, lors d'une interview, la nécessité de différencier les stratégies d'intégration en fonction qu'elles soient réalisées à priori et forment ainsi un ensemble cohérent ou qu'elles soient mises en place selon la situation clinique (Granger, 2017). Plusieurs stratégies d'intégration sont reconnues :

- L'éclectisme technique (Bachelart et al., 2011; Bachelart, 2017; Beutler et al., 2016; Muela Aparicio & Sansinenea Méndez, 2020) est une technique d'intégration essentiellement pragmatique. Elle consiste à utiliser au cas par cas les différents outils des divers courants théoriques sans prendre en compte la théorie qui les sous-tend (Muela Aparicio & Sansinenea Méndez, 2020). Ceci risque de mener à une application des techniques par essais-erreurs (Bachelart et al., 2011) avec comme objectif la

suppression des symptômes en faisant abstraction de réflexion sur la signification de leur présence (Bachelart, 2017).

- L'intégration théorique correspond à la volonté de créer une métathéorie qui englobe les théories existantes (Bachelart, 2017; Muela Aparicio & Sansinenea Méndez, 2020). Cependant, étant donné les fondements incompatibles de certaines théories (e.g., le courant psychodynamique qui vise la modification de la structure psychique vs la TCC qui opte pour le changement des cognitions ou des comportements), cette tentative est compliquée (Bachelart, 2017). De plus, l'aboutissement de l'intégration théorique ferait sortir la métathéorie nouvellement créée du cercle des théories intégrées étant donné qu'elle formerait une école à part entière (Mick Cooper, 2020).
- L'intégration assimilative correspond à l'intégration progressive d'éléments théoriques et techniques de diverses théories dans une théorie de base. Ainsi les différents éléments intégrés se voient modifiés afin de correspondre à la théorie de base. Ce qui permet au courant théorique de diversifier ses méthodes techniques mais sans modifier ses postulats théoriques (Bachelart, 2017 ; Bachelart et al., 2011).
- La prise en compte des facteurs communs repose sur l'hypothèse que les aspects communs aux différentes orientations tels que l'alliance thérapeutique, l'empathie ou l'authenticité (Jaeken et al., 2015) influencent davantage les résultats de la prise en charge que les facteurs spécifiques aux diverses théories (Bachelart, 2017; Beutler et al., 2016; Muela Aparicio & Sansinenea Méndez, 2020).
- Le pluralisme consiste en l'utilisation d'une théorie unique ou d'une combinaison de différentes pratiques et théories en fonction des préférences du·de la client·e (Bachelart et al., 2011; Mick Cooper, 2020). Ainsi, le pluralisme a de plus que l'approche intégrative qu'il repose sur la collaboration entre le·la client·e et son·sa psychologue dans une démarche de prise de décision partagée tandis qu'un·e psychologue peut décider de pratiquer une approche intégrative sans prendre en compte l'avis de son·sa client·e (Mick Cooper, 2020).

1.2. L'historique de l'orientation thérapeutique

Pour rappel, l'APA a défini l'« Evidence-Based Practice » comme « l'intégration des meilleures recherches disponibles avec l'expertise clinique dans le contexte des caractéristiques, de la culture et des préférences des patient·e·s », afin de promouvoir une pratique de la psychologie efficace (American Psychological Association & Presidential Task

Force on Evidence-Based Practice, 2006, p. 273). Cependant, des trois modèles reconnus en matière de choix de la thérapie (i.e., le modèle paternaliste, le modèle de l'orientation indépendante et le modèle de la prise de décision partagée), deux modèles (i.e., le modèle paternaliste et l'orientation indépendante) n'appliquent pas les recommandations définies par l'APA (Park et al., 2016; Pham et al., 2019).

Ces modèles qui diffèrent quant au niveau d'implication du·de la client·e dans le processus décisionnel peuvent être placés sur un continuum dont les deux extrémités sont le modèle paternaliste et l'orientation indépendante tandis que la prise de décision partagée se trouve au centre (Park et al., 2016; Pham et al., 2019).

1.2.1. L'orientation paternaliste

Le modèle paternaliste consiste en la sélection d'une prise en charge pour son·sa client·e par le·a clinicien·ne uniquement sur la base de son expertise et des preuves scientifiques existantes. Ainsi, le choix de la thérapie dépend exclusivement des données empiriques et de l'expertise du·de la psychologue mais ne prend pas en compte les valeurs du·de la client·e (Beutler et al., 2016; Park et al., 2016; Pham et al., 2019; Slade, 2017) comme l'APA le recommande (American Psychological Association & Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006).

Pendant longtemps, l'approche paternaliste nous a poussés à n'identifier que des méthodes de traitement particulières pour un trouble particulier (Norcross & Lambert, 2018; Norcross & Wampold, 2018; Stein et al., 2019). C'est ainsi que les orientations thérapeutiques ont tenté de démontrer leur efficacité pour chaque diagnostic et leur supériorité par rapport aux autres approches (Beutler et al., 2016). Ces tensions entre les théories ont par moment occulté ce qui unit l'ensemble des orientations c'est-à-dire la compréhension de l'être humain, de sa souffrance et des moyens de guérison (Le Polain de Waroux et al., 2005).

Il est maintenant reconnu que dans la plupart des troubles, il existe un certain nombre de traitements efficaces et que toutes les orientations sont en général équivalentes au niveau de leur efficacité (Bachelart et al., 2011; Chow et al., 2015; Jaeken et al., 2015; Mick Cooper, 2020; Petot, 2002; Swift & Greenberg, 2014).

Ainsi de nombreux·ses auteur·e·s s'accordent à dire qu'il est temps d'aller au-delà du traitement de marque pour un syndrome pour différentes raisons (Hofmann & Hayes, 2019; Hofmann, 2019; Muela Aparicio & Sansinenea Méndez, 2020; Norcross & Wampold, 2018;

Swift & Greenberg, 2014). Tout d'abord, proposer un traitement identique aux personnes atteintes du même trouble est contraire à l'éthique (Muela Aparicio & Sansinenea Méndez, 2020 ; Norcross & Wampold, 2018). De plus, cette démarche consiste à ignorer d'une part les variations individuelles des client·e·s porteur·euse·s d'un même diagnostic (Beutler et al., 2016; Keefe et al., 2020; Norcross & Wampold, 2018) et d'autre part, que les besoins vont changer en fonction des individus mais aussi qu'au cours du temps, une même personne n'aura pas les mêmes besoins (Cooper & McLeod, 2007; Cooper & McLeod, 2012; Mick Cooper, 2020; Muela Aparicio & Sansinenea Méndez, 2020; Swift et al., 2011).

Les professionnel·le·s sont de plus en plus conscient·e·s que bien que l'efficacité du traitement proposé soit nécessaire, elle n'est pas suffisante (Chadwell et al., 2019 ; Rachyla et al., 2016) et qu'il est important de personnaliser le traitement en prenant en compte les caractéristiques personnelles du·de la client·e, son contexte de vie, et ses préférences (Beutler et al., 2018; Muela Aparicio & Sansinenea Méndez, 2020; Norcross & Wampold, 2018; Park et al., 2016; Pham et al., 2019). Car cela permet de diminuer le taux de non-adhérence du·de la client·e à son traitement (Goffette, 2011; Lindhiem et al., 2014; Muela Aparicio & Sansinenea Méndez, 2020; Park et al., 2016).

Ainsi, les psychologues tendent à abandonner le modèle de la prise de décision paternaliste mais quatre facteurs permettent d'expliquer la raison pour laquelle certain·e·s sont toujours attiré·e·s par ce modèle. Tout d'abord, la sphère judiciaire qui envahit de plus en plus la psychiatrie avec le principe de sécurité pousse les professionnel·le·s à se tourner vers une prise de décision paternaliste (Hazif-Thomas & Pechillon, 2018). Par ailleurs, certain·e·s client·e·s adoptent des comportements incitant les psychologues à orienter la décision. Troisièmement, les psychologues peuvent manquer de formation quant aux approches de traitements multiples. Et pour finir, le·la psychologue radical·e peut supposer que son orientation théorique est celle qui convient le mieux à l'ensemble des client·e·s (Park et al., 2016). Alors que la compréhension des psychologues de ce que veulent les client·e·s est souvent erronée (Cooper & McLeod, 2012) et influencée par leur orientation. En effet, les psychologues d'orientation TCC supposent que leurs client·e·s préfèrent des prises en charge basées sur des preuves et les psychologues d'autres orientations suggèrent que les client·e·s favorisent d'autres thérapies à la TCC (Garcia et al., 2019). De plus, alors que les professionnel·le·s considèrent le niveau d'efficacité indispensable, les client·e·s sont prêt·e·s à en sacrifier une partie au profit de caractéristiques relationnelles de leur psychologue (Chadwell et al., 2019).

1.2.2. L'orientation indépendante du·de la client·e

Contrairement au modèle paternaliste, dans ce modèle l'acteur·ice principal·e est le·la client·e tandis que le·la psychologue est relégué·e au rôle de prestataire de service (Goffette, 2011). Après avoir été mis·e au courant des informations nécessaires par le·la psychologue, c'est le·la client·e qui choisit le traitement qu'il·elle souhaite recevoir et le·la psychologue s'exécute (Goffette, 2011; Park et al., 2016).

A l'inverse du modèle paternaliste, l'orientation indépendante permet au·à la client·e d'opter pour un traitement qui tient compte de ses valeurs et de son contexte (Goffette, 2011; Park et al., 2016) comme le préconise l'APA (American Psychological Association & Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Cependant, cela se fait au détriment des connaissances essentielles à propos des traitements et de l'expertise du·de la clinicien·ne (Park et al., 2016). Ainsi, le·la client·e peut vouloir recevoir un type de traitement qui ne lui est pas adapté (Mick Cooper, 2020; Muela Aparicio & Sansinenea Méndez, 2020; Park et al., 2016; Petot, 2002) en voulant utiliser à nouveau une méthode qui lui a été bénéfique dans le passé (Cooper & McLeod, 2007; Park et al., 2016), en se basant sur des conversations ou des informations trouvées dans les médias (Park et al., 2016). Cependant, malgré l'image de plus en plus positive que se fait la population à propos de la psychologie via les médias (Hoss et al., 2020), les client·e·s ne sont pas suffisamment informé·e·s par rapport à ce domaine et éprouvent des difficultés à différencier les professionnel·le·s de la santé mentale, leurs compétences respectives et leurs méthodes (Brison et al., 2015). De plus, même si le·la psychologue prend le temps d'expliquer les propositions de traitement, la compréhension que s'en fait le·la client·e n'est pas toujours satisfaisante (Goffette, 2011) et des erreurs cliniques peuvent se produire (Park et al., 2016). Par ailleurs, la responsabilité de la décision peut être un facteur angoissant pour le·la client·e (Goffette, 2011). Pour finir, la prise de décision indépendante par le·la client·e ne lui permet pas de travailler en collaboration avec son·sa psychologue comme il·elle en a l'occasion de s'y exercer au cours de la prise de décision partagée (Loos et al., 2017 ; Park et al., 2016).

1.2.3. La prise de décision partagée

Dans ce modèle, il est reconnu que le·la client·e et le·la psychologue apportent des formes d'expertises différentes mais tout aussi importantes à la prise de décision (Cooper & McLeod, 2007; Coulter & Collins, 2011; Fiorillo et al., 2020; Park et al., 2016; Tompkins et al., 2013). Ainsi, le·la client·e, considéré·e comme expert·e de sa vie, apporte son vécu

personnel de ses symptômes, explique ses valeurs, ses préférences et ses objectifs (Coulter & Collins, 2011; Drake et al., 2010; Fiorillo et al., 2020). Tandis que le·la psychologue offre son expertise, en fournissant une information claire et complète au·à la client·e en ce qui concerne le diagnostic et les options de traitement (Coulter & Collins, 2011; Drake et al., 2010; Fiorillo et al., 2020; Goffette, 2011). Ensuite, le·la psychologue et le·la client·e collaborent afin de sélectionner les méthodes qui permettront le mieux d'atteindre les objectifs fixés de la thérapie (Cooper & McLeod, 2007; Cooper & McLeod, 2012; Fiorillo et al., 2020; Slade, 2017).

Différentes raisons permettent d'expliquer que la mise en œuvre de ce modèle reste limitée (Coulter & Collins, 2011; Matejkowski & Severson, 2020; Scholl & Barr, 2017; Slade, 2017) :

- Un nombre certain de professionnels favorisent d'emblée la prescription de médicaments pour soigner les troubles mentaux à la prise en charge thérapeutique pour des intérêts financiers (Scholl & Barr, 2017).
- D'autres psychologues s'attachent à planifier les soins avec leurs client·e·s mais lors des séances suivantes, ces dernier·e·s ont oublié cette planification ou voudraient la modifier entièrement (Farrelly et al., 2015).
- D'autres psychologues n'appliquent pas la prise de décision partagée car ils·elles s'inquiètent que la thérapie choisie ne soit pas disponible (Farrelly et al., 2015).
- Certain·e·s, à cause d'une mauvaise connaissance du modèle de prise de décision partagée, ont l'impression de l'appliquer en demandant uniquement au·à la client·e de confirmer le choix de traitement qu'eux·elles-mêmes ont choisi (Farrelly et al., 2015).
- Par ailleurs, certaines maladies, telles que la paranoïa, de par leur nature se trouvent être des obstacles à la prise de décision partagée (Chong et al., 2013b).
- Pour finir, des psychologues ont l'impression que le·la client·e ne détient pas réellement les connaissances à propos de ses symptômes ou sur ce qui serait le plus adapté pour lui·elle (Farrelly et al., 2015; Matejkowski & Severson, 2020). Cette idée peut les pousser à prendre une position paternaliste en se convainquant que « c'est pour le bien de leur client·e » et ainsi à choisir la thérapie (Petitjean et al., 2018). Alors que si le·la client·e désire une thérapie qui ne lui serait pas adaptée, le·la clinicien·ne peut lui expliquer les contre-indications et lui proposer un autre traitement plus adapté mais qui lui conviendra toujours (Swift et al., 2011; Tompkins et al., 2013).

En plus de satisfaire aux trois exigences permettant d'atteindre une « Evidence-Based Practice » à savoir, prendre en compte « les meilleures recherches disponibles avec l'expertise clinique dans le contexte des caractéristiques, de la culture et des préférences des patient·e·s » (American Psychological Association & Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006, p. 273), la prise de décision partagée répond à une justification éthique. En effet, la possibilité de prendre part aux processus de décision en matière de santé doit être considérée comme un droit fondamental dans le cadre élargi de prise de décision en matière de soin de santé (Comité des Ministres du conseil de l'Europe, 2000) mais également dans le cadre, plus restreint, d'une thérapie (Park et al., 2016; Slade, 2017). Ce droit est lié à l'autodétermination des personnes (Elwyn et al., 2012), définie, rappelons-le, comme l'un des cinq principes généraux de l'APA à savoir être bienveillant·e et ne pas nuire, être responsable, être intègre, être juste et respecter l'autonomie et la dignité (American Psychological Association, 2017). Par ailleurs, alors qu'il n'y a pas d'impact sur les personnes qui préfèrent s'en remettre à la décision du·de la psychologue, le modèle de la prise de décision partagée est perçu favorablement par ceux et celles qui souhaitent s'engager dans la décision (Pham et al., 2019) tout en les rassurant qu'ils-elles ne sont pas seul·e·s à prendre la responsabilité du choix (Goffette, 2011; Mick Cooper, 2020). De plus, la prise de décision partagée permet d'améliorer l'autonomie du·de la client·e ainsi que son adhésion à la thérapie (Drake, 2018 ; Slade, 2017) ce qui produira un effet bénéfique sur les résultats (Cooper & McLeod, 2007; Cooper & McLeod, 2012; Norcross & Wampold, 2018; Park et al., 2016; Slade, 2017).

Au cours de ce chapitre, nous avons eu l'occasion de nous pencher sur deux grands points. Tout d'abord les différents courants d'orientation thérapeutique ont été envisagés. Le courant d'orientation psychodynamique a été le premier à être abordé. Ce courant considère que les symptômes sont le produit de conflits inconscients irrésolus. Ainsi, le·la psychologue va explorer le passé de la personne au moyen de techniques non-directives afin de révéler à la conscience le conflit et transformer la structure psychique du·de la patient·e. Cela aura pour effet de diminuer ses symptômes. Dans un second temps, le courant cognitivo-comportemental et ses trois vagues a été abordé. La première vague, celle des behavioristes, considèrerait que les comportements problématiques résultent de l'apprentissage. La deuxième vague composée des cognitivistes a fait l'hypothèse que ce sont les cognitions qui influencent les réactions de la personne. Le troisième vague tient compte de l'émotion et des valeurs du·de la client·e. Actuellement, le courant cognitivo-comportemental vise le changement des comportements et des cognitions problématiques en se focalisant sur le présent. Le troisième

courant abordé est le courant humaniste. Ce courant envisage chaque personne comme étant pourvue d'un élan qui la pousse à réaliser son plein potentiel. Le·La client·e et le·la psychologue sont engagé·e·s dans une relation d'égalité et durant la thérapie, une attention particulière est portée à la relation thérapeutique. Le·La thérapeute, qui valide de façon inconditionnelle le·la patient·e, agit comme un facilitateur à la réalisation de soi de son·sa client·e. Le courant systémique élargit le spectre et envisage le symptôme comme un moyen de communication dans un système qui dysfonctionne. Ainsi, en se focalisant sur le présent et en endossant une position active dans la thérapie, le·la psychologue agira avec l'ensemble des individus qui composent le système ou, si le suivi est individuel, en prenant en compte le contexte relationnel dans lequel le symptôme émerge. Pour finir, la thérapie intégrative a été développée. Elle désigne l'utilisation d'éléments théoriques ou techniques provenant de courants différents.

La seconde partie de ce chapitre a consisté en la présentation des trois manières de sélection d'un traitement. La première est l'orientation paternaliste dans laquelle le·la psychologue sélectionne la prise en charge pour le·la patient·e en se basant exclusivement sur son expertise mais en ignorant les valeurs et le contexte du·de la client·e. Au contraire l'orientation indépendante du·de la client·e se base sur les valeurs et le contexte du·de la client·e mais sans prendre en compte l'expertise du·de la psychologue. Le·La psychologue se contente d'appliquer la thérapie que le·la client·e demande. Pour finir, la prise de décision partagée consiste en un partage de savoirs entre le·la client·e qui révèle ses préférences, ses valeurs et objectifs et le·la psychologue qui fait part de son expertise et de ses connaissances dans le but de choisir une option de traitement ensemble.

Chapitre 2 : Les préférences thérapeutiques des client·e·s

Avant de développer les trois types de préférences ainsi que les bénéfices retirés lorsque l'on prend en compte les préférences thérapeutiques, ce second chapitre différenciera les préférences des attentes.

2.1. Différencier les préférences des attentes

Bien qu'ils pourraient être confondus, il est nécessaire de comprendre la nuance entre les termes de « préférences » et d'« attentes » (Swift et al., 2018).

Les attentes correspondent à ce que les client·e·s pensent qu'il se passera lors de la thérapie et non à ce qu'ils·elles veulent qu'il s'y passe (Swift et al., 2018). Les attentes des client·e·s sont différentes de celles des psychologues notamment en matière de ce qui sera efficace en thérapie. Par exemple, dans toutes les orientations confondues, les client·e·s s'attendent à ce que ce soit les conseils, que leur donnera le·la psychologue, liés au changement cognitif (tel que la pertinence de prendre davantage conscience de ses pensées automatiques) qui seront le facteur le plus efficace en thérapie. Tandis que les psychologues, eux·elles, postulent que c'est le dialogue entre le·la client·e et le·la professionnel·le à propos de la relation thérapeutique qui est le facteur qui permettra des résultats plus positifs de la thérapie (Tzur Bitan & Abayed, 2019). Les attentes diffèrent également par rapport à la durée du traitement : les client·e·s, et particulièrement les novices en terme de thérapie, envisagent un traitement plus court que ce que les professionnel·le·s prévoient. Face au ressenti que la thérapie ne correspond pas à ses attentes, le·la client·e risque de l'abandonner prématurément ce qui pourrait engendrer des conséquences délétères sur son état de santé mentale (Callahan et al., 2014). C'est pour cela qu'il est nécessaire de l'aider à développer et maintenir des attentes appropriées (Boswell et al., 2016; Gibbons et al., 2019; Swift & Derthick, 2013). Cela peut se réaliser de plusieurs manières :

- Il est tout d'abord pertinent d'informer le·la client·e sur la durée typique du traitement, sur le rôle du·de la psychologue... afin de le·la motiver à s'engager dans la prise en charge (Gibbons et al., 2019; Swift & Derthick, 2013; Swift & Greenberg, 2014). En effet, le nombre de séances que le·la client·e s'imagine suivre au début de la thérapie détermine le nombre de séances qu'il·elle suivra (Callahan et al., 2014). De plus, si la

question de la durée du traitement n'est pas abordée en thérapie, le taux d'abandons est plus élevé (Swift & Greenberg, 2012).

