

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE PRÉSENTÉE À
L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
MARIE-EVE BOUCHARD

ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE, EXPÉRIENCE DU THÉRAPEUTE ET
SATISFACTION DU CLIENT ENVERS LA THÉRAPIE : ÉTUDE DES RELATIONS
ENTRE CES VARIABLES

SEPTEMBRE 2014

Sommaire

L'alliance thérapeutique se caractérise par la relation entre le client et le thérapeute qui se développe au cours d'un suivi thérapeutique. Plusieurs recherches documentent le lien positif entre l'alliance thérapeutique et l'efficacité d'une thérapie, mais celles traitant du développement de l'alliance thérapeutique sont moins nombreuses. Parmi ce champ d'études, l'expérience du thérapeute fait partie des variables qui ont été mises en lien avec l'alliance thérapeutique. Toutefois, à ce jour, ce lien reste encore imprécis. Par ailleurs, la relation entre la satisfaction du client envers sa thérapie et l'alliance thérapeutique a aussi fait l'objet d'études. Cependant, les faiblesses de ces études limitent les conclusions que l'on peut en tirer. Finalement, la relation entre l'expérience du thérapeute et la satisfaction du client envers sa thérapie a également fait l'objet d'études, mais ces résultats sont tout aussi divergents dans la littérature actuelle. Ce projet de recherche visait trois objectifs, soit d'évaluer le lien entre l'expérience du thérapeute et la qualité de l'alliance thérapeutique rapportée par les clients, d'observer la relation entre l'alliance thérapeutique et la satisfaction des clients envers la thérapie dont ils ont bénéficiée et finalement, de mesurer le lien entre l'expérience du thérapeute et la satisfaction du client envers sa thérapie. L'échantillon était constitué de 275 dyades thérapeute/client. Les thérapeutes étaient des doctorants en stage de formation et les clients présentaient des problématiques psychologiques variées. En fin de suivi, les clients ont répondu à deux questionnaires mesurant leur perception de la qualité de l'alliance thérapeutique et leur satisfaction de la thérapie reçue. L'alliance thérapeutique a été analysée à partir du score global du questionnaire et également en fonction de trois

dimensions de l'alliance soit : la *relation*; les *objectifs*; et les *tâches*. Les résultats démontrent que l'alliance thérapeutique globale n'est pas reliée avec l'expérience du thérapeute. Toutefois, un lien positif significatif entre l'expérience du thérapeute et la dimension *tâches* de l'alliance thérapeutique a été observé. Les résultats ont aussi démontré que plus les clients développent une bonne alliance avec leur thérapeute, plus ils sont satisfaits de leur thérapie. Finalement, l'expérience du thérapeute s'est trouvée à être corrélée avec la satisfaction du client envers la thérapie. La discussion propose un retour sur les résultats et offre des explications probables à ces derniers. De plus, les forces et les limites de la présente étude ainsi que des pistes de recherches futures sont explorées.

MOTS-CLÉS : Alliance thérapeutique; expérience du thérapeute; satisfaction de la thérapie; stagiaire en psychologie; interne en psychologie; doctorant en psychologie.

Table des matières

Sommaire	ii
Remerciements	v
Introduction	1
Contexte théorique	7
Concept d'alliance thérapeutique	8
Rôle de l'alliance thérapeutique	10
Variables influençant l'alliance thérapeutique	11
Caractéristiques des patients	11
Caractéristiques des thérapeutes	12
Alliance thérapeutique et expérience du thérapeute	14
Alliance thérapeutique et satisfaction envers la thérapie	25
Expérience du thérapeute et satisfaction envers la thérapie	31
Objectifs et hypothèses	35
Méthode	36
Déroulement	37
Participants	38
Instruments de mesure	39
L'alliance thérapeutique	39
La satisfaction du client envers la thérapie	41
L'expérience du thérapeute	41
Résultats	42
Analyses préliminaires	43
Alliance thérapeutique et expérience du thérapeute	43
Alliance thérapeutique et satisfaction envers la thérapie	46
Expérience du thérapeute et satisfaction du client envers la thérapie	47
Discussion	48
Alliance thérapeutique et expérience du thérapeute	49
Alliance thérapeutique et satisfaction envers la thérapie	57
Expérience du thérapeute et satisfaction envers la thérapie	59
Forces et limites de l'étude et pistes de recherches futures	61
Retombées scientifiques et cliniques	66
Conclusion	69
Références	72
Appendice A. Questionnaires	81

Remerciements

D'abord, merci à la personne qui a été indispensable dans cette recherche et à qui je porte une grande reconnaissance, Guylaine Côté, ma directrice de thèse. Dès le début de cette aventure, j'ai pu compter sur ton souci de bien faire les choses et ton talent de chercheuse que tu avais le désir de me transmettre. Tu as bonifié mon travail, et la complémentarité de nos forces a permis de créer cette thèse de laquelle je suis aujourd'hui très fière. Tu me poussais à la rigueur, tout en faisant preuve de patience face à mes faiblesses. Merci pour tous ces apprentissages. Merci d'avoir écouté mes joies, mes peurs et mes découragements qui ont coloré ce cheminement, ceci m'a permis de poursuivre mon investissement dans ma thèse. Surtout, merci pour ton temps.

Merci à Suzanne Laprise, ta présence chaleureuse a été dans mon doctorat source de réconfort. Ton dévouement pour ton travail et ta contribution à ma thèse ont été indispensables. Merci pour ton temps précieux et ta générosité. Merci au Centre d'intervention psychologique de l'Université de Sherbrooke. Lieu d'apprentissage de plusieurs futurs psychologues qui m'a permis d'utiliser les données recueillies depuis des années. Merci aux participants du CIPUS, sans qui cette thèse n'aurait pas été possible. Merci à Marie Papineau, source de grandes inspirations, qui dans les derniers milles de ma thèse, m'a partagé son expérience et m'a aidée à me relever. Merci à Martin Belzile, Patrick Gosselin, Célia Matte-Gagné et Audrey Brassard qui, alors que j'étais perdue, ont répondu à mon appel. Vous avez tous contribué à ces résultats, Merci!

Mes amies qui ont été d'un soutien moral indispensable et avec qui j'ai pu me sentir comprise et écoutée. Mylène, nos nombreux «pep talk», ont été une source précieuse de motivation. Nos fous rires ont pu dédramatiser tellement de fois mes angoisses. Merci mon amie. Sofia, nos échanges complices et profonds ont permis de donner un sens à mon cheminement. Je me suis sentie soutenue et encouragée par toi. Merci d'avoir été à mes côtés. À ma cohorte, un énorme merci. Nous avons partagé une expérience commune, nous nous sommes compris, aidés, plaints, nous avons ri et ça m'a nourrit. Merci à Audrey, Fanie, Gabriel, Jérôme, Mathieu, Mélanie, Noëlle, Pascal et Virginie.