- Si le·la client·e n'est pas convaincu·e que le traitement aura un effet bénéfique sur ses difficultés, peu importe le courant de la thérapie, il·elle ne s'engagera pas dans le suivi (Norcross & Wampold, 2018 ; Swift & Derthick, 2013). Ainsi, il est important de valoriser le traitement que le·la client·e va recevoir (Rachyla et al., 2016). Cela permet d'augmenter la crédibilité du traitement, c'est-à-dire la conviction que le·la client·e a quant à l'efficacité du traitement pour son/ses problème/s. La crédibilité du traitement, qui évolue avec l'expérience que le·la client·e acquiert en matière de thérapie, est influencée par son expérience antérieure en terme de thérapie et par ses croyances quant à l'étiologie de son trouble (Constantino et al., 2018). Par exemple, un·e client·e qui attribue sa dépression à un dérèglement biologique jugera la thérapie moins crédible que les antidépresseurs tandis que la thérapie sera considérée comme plus crédible que les médicaments par une personne qui attribue ses maux à des événements de vie (Tompkins et al., 2017).
- Pour finir, il faut régulièrement vérifier si le rythme de progrès correspond aux attentes du·de la client·e car si ce n'est pas le cas, il·elle pourrait abandonner le suivi (Swift & Derthick, 2013). Prenons l'exemple d'une thérapie débutée depuis une dizaine de séances dans laquelle le·la client·e a l'impression de ne plus faire de progrès. Si, à aucun moment, le·la psychologue ne prend le temps de faire le point sur le travail déjà réalisé, celui qu'il reste à faire et le positionnement de son·sa client·e par rapport au rythme, le·la client·e peut avoir l'impression que le suivi n'a plus rien à lui apporter et décider de l'abandonner. Alors que si le·la psychologue prend le temps avec son·sa client·e de communiquer sur ces sujets, il·elle pourra prendre conscience du malaise de son·sa client·e et ainsi adapter le rythme et les objectifs de la thérapie.

Les attentes du·de la client·e étant maintenant définies, passons à présent à la notion de préférences du·de la client·e. Celles-ci correspondent aux conditions et activités qu'il·elle désire dans son traitement (Swift et al., 2018; Windle et al., 2020). Plusieurs auteur·e·s décrivent trois grandes catégories de préférences thérapeutiques (Muela Aparicio & Sansinenea Méndez, 2020 ; Swift et al., 2018 ; Swift et al., 2011) :

- Les préférences en matière d'activités qui sont également appelées par certain·e·s les préférences de rôle. Ce type de préférences peut être divisé en deux points : les préférences de rôle du·de la psychologue et les préférences de rôle du·de la client·e.

Les premières correspondent au type de rôle que le·la client·e voudrait que le·la psychologue prenne (e.g., être actif·ve, être directif·ve...). Les préférences de rôle du·de la client·e correspondent à ce qu'il·elle voudrait se voir entreprendre dans la thérapie (e.g., faire des devoirs, être directif·ve...).

- Les préférences de traitement recouvrent les désirs du·de la client·e quant au type d'intervention qui est utilisé dans ses soins comme par exemple l'utilisation de médicaments ou de thérapie, l'orientation thérapeutique de la prise en charge...
- Les préférences en ce qui concerne le·la psychologue correspondent aux caractéristiques socio-démographiques du·de la psychologue avec lequel·laquelle le·la client·e voudrait travailler.

Maintenant que la nuance entre les attentes et les préférences est dissipée, la suite de ce chapitre se concentrera sur les préférences thérapeutiques en abordant tout d'abord les types de préférences et en expliquant, pour finir, les bénéfices de prendre en compte les préférences thérapeutiques.

2.2. Les préférences thérapeutiques

Cette section a pour objectif de détailler les trois grandes catégories de préférences thérapeutiques (i.e., les préférences en matière d'activités, les préférences de traitement et les préférences en ce qui concerne le·la psychologue) (Muela Aparicio & Sansinenea Méndez, 2020 ; Swift et al., 2018 ; Swift et al., 2011).

2.2.1. Les préférences en matière d'activités

En ce qui concerne les préférences par rapport au rôle du·de la psychologue, les client·e·s sans expérience en matière de thérapie préfèrent que le·la psychologue prenne l'initiative, se concentre sur des objectifs précis, leur enseigne des compétences et que la thérapie soit directive (Cooper et al., 2019 ; Tzur Bitan & Abayed, 2019).

Cependant, le·la psychologue doit ajuster le degré de directivité avec lequel il·elle mène la thérapie en fonction des préférences de rôle que le·la client·e a. Par exemple, il est connu que les personnes faisant preuve d'une forte réactance¹ préfèrent diriger la thérapie afin d'en garder le contrôle tandis que les personnes présentant une faible réactance favorisent un

¹ « La réactance correspond à un état psychologique motivationnel d'un individu qui vient de voir sa liberté de choix restreinte. Aussi, cet état se caractérise par une résistance à l'influence » (Thomas, 2017).

rôle plus passif au bénéfice d'une position plus directive de leur psychologue (Beutler et al., 2018; Muela Aparicio & Sansinenea Méndez, 2020).

2.2.2. Les préférences de traitement

En constatant que la moitié des client·e·s a une préférence pour une orientation thérapeutique (Williams et al., 2016), des études, prenant en compte des facteurs divers, ont été menées afin de comprendre lesquels influencent les préférences de traitement.

Ainsi certain·e·s auteur·e·s se sont appliqué·e·s à étudier les préférences de traitement en fonction des troubles. Par exemple, en ce qui concerne la dépression, la thérapie est jugée par les patient·e·s comme plus pertinente que les antidépresseurs (Hanson et al., 2015). Cependant, en 2017, Tompkins et al. nuancent cette conclusion en affirmant que la population générale considère la pharmacothérapie comme moins acceptable pour traiter la dépression, à l'exception de quand les personnes pensent que l'origine de la dépression est biologique ; dans cette circonstance, les antidépresseurs sont jugés comme un traitement acceptable.

Par ailleurs, d'autres auteur·e·s ont étudié l'impact de la connaissance ou non de la psychologie sur les préférences de traitement. Il en ressort que les psychologues, s'ils·si elles doivent se faire suivre, préfèrent une thérapie intense émotionnellement et peu directive comme celle du courant psychodynamique (Cooper et al., 2019 ; Tzur Bitan & Abayed, 2019). Alors que les client·e·s sans expérience en matière de thérapie ont tendance à favoriser la TCC (Sandell et al., 2011; Tzur Bitan & Abayed, 2019), moins intense émotionnellement (Cooper et al., 2019).

Pour finir, certain·e·s auteur·e·s soulignent qu'il est plus porteur de se concentrer sur les variables de disposition, comme la personnalité du·de la client·e, que sur les variables démographiques pour évaluer les préférences en terme de traitement (Petronzi & Masciale, 2015). Ils·Elles démontrent que l'ouverture et l'attachement sécurisant du·de la client·e prédisent sa préférence pour l'orientation psychodynamique ; l'attachement craintif, par contre, lié à des attentes de résultats plus élevés (Elchert & Gaasedelen, 2016), entraîne une préférence pour la TCC. D'autres auteur·e·s évoquent que les préférences de traitement peuvent varier en fonction du style d'adaptation du·de la client·e : les client·e·s externalisé·e·s favorisent les traitements axés sur le changement des symptômes tel que la TCC tandis que les client·e·s intériorisé·e·s préfèrent les thérapies axées sur la compréhension et les relations (Beutler et al., 2018).

2.2.3. Les préférences en ce qui concerne le·la psychologue

Il n'existe pas de caractéristique démographique du·de la psychologue qui soit la meilleure pour toutes les situations et tous·toutes les patient·e·s (Russell et al., 2020). Cependant des préférences du·de la patient·e en ce qui concerne des caractéristiques de son·sa psychologue comme sa culture, sa personnalité ou son genre sont connues.

Au vu de l'augmentation de la diversité culturelle des usagers·usagères de services psychiatriques, le débat d'adapter culturellement les thérapies ou non a longtemps perduré (Pires Marques, 2017). Il en est ressorti que des adaptations linguistiques et de contenu des traitements en fonction des valeurs culturelles des client·e·s (Muela Aparicio & Sansinenea Méndez, 2020) ainsi que de proposer aux client·e·s un·e psychologue adéquat·e à leur culture sont pertinents (Norcross & Wampold, 2018). En effet, plutôt que de favoriser un simple appariement racial, les client·e·s issu·e·s de minorités culturelles et ethniques préfèrent s'orienter vers un·e psychologue ayant une expérience multiculturelle. Cela leur permet de s'assurer que la thérapie sera adaptée à leurs valeurs culturelles. La présence de variables pertinentes par rapport à leur culture est si importante pour les client·e·s que, pour garantir que la thérapie soit bien en accord avec leur culture, ils·elles sont même prêt·e·s à s'orienter vers un traitement reconnu comme moins efficace (Swift et al., 2015).

Par rapport aux compétences du·de la psychologue, les client·e·s souhaitent en général qu'il·elle puisse les aider à traiter leurs émotions et qu'il·elle leur enseigne de nouvelles compétences (Swift et al., 2017). En ce qui concerne la personnalité du·de la psychologue, les client·e·s recherchent une personne qui soit empathique, consciencieuse, stable émotionnellement, amicale et authentique (Moors & Zech, 2017; Russell et al., 2020; Swift et al., 2017). Les femmes souhaitent en plus que leur psychologue soit chaleureux·se (Cooper et al., 2019). Par ailleurs, les client·e·s définissent la personnalité idéale de leur psychologue comme ressemblant à celle de leurs ami·e·s proches ou partenaire amoureux·se et non à celle de leurs parents. Cela suggère qu'ils·elles préfèrent interagir avec leur psychologue dans un esprit de collaboration plutôt que dans un rapport d'autorité (Russell et al., 2020). Pour finir, certains auteur·e·s affirment qu'un style d'interaction complémentaire entre le·la psychologue et son·sa client·e est bénéfique (Norcross & Wampold, 2018). Alors que d'autres soutiennent que les client·e·s favorisent un·e psychologue ayant une personnalité similaire à la leur, ce qui leur permet notamment d'augmenter leur alliance thérapeutique (Anestis et al., 2020 ; Taber et al., 2011). Moors et Zech (2017) émettent un avis plus nuancé par rapport à ces

conclusions. Ils avancent que les client·e·s soumis·es recherchent uniquement un·e psychologue chaleureux·se tandis que ceux·celles présentant un style interpersonnel dominant préfèrent un·e psychologue chaleureux·se et dominant·e.

En ce qui concerne le genre du·de la psychologue, ce sont les femmes qui sont le plus enclines à évoquer une préférence (Williams et al., 2016). En effet, elles sont plus susceptibles que les hommes de préférer un psychologue de genre masculin tandis que les hommes, lorsqu'ils ont une préférence, favorisent une psychologue de genre féminin (Black & Gringart, 2018).

2.3. Bénéfices de prendre en compte les préférences

Bien que les préférences varient d'une personne à l'autre, en tenir compte est primordial pour tous les types de client·e·s, indépendamment de leurs caractéristiques socio-démographiques (Swift et al., 2013). En effet, comme nous allons le voir, prendre en compte les préférences thérapeutiques se répercute sur des éléments déterminants du suivi tels que l'engagement du·de la client·e dans la thérapie ainsi que sa volonté ou non d'abandonner, l'alliance thérapeutique que le·la client·e lie avec son·sa psychologue, sa satisfaction par rapport au suivi et pour finir, le résultat de la thérapie.

2.3.1. Meilleur engagement

L'assurance que leurs préférences seront prises en compte peut être l'élément qui permet à certaines personnes réticentes à la thérapie d'en entamer une (Black & Gringart, 2018). Par ailleurs, une fois qu'elles sont entrées dans le processus de la thérapie, prendre en compte les préférences des client·e·s permet également d'augmenter leur engagement (Gibbons et al., 2019; Mick Cooper, 2020; Tompkins et al., 2013).

2.3.2. Diminution de l'abandon

Alors qu'une personne sur cinq abandonne encore prématurément la thérapie (Swift & Greenberg, 2012), différentes études ont été menées afin de déterminer les facteurs qui influencent ce phénomène. Les recherches démontrent que les caractéristiques socio-démographiques du·de la psychologue telles que son âge, son sexe ou son ethnie n'impactent pas sur le taux d'abandons des client·e·s (Swift & Greenberg, 2012). Il en est de même pour les caractéristiques socio-démographiques des client·e·s telles que son genre, son origine ethnique, son état civil (Linardon et al., 2018 ;Swift & Greenberg, 2012) ou encore son niveau

d'éducation (Swift et al., 2018). D'autre part, les études n'ont pas révélé de différence dans le taux d'abandons en fonction de l'orientation théorique du·de la psychologue (Hofmann, 2019 ; Swift & Greenberg, 2014 ; Swift & Greenberg, 2012).

Néanmoins, trois facteurs influencent le taux d'abandons. Tout d'abord les troubles dont sont atteint·e·s les client·e·s impactent le risque d'abandons. Le risque est plus élevé si les client·e·s sont au prise d'un haut niveau de symptômes (Gibbons et al., 2019), de comorbidités, de troubles de la personnalité ou de troubles du comportement alimentaire (Swift & Greenberg, 2012). Ensuite, la définition qu'on lui donne affecte le taux d'abandons. En effet, dans leurs méta-analyses, Swift et Greenberg (2012) et Linardon et al. (2018) expliquent que des définitions différentes peuvent être données à l'abandon. Ainsi, certain·e·s auteur·e·s le définissent comme une incapacité à terminer un protocole de traitement, d'autres comme l'arrêt du suivi avant un nombre déterminé de séances et d'autres encore comme un arrêt de participation du·de la client·e aux séances. Sans qu'une définition de l'abandon ne prévale sur les autres, il convient de retenir que plus la définition est stricte (i.e., terminer l'ensemble des séances du protocole de traitement) et plus le taux d'abandons sera important (Linardon et al., 2018). Pour finir, l'âge du·de la client·e n'obtient pas de consensus dans la littérature quant à son implication sur l'abandon. Alors que Swift et Greenberg avançaient en 2012 que les décrocheur·euse·s sont en général de jeunes adultes, Linardon et ses collègues (2018) affirment que le taux d'abandons chez les adolescent·e·s est plus faible. Par ailleurs, en 2018, Swift et ses collègues considèrent que l'âge n'impacte pas l'abandon.

Au-delà des caractéristiques qui influencent ou non le taux d'abandons, il existe un consensus selon lequel la prise en compte des préférences de la personne permet de diminuer le risque qu'il·elle abandonne (Lindhiem et al., 2014; Mick Cooper, 2020; Moller et al., 2019; Moors & Zech, 2017; Norcross & Wampold, 2018; Swift & Greenberg, 2014; Swift et al., 2011; Swift et al., 2013; Swift et al., 2018; Tompkins et al., 2013; Windle et al., 2020). Swift et al. (2018) et Norcross et Wampold (2018) affirment que le risque d'abandons chez les personnes dont les préférences n'ont pas été interrogées ou respectées est deux fois supérieur à celui des client·e·s dont les préférences ont été prises en compte. En effet, les personnes qui évaluent le traitement hors sujet ou avec un faible accord sur les tâches risquent davantage d'arrêter la thérapie de façon prématurée (Gibbons et al., 2019 ; Swift et al., 2017).

La diminution de l'abandon a plusieurs avantages. En plus de réduire l'impact négatif qu'a l'arrêt de suivi sur le·la client·e, la diminution du taux d'interruption prématurée permet

de réduire le sentiment d'échec que peut ressentir le·la psychologue (Swift & Greenberg, 2014). De plus, la réduction du taux d'abandons est bénéfique pour la clinique. En effet, cela permet de diminuer le nombre de personnes qui surutilisent le système ainsi que le coût financier lié à l'abandon (Swift & Greenberg, 2014; Windle et al., 2020).

2.3.3. Meilleure alliance

L'alliance thérapeutique est une relation de travail dans laquelle le·la client·e et son·sa psychologue collaborent afin d'atteindre l'objectif de la thérapie (Norcross & Lambert, 2018). Elle constitue un facteur commun à toutes les orientations théoriques (Bachelart, 2017 ; McClintock et al., 2014 ; Norcross & Lambert, 2011). Importante pour tous les troubles (Norcross & Lambert, 2018), l'alliance thérapeutique l'est particulièrement pour les personnes qui bénéficient d'un faible soutien social (Windle et al., 2020).

Plusieurs facteurs permettent au·à la psychologue de développer l'alliance thérapeutique, notamment en étant chaleureux avec son·sa client·e (Moors & Zech, 2017), en agissant avec son consentement (Jonas, 2013) et en prenant en compte ses préférences (Drake et al., 2010; Lindhiem et al., 2014; Windle et al., 2020). En effet, savoir que ses préférences sont respectées, permet au·à la patient·e de prendre part au suivi avec une perspective plus positive, ce qui renforce l'alliance thérapeutique qu'il·elle entretient avec son·sa psychologue (Lindhiem et al., 2014). Les psychologues évoquent par contre davantage de difficultés à développer une alliance avec leurs client·e·s lorsque ceux·celles-ci se montrent désagréables (Bucher et al., 2019).

En plus d'être influencée par le trouble du·de la client·e (Norcross & Lambert, 2018), la force de l'alliance thérapeutique fluctue durant la thérapie (Behn et al., 2018 ; Horvath et al., 2011). Ainsi une baisse de l'alliance est ordinaire mais il est nécessaire de reconnaître lorsqu'une rupture de l'alliance thérapeutique survient. En effet, sans cette reconnaissance explicite du·de la psychologue, la résolution de cette crise n'est pas envisageable (Muela Aparicio & Sansinenea Méndez, 2020).

L'alliance thérapeutique est un prédicteur important du résultat de la thérapie (Flückiger et al., 2020; Horvath et al., 2011; Lindhiem et al., 2014; Loos et al., 2017; McClintock et al., 2014; Norcross & Lambert, 2011; Norcross & Lambert, 2018; Patterson et al., 2013). Les client·e·s qui affirment entretenir une alliance forte avec leur psychologue sont plus susceptibles de déclarer de meilleurs résultats et ce peu importe leur symptomatologie, la

compétence du·de la psychologue (Flückiger et al., 2020) ou son orientation théorique (Horvath et al., 2011). De plus les client·e·s jouissant d'une bonne alliance thérapeutique se sentent plus heureux·ses, confiant·e·s et satisfait·e·s à la fin de leur séance (McClintock et al., 2014).

2.3.4. Meilleure satisfaction

La satisfaction résulte de l'interaction entre l'effet que le·la client·e attend de son traitement et ce qu'il·elle expérimente réellement. Ainsi, si un·e client·e a des attentes positives au début du traitement mais qu'elles ne sont pas remplies, le·la client·e sera insatisfait·e. Par contre, si le·la client·e présente peu d'attentes par rapport à la prise en charge mais que par la suite, il·elle la juge comme positive, il·elle sera satisfait·e (Ross et al., 1987).