Merci à ma sœur, Annick, qui m'a offert de son temps, son soutien et son talent si généreusement. Ton souci du détail et ton talent dans l'excellence de la langue française ont permis de bien pallier mes lacunes linguistiques. Je suis très chanceuse de t'avoir eue pour les corrections finales. Tu connais maintenant les moindres détails de l'APA! J'ai bouclé la boucle de ce travail avec toi, avec plaisir et fou rire. Merci.

Merci à mes parents, Danielle et Denis. Vous m'avez offert le plus beau cadeau, la compréhension de ma réalité d'étudiante. Vous m'avez encouragée sans faille à poursuivre mes études doctorales, je vous suis sincèrement reconnaissante pour votre investissement et votre confiance en mes capacités, surtout quand je doutais moi-même de réussir, vous n'avez jamais douté. Votre soutien est la base de ce diplôme, j'ai senti votre fierté et elle m'a poussée à continuer. Depuis toutes ces années que vous m'entendez dire «je fais ma thèse...», la voici, je vous la dois.

Introduction

L'alliance thérapeutique a longtemps fait et continue de faire l'objet d'études. L'intérêt des recherches pour l'alliance thérapeutique s'explique probablement par le fait qu'elle a une incidence non négligeable sur l'issue des thérapies. En effet, l'impact de l'alliance sur l'efficacité thérapeutique n'est plus à établir. Un large éventail de recherches démontre que la qualité de l'alliance thérapeutique entre le thérapeute et le client est un facteur significatif dans le succès d'une thérapie. Plusieurs méta-analyses suggèrent un lien positif entre l'alliance thérapeutique et les résultats obtenus à la suite d'une thérapie (Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000). Ainsi, plus l'alliance thérapeutique est bonne, plus les résultats de la thérapie s'avèrent positifs (Bachelor, 1991; Castonguay & Beutler, 2006; Castonguay, Constantino, & Holtforth, 2006; Gaston, 1990; Greenson, 1965; Lecomte, Savard, Drouin, & Guillon, 2004; Safran, Crocker, McMain, & Murray, 1990).

L'alliance thérapeutique serait aussi un facteur de succès commun à travers les différentes approches de traitement. Peu importe l'approche utilisée par le thérapeute, il se développe entre l'aidant et l'aidé une relation qui mène à l'établissement d'une qualité variable d'alliance thérapeutique. Cette alliance a d'ailleurs le même impact sur l'efficacité à travers les différents contextes d'aide. Les études démontrent qu'une forte alliance thérapeutique amène une contribution positive aux résultats de la thérapie, et ce pour toutes approches et formes de thérapie, que ce soit la thérapie individuelle, de

groupe, de couple, les approches psychodynamiques, gestaltistes, systémiques ou cognitives-comportementales (Lustig, Strauser, Rice, & Rucker, 2002; Saketopoulou, 1999). Ainsi, l'alliance thérapeutique apparaît être un bon indicateur de succès d'une thérapie, toutes approches ou modalités d'application confondues et permet d'apporter une variable commune à ces dernières.

Étant donné son lien étroit avec le succès d'une thérapie, de nombreux auteurs se sont intéressés à l'étude des facteurs pouvant influencer l'alliance thérapeutique. Parmi les études qui portent sur les variables pouvant influencer l'alliance thérapeutique, on retrouve celles qui s'intéressent au niveau d'expérience du thérapeute, lequel est évalué sur la base du nombre d'années de pratique clinique, du nombre d'heures de formation continue et aussi, parfois, selon le nombre d'heures de thérapies individuelles livrées. Il est intéressant de constater que la recension de ces études révèle des résultats bien divergents. Alors que certaines études ne relèvent pas de différences dans le développement de l'alliance thérapeutique en fonction de l'expérience du thérapeute, d'autres confirment qu'une différence est bien présente. Ainsi, dans celles-ci, plus le thérapeute est expérimenté, plus l'alliance thérapeutique serait évaluée positivement (Mallinckrodt & Nelson, 1991; Raytek, McCrady, Epstein, & Hirsch, 1999). Dans d'autres études, cette différence à travers l'expérience du thérapeute apparaît beaucoup moins importante. Ainsi, selon ces études, l'alliance ne se développerait pas différemment en fonction de l'expérience du thérapeute (Dunkle & Friedlander, 1996; Evans-Jones, Peters, & Barker, 2009). De plus, la littérature dévoile même des

recherches qui associent une plus grande expérience à une moins bonne alliance thérapeutique. En effet, certains résultats révéleraient que plus le thérapeute était expérimenté, moins bonne était l'alliance thérapeutique (Lorentzen et al., 2012; Hersoug, Høglend, Havik, Von, & Monsen, 2009b). Cette divergence amène à vouloir éclaircir le lien entre ces variables.

Les études portant sur le concept de l'alliance thérapeutique ont aussi évalué sa relation avec la satisfaction du client envers sa thérapie. L'alliance thérapeutique semble reliée à la satisfaction que retire un client de sa thérapie, puisque les études montrent un lien positif entre l'alliance thérapeutique et la satisfaction du client envers sa thérapie (Bieschke, Bowman, Hopkins, & Levine, 1995; Dearing, Barrick, Dermen, & Walitzer, 2005). Ainsi, selon la littérature, plus l'alliance thérapeutique s'avère bonne, plus le client se dit satisfait de sa thérapie, malgré que ces études présentent des limites méthodologiques qui obscurcissent les conclusions.

Par ailleurs, des chercheurs se sont aussi penchés sur l'exploration de l'effet de l'expérience du thérapeute sur la satisfaction du client envers sa thérapie. Les études ayant exploré ces variables rapportent des résultats divergents. Certaines montrent un impact positif de l'expérience du thérapeute sur la satisfaction, alors que d'autres n'en trouvent aucun (Stein & Lambert, 1984; Moore & Kenning, 1996).

Ainsi, la recension des recherches actuelles permet de constater l'absence d'un consensus concernant la relation entre l'expérience du thérapeute et l'alliance thérapeutique. De plus, étant donné que la plupart des recherches qui portent sur l'expérience du thérapeute et l'alliance thérapeutique ont été effectuées auprès de clients de populations étudiantes, il est pertinent d'évaluer ces variables à partir d'une clientèle clinique provenant de la population générale. Également, vu le lien souvent décelé entre l'alliance thérapeutique et la satisfaction envers la thérapie, ainsi que les limites méthodologiques des études sur lesquelles ce lien repose, l'étude du lien entre ces facteurs demeure toujours pertinente. Finalement, une poursuite de l'étude du lien entre l'expérience du thérapeute et la satisfaction perçue par le client envers sa thérapie s'avère aussi pertinente étant donné les résultats divergents obtenus jusqu'à maintenant sur ces variables.

Le but de cette présente étude sera donc d'évaluer le lien entre l'expérience du thérapeute et l'alliance thérapeutique, entre l'alliance thérapeutique et la satisfaction du client envers la thérapie et, finalement, d'évaluer la relation entre l'expérience du thérapeute et la satisfaction du client envers la thérapie. Pour ce faire, des clients provenant de la population générale, présentant diverses problématiques de santé mentale et ayant eu recours aux services psychologiques du Centre d'intervention psychologique de l'Université de Sherbrooke (CIPUS) répondront à deux questionnaires concernant l'alliance thérapeutique et leur satisfaction envers la thérapie. Cette thèse présentera d'abord une mise en contexte afin de bien comprendre l'étendue des

recherches qui ont porté sur ces variables jusqu'à ce jour. Ensuite, la thèse exposera le déroulement et la méthode employée dans cette étude. Viendront ensuite la présentation et la discussion des résultats des analyses effectuées. Finalement, la thèse se terminera par la présentation des forces et des limites de la recherche actuelle et de ses implications scientifiques et cliniques futures.

Contexte théorique

Dans cette section, le concept et le rôle de l'alliance thérapeutique sont d'abord présentés. Ensuite, les caractéristiques propres aux thérapeutes et aux patients qui sont susceptibles d'influencer l'alliance thérapeutique sont abordées. De plus, les études concernant l'alliance thérapeutique, l'expérience du thérapeute et la satisfaction du client envers la thérapie, ainsi que les liens entre ces concepts sont discutés. Enfin, les objectifs et hypothèses de la présente recherche sont exposés.

Concept d'alliance thérapeutique

Le concept d'alliance thérapeutique a une longue histoire qui remonte à certaines observations de Freud (1912/1966) sur le transfert. En effet, il fut l'un des premiers à souligner l'importance de la relation entre le client et le thérapeute. Selon lui, la relation thérapeutique est une relation basée sur les sentiments d'affection que le client éprouve envers son thérapeute. C'est Sterba, en 1934, qui introduit le terme d'ego alliance. Il identifie, au sein du travail psychanalytique, l'engagement et la participation du patient comme déterminants de l'efficacité de la thérapie. Il indique qu'une relation positive entre le moi raisonnable du patient et le moi analysant du thérapeute est un élément nécessaire au bon fonctionnement d'une thérapie. Bien que Sterba parle d'ego alliance, c'est Zetzel qui introduit le terme d'alliance thérapeutique pour la première fois en 1956. Pour cette auteure, l'alliance thérapeutique représente la répétition de la relation parent-enfant dans l'espace thérapeutique. Dans la continuité de ces travaux, Greenson (1965)

élabore ensuite le concept d'alliance de travail pour souligner la collaboration à parts égales des responsabilités de l'analyste et du patient. Selon lui, la collaboration entre le patient et le thérapeute garantit la formation d'une alliance thérapeutique. Finalement, Gelson et Carter (1985) décrivent l'alliance thérapeutique comme un alignement émotionnel entre le client et le thérapeute qui engage vers l'auto-observation des aspects du client et du travail thérapeutique.

Plusieurs définitions de l'alliance furent développées au fil des années, mais il existe toutefois un certain consensus autour de celle proposée par Bordin (1979). Pour lui, l'alliance thérapeutique se caractérise, d'une part, par le développement d'un lien d'attachement entre le client et le thérapeute et, d'autre part, par la collaboration entre eux en vue de définir les objectifs de la thérapie et d'effectuer les tâches menant à ces objectifs. Cette conceptualisation est éclectique et conçue pour être généralisable aux formes variées de psychothérapie. Bordin (1979) décrit distinctement trois dimensions de l'alliance thérapeutique : la *relation*, qui est identifiée par un profond lien de confiance et d'attachement entre le client et le thérapeute; les *objectifs*, qui sont définis comme le degré d'accord entre le thérapeute et le client en regard aux objectifs de la thérapie; les *tâches*, qui se décrivent comme la collaboration dans la réalisation des tâches menant aux objectifs de la thérapie. Cette définition est celle qui fait le plus consensus et est donc la plus utilisée. D'ailleurs, elle a donné lieu au développement d'un outil mesurant l'alliance thérapeutique qui est l'un des plus utilisés dans la

littérature sur le sujet : le *Working Alliance Inventory* (WAI; Horvath & Greenberg, 1989).

Rôle de l'alliance thérapeutique

Gaston (1990) a effectué une recension des écrits sur le rôle de l'alliance thérapeutique. Elle rapporte que, selon les études sur le sujet, le rôle principal de l'alliance thérapeutique est de permettre à la fois au thérapeute d'élaborer des interventions plus adéquates pour son client et au client d'être plus ouvert face aux interventions du thérapeute. Ainsi, il semble que l'alliance thérapeutique crée un contexte permettant au thérapeute de réguler ses interventions tout en fournissant un environnement favorable dans lequel le client reçoit mieux les interventions du thérapeute. D'ailleurs, pour Horvath et Luborsky (1993), l'alliance thérapeutique ne remplace pas les interventions du thérapeute, mais elle rend possible l'acceptation des interventions et du traitement de la part du client et elle lui permet de poursuivre le suivi. De leur côté, Gelso et Fretz (1992) indiquent qu'une forte alliance thérapeutique permet au patient de continuer à venir aux rendez-vous malgré les moments difficiles.

De plus, Greenberg and Safran (1989) soulignent que l'alliance thérapeutique crée un contexte favorable à l'expression et à l'exploration des émotions du client et qu'elle facilite le travail thérapeutique. Ainsi, il semble que le contexte favorable au traitement qu'offre l'alliance thérapeutique, en facilitant l'interaction entre le client et le thérapeute, contribue au succès thérapeutique. Il n'est donc pas étonnant que, comme mentionné

précédemment, l'alliance thérapeutique soit fortement reliée aux résultats d'une thérapie (Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000).

Finalement, Frieswyk et al. (1986), suggèrent que pour les patients présentant d'importants déficits interpersonnels, le développement de l'alliance est un achèvement thérapeutique en soi et amène des améliorations dans la qualité des relations interpersonnelles à l'extérieur de la thérapie. D'ailleurs, certaines caractéristiques des clients joueraient un rôle dans le développement de l'alliance thérapeutique.

Variables influençant l'alliance thérapeutique

Caractéristiques des patients

Parmi les recherches qui approfondissent la compréhension de l'alliance thérapeutique, se retrouvent celles qui portent sur les variables pouvant influencer le développement de l'alliance. Des études ont été réalisées afin de comprendre l'influence qu'ont diverses caractéristiques des patients sur le développement de l'alliance thérapeutique. Les caractéristiques propres aux patients qui ont habituellement fait l'objet d'études sont la sévérité de leurs symptômes, le soutien social qu'ils perçoivent, l'attention maternelle reçue, les expériences interpersonnelles positives, la détresse interpersonnelle et l'affiliation interpersonnelle.