La satisfaction qu'éprouve le·la patient·e par rapport à son traitement est également influencée par ses caractéristiques socio-démographiques. En effet, les hommes et les femmes au foyer sont statistiquement plus satisfait·e·s de leur traitement que les personnes qui exercent une autre activité (Bermejo et al., 2008). Il est cependant reconnu que prendre en compte les préférences du·de la client·e permet d'augmenter sa satisfaction par rapport à la thérapie (Drake et al., 2010; Lindhiem et al., 2014; Mick Cooper, 2020; Moors & Zech, 2017). Car cela permet, selon Ross et ses collègues (1987), de voir ce qui, dans les attentes des personnes par rapport à la thérapie, est vraiment primordial pour le patient.

Certain·e·s auteur·e·s ont rapporté une relation entre la diminution des symptômes dépressifs et la satisfaction positive (Bermejo et al., 2008), et d'autres affirment que la satisfaction impacte le résultat de la prise en charge dans le cas de troubles de l'adaptation (Rachyla et al., 2016).

2.3.5. Meilleurs résultats

Selon certain·e·s auteur·e·s, c'est l'interaction de différentes variables qui influence le résultat de la thérapie plutôt que l'action spécifique d'une variable (Thurin, 2004a). Ainsi, plusieurs des facteurs évoqués précédemment dans ce chapitre (e.g., engagement, abandon, alliance thérapeutique) sont considérés par certain·e·s comme des variables médiatrices entre la prise en compte de préférences et les résultats. Par exemple, selon Windle et al. (2020), la prise en compte des préférences thérapeutiques n'influence que de manière indirecte les résultats : elle permet d'améliorer l'alliance thérapeutique et de diminuer le taux d'abandons et ce sont ces facteurs qui impactent positivement les résultats. Par ailleurs, Constantino et al.

(2018) affirment que la crédibilité perçue du traitement affecte directement le résultat. Tandis que d'autres auteur·e·s avancent que la relation entre la crédibilité perçue du traitement et le résultat est médiée par l'engagement du·de la client·e (Thompson-Hollands et al., 2014). Rappelons que l'engagement est impacté positivement par la prise en compte des préférences de la personne (Gibbons et al., 2019; Mick Cooper, 2020; Tompkins et al., 2013). Ainsi, prendre en compte les préférences de la personne impacterait indirectement les résultats de la thérapie en augmentant l'engagement du·de la client·e.

D'autres auteur·e·s reconnaissent cependant que la prise en compte des préférences du·de la client·e impacte directement et positivement le résultat de la thérapie (Cooper et al., 2017; Drake et al., 2010; Gibbons et al., 2019; Lindhiem et al., 2014; Moller et al., 2019; Muela Aparicio & Sansinenea Méndez, 2020; Norcross & Lambert, 2018; Norcross & Wampold, 2018; Swift et al., 2011; Swift et al., 2013; Swift et al., 2018; Tompkins et al., 2013). Ainsi, si une personne exprime une préférence pour une thérapie et que cette préférence n'est pas respectée, elle a six fois moins de chance de dire que la thérapie l'a aidée par rapport à une qui n'a pas manifesté de préférence ou qui n'en n'avaient pas (Williams et al., 2016). Cependant, bien qu'il soit important de prendre en compte les préférences de la personne, quelles que soient ses caractéristiques socio-démographiques (Swift et al., 2013), en fonction du diagnostic, son effet varie. En effet, l'influence, sur le résultat de la thérapie, de la prise en compte des préférences la personne est plus importante pour les personnes souffrant de trouble anxieux ou de dépression que pour celles atteintes d'autres troubles (Swift et al., 2018). Alors que l'effet positif sur les résultats de prendre en compte les préférences du·de la client·e atteint·e de maladie mentale grave est moins saillant (Swift et al., 2011).

En résumé, ce deuxième chapitre a permis de différencier les trois types de préférences (i.e., les préférences en matière d'activités, les préférences de traitement et les préférences du·de la psychologue). Ensuite, les bénéfices de la prise en compte des préférences thérapeutiques ont été développés. Cela permet à des personnes qui n'auraient pas débuté une thérapie de franchir le cap. Par ailleurs, une fois la thérapie débutée, la prise en compte des préférences permet d'augmenter l'engagement du·de la client·e dans son suivi et de diminuer le risque d'abandon. De plus, cela permet d'obtenir une meilleure alliance thérapeutique et une satisfaction augmentée vis-à-vis de la thérapie. Ces différents facteurs impactent positivement les résultats de la thérapie.

Chapitre 3 : Comment prendre en compte les préférences thérapeutiques ?

Au regard des informations présentées dans le chapitre 1 et 2, il semble tout à fait pertinent de prendre en compte les préférences thérapeutiques. Avant d'étudier les méthodes de prise en compte des préférences, ce chapitre débutera par une brève mise au point sur les préférences thérapeutiques. Ensuite la communication méta-thérapeutique sera abordée et ce chapitre se clôturera sur les outils permettant d'évaluer les préférences thérapeutiques et plus particulièrement sur le C-NIP.

En vue d'évaluer les préférences thérapeutiques, plusieurs auteur·e·s rappellent, d'une part, l'importance de porter attention aux trois domaines des préférences du·de la client·e (i.e., les préférences en matière d'activités, les préférences de traitement et les préférences du·de la psychologue) (Swift et al., 2018 ; Swift et al., 2011). Et d'autre part, la nécessité d'évaluer les préférences des client·e·s au début du traitement mais également durant celui-ci (Chong et al., 2013a; Swift et al., 2011; Swift et al., 2018; Tompkins et al., 2013). Swift et ses collègues (2018) ainsi que Tompkins et ses collègues (2013) évoquent deux raisons à cela. La première est pour éviter une erreur de jugement. En effet, les personnes qui débutent un suivi peuvent éprouver des difficultés à exprimer leurs préférences et les psychologues peuvent mal les comprendre, c'est pourquoi, une seconde évaluation permet d'éviter les malentendus. La seconde raison d'évaluer les préférences thérapeutiques durant les traitements est que les préférences peuvent changer au cours du temps. Par exemple, une personne peut débuter un suivi pour une phobie en souhaitant que son·sa psychologue lui propose des exercices d'exposition à réaliser à son domicile puis elle peut souhaiter que les séances portent sur son mal-être en général et que le·la psychologue adopte une position moins directive.

Alors que certain·e·s psychologues évaluaient les préférences de traitement de leur client·e en leur posant simplement la question, ce n'est qu'en 2018 que Swift et ses collègues évoquent la pertinence d'utiliser des outils de mesures permettant d'évaluer les préférences des client·e·s en les faisant suivre par un dialogue.

3.1. La communication méta-thérapeutique

La communication méta-thérapeutique permet d'aborder les préférences des client·e·s (Cooper & McLeod, 2012 ; Cooper & Papiyianni, 2017). Elle se définit comme un dialogue entre le·la psychologue et son·sa client·e à propos de la thérapie et de ce qui peut être utile ou

non (Mick Cooper, 2020). Mick Cooper (2020) et Cooper & Papayianni (2017) expliquent qu'il est important de distinguer différents éléments de la communication méta-thérapeutique : l'objet, le moment et l'orientation temporelle.

L'objet de la communication méta-thérapeutique correspond au sujet sur lequel la communication va porter. Dans un dialogue méta-thérapeutique, le·la psychologue et son·sa client·e peuvent parler des traitements utilisés, des différentes tâches demandées, du contenu de la séance qui vient de se dérouler et de comment le·la client·e l'a vécue. Ils·Elles peuvent également aborder les objectifs du travail thérapeutique ainsi que faire le point sur les progrès déjà réalisés.

Le moment de la communication méta-thérapeutique consiste en le « quand » cette communication a lieu. Le·La client·e et son·sa psychologue peuvent entretenir ce type de dialogue au début de la thérapie dans le but de se mettre d'accord sur les préférences de traitement, les objectifs... La communication méta-thérapeutique peut avoir lieu en début d'une séance afin de s'accorder sur quoi celle-ci va porter mais aussi en fin de séance ce qui permet, par exemple, d'aborder la manière dont le·la client·e a vécu le rendez-vous, ou encore, en fin de thérapie afin de faire le point sur ce qui a été réalisé durant l'entièreté du travail thérapeutique.

L'orientation temporelle de la communication méta-thérapeutique concerne elle la tranche de temps à propos de laquelle la métacommunication va porter. Durant cette conversation, le·la psychologue peut revenir avec son·sa client·e sur les séances précédentes en faisant le point sur ce qui a été fait, sur les objectifs fixés... Il·Elle peut également aborder la séance qui va se dérouler en questionnant, par exemple, son·sa client·e sur ce qu'il·elle veut aborder aujourd'hui, sur quoi il·elle voudrait que la séance porte. Le·La psychologue peut également interroger son·sa client·e sur la thérapie dans son entièreté.

Bien que très utile, la communication méta-thérapeutique ne permet pas toujours aux personnes d'exprimer leurs préférences. En effet, certain·e·s client·e·s n'abordent pas leurs préférences lorsque leur psychologue les questionne à ce propos car, d'une part, ils·elles n'ont, par exemple, pas connaissance des différentes options de traitements et, d'autre part, ils·elles ne sont pas sûr·e·s que leurs préférences sont appropriées pour être évoquées (Swift et al., 2011). Dans cette perspective, s'appuyer sur des outils, en plus du dialogue, peut être libérateur.

3.2. L'utilisation d'outils et de tests

3.2.1. La technologie au service de l'évaluation

Certain·e·s auteur·e·s avancent que l'utilisation de la réalité virtuelle serait pertinente pour évaluer les préférences des patient·e·s. En effet, cet outil permet d'immerger les client·e·s dans un environnement virtuel dans lequel le·la psychologue contrôle l'ensemble des variables. Ainsi, pouvoir manipuler divers paramètres tels que le type d'intervention, les caractéristiques du·de la psychologue... permettrait au·à la client·e d'expérimenter rapidement différents formats de thérapies avec des psychologues présentant une multitude de caractéristiques différentes (âge, sexe, origine...). Cela aurait comme bénéfice pour le·la client·e de mieux connaître ses préférences. Cet outil permettrait ainsi un gain de temps dans la recherche du traitement idéal pour la personne (Thorens et al., 2020).

Par ailleurs, Fiorillo et ses collègues avancent en 2020 l'idée qu'au préalable d'une rencontre avec leur psychiatre, les client·e·s pourraient remplir en ligne des questionnaires évaluant leurs préférences de traitement.

3.2.2. Les outils d'aide à la décision de traitement

Les aides à la décision sont des outils qui permettent de faciliter le choix de traitement en matière de soin que les personnes doivent faire. Ainsi, dans un hôpital au Liban, une fois qu'ils·elles ont annoncé le diagnostic au·à la patient·e, les médecins l'orientent vers un service de prise de décision partagée. Ce service permet au·à la patient·e d'interagir avec des outils d'aide à la décision. Ce n'est qu'après avoir pris conscience de l'efficacité de chaque option de traitement et de l'impact qu'elles auront sur leur qualité de vie que les patient·e·s prennent un second rendez-vous chez leur médecin. Lors de celui-ci, le·la professionnel·le et le·la patient·e examinent et discutent des différentes options de traitements puis prennent une décision partagée (Drake et al., 2010). En 2010, Drake et ses collègues regrettent que les aides à la décision de traitement, répandues dans beaucoup de domaines médicaux, ne soient pas disponibles en psychiatrie. En effet, cela permettrait, d'une part, aux client·e·s souffrant de troubles psychiatriques d'obtenir des informations objectives en ce qui concerne les traitements disponibles et, d'autre part, de placer le·la patient·e et ses désirs au centre de la prise de décision.

Cependant, Cooper et Norcross (2015) pointent plusieurs limites des aides à la décision de traitement. Tout d'abord, il est reconnu que la force des préférences du·de la

client·e influence l'impact que peut avoir leur prise en compte ou non. En effet, les conséquences négatives seront plus importantes si les fortes préférences des patient·e·s ne sont pas prises en compte que si de légères préférences sont ignorées (Swift et al., 2011). Cependant, les aides à la décision de traitement nient l'intensité des préférences en fonctionnant sur un mode dichotomique (préférence pour le traitement A par rapport à la préférence pour le traitement B). Deuxièmement, les outils d'aide à la décision ne prennent en compte que les préférences de traitement et ignorent les préférences en matière d'activités et les préférences en ce qui concerne le la psychologue.

C'est face aux limites des outils d'aide à la prise de décision et au manque de tests permettant d'évaluer les préférences des client·e·s dans un contexte de psychologie clinique qu'en 2015 Cooper et Norcross ont développé le C-NIP, présenté ci-dessous.

3.2.3. L'Inventaire des Préférences de Cooper et Norcross

3.2.3.1. Développement

En plus d'évaluer les préférences des client·e·s, le C-NIP, constitué d'items bidirectionnels, prend en compte la force des préférences des client·e·s. En effet, les échelles sont normalisées afin qu'un quart des sujets score comme ayant une forte préférence pour un côté de l'item, tandis que l'autre quart a une forte préférence pour l'autre côté. La moitié des sujets ne présente ainsi pas de fortes préférences (Cooper & Norcross, 2015; Cooper, 2020).

L'Inventaire des Préférences de Cooper et Norcross est disponible en neuf langues (anglais, néerlandais, tchèque, allemand, italien, portugais, roumain, serbe, turque). Il peut être complété en format papier ou en ligne. Cooper et Norcross voulaient ce questionnaire utile et utilisable dans un contexte de psychologie clinique afin d'engager le dialogue avec les client·e·s à propos de leurs préférences thérapeutiques. C'est pourquoi, les deux auteurs n'ont pas hésité à utiliser un nombre restreint d'items afin que la passation du C-NIP soit rapide. Elle ne prend environ que cinq minutes (Cooper, 2020).

Le C-NIP est divisé en deux parties. La première est composée de 18 items. Les sujets sont invités à se situer sur les sept points qui composent chaque item en fonction de leurs préférences thérapeutiques. La seconde partie consiste en 11 questions ouvertes (e.g., le nombre de séances de thérapie souhaité, une préférence pour la langue dans laquelle la thérapie sera engagée...) (Cooper & Norcross, 2015; Cooper, 2020) (annexe 5).

3.2.3.2. Structure factorielle

Cooper et Norcross (2015) évoquent que l'analyse en composante principale des 18 items de la première partie de la version originale du C-NIP a fait ressortir quatre facteurs.

Le premier est nommé « directivité du·de la psychologue vs directivité du·de la client·e » (DP-DC). La cohérence interne de cette sous-échelle est considérée comme bonne ($\alpha = 0,84$). Les cinq items qui composent cette dimension permettent d'évaluer les préférences de rôle qu'a le·la client·e. Il·Elle peut préférer que le·la psychologue prenne les devants en thérapie, ne pas avoir de préférence forte ou bien le·la client·e peut souhaiter que la prise en charge soit non-structurée, ce qui lui permet de prendre une position de meneur·se de la thérapie.

Le second constitue l'échelle appelée « intensité émotionnelle vs réserve émotionnelle » (IE-RE). Il obtient un alpha de Cronbach jugé comme questionnable ($\alpha = 0,67$). Cette échelle évalue si le·la client·e présente le désir ou l'absence de désir d'exprimer des émotions fortes lors de la thérapie. Et s'il·elle souhaite qu'une attention particulière soit portée à la relation thérapeutique qu'il·elle entretient avec son·sa psychologue.

Le troisième facteur est « orientation vers le passé vs orientation vers le présent » (OPA-OPR). Définie par trois items, cette échelle obtient une cohérence interne acceptable ($\alpha = 0,73$). Elle évalue le désir du·de la client·e d'orienter la thérapie sur son passé ou bien sur son présent.

Le quatrième et dernier facteur est nommé « soutien chaleureux vs défi ciblé » (SC-DC). Il fait preuve d'une mauvaise cohérence interne ($\alpha = 0,60$). En cinq items, cette échelle permet de se rendre compte si le·la client·e préfère bénéficier de compréhension et de soutien dans la thérapie ou bien s'il·si elle souhaite que les séances le·la confrontent et constituent un challenge pour lui·elle.

En fluctuant entre un alpha de Cronbach allant de 0,60 à 0,85, la cohérence interne totale du C-NIP varie d'acceptable à bonne (Cooper & Norcross, 2015).

Ces quatre sous-dimensions se retrouvent également dans les huit traductions du C-NIP (Cooper, s. d.).

En résumé, ce chapitre a débuté en rappelant que les trois types de préférences (i.e., préférences en matière d'activités, préférences de traitement et préférences du·de la

psychologue) peuvent changer au cours du temps. C'est pour cette raison qu'il est nécessaire de les évaluer à différents moments de la thérapie. Plusieurs moyens, permettant de prendre en compte les préférences du·de la client·e, ont ensuite été abordés. C'est la communication méta-thérapeutique qui a tout d'abord été évoquée. Elle correspond à un dialogue entre le·la professionnel·le et le·la client·e à propos de la thérapie. Trois éléments de la communication méta-thérapeutique peuvent varier. Premièrement son objet, c'est-à-dire le sujet abordé. Ensuite, son moment, ce qui correspond à quand le dialogue aura lieu. Troisièmement son orientation temporelle qui désigne la tranche de temps à propos de laquelle la communication méta-thérapeutique va porter. Ensuite, différents outils, permettant d'évaluer les préférences des personnes, ont été évoqués. Cette partie du chapitre a débuté en démontrant l'intérêt de l'utilisation de la réalité virtuelle car cela permet au·à la client·e de s'immerger dans une situation dont le·la psychologue peut faire varier chaque détail. Ensuite certain·e·s auteur·e·s ont évoqué la pertinence de la passation de testing évaluant les préférences thérapeutiques au préalable de la rencontre avec le·la professionnel·le. Les outils d'aide à la décision ont par la suite été abordés. Ces outils sont régulièrement utilisés dans le domaine médical. Ils permettent au·à la client·e de faire un choix en matière de traitement. C'est face aux limites des outils d'aide à la décision que ce chapitre a abordé le C-NIP. Cet outil est divisé en deux parties. La première est composée de 18 items qui se divisent en quatre sous-échelles (i.e., directivité du·de la psychologue vs directivité du·de la client·e ; intensité émotionnelle vs réserve émotionnelle ; orientation vers le passé vs orientation vers le présent ; soutien chaleureux vs défi ciblé). La seconde partie est constituée de onze questions ouvertes.

Chapitre 4 : Objectifs et hypothèses

4.1. Objectifs

En constatant l'inexistence de tests validés en français permettant d'évaluer les préférences des client·e·s, nous nous trouvons dans la même impasse que Cooper et Norcross en 2015. L'aboutissement de cette étude permettra la validation en français de l'Inventaire des Préférences de Cooper et de Norcross. Ainsi, la population des psychologues clinicien·ne·s francophones aura davantage la capacité de répondre aux exigences du code de déontologie des psychologues belges et aux exigences de l'Evidence-Based Practice définies par l'APA, à savoir la prise en compte des caractéristiques du·de la client·e, de sa culture et de ses préférences afin de les intégrer aux meilleures recherches disponibles et à l'expertise du·de la clinicien·ne (American Psychological Association & Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006).

Deux études seront réalisées dans ce mémoire : la première correspond à la validation de la version française du C-NIP en répliquant la méthodologie utilisée par Cooper et Norcross en 2015 et la seconde étude concerne l'application du C-NIP en clinique.

4.2. Hypothèses

4.2.1. Étude de réplification de la méthodologie de Cooper et Norcross (2015)

Notre hypothèse est que la réplification de la méthodologie utilisée par Cooper et Norcross (2015) permettra de mettre en évidence les quatre mêmes facteurs déterminant les préférences thérapeutiques (i.e., directivité du·de la psychologue vs directivité du·de la client·e ; intensité émotionnelle vs réserve émotionnelle ; orientation vers le passé vs orientation vers le présent ; soutien chaleureux vs défi ciblé).

4.2.2. Étude d'application du C-NIP en clinique

Nous testerons tout d'abord la validité convergente du C-NIP au moyen de corrélations entre les résultats du·de la client·e au C-NIP et ceux aux vignettes explicatives. Notre première hypothèse est que les corrélations seront positives.

Notre seconde hypothèse est que le score des sujets à l'échelle de crédibilité du traitement, contenue dans le questionnaire évaluant les croyances d'efficacité en la prise en charge, augmente au cours du temps.