Horvath (1994) s'est intéressé à l'effet de la sévérité des symptômes des clients sur l'établissement de l'alliance thérapeutique et a conclu que celle-ci n'affectait pas le développement de l'alliance thérapeutique. Par ailleurs, une autre étude montre que le soutien social perçu du client, évalué par la satisfaction de la qualité de ses relations interpersonnelles, serait positivement relié à la qualité de l'alliance thérapeutique qu'il percevra dans sa thérapie (Mallinckrodt, 1991). Alors, selon cette étude, plus un client perçoit son soutien social élevé dans ses relations interpersonnelles, plus il aura tendance à percevoir une forte alliance thérapeutique avec son thérapeute. Selon une autre étude, les clients ayant reçu une bonne attention maternelle et vécu des expériences interpersonnelles positives développeraient un plus haut taux d'alliance thérapeutique avec leur thérapeute (Hersoug, Høglend, Havik, Von, & Monsen, 2009a). Finalement, Constantino et Smith-Hansen (2008) ont évalué le lien entre la détresse interpersonnelle du client et l'alliance thérapeutique développée entre celui-ci et son thérapeute. Ils ont trouvé que la détresse interpersonnelle était reliée négativement à l'alliance thérapeutique. Ainsi, dans cette étude, plus la détresse interpersonnelle du client était basse plus l'alliance thérapeutique était élevée.

Caractéristiques des thérapeutes

Des recherches ont porté sur l'étude des caractéristiques des thérapeutes qui pourraient influencer le développement de l'alliance thérapeutique (Dinger, Strack, Leichsenring, Wilmers, & Schauenburg, 2008). À titre d'exemple, une étude a évalué le style d'attachement du thérapeute et sa relation avec l'alliance thérapeutique et les

résultats de la thérapie. Le style d'attachement a été évalué à l'aide du *Adult Attachment Interview* (AAI). Les personnes ayant un style d'attachement sécurisé se caractérisent comme ayant une histoire de relations stables, une tendance à avoir une image positive d'elles-mêmes et à anticiper des réactions positives de la part des autres. D'après les résultats de cette étude, les thérapeutes ayant un type d'attachement sécurisé développeraient une meilleure alliance avec les clients présentant des difficultés interpersonnelles et obtiendraient de meilleurs résultats en thérapie. Les auteurs expliquent ces résultats par le fait que les thérapeutes qui ont un style d'attachement sécurisé sont habiles à adapter leur comportement pour répondre adéquatement aux besoins des clients ayant des difficultés interpersonnelles (Schauenburg et al., 2010).

Une recension de 14 études portant sur les caractéristiques personnelles du thérapeute et les techniques utilisées en thérapie pouvant influencer négativement l'alliance thérapeutique a été effectuée par Ackerman et Hilsenroth (2001). Selon cette recension, un thérapeute démontrant l'une ou l'autre de ces caractéristiques : rigide, incertain, critique, distant, tendu et distrait, aurait un impact négatif sur le développement de l'alliance thérapeutique. À la suite de leur recension, les auteurs soulignent également que certaines interventions en thérapie peuvent nuire à l'alliance thérapeutique, telles qu'être trop structuré, utiliser la révélation de soi de façon inadéquate, effectuer des interprétations du transfert de manière rigide et utiliser le silence de façon inadéquate (Ackerman & Hilsenroth, 2001). Ces mêmes auteurs ont également effectué une recension des études ayant porté sur les caractéristiques personnelles du thérapeute et les

techniques utilisées en thérapie qui influencent cette fois-ci positivement le développement de l'alliance (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Dans cette recension, il a été mis en lumière qu'être digne de confiance, chaleureux, flexible, respectueux, honnête, intéressé, confiant et ouvert contribuait positivement à l'alliance thérapeutique. Finalement, toujours selon ces auteurs, des techniques telles que l'exploration, le reflet, la mise en lumière des succès en thérapie, les interprétations précises, la facilitation de l'expression des affects et la contenance devant l'expérience du patient favoriseraient le développement d'une alliance thérapeutique (Ackerman & Hilsenroth, 2003).

Ainsi, plusieurs caractéristiques des thérapeutes semblent influencer le développement de l'alliance thérapeutique. Il est permis de se demander si certaines des caractéristiques qui semblent influencer négativement l'alliance thérapeutique peuvent s'estomper au fil des années d'expérience et, à l'inverse, si les caractéristiques qui influencent positivement l'alliance peuvent se développer avec l'expérience du thérapeute. Ainsi, il est pertinent de se demander si le développement d'une meilleure alliance thérapeutique prend forme avec l'expérience acquise du thérapeute. En effet, on pourrait supposer que les éléments qui permettent de développer une alliance de qualité se construisent à travers l'expérience du thérapeute.

Alliance thérapeutique et expérience du thérapeute

Plusieurs études ont tenté d'explorer la relation entre l'alliance thérapeutique et l'expérience du thérapeute. La façon dont les auteurs définissent l'expérience d'un

thérapeute varie grandement selon les études. Dans certaines, l'expérience est évaluée en fonction des années de pratique de la psychothérapie incluant les années de formation et de postgraduation. D'autres évaluent l'expérience du thérapeute sur la base des années de pratique postgraduation. D'autres encore mesurent l'expérience sur la base des années de formation continue, du nombre d'heures de supervision, d'assistance à des conférences, ou de thérapie personnelle reçues. Finalement, certaines études incluent toutes ces données pour définir le niveau d'expérience du thérapeute.

Un certain nombre d'études semble démontrer que l'alliance thérapeutique est positivement influencée par le niveau d'expérience du thérapeute. En effet, Mallinckrodt et Nelson (1991) ont effectué une étude auprès de 50 dyades thérapeute/client dans un centre de consultation d'une université afin d'observer si l'alliance thérapeutique était influencée par l'expérience des thérapeutes. Ces derniers étaient répartis en trois groupes comme suit : les novices (étudiants en premier stage), les avancés (étudiants en second stage ou plus incluant l'internat) et finalement, les expérimentés (psychologues postdoctoraux). Les auteurs ont mesuré l'alliance thérapeutique auprès des clients et des thérapeutes à partir des trois dimensions décrites par Bordin (1979), soit la *relation*, les *objectifs* et les *tâches* telles qu'elles ont été définies précédemment. Les résultats de cette étude démontrent que les expérimentés (psychologues postdoctoraux) semblent plus efficaces en regard aux dimensions *tâches* et *objectifs* de l'alliance thérapeutique. Ainsi, selon cette étude, il semble que les thérapeutes plus expérimentés ont un degré d'accord avec leurs clients plus grand en regard aux objectifs de la thérapie et qu'ils

collaborent davantage avec ceux-ci dans la réalisation des tâches menant aux objectifs de la thérapie que les thérapeutes moins expérimentés. Par contre, les résultats montrent également que l'expérience du thérapeute n'influence pas le développement de la dimension *relation* entre le client et son thérapeute, laquelle fait référence à un profond lien de confiance et d'attachement entre le client et le thérapeute. D'après cette étude, étant donné que les thérapeutes plus expérimentés ont obtenu de meilleurs scores à travers deux des trois dimensions de l'alliance thérapeutique, force est de constater que l'expérience du thérapeute semble affecter le développement de certaines dimensions de l'alliance thérapeutique. Toutefois, certaines limites présentes dans cette étude pourraient influencer la validité des résultats obtenus. D'abord, les clients étaient systématiquement informés du niveau d'expérience de leur thérapeute, ce qui a pu induire un biais dans l'évaluation de la mesure d'alliance thérapeutique perçue. Ensuite, les clients de cette étude provenaient d'une population d'étudiants universitaires. On peut alors se demander si des résultats semblables seraient aussi observés auprès de clients provenant plutôt de la population en général, laquelle serait alors plus diversifiée et moins homogène en ce qui a trait à l'âge, au contexte occupationnel et au type de problématiques de consultation.

Une autre étude a été réalisée auprès de 12 thérapeutes et de 90 couples ayant suivi une thérapie pour couple et dont l'un des conjoints était alcoolique (Raytek et al., 1999). Les auteurs voulaient observer le taux de rétention des clients pour la thérapie offerte ainsi que les liens entre l'alliance thérapeutique et diverses variables, comme

l'expérience du thérapeute. L'expérience des thérapeutes à l'étude allait d'un an d'expérience en stage prédoctoral à 15 ans de pratique postdoctorale. Les résultats obtenus montrent un lien entre l'alliance thérapeutique et l'expérience du thérapeute. En effet, les thérapeutes plus expérimentés ont développé une alliance thérapeutique plus forte avec leur client. Toutefois, dans cette étude, l'alliance thérapeutique a été mesurée précocement, soit à la première séance de thérapie. Dans ses écrits portant sur l'étude de l'alliance thérapeutique, Horvath (2000) recommande d'évaluer l'alliance thérapeutique seulement à partir de la troisième séance de thérapie, car celle-ci ne semble pas encore suffisamment établie avant cette période. De plus, bien que l'échantillon des thérapeutes à l'étude permettait une répartition de l'expérience de ceux-ci sur plusieurs années, l'étude ne portait que sur un faible échantillon de 12 thérapeutes.

Pour sa part, Helwig (1996) a mené une étude afin de clarifier le développement de l'alliance thérapeutique. Parmi les variables étudiées, l'alliance thérapeutique a été analysée en lien avec l'expérience du thérapeute. L'alliance thérapeutique a été évaluée à la fois par le client et par le thérapeute à l'aide du WAI. L'expérience du thérapeute était évaluée en fonction du nombre d'années d'expérience de thérapie à partir du premier stage effectué. Leur échantillon était composé de 43 clients et 26 thérapeutes. Les résultats montrent que l'alliance thérapeutique, évaluée autant par le client que par le thérapeute, est positivement reliée à l'expérience du thérapeute. Ainsi, d'après cette étude, les thérapeutes et les clients rapporteraient tous deux une plus forte alliance thérapeutique plus le thérapeute est expérimenté.

Plus récemment, une étude a été menée par Roland (2010) auprès de 31 thérapeutes et 180 clients en désintoxication afin d'évaluer la contribution du thérapeute, en fonction de son éducation et de son expérience, sur l'alliance thérapeutique. L'expérience du thérapeute était évaluée selon le nombre de mois d'expérience en psychothérapie. L'alliance, pour sa part, était évaluée avec la version client du WAI. Les résultats montrent un lien positif significatif entre l'expérience du thérapeute et l'alliance thérapeutique. En effet, les thérapeutes ayant plus de mois d'expérience ont été évalués par leur client plus fortement au niveau de l'alliance thérapeutique que les thérapeutes ayant moins de mois d'expérience.

D'autres études font également état d'impacts positifs de l'expérience du thérapeute sur la qualité de l'alliance thérapeutique et les résultats obtenus en thérapie ou d'un lien positif entre ces variables. En effet, à la suite d'une recension des écrits sur le sujet, Roth et Fonagy (1996) concluent qu'avec une plus grande formation et plus d'expérience clinique, les thérapeutes développeraient une relation plus productive et plus collaborative avec leurs clients. Pour leur part, Orlinsky et Howard (1980) ont effectué une étude auprès de 147 thérapeutes et leurs clients visant à évaluer les différences entre les hommes et les femmes thérapeutes sur plusieurs variables, dont l'expérience du thérapeute et les résultats de la thérapie. Par leurs analyses, ils ont trouvé que les thérapeutes, hommes et femmes, ayant sept ans ou plus d'expérience, avaient un pourcentage plus élevé de patients qui s'amélioraient et une proportion plus faible de

patients dont l'état se détériorait, comparativement aux thérapeutes ayant entre deux et six ans d'expérience. De plus, la recension d'Ackerman et Hilsenroth (2003) portant sur les caractéristiques du thérapeute qui ont un impact positif sur l'alliance thérapeutique conclut à l'existence d'un lien positif entre l'expérience du thérapeute et l'alliance thérapeutique.

Finalement, selon Brillon (2011), l'alliance thérapeutique serait favorisée par l'expérience du thérapeute. Selon cette auteure, les habiletés à effectuer certaines interventions, telles que l'explication claire du traitement au client ou la régulation des difficultés relationnelles en cours de thérapie, ne peuvent se développer qu'avec l'expérience que le thérapeute acquiert au cours de sa pratique. Ainsi, selon elle, la bonne maîtrise de ces interventions qui influencent positivement le développement de l'alliance thérapeutique ne s'acquerrait qu'à travers l'expérience.

Bien que le lien et l'impact de l'alliance thérapeutique sur l'expérience du thérapeute semblent clairs à la lumière des études précédentes, une autre étude réalisée par Kivlighan, Patton et Foote (1998) ne confirme, pour sa part, que partiellement le lien entre l'alliance et l'expérience. Les auteurs ont étudié l'alliance thérapeutique développée entre les clients et les thérapeutes selon l'expérience de ces derniers et selon le degré de sécurité de l'attachement des clients, lequel est défini comme étant leurs habiletés à développer des relations intimes saines dans leur vie. L'alliance thérapeutique a été évaluée par les clients à l'aide du WAI. Dans cette étude, les auteurs

ont obtenu un échantillon de 40 dyades thérapeute/client provenant de deux grands centres de consultation universitaire pour lesquels les clients étaient tous issus d'une population étudiante en consultation. Les résultats ont permis de constater qu'avec les clients ayant un degré de sécurité de l'attachement plus faible, l'expérience du thérapeute était positivement reliée à la qualité de l'alliance thérapeutique. Par contre, les clients ayant un degré de sécurité de l'attachement plus élevé formaient une plus grande alliance avec leur thérapeute, sans égard à l'expérience de celui-ci. Ainsi, avec des clients présentant des difficultés au niveau de l'attachement, l'expérience serait positivement reliée à l'alliance. Alors qu'avec des clients n'ayant pas de difficultés d'attachement, l'expérience ne prédirait pas une meilleure alliance. Bien que cette étude permette de préciser le lien entre l'alliance thérapeutique et l'expérience du thérapeute, il est important de noter que les résultats sont issus d'un échantillon de participants à la fois peu nombreux et peu représentatifs de la population, puisqu'ils étaient tous des étudiants universitaires.