Nous supposons que la perception que se font le·la client·e et son·sa psychologue de l'alliance thérapeutique est semblable. Ainsi, notre troisième hypothèse est que le score sur le WAI du·de la client·e est corrélé à celui de son·sa psychologue.

Notre quatrième hypothèse est qu'il existe une corrélation positive entre les résultats du WAI du·de la client·e et sa satisfaction. En effet, nous supposons que plus la personne évalue son alliance thérapeutique comme forte, plus elle est satisfaite de la thérapie.

Nous supposons qu'une amélioration au cours du temps aura lieu, c'est pourquoi notre cinquième hypothèse est que le score du·de la client·e au MI-45 s'améliorera.

Notre dernière hypothèse est que la détresse psychologique influence négativement la satisfaction du·de la client·e.

II-PARTIE EMPIRIQUE

Chapitre 5 : Méthodologie

Le protocole de ce mémoire comprend deux études. La première consiste en la validation de la traduction française du C-NIP, tandis que la seconde permet d'évaluer l'utilisation du C-NIP dans un contexte clinique.

5.1. Étude de réplication de la méthodologie de Cooper et Norcross (2015)

5.1.1. Participant·e·s

5.1.1.1. Critères d'inclusion et de non-inclusion

L'unique critère d'inclusion était d'avoir plus de 18 ans.

5.1.1.2. Considérations éthiques

Cette recherche a été approuvée par le Comité d'Éthique de la Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation de l'ULiège. Avant de la débiter, les participant·e·s ont reçu des explications sur l'étude via le formulaire d'information (annexe 1) et ont pris connaissance du formulaire de consentement (annexe 2).

5.1.1.3. Procédure de recrutement

Le recrutement des sujets s'est déroulé via les réseaux sociaux.

5.1.2. Design expérimental

Cette étude consistait en la passation d'un questionnaire en ligne recueillant les données socio-démographiques du sujet ainsi que de la version française de l'Inventaire des Préférences de Cooper et Norcross. La durée de passation de l'enquête était en moyenne de dix minutes.

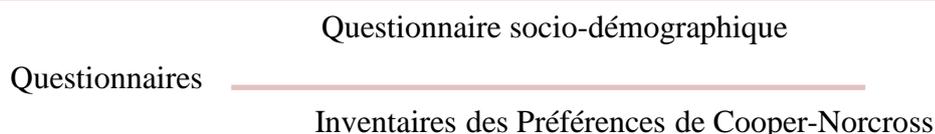


Figure 2 : Représentation schématique du design expérimental de l'étude de réplication de la méthodologie de Cooper et Norcross (2015)

5.1.3. Questionnaires

5.1.3.1. Questionnaire socio-démographique

Le questionnaire est composé de sept questions portant sur le genre, l'âge, l'origine ethnique, le niveau d'étude, le statut conjugal et socio-économique du sujet ainsi que de son historique en terme de suivi psychologique.

5.1.3.2. Inventaire des Préférences de Cooper et Norcross - C-NIP (VO : Cooper & Norcross, 2015 ; VF : Van Vyve et al., 2020) (annexe 5 et annexe 15)

Le C-NIP (Cooper & Norcross, 2015), traduit en 2020 par Wagener et ses collègues (annexe 15), a été développé afin de faciliter le dialogue entre le·la client·e et son·sa psychologue par rapport aux préférences thérapeutiques.

Le C-NIP est divisé en deux parties. La première est composée de 18 items répartis en quatre échelles (i.e., directivité du psychologue vs directivité du client ; intensité émotionnelle vs réserve émotionnelle ; orientation temporelle sur le passé vs orientation temporelle actuelle ; soutien chaleureux vs défi ciblé). Les sujets sont invités à se situer sur les sept points qui composent chaque item en fonction de leurs préférences thérapeutiques. La seconde partie consiste en 11 questions ouvertes (e.g., le nombre de séances de thérapie souhaité, une préférence pour la langue dans laquelle la thérapie sera engagée...).

Sa consistance interne totale est acceptable ($\alpha \geq .60$) (Cooper & Norcross, 2015).

5.1.4. Analyses statistiques

Les logiciels SPSS et SAS 9.4 seront utilisés pour les analyses statistiques.

Afin de connaître le nombre de sujets à recruter, un calcul de puissance réalisé à l'aide du logiciel G*Power a été réalisé à priori. Les résultats de cette analyse sont détaillés au point 6.1.3.

Des statistiques descriptives seront tout d'abord effectuées sur chacune des variables du questionnaire socio-démographique.

Trois types d'opérations seront ensuite réalisées.

Premièrement la sensibilité psychométrique de la traduction française du C-NIP sera évaluée en calculant, pour chaque item, son minimum, son maximum, sa médiane, sa moyenne, son coefficient d'asymétrie ainsi que son coefficient d'aplatissement. Cela permettra d'évaluer la capacité du test à discriminer les sujets.

Ensuite, la validité de construction du C-NIP sera évaluée au moyen d'une analyse factorielle qui permettra de vérifier si les quatre dimensions du C-NIP font sens dans la population francophone.

Pour finir, la fidélité de la traduction française du C-NIP sera testée au moyen de l'alpha de Cronbach ce qui permettra d'évaluer la cohérence interne de chaque sous-échelle.

5.2. Étude d'application du C-NIP en clinique

5.2.1. Participant·e·s

5.2.1.1. Critères d'inclusion et de non-inclusion

Pour participer à cette étude, il était nécessaire, en plus d'être majeur·e, de se présenter au sein de la Clinique Psychologique et Logopédique Universitaire (CPLU) et d'entamer un processus de bilan d'orientation.

5.2.1.2. Considérations éthiques

Cette recherche a été approuvée par le Comité d'Éthique de la Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation de l'ULiège. Les participant·e·s ont reçu le formulaire de consentement (annexe 2) si après avoir obtenu les renseignements nécessaires via la lettre d'information (annexe 3) ils·elles souhaitaient entrer dans le protocole.

5.2.1.3. Procédure de recrutement

Après avoir été informé·e·s des objectifs de l'étude, les client·e·s pouvaient choisir de prendre part ou non au protocole.

5.2.2. Design expérimental

Les psychologues ont tout d'abord dû compléter un questionnaire permettant d'évaluer leur orientation thérapeutique. Ensuite, dans un second temps, ils·elles se sont vu remettre un

questionnaire permettant de mesurer l'alliance thérapeutique qu'ils-elles considèrent entretenir avec leurs client·e·s.

Les client·e·s ont été évalué·e·s à trois reprises. Tout d'abord, ils-elles ont dû, lors de leur second rendez-vous de bilan d'orientation (T0), compléter une série de questionnaires pour une durée totale de quinze minutes. Sur base de leurs résultats à la version française de l'Inventaire des Préférences de Cooper et Norcross, un dialogue a été engagé avec la psychologue chargée du bilan d'orientation et ils-elles ont été dirigé·e·s vers un·e clinicien·ne qui leur convient. Ensuite les questionnaires du temps 1 (T1) et du temps 2 (T2), qui prenaient respectivement environ cinq et quinze minutes pour être complétés, leur ont été envoyés par mail.

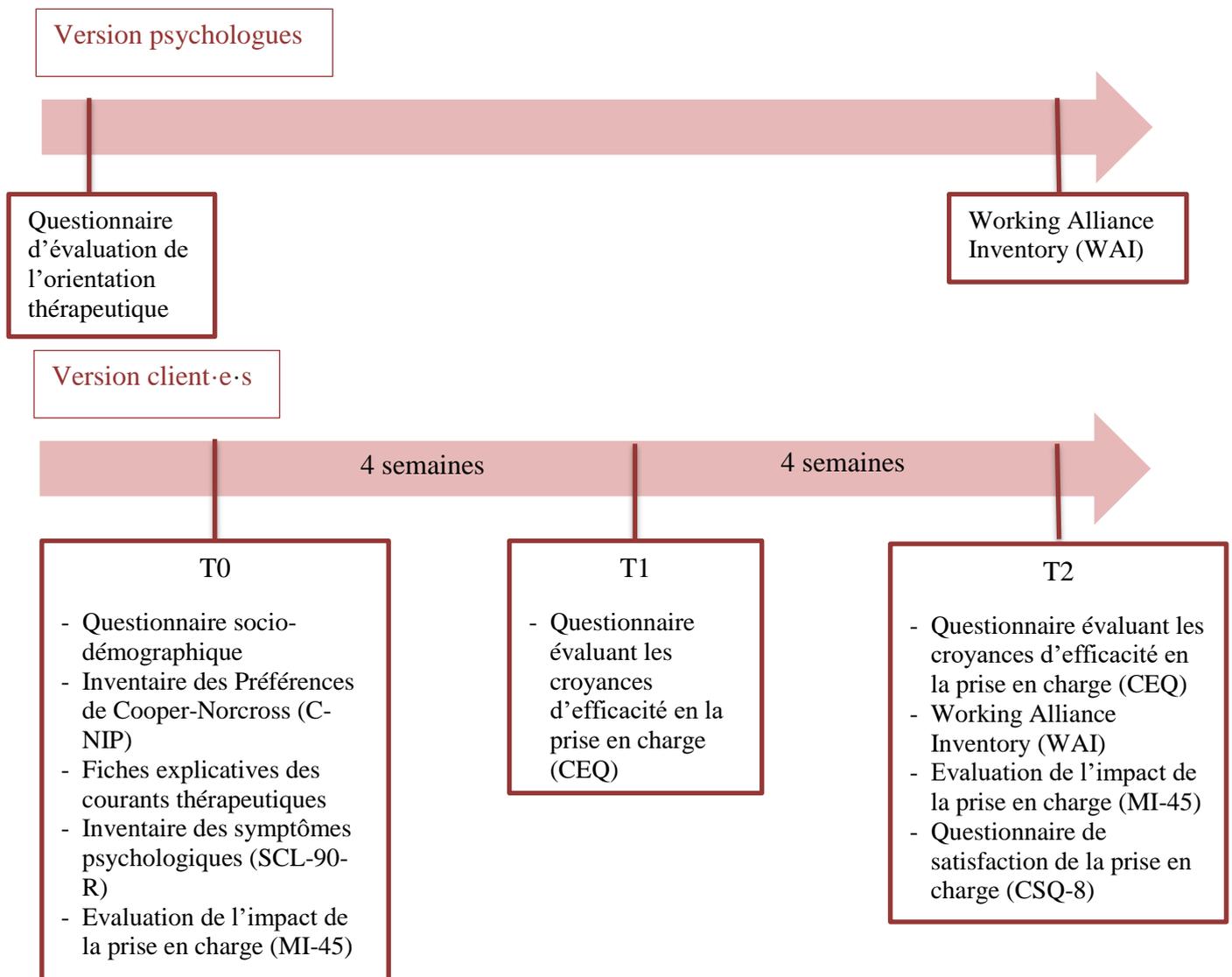


Figure 3: Représentation schématique du design expérimental de l'étude d'application du C-NIP en clinique

5.2.3. Questionnaires

5.2.3.1. Questionnaires destinés aux psychologues

5.2.3.1.1. Questionnaire d'évaluation de l'orientation thérapeutique (annexe 10)

Les psychologues ont été invité·e·s à lire quatre vignettes qui décrivaient chacune une orientation thérapeutique (thérapie cognitivo-comportementale, thérapie humaniste, thérapie systémique et thérapie psychodynamique). Il leur a ensuite été demandé de sélectionner la vignette décrivant le mieux leur pratique.

5.2.3.1.2. Working Alliance Inventory - version du·de la thérapeute - WAI (VO : Horvath & Greenberg, 1989 ; VF: Yohann, 2015) (annexe 12)

Le questionnaire développé par Horvath et Greenberg (Horvath & Greenberg, 1989) permet d'évaluer l'alliance thérapeutique que ressent le·la psychologue avec son·sa client·e. Ce test est composé de 36 items cotés sur une échelle de Likert allant de 1 (jamais) à 7 (toujours). Trois dimensions sont évaluées : la sous-échelle « relation » qui rejoint le développement d'un attachement interpersonnel entre le·la psychologue et le·la client·e, la sous-échelle « objectif » qui évalue l'accord des deux partenaires par rapport aux buts de la thérapie et la sous-échelle « tâche » qui évalue l'efficacité des tâches mises en place durant la thérapie et la collaboration quant à leur exécution.

La consistance interne de ce test est bonne ($\alpha = 0,87$) (Horvath & Greenberg, 1989).

5.2.3.2. Questionnaires destinés aux client·e·s

5.2.3.2.1. Inventaire des Préférences de Cooper et Norcross - C-NIP (VO : Cooper & Norcross, 2015 ; VF : Van Vyve et al., 2020) (annexe 5 et annexe 15)

Nous renvoyons le lecteur au point 5.1.3.2.

5.2.3.2.2. Fiche explicative des courants thérapeutiques (annexe 7)

Comme, à notre connaissance, aucun questionnaire de préférences thérapeutiques n'a été validé en français, les fiches explicatives ont été créées sur base des méthodologies précédemment utilisées par Petronzi et Masciale (Petronzi & Masciale, 2015) ainsi que par Tompkins et al. (Tompkins et al., 2017) pour évaluer les préférences des sujets envers chaque orientation. Nous avons ainsi utilisé une vignette explicative de chacune des quatre

orientations thérapeutiques suivie d'une mesure sous forme d'échelle de Likert de cinq questions (i.e., une approche de ce type aurait de la valeur pour moi ; j'aimerais recevoir un traitement similaire à cette description ; quelle est la probabilité que je commence un traitement de ce type ? ; quelle est la probabilité que je termine un traitement de ce type ? ; dans quelle mesure est-ce que je serais satisfait·e d'un traitement de ce type ?). Ce questionnaire permet d'estimer l'attrait des sujets envers les orientations thérapeutiques. Un score compris entre 5 et 10 désigne une tendance négative vis-à-vis de l'approche, un score de 15 reflète une neutralité tandis que les scores supérieurs à 20 et allant jusqu'à 25 définissent une préférence pour le courant.

5.2.3.2.3. Inventaire des symptômes psychologiques - SCL-90-R (VO : Derogatis & Cleary, 1977 ; VF : Fortin et al., 1989) (annexe 8)

L'inventaire des symptômes psychologiques (Derogatis & Cleary, 1977) mesure la détresse psychologique au cours des sept derniers jours. Les 90 items s'évaluent sur une échelle de Likert allant de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement). Ce questionnaire permet de mesurer neuf types de symptômes : la somatisation, l'obsession-compulsion, la sensibilité interpersonnelle, la dépression, l'anxiété, l'hostilité, l'anxiété phobique, les idéations paranoïaques et les traits psychotiques.

La consistance interne de cet inventaire est excellente ($\alpha = 0,91$) (Fortin et al., 1989).

5.2.3.2.4. Évaluation de l'impact de la prise en charge - MI-45 (VO : Wells et al., 1996 ; VF : Flynn et al., 2002) (annexe 9)

Le questionnaire d'évaluation de l'impact de la prise en charge est la traduction française du « Outcomes questionnaire » de Wells et ses collègues (Wells et al., 1996).

L'évaluation de l'impact de la prise en charge permet de mesurer l'expérience subjective et le fonctionnement global de la personne (Flynn et al., 2002). Ainsi cet outil permet d'observer l'évolution de la personne au cours de la prise en charge.

Ce questionnaire est composé de 45 items répartis en trois dimensions : les symptômes intrapsychiques de détresse, les relations interpersonnelles et la performance des rôles sociaux. Les participant·e·s sont invité·e·s à y répondre sous forme d'une échelle de Likert à cinq niveaux allant de 0 (jamais) à 5 (presque toujours).

Ce test possède une consistance interne excellente ($\alpha = 0,92$) (Flynn et al., 2002).

5.2.3.2.5. Questionnaire évaluant les croyances d'efficacité en la prise en charge - CEQ (VO : Devilly & Borkovec, 2000 ; VF : Coste et al., 2020) (annexe 11)

Le questionnaire élaboré en 2000 par Devilly et Borkovec (Deville & Borkovec, 2000) et traduit en français par Coste et ses collègues (Coste et al., 2020) détermine les croyances d'efficacité en la prise en charge. L'utilisation de ce questionnaire dans un plan longitudinal permet d'appréhender l'évolution des croyances du·de la patient·e quant à l'efficacité de la prise en charge.

Ce test est composé de six items évaluant deux facteurs : la crédibilité du traitement, basée sur les processus de pensée logique de la personne et l'espérance quant aux résultats du traitement, qui se base sur les processus d'affectivité, tels que ceux impliqués dans la foi ou l'espoir.

Les deux sous-échelles de ce questionnaire présentent une consistance interne excellente : l'alpha de Cronbach de l'échelle de crédibilité du traitement est de 0,97 tandis que celui de l'échelle d'espérance est de 0,95 (Coste et al., 2020).

5.2.3.2.6. Working Alliance Inventory - version patient - WAI (VO : Horvath & Greenberg, 1989 ; VF : Guédeney et al., 2005) (annexe 13)

Le questionnaire développé par Horvath et Greenberg (Horvath & Greenberg, 1989) et traduit en français par Guédeney et ses collègues (Guédeney et al., 2005) propose une évaluation de l'alliance thérapeutique que le·la client·e entretient avec son·sa psychologue indépendamment de l'orientation thérapeutique de celui·celle-ci.

L'échelle est composée de 36 items divisés en trois sous-dimensions : la sous-dimension « relation » qui permet de chiffrer l'attachement interpersonnel que le·la client·e estime entretenir avec son·sa psychologue, la sous-dimension « objectifs » qui évalue l'accord du·de la client·e et de son·sa psychologue par rapport aux objectifs de la prise en charge et la sous-dimension « tâches » qui évalue la pertinence des tâches mises en place durant la thérapie.

La consistance interne de ce questionnaire est excellente ($\alpha = 0,93$) (Horvath & Greenberg, 1989).

5.2.3.2.7. Questionnaire de satisfaction de la prise en charge - CSQ-8 (VO : Larsen et al., 1979 ; VF : Sabourin et al., 1989) (annexe 14)

Le questionnaire développé par Larsen et al., (Larsen et al., 1979) est une mesure auto-rapportée qui évalue la satisfaction du·de la client·e vis-à-vis du service de soin de santé qu'il·elle a reçu. Il est composé de huit items dont le format de réponse est une échelle de Likert à quatre niveaux.

Le coefficient de Cronbach de ce questionnaire est de 0,89 ce qui équivaut à une bonne consistance interne (Sabourin et al., 1989).

5.2.4. Analyses statistiques

Le logiciel SAS 9.4 sera utilisé pour les analyses statistiques.

Au préalable de l'étude, une analyse de puissance a été réalisée sur le logiciel G*Power afin de déterminer le nombre de sujets nécessaire. Les données de cette analyse sont disponibles au point 6.2.

Des statistiques descriptives seront tout d'abord réalisées sur les données récoltées grâce au questionnaire socio-démographique.

Ensuite, nous testerons la validité convergente du C-NIP au moyen de corrélations entre les résultats du·de la client·e au C-NIP et ceux aux vignettes explicatives.

Pour finir, nous évaluerons des données plus cliniques. Ainsi, au moyen d'analyses de données à mesures répétées, nous évaluerons si les croyances quant à l'efficacité de la prise en charge évoluent au cours du temps. Nous apparierons les patient·e·s à leur psychologue afin d'évaluer si leur score sur le WAI sont corrélés. Une évaluation de la corrélation entre le score du·de la patient·e et sa satisfaction sera également réalisée. L'évolution des scores au MI-45 évalués au temps 0 et au temps 2 sera testée et pour finir, l'influence de la détresse psychologique du·de la patient·e sur sa satisfaction sera évaluée.

Chapitre 6 : Résultats

6.1. Résultats de l'étude de réplication de la méthodologie de Cooper et Norcross (2015)

Cette section est consacrée à l'analyse des données récoltées dans le cadre de cette étude. L'analyse descriptive de l'échantillon ainsi que l'analyse d'items ont été réalisées sur le logiciel SAS 9.4 et l'analyse factorielle confirmatoire a été réalisée sur le logiciel SPSS avec un seuil de signicativité de 0,05%.