Une autre étude présente des résultats qui vont dans des sens différents en fonction de la mesure de l'expérience. En effet, Hersoug, Høglend, Monsen et Havik (2001) ont effectué une étude auprès de 270 clients à l'externe et 59 thérapeutes qui étaient soit des psychologues cliniciens, psychiatres, travailleurs sociaux ou infirmières. L'étude portait sur les variables provenant du thérapeute qui pouvaient influencer l'alliance thérapeutique. Parmi ces variables se retrouvaient l'expérience du thérapeute et son niveau de formation. L'expérience était considérée selon le nombre d'années de pratique

clinique postgraduation et la formation selon le nombre d'années de formation postgraduation incluant la supervision, la thérapie personnelle et la participation à un programme de formation en institut. D'après leurs résultats, l'expérience du thérapeute et sa formation n'auraient aucun impact significatif sur l'alliance thérapeutique évaluée par le client. Toutefois, un lien positif entre l'alliance thérapeutique évaluée par le thérapeute et le niveau de formation de celui-ci a été soulevé dans leur étude.

Par ailleurs, certaines études n'ont trouvé aucun impact de l'expérience du thérapeute sur la qualité de l'alliance thérapeutique ou de lien significatif entre ces deux variables. C'est le cas de l'étude de Dunkle et Friedlander (1996). En effet, ces derniers ont évalué plusieurs variables, dont l'impact de l'expérience du thérapeute sur l'alliance thérapeutique, auprès de 73 dyades thérapeute/client. Ces dyades provenaient d'un centre de consultation universitaire et les thérapeutes avaient entre une et 27 années d'expérience. Cette étude a révélé que l'expérience du thérapeute n'avait pas d'impact sur l'alliance thérapeutique évaluée par les clients. Cependant, la clientèle était encore une fois constituée exclusivement d'étudiants universitaires. Une autre étude réalisée auprès de 24 dyades thérapeute/client, recrutées dans trois cliniques offrant des traitements pour troubles psychotiques, a mesuré différents facteurs provenant des clients, des thérapeutes – dont l'expérience de ceux-ci – et de la thérapie, afin d'évaluer lesquels sont reliés avec la qualité de l'alliance thérapeutique (Evans-Jones et al., 2009). Les résultats de cette étude démontrent que l'expérience du thérapeute n'était pas reliée à l'alliance thérapeutique. Cependant, cette étude compte un échantillon de dyades peu

nombreuses. De plus, comme la sélection des participants a dû passer par l'approbation des thérapeutes qui identifiaient parmi leurs clients ceux pour qui l'étude serait appropriée, la représentativité de l'échantillon est questionnable. En effet, il n'est donc pas exclu que l'échantillon de cette étude contenait un haut taux de clients bien investis dans le traitement et négligeait, par le fait même, la représentation des clients moins motivés.

Pour ajouter à la confusion, la littérature montre également des études qui révèlent un lien ou un impact négatif de l'expérience du thérapeute sur l'alliance thérapeutique. En effet, Hersoug et al. (2009b) ont mené une étude sur les caractéristiques des thérapeutes pouvant être associées au développement de l'alliance dans des thérapies de long terme auprès de 201 patients et 61 thérapeutes. Parmi les caractéristiques des thérapeutes se trouvait l'expérience du thérapeute qui était évaluée de deux façons. D'abord, la formation professionnelle, c'est-à-dire le nombre d'années de formation postgraduation, incluant la supervision et la thérapie personnelle. Ensuite, l'expérience professionnelle, qui était calculée selon les années de pratique de psychothérapie postgraduation. L'alliance thérapeutique était évaluée à la fois par les clients et par les thérapeutes à l'aide du WAI version abrégée. Étrangement, les données ont révélé que la formation professionnelle était négativement reliée à l'alliance thérapeutique, lorsqu'évaluée par le patient. En effet, plus les thérapeutes étaient avancés dans leur formation, plus l'alliance thérapeutique développée était faible lorsqu'évaluée par le patient. Toutefois, aucun lien n'a été trouvé entre la formation professionnelle des thérapeutes et l'alliance

thérapeutique lorsqu'évaluée par le thérapeute. Finalement, en ce qui concerne l'expérience professionnelle, aucun impact significatif de celle-ci sur l'alliance thérapeutique n'a été décelé dans cette étude. Les auteurs expliquent ces résultats par le fait qu'une formation prolongée ne contribue pas au développement des caractéristiques du thérapeute qui ont une influence positive sur l'interaction avec le client ni ne modifie les styles interpersonnels indésirables chez les thérapeutes qui ont un impact négatif sur l'alliance thérapeutique.

Meier, Donmall, Barrowclough, McElduff et Heller (2005) ont trouvé des résultats similaires. Ces auteurs ont mené une étude afin de prédire comment certaines variables, dont l'expérience professionnelle du thérapeute, pouvaient influencer le développement de l'alliance thérapeutique précoce auprès de 187 clients qui effectuaient un traitement en cure fermée contre la dépendance. L'alliance a été évaluée chaque semaine lors des trois premières semaines de thérapie, et ce à la fois par les clients et les thérapeutes. Lorsqu'évaluée par le client, l'alliance thérapeutique était meilleure avec un thérapeute expérimenté. Toutefois, pour l'alliance évaluée par les thérapeutes, plus le thérapeute était expérimenté, plus celui-ci évaluait l'alliance thérapeutique entre lui et son client comme faible. Ces résultats suggèrent que les thérapeutes expérimentés évalueraient leur alliance thérapeutique plus sévèrement que les thérapeutes moins expérimentés.

Une étude récente voulant évaluer l'impact de la durée du traitement et des caractéristiques des thérapeutes sur le développement de l'alliance thérapeutique a été

faite auprès de 18 groupes de thérapie psychodynamique de courte (20 séances) et de longue (80 séances) durée offerte par neuf thérapeutes (Lorentzen et al., 2012). Parmi les caractéristiques étudiées, se trouvaient le nombre d'années de formation postgraduation et le nombre d'années d'expérience de pratique. Les thérapeutes représentaient des professions variées : psychiatres, psychologues, infirmières et travailleurs sociaux. L'alliance thérapeutique a été évaluée par le client en fonction des trois dimensions de Bordin (1979) décrites plus haut, soit la *relation*, les *objectifs* et les *tâches*. Les résultats de cette étude ont révélé que pour les groupes de thérapie de courte et de longue durée, le nombre d'années de formation avait un impact négatif sur la dimension *tâche* de l'alliance thérapeutique. Ainsi, plus les thérapeutes ont d'années de formation, moins ils collaborent à la réalisation des tâches en thérapie selon leur client. Toutefois, le nombre d'années de formation n'avait pas d'impact significatif sur les deux autres dimensions de l'alliance thérapeutique, soit la *relation* et les *objectifs*. De plus, pour les groupes de thérapie de longue durée, le nombre d'années d'expérience de pratique s'est avéré avoir un impact négatif sur l'alliance thérapeutique, et ce peu importe les dimensions. Ainsi, d'après cette étude, les thérapeutes ayant plus d'années d'expérience de pratique démontreraient un plus faible taux d'alliance thérapeutique que les thérapeutes ayant moins d'années d'expérience de pratique dans des thérapies de long terme. Ces résultats ont aussi été observés pour les thérapies de courte durée, mais seulement pour la dimension *relation* de l'alliance thérapeutique. Pour les dimensions *tâches* et *objectifs* en thérapie de groupe de courte durée, les thérapeutes plus expérimentés avaient un plus haut taux d'alliance thérapeutique. Les auteurs de cette étude avancent différentes

explications aux résultats négatifs entre l'alliance thérapeutique et l'expérience du thérapeute. Entre autres, selon eux, il est possible qu'un thérapeute moins expérimenté soit perçu comme plus attentionné et de confiance, en raison d'une attitude plus amicale et plus attentive qu'il démontre afin de ne pas déplaire au client. De plus, le faible taux initial d'alliance obtenu par les thérapeutes expérimentés dans les groupes pourrait peut-être s'expliquer par une attitude plus active de leur part, ce qui pourrait représenter un défi pour le client. Finalement, les thérapeutes plus expérimentés ont peut-être été perçus comme plus stricts ou exigeants, ce qui laissait moins de place à l'idéalisation.

À la lumière de l'ensemble de ces études et des résultats divergents qui en découlent, il semble que la relation entre l'expérience du thérapeute et l'alliance thérapeutique ne soit pas encore bien précisée (Kivlighan et al., 1998; Mallinckrodt & Nelson, 1991). Bien que cette relation semble peu constante à travers les différentes recherches, d'autres variables mises en relation avec l'alliance thérapeutique ont pu dévoiler des liens beaucoup plus clairs. C'est le cas des études portant sur l'alliance thérapeutique et la satisfaction des clients envers la thérapie.

Alliance thérapeutique et satisfaction envers la thérapie

Des études se sont intéressées aux liens pouvant exister entre l'alliance thérapeutique et la satisfaction des clients envers leur thérapie. Pascoe (1983) définit le concept de satisfaction comme l'ensemble des réactions de l'utilisateur vis-à-vis le contexte, le processus et les résultats, selon l'expérience vécue face au service reçu. Pour Ross,

Frommelt, Hazelwood et Chang (1987) la satisfaction perçue de la thérapie représente une interaction dynamique entre les attentes du client et les expériences vécues au cours du traitement. La satisfaction envers les services reçus est souvent évaluée dans les études de traitement. Parmi tous les instruments de mesure permettant d'évaluer cette variable, le *Client Satisfaction Questionnaire* (CSQ-8; Larsen, Attkisson, Hargreaves, & Nguyen, 1979) demeure l'un des plus utilisés.

Les études portant sur la satisfaction perçue de la thérapie montrent qu'elle serait reliée aux résultats de la thérapie tout en demeurant une variable distincte de celle-ci. En effet, la satisfaction d'un client envers la thérapie reçue est une représentation de l'efficacité d'une intervention. Ainsi, la satisfaction des clients envers les services psychologiques reçus devient une source non négligeable d'informations sur la qualité des services psychologiques rendus. D'ailleurs, la mesure de la satisfaction envers la thérapie est de plus en plus utilisée comme indice de l'efficacité d'un traitement (Frager et al., 1999; Hermens et al., 2007; Tempier et al., 2010). De plus, la satisfaction face à une thérapie serait reliée à l'adhérence au traitement (Kaplan, Greenfield, & Ware, 1989; Fuertes, Boylan, & Fontanella, 2009). Il n'est donc pas étonnant que beaucoup d'études aient évalué le lien entre l'alliance thérapeutique et la satisfaction du client envers sa thérapie.

Bieschke et al. (1995) ont réalisé une étude sur l'efficacité et la satisfaction des services reçus dans un centre de consultation universitaire auprès de 98 étudiants qui

suivaient une thérapie de court terme. Les auteurs voulaient savoir si les clients du centre démontraient une réduction de détresse et s'ils étaient satisfaits de leur thérapie. De plus, ils désiraient identifier les variables contribuant à la satisfaction du client. Les instruments permettant d'évaluer ces variables ont été administrés une fois les suivis complétés. Dans cette étude, l'alliance thérapeutique s'est avérée être un prédicteur de la satisfaction des services. Il est intéressant de constater que les résultats suggèrent que la perception de changement à la suite de la thérapie ne contribuerait pas à la satisfaction des services une fois l'impact de l'alliance thérapeutique contrôlé. Ces résultats illustrent donc que sans l'alliance thérapeutique, le changement obtenu à la suite de la thérapie n'est pas suffisant pour susciter une satisfaction des services reçus (Bieschke et al., 1995). Toutefois, ces résultats sont basés sur un questionnaire de la satisfaction non standardisé créé par les auteurs pour les buts de leur étude.

Dearing et al. (2005) ont mené une étude auprès d'adultes suivant un programme pour contrer des problèmes de consommation d'alcool. À la fin du programme, les auteurs ont évalué si la satisfaction des clients envers la thérapie et les résultats de la thérapie étaient reliés avec différentes variables d'engagement chez le client, dont l'alliance thérapeutique. Les 208 participants de cette étude ont été vus à 12 reprises pour un traitement de type cognitif-comportemental. Les mesures utilisées étaient le *Client Satisfaction Questionnaire* (CSQ-8; Larsen et al., 1979) et le *Working Alliance Inventory* version client (WAI; Horvath & Greenberg, 1989) qui évalue la qualité de l'alliance thérapeutique telle qu'elle est perçue par le client. Les résultats démontrent

qu'une perception positive de l'alliance thérapeutique apparaît comme un bon prédicteur de la satisfaction du client envers sa thérapie. Cette étude présente une limite quant à la généralisation des résultats étant donné qu'elle portait sur une clientèle présentant uniquement un type de problème de santé, soit la consommation d'alcool.

Huber, Henrich et Brandl (2005) ont évalué le lien entre l'alliance thérapeutique et différentes mesures de succès thérapeutique, comme la satisfaction de la thérapie, auprès de 284 patients et 130 thérapeutes. Cette étude fut conduite dans un département de médecine psychosomatique, de psychothérapie et de psychologie médicale d'une université de Munich. Après avoir reçu une seule séance de consultation, le client répondait à des questionnaires mesurant l'alliance thérapeutique et la satisfaction à la fin de la séance de consultation et à un suivi de trois mois. Encore une fois, un lien positif a été observé entre l'alliance thérapeutique et la satisfaction envers la consultation (Huber et al., 2005). La principale limite de cette étude est qu'elle s'appuie sur des résultats émanant d'une seule séance de psychothérapie, ce qui empêche la généralisation des résultats à une thérapie de plus longue durée.