6.1.1. Analyse descriptive de l'échantillon

L'échantillon est composé de 614 personnes. Le tableau 1 présente en détail les données socio-démographiques des sujets.

Tableau 1 : Données socio-démographiques

	Echantillon total (N=614) N (%)
Genre	
Féminin	507 (87,57%)
Masculin	105 (17,10%)
Autre	2 (0,33%)
Age	Moyenne (SD) : 28,52 (13,43)
Statut conjugal	
Célibataire	299 (48,70%)
En couple	297 (48,37%)
Veuf·veuve	9 (1,47%)
Autre	9 (1,47%)
Origine ethnique	
Européenne	570 (98,83%)
Africaine	29 (4,72%)
Asiatique	11 (1,79%)
Américaine	3 (0,49%)
Hispanique	1 (0,16%)
Diplôme	
Secondaire	272 (44,30%)
Bachelier	187 (30,46%)
Master	118 (19,22%)
Doctorat	17 (2,77%)
Autre	16 (2,61%)
Aucun	2 (0,33%)
Primaire	2 (0,33%)
Statut socio-économique	
Etudiant·e	366 (59,61%)
Employé·e	115 (18,73%)
Retraité·e	26 (4,23%)
Indépendant·e	24 (3,91%)
Cadre	16 (2,61%)
Ouvrier·ère	14 (2,28%)
Employé·e et indépendant·e	13 (2,12%)
Employé·e et étudiant·e	12 (1,95%)
En incapacité	12 (1,95%)
Sans emploi	11 (1,79%)
Etudiant·e et indépendant·e	1 (0,16%)
Parent au foyer	1 (0,16%)
Cadre et indépendant·e	1 (0,16%)
Ouvrier·ère et indépendant·e	1 (0,16%)
Etudiant·e et en incapacité	1 (0,16%)

Sur les 614 participant·e·s, 275 personnes (44,79%) n'ont jamais entamé de suivi avec un·e psychologue tandis qu'ils·elles sont 339 (55,21%) à avoir, au cours de leur vie, fait l'expérience de consulter un·e psychologue. Parmi ces personnes ayant expérimenté un suivi psychologique, 223 (65,78%) ne savent pas ou plus de quel courant thérapeutique appartenait leur prise en charge, 41 personnes (12,09%) s'étaient dirigées vers un courant d'inspiration TCC, 32 (9,44%) vers le courant systémique, 22 (6,49%) vers le courant humaniste et pour finir, 21 personnes (6,19%) se sont tournées vers l'orientation psychodynamique.

6.1.2. Analyses d'items

Les statistiques descriptives, contenues dans le tableau 2 qui suit, permettent d'évaluer les propriétés psychométriques du C-NIP. La répartition des valeurs minimum et maximum atteste que les 18 items du C-NIP discriminent effectivement les participant·e·s.

Tableau 2 : Analyses d'items

	Minimum	Maximum	Médiane	Moyenne	Skew	Kurt
Item 1	-3	3	2	1,04	-0,9	-0,25
Item 2	-3	3	1	0,68	-0,45	-0,92
Item 3	-3	3	2	1,96	-1,75	2,83
Item 4	-3	3	1	0,17	-0,21	-1,12
Item 5	-3	3	0	0,01	-0,05	-1,1
Item 6	-3	3	1	1,17	-0,87	0,18
Item 7	-3	3	2	1,37	-1,02	0,52
Item 8	-3	3	1	0,09	-0,09	-1,07
Item 9	-3	3	2	1,62	-1,17	1,08
Item 10	-3	3	0	-0,26	0,15	-0,82
Item 11	-3	3	-1	-0,52	0,35	-0,82
Item 12	-3	3	-1	-0,64	0,37	-0,87
Item 13	-3	3	-1	-1,22	0,88	0,22
Item 14	-3	3	1	0,12	-0,07	-1,2
Item 15	-3	3	2	1,43	-1,11	0,78
Item 16	-3	3	-1	-0,21	0,34	-0,97
Item 17	-3	3	-1	-0,25	0,31	-1,17
Item 18	-3	3	-1,5	-1,31	1,12	1,02

6.1.3. Analyse factorielle

Sur base de l'article de Cooper et Norcross (2015) ayant déjà mis en évidence la structure factorielle de la version anglaise du C-NIP, une analyse factorielle confirmatoire a été réalisée. Dans leur étude, Cooper et Norcross (2015) ont recruté 860 participant·e·s tout-venant âgé·e·s de plus de 18 ans. Toutefois, pour la présente étude, l'analyse de puissance utilisant le logiciel G*Power 3.1.7 et considérant le seuil alpha de 0,05, une puissance statistique de 0,95 et une taille d'effet intermédiaire de 0,25 pour les tests d'adéquation d'indices a révélé la nécessité de recruter 275 adultes. L'échantillon utilisé pour cette étude va au-delà des recommandations étant donné qu'il est composé de 614 sujets.

Les critères de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) et de Bartlett ont été vérifiés au préalable de la réalisation de l'analyse factorielle confirmatoire. L'indice de Kaiser-Meyer-Olkin permet d'évaluer si l'ensemble des variables retenues peut être cohérent et peut se révéler être

une mesure adéquate du concept. Présentement, l'indice de KMO s'élève à 0,69, ce qui est considéré comme dans la norme ($>0,60$). Cela indique que certains groupes de variables sont très corrélés entre eux et peu corrélés avec les autres variables ce qui permet de dégager plusieurs facteurs distincts. Par ailleurs, le résultat du test de sphéricité de Bartlett est significatif ($p < 0,005$). Cela permet d'affirmer que toutes les corrélations ne sont pas égales à zéro, ce qui signifie qu'il est possible de rassembler certains items du C-NIP en des groupes mesurant les mêmes composantes étant donné qu'une corrélation existe entre les items.

Comme cette étude consiste en la réplication de l'étude de validation de Cooper et Norcross (2015), la méthode d'analyse en composantes principales a été appliquée. Cette technique permet d'extraire les facteurs principaux. Les résultats de l'analyse en composantes principales sont présentés dans le tableau 3. Nous pouvons constater que six facteurs expliquent la variance. Cependant, pour rester fidèle à l'étude originelle qui avait retenu quatre facteurs, les quatre premières composantes, qui expliquent le plus la variance, ont été sélectionnées. Les composantes retenues expliquent 42,99% de la variance totale.

Tableau 3 : Variance expliquée par chaque composante

Composante	Valeurs propres initiales			Sommes extraites du carré des changements			Sommes de rotation du carré des changements
	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés	Total
1	2,64	14,65	14,65	2,64	14,65	14,65	2,16
2	2,03	11,28	25,93	2,03	11,28	25,93	1,94
3	1,78	9,87	35,80	1,78	9,87	35,80	1,87
4	1,29	7,18	42,99	1,29	7,18	42,99	2,06
5	1,21	6,75	49,73				
6	1,04	5,76	55,5				
7	0,94	5,20	60,70				
8	0,84	4,69	65,39				
9	0,81	4,48	69,88				
10	0,78	4,31	74,19				
11	0,72	4	78,19				
12	0,68	3,77	81,95				
13	0,64	3,56	85,52				
14	0,61	3,39	88,91				
15	0,56	3,12	92,02				
16	0,55	3,07	95,09				
17	0,51	2,84	97,93				
18	0,37	2,07	100				

Après avoir exécuté la rotation Oblimin avec normalisation de Kaiser, telle que Cooper et Norcross l'avaient utilisée en 2015, la saturation des items sur les quatre composantes principales est obtenue. Celle-ci est présentée dans le tableau 4.

Tableau 4 : Matrice des composantes après rotation

	DP-DC	ORA-ORP	SC-DC	IE-RE
Item 1	0,72	-0,09	-0,06	0,03
Item 2	0,71	-0,04	-0,07	0,13
Item 3	0,60	-0,03	0,03	-0,25
Item 4	0,18	0,04	-0,47	-0,13
Item 5	0,37	-0,01	0,08	0,49
Item 6	0,04	0,02	-0,31	-0,54
Item 7	0,16	-0,08	0,03	-0,64
Item 8	-0,05	0,02	0,16	-0,61
Item 9	0,2	0,17	-0,07	-0,61
Item 10	-0,36	-0,14	0,06	0,05
Item 11	0,16	0,86	0,04	-0,04
Item 12	0,06	0,83	0,08	-0,10
Item 13	-0,26	0,58	0,00	0,08
Item 14	-0,02	0,03	0,61	0,10
Item 15	0,37	-0,21	0,44	-0,26
Item 16	-0,04	-0,08	0,5	-0,12
Item 17	0,06	0,08	0,64	0,02
Item 18	-0,03	0,12	0,49	0,00

La structure factorielle de la version française du C-NIP est similaire à celle de la version originale à l'exception de deux items : l'item 4 qui sature davantage sur l'échelle SC-DC plutôt que sur l'échelle DP-DC et l'item 10 qui se retrouve dans le facteur DP-DC plutôt que dans le facteur IE-RE. La version française du C-NIP suivant la structure factorielle présentée ci-dessus, ainsi que les scores seuils sont disponibles en annexe (annexe 15).

6.1.4. Cohérence interne

La cohérence interne de la version française du C-NIP a été basée sur la structure factorielle française, qui modifiait 2 items par rapport à la structure factorielle de la version anglaise du C-NIP.

La sous-échelle DP-DC obtient un alpha de Cronbach de 0,48 ce qui est qualifié d'inacceptable (<0,5). Les sous-échelles SC-DC et IE-RE obtiennent respectivement un alpha de Cronbach de 0,5 et 0,58 ce qui correspond à un score pauvre (score compris entre 0,5 et 0,6). La sous-échelle OPA-OPR obtient un alpha de Cronbach de 0,63 jugé comme questionnable (score compris entre 0,6 et 0,7).

6.2. Résultats de l'étude d'application du C-NIP en clinique

Sur base d'une analyse de puissance réalisée grâce au logiciel G-power 3.1.7 en considérant le seuil alpha de 0,05, une puissance statistique de 0,95 et une taille d'effet intermédiaire de 0,25 pour la corrélation entre le C-NIP (Cooper & Norcross, 2015), les préférences thérapeutiques évaluées grâce aux vignettes, le WAI (Horvath & Greenberg, 1989), le CEQ (Deville & Borkovec, 2000) et deux mesures de la détresse psychologique (Derogatis, 2004 ; Wells et al., 1996), 164 sujets devaient être recrutés. Cependant, étant donné l'envergure de travail que nécessite la mise au point d'une méthodologie et le temps limité que permet un mémoire pour la récolte de données, il n'a pas été possible de rassembler un échantillon de 164 personnes entamant une thérapie à la CPLU. Ainsi, avec les sept participantes recrutées, la présente étude n'aura pas la prétention de répondre aux hypothèses évoquées au chapitre 4, mais se contentera d'évaluer la faisabilité du protocole de recherche.

6.2.1. Analyse descriptive de l'échantillon

6.2.1.1. Description de l'échantillon des psychologues

Cinq psychologues, toutes de genre féminin, ont répondu à l'enquête évaluant leur orientation thérapeutique. Deux d'entre elles identifient leur pratique autant dans le courant TCC que dans le courant humaniste tandis qu'une psychologue rapporte sa pratique comme appartenant au courant TCC et une autre au courant humaniste. La dernière personne définit sa pratique comme intégrative dans le sens où elle sélectionne une ou plusieurs théories de différents courants en fonction de la situation de son·sa client·e.

6.2.1.2. Description de l'échantillon des client·e·s

Les sept sujets ont été recrutés lorsqu'ils entamaient une prise en charge psychologique à la CPLU. Les sept personnes sont toutes des femmes d'origine européenne et aucune d'entre elles n'a dans le passé expérimenté une prise en charge psychologique. Le reste des données socio-démographiques est présenté dans le tableau 5.

Tableau 5 : Données socio-démographiques

Sujet	Statut conjugal	Age	Diplôme	Socio-économique	Motifs de consultation
1	Mariée, en couple ou cohabitante légale	20	Secondaire supérieur	Etudiante	Trouble de l'humeur, trouble anxieux, problématique relationnelle et mal-être général
2	Mariée, en couple ou cohabitante légale	39	Bachelier	Employée	Trouble de l'humeur, trouble anxieux, trouble alimentaire, trouble obsessionnel compulsif, problématique relationnelle
3	Célibataire	19	Secondaire supérieur	Etudiante	Trouble anxieux, problématique relationnelle, dépendance, mal-être général et autres
4	Célibataire	47	Secondaire inférieur	Employée	Trouble de l'humeur, trouble anxieux, problématique relative au travail et dépendance
5	Mariée, en couple ou cohabitante légale	31	Master	Employée	Trouble de l'humeur et trouble anxieux
6	Célibataire	25	Master	/	Problématique relationnelle et autres
7	Célibataire	29	Master	Employée	Trouble de l'humeur, problématique relative au travail, problématique relationnelle et mal-être général

6.2.2. Analyse qualitative

6.2.2.1. Evaluation T0

Cette évaluation a eu lieu lors du bilan d'orientation des personnes entamant un suivi psychologique à la CPLU. Elle consistait en la passation du C-NIP, de fiches évaluant l'attrait que les personnes ont vis-à-vis des quatre orientations thérapeutiques, de l'inventaire des symptômes psychologiques et du questionnaire d'évaluation de l'impact de la prise en charge. Les résultats aux questionnaires SCL-90 et MI-45 sont présentés dans les annexes 16 et 17 tandis que les résultats au C-NIP et aux vignettes sont présentés dans le tableau 6.

Tableau 6 : Résultats au C-NIP et aux vignettes

Sujet	C-NIP				Vignettes			
	DP-DC	IE-RE	OPA-OPR	SC-DC	TCC	Humaniste	Psychodynamique	Systemique
1	10	4	0	6	8	20	20	13
2	6	5	-1	-2	18	14	16	16
3	9	-5	-4	-4	23	9	5	18
4	7	4	2	3	20	23	25	20
5	6	-3	-4	1	20	17	19	16
6	2	-1	0	-1	20	20	20	20
7	6	-3	-4	-9	20	13	17	16

Les résultats qui correspondent à une préférence ont été mis en gras

L'analyse des résultats démontre que certains sujets, à l'image du sujet 2, n'éprouvent pas de préférences quant à l'orientation de leur prise en charge. Par contre, deux personnes révèlent, via les vignettes, des fortes préférences pour toutes les orientations. C'est le cas du sujet 4 (dont les résultats au C-NIP indiquaient qu'il·elle souhaite un·e psychologue directif·ve, faisant preuve de soutien chaleureux et qui aborde le passé de la personne) et du sujet 6 (dont les scores au C-NIP identifiaient une préférence pour la directivité du·de la client·e et l'orientation vers le passé). Le sujet 1 a révélé une préférence aux vignettes quant aux thérapies de courant humaniste et psychodynamique. Ces résultats sont, en partie, en congruence avec sa volonté d'une prise en charge axée sur le passé et dans laquelle le soutien est chaleureux mais pas quant à sa volonté que le·la psychologue soit directif·ve. Pour finir, les résultats aux vignettes, identifiant une préférence pour la TCC, des sujets 3, 5 et 7 étaient en congruence avec leurs scores au C-NIP.

En ce qui concerne l'analyse des questions ouvertes du C-NIP, une préférence à l'idée d'être suivies par une psychologue de genre féminin s'est fait ressentir chez deux personnes. Trois personnes ont précisé vouloir bénéficier d'une thérapie individuelle tandis que deux personnes envisageaient une modalité mixte : en individuel et en couple pour l'une et en individuel et en groupe pour l'autre. Trois personnes ont exprimé une préférence en ce qui concerne l'orientation : deux préférant l'orientation TCC tandis qu'une voulait se diriger vers une orientation apte à l'aider en fonction de ses objectifs. Les quatre personnes ayant une préférence quant au nombre de séances en voulaient autant que nécessaire mais dans les limites du raisonnable. Une personne souhaitait que les séances durent une heure tandis qu'une autre voulait qu'elles durent d'une heure à une heure trente. Des cinq personnes présentant une préférence pour la fréquence de la thérapie, une voulait un suivi hebdomadaire, une autre le voulait toutes les deux semaines et une autre personne voulait que son suivi soit mensuel. Une autre personne voulait, sans le définir, un suivi régulier tandis que la dernière personne souhaitait, en raison de ses moyens financiers, un suivi à basse fréquence. Deux personnes voulaient un traitement médicamenteux en plus d'une aide psychologique tandis que deux autres personnes étaient contre. Une personne souhaitait utiliser des livres d'aide en plus de la thérapie. Trois personnes ont exprimé de fortes préférences. La première souhaitait que son·sa psychologue soit active durant les séances. Et les deux autres, en référence à ce qu'elles avaient déjà vécu, ne voulaient pas de séance d'EMDR, inefficace pour une, et d'un·e psychologue homophobe. Les critères menant à l'insatisfaction sont divers. Deux personnes seraient insatisfaites si elles ne percevaient pas d'évolution tandis qu'une autre le serait si elle

ne se sentait pas bien avec son·sa psychologue. Tandis qu'une autre personne serait insatisfaite si le contrat thérapeutique n'était pas respecté, une autre estimait que le manque de directivité et de ponctualité du·de la psychologue étaient des éléments déplaisants.

6.2.2.2. Evaluation T1

Cette évaluation, qui s'est déroulée quatre semaines après le T0, consistait en la passation du questionnaire CEQ qui permet d'évaluer les croyances de la personne quant à l'efficacité de la prise en charge thérapeutique. Le design longitudinal présentant ses risques, seul le sujet 2 a répondu, en partie, à cette seconde évaluation. Cependant, étant donné que cette personne a, durant le T0 et le T1, arrêté son suivi à la CPLU pour s'orienter vers un·e psychologue externe, ses données ne seront pas présentées dans cette section, afin de ne pas en tirer des conclusions biaisées.

6.2.2.3. Evaluation T2

Ce dernier temps devait se tenir quatre semaines après le T1. Il consistait en une double évaluation : celle du·de la thérapeute et celle du·de la client·e. L'évaluation à visée du·de la psychologue aurait consisté en la passation du WAI, qui permet de quantifier l'alliance qu'il·elle ressent avec son·sa patient·e. Tandis que l'évaluation du·de la client·e aurait consisté en la passation du CEQ afin d'évaluer une seconde fois les croyances du·de la client·e quant à l'efficacité de la thérapie, du WAI qui évalue l'alliance que le·la patient·e estime entretenir avec son·sa psychologue, du MI-45 qui évalue l'expérience subjective et le fonctionnement global de la personne et du CSQ-8 qui constitue une mesure de satisfaction par rapport à la prise en charge. Cependant, face à la réorientation du sujet 2 et à la non compliance des six autres sujets, il n'a pas été possible de conduire l'évaluation T2.

III-PARTIE RÉFLEXIVE

Chapitre 7 : Discussion

7.1. Étude de réplication de la méthodologie de Cooper et Norcross (2015)

Dans la présente étude une analyse factorielle confirmatoire, une analyse de la consistance interne et une analyse d'items de la version française du C-NIP ont été réalisées.

L'analyse factorielle de la version française du C-NIP a permis de mettre en évidence que les quatre facteurs retenus expliquent 42,99% de la variance totale tandis que les quatre sous-échelles de la version anglaise expliquent 39,10% de la variance totale (Cooper & Norcross, 2015). Par ailleurs, à l'exception de deux items (l'item 4 et l'item 10), la structure factorielle de la version française est similaire à celle de la version anglaise.

L'item 4 (« j'aimerais que le·la thérapeute me donne des « devoirs » à faire VS ne me donne pas de « devoirs » à faire ») sature davantage sur la sous-échelle « soutien chaleureux-défi ciblé » que sur la sous-échelle « directivité du·de la psychologue-directivité du·de la client·e ». Cela pourrait s'expliquer par les items qui composent les sous-échelles. La sous-échelle DP-DC contient des items qui se concentrent sur l'attitude du·de la psychologue ou du·de la client·e, sur la façon dont ils·elles se comportent (e.g., « prenne les devants en thérapie VS me permette de prendre les devants en thérapie ») tandis que les items du pôle « défi ciblé » de la sous-échelle SC-DC correspondent plutôt à l'idée d'atteindre un objectif précis tel que « m'interrompe et me garde concentré·e », « me challenge », « soit dans la confrontation » dans lequel s'incorpore bien l'item « me donne des devoirs ». C'est dans cette perspective que l'item 4 semble mieux s'intégrer à l'échelle évaluant la préférence pour du soutien chaleureux ou celle pour le défi ciblé que la préférence pour la directivité du·de la psychologue ou du·de la client·e.

L'item 10 (« j'aimerais que le·la thérapeute se concentre principalement sur mes sentiments VS se concentre principalement sur mes pensées ») se retrouve davantage dans la dimension « directivité du·de la psychologue-directivité du·de la client·e » plutôt que sur la dimension « intensité émotionnelle-restriction émotionnelle ». Les items de la sous-échelle IE-RE sont axés sur les thèmes de la relation thérapeutique, des émotions et des sentiments. Ils fonctionnent tous en terme de « je veux » ou « je ne veux pas » (e.g., « m'encourage à vivre des émotions difficiles VS ne m'encourage pas à vivre des émotions difficiles » ; « se concentre sur la relation entre nous VS ne se concentre pas sur la relation entre nous »).

L'item 10 est composé du pôle « se concentre principalement sur mes sentiments » qui évalue la préférence pour l'intensité émotionnelle et du pôle « se concentre principalement sur mes pensées » qui devrait évaluer la préférence pour la réserve émotionnelle. Cependant, en plus de ne pas correspondre à la structure des items composant la sous-échelle IE-RE, le pôle « se concentre sur mes pensées » de l'item 10, introduit la notion de « pensées » qui n'est pas abordée par les autres items de cette sous-échelle. De plus, la notion de « se concentre sur mes pensées » ne reflète pas la réserve émotionnelle au sens que l'entendent les autres items. Par contre, l'item pris dans son entièreté (c'est-à-dire avec son pôle par rapport aux sentiments et avec son pôle par rapport aux pensées), correspond davantage à l'échelle DP-DC. En effet, le pôle « se concentre sur mes pensées » est en adéquation avec le pôle « m'apprendre à résoudre mes problèmes » et « donne une structure spécifique à la thérapie » des items 2 et 3 alors que le pôle « se concentre sur mes sentiments » coïncide également avec les deuxièmes parties des items 2 et 3.

Le changement de l'item 4 et de l'item 10 par rapport à la structure factorielle de la version anglaise du C-NIP pourrait également s'expliquer par des échantillons socio-démographiques différents. L'échantillon de la présente étude est en majorité composé de personnes européennes (98,83%) tandis que les personnes recrutées dans l'échantillon de l'étude de Cooper et Norcross étaient à 75,6% Britanniques. De plus, les personnes ayant participé à cette étude ont en moyenne 28,52 ans tandis que la moyenne d'âge de l'échantillon de Cooper et Norcross est de 44,9 ans. Cette différence de nationalité et cet écart d'âge des personnes qui composent les deux échantillons impliquent des cultures différentes. De plus, une différence quant à l'expérience de la psychothérapie est visible : 44,79% des personnes ayant participé à cette étude n'a jamais eu d'expérience en psychothérapie tandis qu'ils-elles n'étaient que 7,6% à n'en avoir jamais fait l'expérience dans l'échantillon de Cooper et Norcross. Ces différences de culture et d'expérimentation d'un suivi psychologique pourraient avoir produit des différences entre les deux groupes quant à leur manière de comprendre et de répondre aux items.

Pour finir, alors que la version turque du C-NIP semble avoir la même structure factorielle que la version anglaise (Özer & Yalçın, 2021), la version française n'est pas la seule à démontrer certaines différences par rapport à la version originelle du C-NIP. En effet, les résultats préliminaires de l'étude de validation de la version allemande du C-NIP attestent que sa structure factorielle est ressemblante à celle de la version anglaise, sans être identique (Heinze, 2020). De son côté, la version portugaise du C-NIP a dû supprimer les items 15 et 18

qui appartiennent tous les deux à la sous-échelle SC-DC (Malosso, 2019). Par ailleurs, les études de validation des traductions du C-NIP en néerlandais, tchèque, italien, roumain et serbe sont toujours en cours. Ces nombreuses études de validation du C-NIP dans différentes langues démontrent l'intérêt grandissant pour le C-NIP.

L'étude de l'alpha de Cronbach des sous-échelles du C-NIP a démontré une consistance interne inacceptable en ce qui concerne la sous-échelle DP-DC ($\alpha = 0,48$), une consistance interne pauvre pour les sous-échelles IE-RE ($\alpha = 0,58$) et SC-DC ($\alpha = 0,5$) et questionnable pour la sous-échelle OPA-OPR ($\alpha = 0,67$). Ces résultats sont en dessous de ceux annoncés par Cooper et Norcross en 2015 qui rapportaient un alpha de Cronbach de 0,84 pour l'échelle DP-DC, de 0,73 pour l'échelle OPA-OPR, de 0,6 pour l'échelle SC-DC et de 0,67 pour l'échelle IE-RE. Cependant, en 2019 Cooper et ses collègues ont rapporté des scores de consistance interne inférieurs à ceux évoqués par Cooper et Norcross en 2015. Ainsi, en fonction de si l'échantillon était constitué de personnes travaillant dans les soins de santé ou non, l'alpha de Cronbach allait de 0,54 à 0,82 pour l'échelle DP-DC, de 0,71 à 0,80 pour la sous-échelle OPA-OPR, de 0,55 à 0,62 pour la sous-échelle de SC-DC et de 0,51 à 0,66 pour la sous-échelle IE-RE. Ces résultats sont plus en adéquation avec ceux de la présente étude. Par ailleurs, bien que l'alpha de Cronbach soit l'indice le plus répandu pour évaluer la consistance interne, il n'est pas le plus fiable (Bourque et al., 2019; Maroco & Garcia-Marques, 2006; Sijtsma, 2008). En effet, d'une part l'alpha de Cronbach dépend du nombre d'items ; ainsi plus le nombre d'items est élevé, meilleur sera l'alpha de Cronbach (Sijtsma, 2008). D'autre part, l'alpha de Cronbach est un indice qui a tendance à sous-estimer la consistance interne réelle (Bourque et al., 2019 ; Sijtsma, 2008 ; Maroco & Garcia-Marques, 2006). Au vu des conditions de la présente étude, à savoir plus de 500 sujets, trois à six items qui composent les quatre sous-échelles et une valeur moyenne des coefficients de saturation de 0,41, Bourque et al. (2019) recommandent d'utiliser l'indice Oméga de McDonald car il permet une estimation plus exacte de la véritable cohérence interne de l'échelle. En attendant, les faibles scores d'alpha de Cronbach rapportés dans la présente étude pourraient s'expliquer en partie par la tendance qu'a l'alpha de Cronbach à sous-estimer la vraie valeur de la fiabilité de la mesure mais également par le faible nombre d'items qui constituent les quatre sous-échelles. Pour finir, bien que la cohérence interne d'un instrument soit importante, Cooper (s. d.) rappelle que le C-NIP n'a pas été créé dans le but de constituer une mesure définitive des préférences mais plutôt avec l'objectif de soutenir le dialogue entre le patient·e et son·sa thérapeute à propos des préférences du·de la client·e.

L'analyse d'items a permis de démontrer que les sujets sont bien répartis sur les dimensions de chaque item. Cette observation permet d'attester de la capacité des items de la version française du C-NIP à discriminer les personnes en fonction du construit qu'ils mesurent. Cette capacité de discrimination se retrouve également dans la version portugaise du C-NIP (Malosso, 2019).

7.2. Étude d'application du C-NIP en clinique

En raison du faible nombre de répondants, cette étude n'a pas permis d'apporter des réponses aux hypothèses évoquées au chapitre 4 ; elle constitue cependant une bonne étude de la faisabilité du protocole expérimental. Elle a en effet permis de mettre en évidence différents obstacles au bon déroulement de l'étude.

Le taux de participation des psychologues de la CPLU à l'enquête, qui leur a été envoyée par mail, évaluant leur orientation thérapeutique est faible. Cela pourrait s'expliquer d'une part par le fait que l'information se soit perdue dans la masse de mails qu'ils-elles reçoivent et d'autre part par un manque de motivation à participer à la présente étude. La mise en place d'une réunion d'information donnée par la mémorante à visée des psychologues de la CPLU aurait pu agir sur ces deux problèmes. En effet, cette réunion aurait eu pour objectif d'exposer aux psychologues l'intérêt de prendre en compte les préférences thérapeutiques du·de la patient·e et de leur expliquer le protocole de cette étude. Ces éléments auraient pu augmenter la motivation des psychologues de la CPLU à s'impliquer dans le projet et, par conséquent, augmenter la probabilité qu'ils-elles prennent la peine de répondre aux deux temps d'évaluation. De plus, à la fin de la réunion, le questionnaire évaluant leur orientation thérapeutique aurait pu être distribué en version papier ou en version électronique, en fonction de leurs préférences, pour que les psychologues puissent le compléter à ce moment.

En ce qui concerne les client·e·s, sept personnes ont pu être recrutées pour la première évaluation. Malgré la possibilité pour les client·e·s de recevoir un sms les avertissant que le second temps de l'étude leur avait été envoyé par mail, ce qui prévenait du risque que les personnes oublient de vérifier leur boîte mail, une seule personne a répondu à l'enquête. Ainsi, le second temps d'évaluation a vu se développer une mortalité expérimentale importante. La mortalité expérimentale définit le risque que les personnes engagées dans un protocole d'étude longitudinale l'abandonnent en raison d'une perte de motivation, d'un décès... (« Les avantages et inconvénients de la recherche longitudinale / Ressources

étudiantes », s. d.). En l'occurrence plusieurs facteurs ont pu augmenter le risque que les participant·e·s abandonnent au cours de l'étude. Tout d'abord, le protocole a fait intervenir une multitude de personnes de contact et d'intervenant·e·s : les sujets ont pris rendez-vous auprès des secrétaires à la CPLU ; ils-elles ont ensuite été dirigé·e·s vers une première psychologue et sa stagiaire afin de réaliser le bilan d'orientation ; la stagiaire leur a ensuite transmis par mail le lien du T0 ; ils-elles ont été ensuite dirigé·e·s vers leur psychologue attitré·e et puis la mémorante les a contacté·e·s par mail afin de leur transmettre le T1. La multitude d'intermédiaires a pu faire ressentir aux client·e·s un climat impersonnel ce qui n'a pas favorisé l'émergence d'un lien de confiance. Ce lien de confiance aurait par contre pu davantage se développer si la mémorante avait eu l'opportunité de rencontrer chaque patient·e lors de son bilan d'orientation et si elle avait pu être l'unique personne de contact qui lui envoyait les liens pour les enquêtes. Un second facteur qui pourrait avoir influencé le haut taux de mortalité expérimentale est qu'à l'idée de devoir investir autant de temps pour répondre au T1 que ce qu'ils-elles n'ont pris pour répondre au T0, les client·e·s se sont démotivé·e·s.

Pour finir, l'analyse des résultats des vignettes ayant pour objectif de faire ressortir les préférences des client·e·s a démontré que 28,57% (2 sujets sur 7) avait une préférence pour les 4 orientations thérapeutiques. Cela pourrait démontrer le manque de capacité de discrimination des vignettes. Ainsi, alors que les vignettes devaient constituer la mesure sur laquelle la validité convergente du C-NIP allait se réaliser, cette étude de faisabilité du protocole a permis de mettre en lumière la nécessité de veiller à ce que les vignettes reflètent effectivement bien chaque courant thérapeutique et que les questions qui suivent les textes mesurent réellement la préférence du·de la client·e.

7.3. Limites et perspectives futures

7.3.1. Limites et perspectives de l'étude de répliation de la méthodologie de Cooper et Norcross (2015)

La présente étude révèle certaines limites dont il est important de pouvoir tenir compte. Tout d'abord, la participation à cette étude, diffusée sur les réseaux sociaux, était volontaire. Ainsi, de part un biais de non-réponse récurrent chez une certaine catégorie démographique, il se pourrait que l'échantillon soit sujet à un biais de sélection. Ce biais peut s'observer en analysant la répartition des personnes qui composent l'échantillon. Il est

composé à 87,57% de femmes, 17,10% d'hommes et de 0,33% qui se définissent comme « autres ». Cette composition n'est pas représentative de la population générale. En effet, la population européenne en 2019 comptait 51% de femmes et 49% d'hommes (« Population, female (% of total population) - European Union | Data », 2019). Cette différence entre le pourcentage de sujets du genre masculin ayant répondu à l'enquête et le pourcentage de sujets masculins présents dans la population européenne limite la possibilité d'inférer les résultats de cette étude à la population européenne.

La présente étude n'a pas permis de réaliser une analyse de comparaison des résultats des personnes au C-NIP avec un autre test. Ainsi, la validité convergente ou divergente, en fonction du test de comparaison qui aurait été utilisé, n'a pas été analysée.

Une étude future qui réaliserait une analyse de la validité de construit du C-NIP en veillant à ce que l'échantillon sélectionné soit représentatif de la population serait pertinente.

7.3.2. Limites et perspectives de l'étude d'application du C-NIP en clinique

La première limite, déjà abordée dans la partie discussion, consiste en le faible taux de participation de la part des psychologues et des patient·e·s mais aussi à la mortalité expérimentale importante observée entre le T0 et le T1.

La seconde limite de l'étude est qu'en cas de réorientation d'un·e patient·e, le protocole expérimental ne permet pas de récolter des informations sur les raisons qui ont mené à cette réorientation. Les patient·e·s peuvent décider de se réorienter pour de multiples raisons comme, par exemple, le fait que le·la professionnel·le ne soit pas assez disponible, qu'au cours de leur suivi, les personnes se rendent compte que certaines caractéristiques du·de la professionnel·le ne leur correspondent pas... C'est pourquoi, à l'avenir, il serait intéressant de prévoir un questionnaire à destination du·de la patient·e ayant décidé de se réorienter ou d'abandonner afin d'évaluer la/les raison(s) qui ont mené à ce choix.

La troisième limite, qui ressort de cette étude est liée à la conception du protocole expérimental. L'objectif originel de cette étude était de vérifier les effets de l'utilisation du C-NIP sur l'alliance thérapeutique que ressent le·la patient·e, sur sa symptomatologie, ses croyances quant à l'efficacité de la prise en charge ainsi que sur sa satisfaction. Le protocole expérimental prévoyait que le temps 1 et le temps 2 se déroulent respectivement 4 semaines et 8 semaines après le temps 0. Cependant, le nombre de rendez-vous dont le·la patient·e aurait bénéficié durant ce laps de temps aurait constitué une variable non contrôlée. En effet, sur ces

4 et 8 semaines, certain·e·s patient·e·s auraient pu profiter d'un rendez-vous hebdomadaire avec leur psychologue tandis que d'autres, auraient pu ne se rendre chez leur psychologue qu'à de plus rares occasions. Sachant, par exemple que l'alliance thérapeutique fluctue au cours de la thérapie (Behn et al., 2018 ; Horvath et al., 2011), il serait plus pertinent de déterminer un nombre de séances après lequel envoyer au·à la patient·e les questionnaires des temps 1 et 2 plutôt que de se baser, comme le prévoyait cette étude, sur un laps de temps prédéfini.

En tenant toujours compte de l'objectif originel de l'étude qui consistait à évaluer le bénéfice de l'utilisation du C-NIP sur différentes variables, aucun groupe contrôle n'était inclus dans le protocole expérimental. Ainsi, même si le nombre de sujets était suffisant, et que les résultats avaient été significatifs, ces bénéfices n'auraient pas pu être imputables à l'utilisation du C-NIP car, sans la présence d'un groupe contrôle qui n'aurait pas bénéficié du C-NIP, la diminution significative des symptômes ou la satisfaction élevée auraient pu être attribuées à d'autres variables. Par exemple, comme le provoque l'effet d'Hawthorne, les personnes auraient pu voir leur motivation, et ainsi leur engagement dans la thérapie, augmenter car elles savaient qu'elles étaient sélectionnées pour participer à cette étude. Cette augmentation de leur motivation aurait pu influencer positivement leurs symptômes (« Connaissez-vous l'expérience d'Hawthorne? », s. d.). Une amélioration des résultats pourrait aussi être influencée par la survenue de l'effet pygmalion qui se produirait car les psychologues auraient eu pleinement confiance en l'effet positif que la prise en charge aura sur les patient·e·s. Ce qui aurait influencé l'impression des patient·e·s de se trouver dans un mieux-être (Boyce, 2021). Pour finir, en commençant un suivi psychologique, à la seule idée qu'ils-elles vont bénéficier d'une prise en charge qui leur sera bénéfique, les client·e·s peuvent voir leurs symptômes diminuer. C'est ce qui s'appelle l'effet placebo (Gadeau, 2009).

Afin de se rendre compte du bénéfice ou non de l'utilisation du C-NIP, il serait pertinent de mener une étude longitudinale comparative. Celle-ci pourrait prendre en compte l'évolution de variables telles que les symptômes, la satisfaction et l'alliance thérapeutique sur deux groupes. Le premier serait constitué de personnes qui auraient été orientées vers un·e psychologue sur base de leurs préférences thérapeutiques, évaluées grâce au C-NIP et le deuxième groupe réunirait des patient·e·s qui consulteraient dans une infrastructure qui n'oriente pas les personnes en fonction de leurs préférences thérapeutiques.

Chapitre 8 : Conclusion

Ce travail, divisé en deux études avait également deux objectifs. Le premier objectif était de valider la version française du C-NIP. Ce questionnaire, élaboré pour une utilisation clinique, est composé de 18 items et de questions ouvertes. Il permet de mesurer les préférences thérapeutiques du·de la patient·e et constitue un support pour le dialogue entre le·la patient·e et le·la psychologue à propos des préférences. La seconde étude visait à évaluer l'utilité clinique du C-NIP.

Malgré la composition de l'échantillon majoritairement féminine et la validité de construction qui n'a pas encore été évaluée, la première étude de ce mémoire a permis de valider la version française du C-NIP alors que, jusqu'à maintenant, un manque de moyen se faisait clairement ressentir. En effet, malgré la recommandation de l'APA quant à la nécessité de prendre en compte les préférences des patient·e·s (American Psychological Association & Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006), aucun test en français ne les évalue. Ainsi, bien que la communication méta-thérapeutique ne permette pas toujours aux personnes d'exprimer leurs préférences (Swift et al., 2011), les psychologues francophones ne disposaient que de cette technique pour tenter d'aborder ce sujet avec leur client·e.

Au regard de la partie théorique qui a développé les bénéfices de prendre en compte les préférences thérapeutiques des client·e·s (e.g., augmentation de l'engagement, de l'alliance avec le·la psychologue, de la satisfaction quant à la prise en charge et diminution de l'abandon), la seconde étude avait comme objectif d'évaluer l'impact de l'utilisation du C-NIP en milieu clinique. Cependant, en raison du faible nombre de sujets, cet objectif n'a pas été atteignable. Mais cette seconde étude, transformée en une étude de faisabilité du protocole, a révélé différentes modifications qu'il conviendrait d'opérer lors de la mise en œuvre future, avec un nombre suffisant de sujets cette fois-ci, de cette étude. Tout d'abord, il est important de prévoir un questionnaire permettant d'évaluer les raisons qui ont mené une personne à se réorienter ou à abandonner le suivi thérapeutique. Ensuite, la présence d'un groupe contrôle, ne bénéficiant pas de l'évaluation des préférences grâce au C-NIP, est également nécessaire.

Bibliographie

Aaron Beck. (s. d.). Apprendre la Psychologie. Consulté le 18 mai 2021, à l'adresse

<https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/aaron-beck.html>

American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002 modifiés à compter du 1er juin 2010 et du 1er janvier 2017 éd.).

American Psychological Association. <https://www.apa.org/ethics/code/index.html>

American Psychological Association & Presidential Task Force on Evidence-Based Practice.

(2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4),

271-285. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.61.4.271>

Analyse transactionnelle (AT) : principe, rôle (s. d.). Ooreka.fr. Consulté le 20 mai 2021, à

l'adresse <https://bien-etre.ooreka.fr/astuce/voir/753183/1-analyse-transactionnelle-at>

Anestis, J. C., Rodriguez, T. R., Preston, O. C., Harrop, T. M., Arnau, R. C., & Finn, J. A.

(2020). Personality assessment and psychotherapy preferences : Congruence between client personality and therapist personality preferences. *Journal of Personality*

Assessment, 1-11. <https://doi.org/10.1080/00223891.2020.1757459>

Approche humaniste existentielle par psychologue et psychothérapeute. (s. d.). Cogicor.

Consulté le 19 mai 2021, à l'adresse <https://www.cogicor.com/approche-humaniste/>

Approche Pearl. (s. d.). *Brève introduction à la psychologie humaniste*. Consulté le 19 février

2020, à l'adresse <https://www.approchepearl.com/psychotherapie-humaniste-2600>

Bachelart, M. (2017). L'approche intégrative en psychothérapie. *Psychothérapies*, 37(3),

171-181. <https://doi.org/10.3917/psys.173.0171>

- Bachelart, M., Bioy, A., & Bénony, H. (2011). Les courants intégratifs en psychothérapie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 169(8), 485-489.
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.11.018>
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. (2007). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1(4), 251-264.
<https://doi.org/10.1002/bs.3830010402>
- Behn, A., Davanzo, A., & Errázuriz, P. (2018). Client and therapist match on gender, age, and income : Does match within the therapeutic dyad predict early growth in the therapeutic alliance ? *Journal of Clinical Psychology*, 74(9), 1403-1421.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22616>
- Béland, S., & Cousineau, D. (2018). Adieu coefficient alpha de Cronbach ! J'ai trouvé plus fidèle que toi. . . . *Revue de psychoéducation*, 47(2), 449-460.
<https://doi.org/10.7202/1054068ar>
- Bermejo, I., Kriston, L., & Härter, M. (2008). Patientenzufriedenheit in der stationären Behandlung depressiver Störungen: soziodemographische, klinische und behandlungsbezogene Prädiktoren. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 17, 97–105.
https://www.researchgate.net/publication/331890344_Patientenzufriedenheit_in_der_stationaeren_Behandlung_depressiver_Stoerungen_soziodemographische_klinische_und_behandlungsbezogene_Pradiktoren
- Beutler, L. E., Edwards, C., & Someah, K. (2018). Adapting psychotherapy to patient reactance level : A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1952-1963. <https://doi.org/10.1002/jclp.22682>

- Beutler, L. E., Kimpara, S., Edwards, C. J., & Miller, K. D. (2018). Fitting psychotherapy to patient coping style : A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1980-1995. <https://doi.org/10.1002/jclp.22684>
- Beutler, L. E., Someah, K., Kimpara, S., & Miller, K. (2016). Selecting the most appropriate treatment for each patient. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(1), 99-108. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.08.001>
- Black, S. C., & Gringart, E. (2018). The relationship between clients' preferences of therapists' sex and mental health support seeking : An exploratory study. *Australian Psychologist*, 54(4), 322-335. <https://doi.org/10.1111/ap.12370>
- Blondeau, C. (2019). *La thérapie psychodynamique : Un mini guide de pratique*. Thanh-Lan Ngô – psychopap. <https://www.psychopap.com/wp-content/uploads/2019/09/Therapie-psychodynamique-final-18-sept.pdf>
- Bourque, J., Doucet, D., LeBlanc, J., Dupuis, J., & Nadeau, J. (2019). L'alpha de Cronbach est l'un des pires estimateurs de la consistance interne : une étude de simulation. *Revue des sciences de l'éducation*, 45(2), 78-99. <https://doi.org/10.7202/1067534ar>
- Boswell, J. F., Constantino, M. J., & Anderson, L. M. (2016). Potential obstacles to treatment success in adults. *Oxford Handbooks Online*, 1-27. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199739134.013.17>
- Boyce, P. (2021, 14 avril). *Pygmalion Effect Definition*. BoyceWire. <https://boycewire.com/pygmalion-effect-definition/>

Bref historique des Thérapies Cognitives, Comportementales et Emotionnelles. (s. d.).

Apprendre la Psychologie. Consulté le 17 mai 2021, à l'adresse <https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/historique.html>

Brison, C., Van Broeck, N., & Zech, E. (2015). La psychologie clinique et l'exercice de la psychothérapie et du counseling en Belgique : Vers une articulation pratique-recherche permettant des soins de santé mentale accessibles, éthiques et efficaces. *Bulletin de psychologie*, 537(3), 255-261. <https://doi.org/10.3917/bupsy.537.0255>

Bucher, M. A., Suzuki, T., & Samuel, D. B. (2019). A meta-analytic review of personality traits and their associations with mental health treatment outcomes. *Clinical Psychology Review*, 70, 1-53. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.04.002>

Buitekant, E. (2020, août 3). *Qu'est-ce que l'humanisme?* Geo. <https://geo.fr/histoire/quest-ce-que-lhumanisme>

Callahan, J. L., Gustafson, S. A., Misner, J. B., Paprocki, C. M., Sauer, E. M., Saules, K. K., Schwartz, J. L., Swift, J. K., Whiteside, D. M., Wierda, K. E., & Wise, E. H. (2014). Introducing the association of psychology training clinics' collaborative research network : A study on client expectancies. *Training and Education in Professional Psychology*, 8(2), 95-104. <https://doi.org/10.1037/tep0000047>

Caro Gabalda, I. (2019). Ética y psicoterapia : Una perspectiva sociocultural. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 73-91. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.304>

Carré, P. (2004). Bandura : une psychologie pour le XXI^e siècle? *Savoirs*, 5(5), 9-50. <https://doi.org/10.3917/savo.hs01.0009>

Chadwell, M. R., Sikorski, J. D., Roberts, H., & Allen, K. D. (2019). Process versus content in delivering ABA services : Does process matter when you have content that works ? *Behavior Analysis : Research and Practice*, 19(1), 14-22.

<https://doi.org/10.1037/bar0000143>

Chapelle, F., & Rusinek, S. (2014). Aide-mémoire - Thérapies comportementales et cognitives - 2e éd. - en 37 notions : en 37 notions. Dans *Thérapies comportementales et cognitives (TCC) : présentation* (2^e éd., p. 1-9). DUNOD.

[https://psychanalyse.com/pdf/THERAPIES%20COMPORTEMENTALES%20ET%20COGNITIVES%20-%20BIBLIO%20\(24%20Pages%20-%20836%20Ko\).pdf](https://psychanalyse.com/pdf/THERAPIES%20COMPORTEMENTALES%20ET%20COGNITIVES%20-%20BIBLIO%20(24%20Pages%20-%20836%20Ko).pdf)

Chong, W. W., Aslani, P., & Chen, T. F. (2013a). Multiple perspectives on shared decision-making and interprofessional collaboration in mental healthcare. *Journal of Interprofessional Care*, 27(3), 223-230.

<https://doi.org/10.3109/13561820.2013.767225>

Chong, W. W., Aslani, P., & Chen, T. F. (2013b). Shared decision-making and interprofessional collaboration in mental healthcare : A qualitative study exploring perceptions of barriers and facilitators. *Journal of Interprofessional Care*, 27(5),

373-379. <https://doi.org/10.3109/13561820.2013.785503>

Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A., & Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, 52(3), 337-345. <https://doi.org/10.1037/pst0000015>

Cogicor. (2017, 1 novembre). *Approche systémique interactionnelle*.

<https://www.cogicor.com/approche-systemique/>

Comité des Ministres du conseil de l'Europe, Recommandation n°R (2000) 5, sur le développement de structures permettant la participation des citoyens et des patients au processus décisionnel concernant les soins de santé (Adoptée par le comité des Ministres le 24 février 2000, lors de la 699^e réunion des Délégués des Ministres)
https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016804cb631

Conditionnement opérant. (s. d.). La psychologie. Consulté le 17 mai 2021, à l'adresse
<https://lapsychologie.weebly.com/conditionnement-opecuterant.html>

Conditionnement répondant. (s. d.). La psychologie. Consulté le 17 mai 2021, à l'adresse
<https://lapsychologie.weebly.com/conditionnement-reacutepondant.html>

Connaissez-vous l'expérience d'Hawthorne? (s. d.). Conseil régional de la formation.
Consulté le 15 mai 2021, à l'adresse
<https://crf.wallonie.be/compasinfo/breve.phpid=38&rub-id=54.html>

Constantino, M. J., Coyne, A. E., Boswell, J. F., Iles, B. R., & Vîslă, A. (2018). A meta-analysis of the association between patients' early perception of treatment credibility and their posttreatment outcomes. *Psychotherapy*, 55(4), 486-495.
<https://doi.org/10.1037/pst0000168>

Cooper, M. (s. d.). *Inventory of Preferences*. Cnipwebsite. Consulté le 26 avril 2021, à l'adresse <https://www.c-nip.net/>

Cooper, M. (2020, 3 octobre). *The Inventory of Preferences (C-NIP) : A User's Guide*. Mick Cooper Training and Consultancy. <https://mick-cooper.squarespace.com/new-blog/2019/6/17/the-inventory-of-preferences-c-nip-a-users-guide>

- Cooper, M., & McLeod, J. (2007). A pluralistic framework for counselling and psychotherapy : Implications for research. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(3), 135-143. <https://doi.org/10.1080/14733140701566282>
- Cooper, M., & McLeod, J. (2012). From either/or to both/and: Developing a pluralistic approach to counselling and psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 14(1), 5-17. <https://doi.org/10.1080/13642537.2012.652389>
- Cooper, M., Messow, C.-M., McConnachie, A., Freire, E., Elliott, R., Heard, D., Williams, C., & Morrison, J. (2017). Patient preference as a predictor of outcomes in a pilot trial of person-centred counselling versus low-intensity cognitive behavioural therapy for persistent sub-threshold and mild depression. *Counselling Psychology Quarterly*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/09515070.2017.1329708>
- Cooper, M., & Norcross, J. C. (2015). A brief, multidimensional measure of clients' therapy preferences : The Cooper-Norcross inventory of preferences (C-NIP). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(1), 87-98. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.08.003>
- Cooper, M., Norcross, J. C., Raymond-Barker, B., & Hogan, T. P. (2019). Psychotherapy preferences of laypersons and mental health professionals : Whose therapy is it ? *Psychotherapy*, 56(2), 205-216. <https://doi.org/10.1037/pst0000226>
- Cooper, M., & Papayianni, F. (2017). Metatherapeutic communication: an exploratory analysis of therapist-reported moments of dialogue regarding the nature of the therapeutic work. *British Journal of Guidance & Counselling*, 46(2), 173-184. <https://doi.org/10.1080/03069885.2017.1305098>

- Coste, J., Tarquinio, C., Rouquette, A., Montel, S., & Pouchot, J. (2020). Cross-cultural adaptation and validation of the french version of the credibility/expectancy questionnaire. Further insights into the measured concepts and their relationships. *Psychologie Française*, 65(2), 173-184. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2018.11.001>
- Côté, C. (2008). Historique de la systémique en santé mentale. Dans *L'approche systémique en santé mentale* (p. 11-60). Presses de l'Université de Montréal.
<https://doi.org/10.4000/books.pum.9884>
- Coulter, A., & Collins, A. (2011). *Making shared decision-making a reality*. King's Fund.
https://www.researchgate.net/publication/230687407_Making_Shared_Decision_Making_a_Reality
- Debray, Q., Granger, B., & Azaïs, F. (2010). Thérapies systémiques. *Psychopathologie de l'adulte*, 413-421. <https://doi.org/10.1016/b978-2-294-70724-7.00022-7>
- Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the scl-90 : A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33(4), 981-989.
[https://doi.org/10.1002/1097-4679\(197710\)33:4<981::AID-JCLP2270330412>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/1097-4679(197710)33:4<981::AID-JCLP2270330412>3.0.CO;2-0)
- Deville, G. J., & Borkovec, T. D. (2000). Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 31(2), 73-86. [https://doi.org/10.1016/s0005-7916\(00\)00012-4](https://doi.org/10.1016/s0005-7916(00)00012-4)
- Devonshire, C. (2011). L'Approche centrée sur la personne et la communication interculturelle. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 1(1), 23-55. <https://doi.org/10.3917/acp.013.0023>

- Drake, R. E. (2018). Is treatment adherence the goal of shared decision making ? *Psychiatric Services*, 69(12), 1195. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.691203>
- Drake, R. E., Deegan, P. E., & Rapp, C. (2010). The promise of shared decision making in mental health. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(1), 7-13. <https://doi.org/10.2975/34.1.2010.7.13>
- Duruz, N. (2011). La psychothérapie individuelle d'orientation systémique : Une thérapie sans famille ? *Thérapie Familiale*, 32(3), 331-347. <https://doi.org/10.3917/TF.113.0331>
- Elchert, D. M., & Gaasedelen, O. J. (2016). Morality and adult attachment style as predictors of psychotherapy process and outcome expectations. *Counseling and Values*, 61(1), 80-96. <https://doi.org/10.1002/cvj.12027>
- Ellis, A. (1993). Reflections on rational-emotive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 199-201. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.61.2.199>
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared decision making : A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361-1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
- Farrelly, S., Lester, H., Rose, D., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W., Henderson, R. C., Szmukler, G., & Thornicroft, G. (2015). Barriers to shared decision making in mental health care : Qualitative study of the joint crisis plan for psychosis. *Health Expectations*, 19(2), 448-458. <https://doi.org/10.1111/hex.12368>

Ferry, M. (s. d.). *Bref historique des thérapies cognitives, comportementales et émotionnelles*.

Apprendre la Psychologie. Consulté le 19 février 2021, à l'adresse

<https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/historique.html>

Fiorillo, A., Barlati, S., Bellomo, A., Corrivetti, G., Nicolò, G., Sampogna, G., Stanga, V., Veltro, F., Maina, G., & Vita, A. (2020). The role of shared decision-making in improving adherence to pharmacological treatments in patients with schizophrenia : A clinical review. *Annals of General Psychiatry, 19*(1), 1-12.

<https://doi.org/10.1186/s12991-020-00293-4>

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wlodosch, D., Horvath, A. O., Solomonov, N., & Wampold, B. E. (2020). Assessing the alliance–outcome association adjusted for patient characteristics and treatment processes : A meta-analytic summary of direct comparisons. *Journal of Counseling Psychology, 67*(6), 706-711.

<https://doi.org/10.1037/cou0000424>

Flynn, R. J., Aubry, T. D., Guindon, S., Tardif, I., Viau, M., & Gallant, A. (2002). Validation d'une version française du Outcome Questionnaire et évaluation d'un service de counselling en milieu clinique. *The Canadian Journal of Program Evaluation, 17*(3),

57-74. <https://psycnet.apa.org/record/2003-99144-003>

Fortin, B. (2018, janvier). *L'approche systémique*. Psychologue.levillage.org.

[http://www.psychologue.levillage.org/sme1020/10.html#:%7E:text=L'approche%20sy, st%20C3%A9miqu%20se%20distingue,%20social%20etc](http://www.psychologue.levillage.org/sme1020/10.html#:%7E:text=L%27approche%20sy, st%20C3%A9miqu%20se%20distingue,%20social%20etc)

Fortin, M. F., Coutu-Wakulczyk, G., & Engelsmann, F. (1989). Contribution to the validation of the SCL-90-R in french-speaking women. *Health Care for Women International, 10*(1), 27-41.

<https://doi.org/10.1080/07399338909515836>

Gadeau, L. (2009). Effet placebo et valeur de sens dans l'évaluation des psychothérapies.

Pratiques Psychologiques, 15(4), 415-425. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2008.05.012>

Garcia, H. A., DeBeer, B. R., Mignogna, J., & Finley, E. P. (2019). Treatments veterans health administration PTSD specialty program providers report their patients prefer :

The role of training and theoretical orientation. *Psychological Trauma : Theory,*

Research, Practice, and Policy, 11(8), 837-841. <https://doi.org/10.1037/tra0000442>

Gerrig, R. & Zimbardo, P. (2013). Thérapeutes et protocoles thérapeutiques. Dans *Psychologie* (Nicolas, S., Trad., 18^e éd., p. 432-459). Pearson Education.

Gibbons, M. B. C., Gallop, R., Thompson, D., Gaines, A., Rieger, A., & Crits-Christoph, P. (2019). Predictors of treatment attendance in cognitive and dynamic therapies for

major depressive disorder delivered in a community mental health setting. *Journal of*

Consulting and Clinical Psychology, 87(8), 745-755.

<https://doi.org/10.1037/ccp0000414>

Goffette, J. (2011). Le consentement du patient et les modèles de la relation médecin-patient.

Dans P. Malzac (Éd.), *Médecine, santé et sciences humaines* (p. 302-311). Les Belles

Lettres. <https://www.lesbelleslettres.com/livre/2845-medecine-sante-et-sciences->

[humaines](https://www.lesbelleslettres.com/livre/2845-medecine-sante-et-sciences-humaines)

Granger, B. (2017). Psychothérapies : Intégrer les différents courants en restant cohérent.

PSN, 15, 25-31. <https://www.cairn.info/revue-psn-2017-3-page-25.htm>

Guédeney, N., Fermanian, J., Curt, F., & Bifulco, A. (2005). Testing the Working Alliance

Inventory (WAI) in a french primary care setting. *Social Psychiatry and Psychiatric*

Epidemiology, 40(10), 844-852. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0972-4>

Hanson, K., Webb, T. L., Sheeran, P., & Turpin, G. (2015). Attitudes and preferences towards self-help treatments for depression in comparison to psychotherapy and antidepressant medication. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(2), 129-139.

<https://doi.org/10.1017/s1352465815000041>

Hazif-Thomas, C., & Pechillon, E. (2018). La recherche de liberté dans le soin psychiatrique : De l'équipotentialité des soins aux programmes de soins. *L'information psychiatrique*, 94, 19-25. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2018-1-page-19.htm>

Heinze, E. P. (2020, 4 décembre). *Psychotherapiepräferenzen*. SoSci Panel.

<https://www.soscpainel.de/studies.php?id=462>

Hofmann, S. G. (2019). Imagine there are no therapy brands, it isn't hard to do.

Psychotherapy Research, 30(3), 297-299.

<https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1630781>

Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). Therapeutic change processes link and clarify targets and outcomes. *World Psychiatry*, 18(3), 287-288. <https://doi.org/10.1002/wps.20664>

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>

Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233.

<https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>

Hoss, A. R. ż., Styła, R. ł., Suszek, H., Kowalski, J., Grochowska, M. ł., & Dąbrowski, J. (2020). Wizerunek psychiatrii, psychologa i psychoterapeuty w mediach. Analiza

polskich tygodników opinii. *Psychiatria*, 17(4), 216-223.

<https://doi.org/10.5603/psych.2020.0036>

Jaeken, M., Verhofstadt, L. L., & Van Broeck, N. (2015). Qu'est-ce qui détermine l'efficacité d'une psychothérapie ? Brève mise à jour scientifique. *Bulletin de psychologie*, 537(3), 237-242. <https://doi.org/10.3917/bupsy.537.0237>

Joly, V. (2008, 18 décembre). *Conditionnement classique et conditionnement opérant*. Psy à Paris. <https://psyaparis.fr/conditionnement-classique-et-conditionnement-operant/>

Jonas, C. (2013). Relation avec le patient : cœur de notre métier. *La Presse Médicale*, 42(1), 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2012.07.019>

Jones, M. C. (1924). The elimination of children's fears. *Journal of Experimental Psychology*, 7(5), 382-390. <http://dx.doi.org/10.1037/h0072283>

Kanter, J., Puspitasari, A., Santos, M., & Nagy, G. (2012). Behavioural activation: History, evidence and promise. *British Journal of Psychiatry*, 200(5), 361-363.
doi:10.1192/bjp.bp.111.103390

Keefe, J. R., Kim, T. T., DeRubeis, R. J., Streiner, D. L., Links, P. S., & McMain, S. F. (2020). Treatment selection in borderline personality disorder between dialectical behavior therapy and psychodynamic psychiatric management. *Psychological Medicine*, 1-9. <https://doi.org/10.1017/s0033291720000550>

Kestemont, P. (2020, 5 juillet). *Les psychothérapies humanistes : Origines, filiations... .* Mieux-Etre.org. <https://www.mieux-etre.org/Les-Psychotherapies-humanistes-origines-filiations.html>

La boîte noire en psychologie. (s. d.). carnets2psycho. Consulté le 28 avril 2021, à l'adresse <https://carnets2psycho.net/theorie/boite-noire.html>

Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction : Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2(3), 197-207. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(79\)90094-6](https://doi.org/10.1016/0149-7189(79)90094-6)

Le Polain de Waroux, G., Baruffol, É., Van Broeck, N., Lietaer, G., & Dekeyser, M. (2005). Orientations et intégration des psychothérapies en Belgique. *Bulletin de psychologie*, Numéro 477(3), 377-386. <https://doi.org/10.3917/bupsy.477.0377>

Les avantages et inconvénients de la recherche longitudinale / Ressources étudiantes. (s. d.). Amenajari. Consulté le 13 mai 2021, à l'adresse <https://fr.amenajari.org/articles/student-resources/the-pros-and-cons-of-longitudinal-research.html>

Les différentes orientations psychothérapeutiques. (s. d.). Association Trajectoires. Consulté le 11 février 2020, à l'adresse <http://trajectoires.ch/faq-psychotherapie/les-differentes-orientations-psychotherapeutiques/>

Linardon, J., Fitzsimmons-Craft, E. E., Brennan, L., Barillaro, M., & Wilfley, D. E. (2018). Dropout from interpersonal psychotherapy for mental health disorders : A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 29(7), 870-881. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1497215>

Lindhiem, O., Bennett, C. B., Trentacosta, C. J., & McLear, C. (2014). Client preferences affect treatment satisfaction, completion, and clinical outcome : A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(6), 506-517. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.06.002>

- Loos, S., Clarke, E., Jordan, H., Puschner, B., Fiorillo, A., Luciano, M., Ivánka, T., Magyar, E., Krogsgaard-Bording, M., Østermark-Sørensen, H., Rössler, W., Kawohl, W., Mayer, B., & Slade, M. (2017). Recovery and decision-making involvement in people with severe mental illness from six countries : A prospective observational study. *BMC Psychiatry, 17*, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1207-4>
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach ? Questões antigas e soluções modernas ? *Laboratório de Psicologia, 4*(1), 65-90. <https://doi.org/10.14417/lp.763>
- Matejkowski, J., & Severson, M. E. (2020). Predictors of shared decision making with people who have a serious mental illness and who are under justice supervision in the community. *International Journal of Law and Psychiatry, 70*, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101568>
- McClintock, A. S., Anderson, T., & Petrarca, A. (2014). Treatment expectations, alliance, session positivity, and outcome : An investigation of a Three-Path mediation model. *Journal of Clinical Psychology, 71*(1), 41-49. <https://doi.org/10.1002/jclp.22119>
- Malosso, M. (2019, décembre). *Adaptation transculturelle au portugais et validation de deux outils pour l'évaluation des préférences des clients en psychothérapie : C-NIP et PEX.PI* (Thèse). https://www.researchgate.net/publication/338901510_ADAPTACAO_TRANSCULTURAL_PARA_O_PORTUGUES_E_VALIDACAO_DE_DUAS_FERRAMENTAS_DE_AVALIACAO_DAS_PREFERENCIAS_DO_CLIENTE_EM_PSIKOTERAPIA_C-NIP_E_PEXPI

Mick Cooper. (2020, 17 mars). *The pluralistic approach to counselling and psychotherapy*

[Vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=z8jBPq8L->

[k4&ab_channel=MickCooper](https://www.youtube.com/watch?v=z8jBPq8L-k4&ab_channel=MickCooper)

Moller, N. P., Ryan, G., Rollings, J., & Barkham, M. (2019). Correction to : The 2018 UK

NHS digital annual report on the improving access to psychological therapies

programme : A brief commentary. *BMC Psychiatry*, *19*(1), 1-5.

<https://doi.org/10.1186/s12888-019-2277-2>

Moors, F., & Zech, E. (2017). The effects of psychotherapist's and clients' interpersonal

behaviors during a first simulated session : A lab study investigating client

satisfaction. *Frontiers in Psychology*, *8*, 1-15.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01868>

Muela Aparicio, A., & Sansinenea Méndez, E. (2020). Personalized psychological treatments

: Clinical instructions. *Papeles del Psicólogo - Psychologist Papers*, *41*(1), 16-26.

<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2915>

Ngô, T.-L. (2014). Les thérapies basées sur l'acceptation et la pleine conscience. *Santé*

mentale au Québec, *38*(2), 35-63. <https://doi.org/10.7202/1023989ar>

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II.

Psychotherapy, *48*(1), 4-8. <https://doi.org/10.1037/a0022180>

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III.

Psychotherapy, *55*(4), 303-315. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>

Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient : Evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1889-1906. <https://doi.org/10.1002/jclp.22678>

Ordre des psychologues du Québec. (s. d.). *Les orientations théoriques*. Consulté le 19 février 2021, à l'adresse <https://www.ordrepsy.qc.ca/web/ordre-des-psychologues-du-quebec/les-orientations-theoriques>

Özer Ö. and Yalçın, İ. (2021). The Turkish adaptation of the Cooper-Norcross inventory of preferences: A validity and reliability study. *Anadolu Journal of Educational Sciences International*, 11(1), 26-44. DOI: 10.18039/ajesi.790673

Park, J., Goode, J., Tompkins, K. A., & Swift, J. K. (2016). Clinical errors that can occur in the treatment decision-making process in psychotherapy. *Psychotherapy*, 53(3), 257-261. <https://doi.org/10.1037/pst0000066>

Patterson, C. L., Anderson, T., & Wei, C. (2013). Clients' pretreatment role expectations, the therapeutic alliance, and clinical outcomes in outpatient therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 70(7), 673-680. <https://doi.org/10.1002/jclp.22054>

Petitjean, F., Gourevitch, R., & Hazif-Thomas, C. (2018). Questions déontologiques dans l'exercice quotidien de la psychiatrie. *EMC psychiatrie*, 1-13. [https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(18\)29169-5](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(18)29169-5)

Petot, J.-M. (2002). Les différentes méthodes de psychothérapie sont-elles également efficaces quelles que soient les différences entre les patients ? *Cahiers de psychologie clinique*, 18(1), 189-205. <https://doi.org/10.3917/cpc.018.0189>

Petronzi, G. J., & Masciale, J. N. (2015). Using personality traits and attachment styles to predict people's preference of psychotherapeutic orientation. *Counselling and Psychotherapy Research*, 15(4), 298-308. <https://doi.org/10.1002/capr.12036>

Pham, A. P., Berman, J. S., & Lewin, R. K. (2019). Does involving patients in treatment decisions affect perceptions of treatments and therapists ? *Psychotherapy Research*, 30(4), 487-494. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620368>

Pires Marques, T. (2017). Global mental health, autonomy and medical paternalism : Reconstructing the 'French ethical tradition' in psychiatry. *History of Psychiatry*, 28(3), 326-343. <https://doi.org/10.1177/0957154x17706475>

Poirier, J. (1984). Carl Rogers ou L'approche centrée sur la personne. *Québec français*, 54, 124-125. <https://id.erudit.org/iderudit/46435ac>

Population, female (% of total population) - European Union | Data. (2019). The world bank data. https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL.FE.ZS?locations=EU&name_desc=true

Prades, P. (2011). L'efficacité des thérapies « Psychodynamiques » : Une validation empirique de la psychanalyse ? *Revue du MAUSS*, 38(2), 51-63. <https://doi.org/10.3917/rdm.038.0051>

Psychologie humaniste : comprendre la psychologie humaniste. (s. d.). Ooreka.fr. Consulté le 19 mai 2021, à l'adresse <https://psychotherapie.ooreka.fr/comprendre/psychologie-humaniste>

Rachyla, I., Royo Grau, O., Molés Amposta, M., & Quero Castellano, S. (2016). El papel de las variables relacionadas con las expectativas y la satisfacción en la eficacia del

tratamiento de los trastornos adaptativos. *Ágora de salud*, 33(3), 311-320.

<https://doi.org/10.6035/agorasalut.2016.3.33>

Ray, W. (2018) Le groupe Palo Alto. Dans: Lebow J., Chambers A., Breunlin D. (eds)

Encyclopedia of Couple and Family Therapy. Springer,

Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-15877-8_596-1

Rector, N. A. (2015). *La thérapie cognitivo-comportementale : Guide d'information*. Centre

for Addiction and Mental Health. [https://www.camh.ca/-/media/files/guides-and-](https://www.camh.ca/-/media/files/guides-and-publications-french/cbt-guide-fr.pdf)

[publications-french/cbt-guide-fr.pdf](https://www.camh.ca/-/media/files/guides-and-publications-french/cbt-guide-fr.pdf)

Rogers, C. R. (1971). *Carl R. Rogers autobiographie*. Appieton-Century-Crofts Division of

Meredifli Publishing Company, p. 20. <https://www.afpacp.fr/textes/doc026.pdf>

Rosner, R. I. (2012). Aaron T. beck's drawings and the psychoanalytic origin story of

cognitive therapy. *History of Psychology*, 15(1), 1-18.

doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0023892>

Ross, C. K., Frommelt, G., Hazelwood, L., & Chang, R. W. (1987). The role of expectations

in patient satisfaction with medical care. *Journal of Health Care Marketing*, 7(4), 16–

26. <https://search.proquest.com/openview/7486b27acbb904f6ab0d7cd358c8901d/1?cbi>

[=36770&pq-origsite=gscholar](https://search.proquest.com/openview/7486b27acbb904f6ab0d7cd358c8901d/1?cbi=36770&pq-origsite=gscholar)

Rotondo, A. (2020) Rethinking Contracts: The Heart of Eric Berne's Transactional

Analysis, *Transactional Analysis Journal*, 50: 3, 236-250, DOI: [10.1080/](https://doi.org/10.1080/03621537.2020.1771032)

[03621537.2020.1771032](https://doi.org/10.1080/03621537.2020.1771032)

- Russell, K. A., Swift, J. K., Penix, E. A., & Whipple, J. L. (2020). Client preferences for the personality characteristics of an ideal therapist. *Counselling Psychology Quarterly*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1733492>
- Sabourin, S., Pérusse, D., & Gendreau, P. (1989). Les qualités psychométriques de la version canadienne-française du Questionnaire de Satisfaction du Consommateur de services psychothérapeutiques (QSC-8 et QSC-18B). *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 21(2), 147-159. <https://doi.org/10.1037/h0079853>
- Sabucedo, P. (2019). Acceptance and commitment therapy (ACT) and humanistic psychotherapy : An integrative approximation. *British Journal of Guidance & Counselling*, 1-15. <https://doi.org/10.1080/03069885.2019.1597016>
- Sandell, R., Clinton, D., Frövenholt, J., & Bragesjö, M. (2011). Credibility clusters, preferences, and helpfulness beliefs for specific forms of psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 84(4), 425-441. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2010.02010.x>
- Sandor-Buthaud, M. (2005). Les différents courants de psychothérapies, leurs champs et leurs délimitations. *Pratiques Psychologiques*, 11(2), 185-190. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2005.05.002>
- Scholl, I., & Barr, P. J. (2017). Incorporating shared decision making in mental health care requires translating knowledge from implementation science. *World Psychiatry*, 16(2), 160-161. <https://doi.org/10.1002/wps.20418>
- Sijtsma, K. (2008). On the Use, the Misuse, and the Very Limited Usefulness of Cronbach's Alpha. *Psychometrika*, 74(1), 107-120. <https://doi.org/10.1007/s11336-008-9101-0>

- Slade, M. (2017). Implementing shared decision making in routine mental health care. *World Psychiatry, 16*(2), 146-153. <https://doi.org/10.1002/wps.20412>
- Stein, D. J., Bass, J. K., Hofmann, S. G., & van Ommeren, M. (2019). Rethinking psychotherapy. *Global Mental Health and Psychotherapy, 1-7*.
<https://doi.org/10.1016/b978-0-12-814932-4.09998-5>
- Swift, J. K., Callahan, J. L., Cooper, M., & Parkin, S. R. (2018). The impact of accommodating client preference in psychotherapy : A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 74*(11), 1924-1937. <https://doi.org/10.1002/jclp.22680>
- Swift, J. K., Callahan, J. L., Ivanovic, M., & Kominiak, N. (2013). Further examination of the psychotherapy preference effect : A meta-regression analysis. *Journal of Psychotherapy Integration, 23*(2), 134-145. <https://doi.org/10.1037/a0031423>
- Swift, J. K., Callahan, J. L., Tompkins, K. A., Connor, D. R., & Dunn, R. (2015). A delay-discounting measure of preference for racial/ethnic matching in psychotherapy. *Psychotherapy, 52*(3), 315-320. <https://doi.org/10.1037/pst0000019>
- Swift, J. K., Callahan, J. L., Vollmer, B. M., (2011). Preferences. Dans J. C. Norcross (Éds.), *Des relations de psychothérapie qui fonctionnent : une réactivité fondée sur des données probantes* (2e éd., p. 301-315). Presse d'université d'Oxford.
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0015>
- Swift, J. K., & Derthick, A. O. (2013). Increasing hope by addressing clients' outcome expectations. *Psychotherapy, 50*(3), 284-287. <https://doi.org/10.1037/a0031941>

Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy : A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547-559.

<https://doi.org/10.1037/a0028226>

Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2014). A treatment by disorder meta-analysis of dropout from psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 193-207.

<https://doi.org/10.1037/a0037512>

Swift, J. K., & Parkin, S. R. (2017). The client as the expert in psychotherapy : What clinicians and researchers can learn about treatment processes and outcomes from psychotherapy clients. *Journal of Clinical Psychology*, 73(11), 1486-1488.

<https://doi.org/10.1002/jclp.22528>

Swift, J. K., Tompkins, K. A., & Parkin, S. R. (2017). Understanding the client's perspective of helpful and hindering events in psychotherapy sessions : A micro-process approach. *Journal of Clinical Psychology*, 73(11), 1543-1555. <https://doi.org/10.1002/jclp.22531>

Taber, B. J., Leibert, T. W., & Agaskar, V. R. (2011). Relationships among client–therapist personality congruence, working alliance, and therapeutic outcome. *Psychotherapy*, 48(4), 376-380. <https://doi.org/10.1037/a0022066>

Tillett, R. (1984). Gestalt therapy in theory and in practice. *British journal of psychiatry*, 231-235. <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/gestalt-therapy-in-theory-and-in-practice/2505F86470F38062F240DC140292A6B8>

Thomas, D. (2017, 17 avril). *La définition de réactance*. Carnet 2 psycho.

<https://carnets2psycho.net/dico/sens-de-reactance.html>

- Thompson-Hollands, J., Bentley, K. H., Gallagher, M. W., Boswell, J. F., & Barlow, D. H. (2014). Credibility and outcome expectancy in the unified protocol : Relationship to outcomes. *Journal of Experimental Psychopathology*, 5(1), 72-82.
<https://doi.org/10.5127/jep.033712>
- Thurin, J.-M. (2004a). Aspects méthodologiques de l'approches psychodynamique (psychanalytique). Dans *Psychothérapie - Trois approches évaluées* (p. 71-103). Inserm.
https://www.researchgate.net/publication/325381228_Aspects_methodologiques_de_l%27approche_psychodynamique_psychanalytique
- Thurin, J.-M. (2004b). Présentation de l'approche psychodynamique (psychanalytique). Dans *Psychothérapie - Trois approches évaluées* (p. 49-69). Inserm.
https://www.researchgate.net/publication/325169331_Presentation_de_l%27approche_psychodynamique_psychanalytique
- Thorens, G., Rothen, S., & Zullino, D. (2020). Un aperçu du futur des thérapies cognitives et comportementales ? *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 171, 3-5. <https://doi.org/10.4414/sanp.2020.03133>
- Tompkins, K. A., Swift, J. K., & Callahan, J. L. (2013). Working with clients by incorporating their preferences. *Psychotherapy*, 50(3), 279-283.
<https://doi.org/10.1037/a0032031>
- Tompkins, K. A., Swift, J. K., Rousmaniere, T. G., & Whipple, J. L. (2017). The relationship between clients' depression etiological beliefs and psychotherapy orientation preferences, expectations, and credibility beliefs. *Psychotherapy*, 54(2), 201-206.
<https://doi.org/10.1037/pst0000070>

- Tzur Bitan, D., & Abayed, S. (2019). Process expectations : Differences between therapists, patients, and lay individuals in their views of what works in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 76(1), 20-30. <https://doi.org/10.1002/jclp.22872>
- Van Vyve, C., Soumoy, L., Willems, S., Wagener, A. (2020). Comment valider la traduction française de l'inventaire des préférences de Cooper et Norcross (2015) ? Article en préparation.
- Vaudan, C., Tripet, B., Corboz-Warnery, A., & Duruz, N. (2009). Y a-t-il une place pour la psychothérapie individuelle en systémique ? *Thérapie Familiale*, 30(3), 379-400. <https://doi.org/10.3917/tf.093.0379>
- Wells, M. G., Burlingame, G. M., Lambert, M. J., Hoag, M. J., & Hope, C. A. (1996). Conceptualization and measurement of patient change during psychotherapy : Development of the Outcome Questionnaire and Youth Outcome Questionnaire. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, 33(2), 275-283. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.33.2.275>
- Williams, R., Farquharson, L., Palmer, L., Bassett, P., Clarke, J., Clark, D. M., & Crawford, M. J. (2016). Patient preference in psychological treatment and associations with self-reported outcome: National cross-sectional survey in England and Wales. *BMC Psychiatry*, 16(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0702-8>
- Windle, E., Tee, H., Sabitova, A., Jovanovic, N., Priebe, S., & Carr, C. (2020). Association of Patient Treatment Preference With Dropout and Clinical Outcomes in Adult Psychosocial Mental Health Interventions. *JAMA Psychiatry*, 77(3), 294-302. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3750>

Yohann, A. (2015). *Traduction du Working Alliance Inventory (WAI) version thérapeute, d'anglais en français, à l'aide d'une traduction aller-retour et d'une méthode de consensus Delph* (Mémoire de maîtrise). Sciences du Vivant.

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01251970>

Image :

Herbane, H. (2013). *Schema de la deuxième topique freudienne* [Illustration]. semantic scholar. <https://www.semanticscholar.org/paper/Dessine-moi-une-maison-%3A-psychanalyse-d%E2%80%99un-de-Herbane/99431d0d0983e45f378a4c73c47c53171b112439/figure/14>

Liste des figures

Figure 1 : Illustration des deux topiques (Herbane, 2013).....	10
Figure 2 : Représentation schématique du design expérimental de l'étude de réplication de la méthodologie de Cooper et Norcross (2015)	47
Figure 3: Représentation schématique du design expérimental de l'étude d'application du C-NIP en clinique.....	50

Liste des tableaux

Tableau 1 : Données socio-démographiques.....	56
Tableau 2 : Analyses d'items	57
Tableau 3 : Variance expliquée par chaque composante	58
Tableau 4 : Matrice des composantes après rotation.....	59
Tableau 5 : Données socio-démographiques.....	61
Tableau 6 : Résultats au C-NIP et aux vignettes	61

Déterminer les préférences thérapeutiques d'un·e patient·e :
Validation de la version française de l'Inventaire
des Préférences de Cooper-Norcross

Malgré les bénéfices reconnus de prendre en compte les préférences thérapeutiques de nos patient·e·s, les psychologues francophones ne disposent pas des ressources leur permettant d'intégrer une telle manœuvre dans leur pratique. Composé de deux études, ce mémoire a pour objectifs de valider la version française de l'Inventaire des Préférences de Cooper et Norcross et d'évaluer son utilité clinique. La première étude a permis de valider la structure factorielle de la version française de l'inventaire des préférences de Cooper et Norcross, malgré la modification de deux items. Transformée en étude de faisabilité du protocole à cause d'un échantillon trop petit, la seconde étude a permis de mettre en évidence plusieurs recommandations en vue d'une mise en œuvre future, avec un échantillon suffisant, de ce protocole.