Boutin (2005) a réalisé une étude dont l'un des buts était de vérifier le lien entre l'alliance thérapeutique et le niveau de satisfaction des clients envers la thérapie. L'échantillon comprenait 90 personnes âgées de 18 ans et plus et ayant complété un minimum de trois séances en thérapie. L'alliance thérapeutique s'est révélée être significativement reliée à la satisfaction des clients envers la thérapie. D'ailleurs, de

toutes les variables à l'étude dans cette recherche, celle de la satisfaction des clients envers la thérapie s'est avérée la plus fortement corrélée à l'alliance thérapeutique.

Également, quoique plus éloignées du contexte de thérapie psychologique, plusieurs autres études de ce type ont été réalisées auprès de médecins et de leurs patients. Fuertes et al. (2007) ont effectué une étude afin de savoir si une meilleure alliance thérapeutique entre le médecin et son patient conduisait à une meilleure satisfaction de la part du patient envers le traitement. Ils ont utilisé le WAI version abrégée auprès de 118 dyades médecin/patient. Leurs résultats ont démontré que l'alliance thérapeutique est associée positivement à la satisfaction du client envers le traitement. Dans une réplique de cette dernière étude quelques années plus tard, Fuertes et al. (2009) ont examiné le rôle de l'alliance thérapeutique dans le traitement et son lien avec des indices de prédictions des résultats de traitement, dont la satisfaction perçue. Cette fois-ci, 152 patients ont été recrutés dans une clinique générale de neurologie. Cette étude a elle aussi mis en lumière un lien entre l'alliance thérapeutique et la satisfaction du patient envers son traitement. Plus les patients et les médecins développaient une bonne alliance, plus les patients se disaient satisfaits du traitement reçu.

Kim, S. C., Kim, S., et Boren (2008) ont réalisé une recherche afin d'étudier si l'alliance thérapeutique prédirait la satisfaction générale envers un suivi médical. Pour ce faire, 601 patients ont été recrutés dans deux cliniques médicales militaires. Les résultats montrent que la qualité de l'alliance thérapeutique entre le patient et son médecin est un prédicteur significatif de la satisfaction du client envers le suivi.

L'alliance thérapeutique prédisait 36 % de la variable satisfaction. Ainsi, selon ces données, plus le médecin et le patient développent une bonne alliance, plus ce dernier se trouve satisfait des soins reçus.

Une étude récente, menée par Bennett, Fuertes, Keitel et Phillips (2011), a rapporté des résultats semblables. Les participants, au nombre de 193, étaient des patients qui recevaient un traitement pour le lupus, une maladie auto-immune. Cette recherche étudiait l'alliance thérapeutique entre les médecins et leurs patients, le style d'attachement du patient et l'influence que ces variables ont sur l'adhérence au traitement, sur la satisfaction envers le traitement et sur la qualité de vie du patient. Les résultats vont encore une fois dans le même sens; les participants qui développent une alliance thérapeutique plus forte avec leur médecin rapportent un plus haut taux de satisfaction envers leurs soins médicaux.

Donc, selon les dernières études menées en milieu médical, il apparaît clair qu'un lien existe entre le développement de l'alliance thérapeutique et la satisfaction du patient envers son suivi médical. Ainsi, il est observé que plus l'alliance est forte, plus la satisfaction augmente dans le même sens. Toutefois, bien que ces études soient pertinentes, celles-ci ont été menées en contexte médical et ne permettent pas nécessairement une généralisation des résultats à un contexte d'aide psychologique. De plus, plusieurs études en contexte psychologique ont été réalisées à partir de courts suivis ou de questionnaires non standardisés.

Expérience du thérapeute et satisfaction envers la thérapie

Étant donné l'importance que joue la satisfaction envers la thérapie comme indice d'efficacité d'un suivi, il demeure intéressant de s'attarder à son lien avec l'expérience du thérapeute. L'évaluation de ce lien a fait l'objet de quelques études.

Stein et Lambert (1984) ont réalisé une méta-analyse dans laquelle ils examinaient les études qui portaient sur la relation entre l'expérience du thérapeute et les résultats de la thérapie, résultats qui pour la plupart étaient évalués en fonction de la satisfaction des clients envers la thérapie. Les résultats de cette méta-analyse concluaient en un lien positif significatif en ce sens que les thérapeutes plus expérimentés avaient des clients plus satisfaits du suivi que les thérapeutes moins expérimentés. Donc, l'expérience du thérapeute et la satisfaction du client envers sa thérapie semblent liées l'une à l'autre.

Une étude qualitative de type phénoménologique a été faite auprès de 38 femmes atteintes d'anorexie afin d'évaluer quelles caractéristiques des thérapeutes étaient appréciées par les clientes. Parmi les caractéristiques qui ont été associées à la satisfaction des clientes envers leur thérapeute, l'expertise de celui-ci, qui était décrite comme les connaissances qu'a le thérapeute de l'anorexie, a été soulignée. En effet, selon cette étude, les clientes étaient plus satisfaites de leur thérapeute lorsqu'il était expert de ce trouble (Gulliksen et al., 2012). Toutefois, comme il n'y avait pas de

mesures objectives des caractéristiques des thérapeutes dans cette étude, ceci peut représenter une limite de cette évaluation.

L'étude de Moore et Kenning (1996) n'a toutefois pas permis d'établir un lien entre l'expérience du thérapeute et la satisfaction du client envers la thérapie. Ces auteures ont évalué la satisfaction des clients envers la thérapie et son lien avec différentes variables sur un échantillon de 204 clients ayant obtenu un suivi dans une clinique universitaire de formation en psychologie. L'expérience des thérapeutes allait de une à quatre années. Les résultats de cette étude n'ont révélé aucun lien entre l'expérience des thérapeutes et la satisfaction des clients envers leur thérapie. Malgré une taille d'échantillon considérable, une limite soulevée dans cette étude est le nombre de clients qui n'ont pu être contactés pour participer à l'étude, ce qui a eu comme conséquence que l'échantillon représentait à peine le tiers des clients qui ont été vus à la clinique dans les six années visées par les chercheurs.

Sherman (2000) a également été intéressée par ce sujet auprès de thérapeutes en formation. Son étude a porté sur l'influence que certaines caractéristiques propres au client et au thérapeute, dont l'expérience du thérapeute, peuvent avoir sur la satisfaction des clients envers leur suivi. Les thérapeutes étaient des étudiants universitaires en formation à la maîtrise et au doctorat en psychologie. Les thérapeutes débutants, ceux pour qui il s'agissait de leur première expérience de psychothérapie, constituaient le groupe non expérimenté. Les étudiants qui avaient complété au moins un stage ou

encore qui avaient un an ou plus d'expérience dans le domaine étaient considérés comme le groupe expérimenté. Les résultats de cette étude n'ont pas révélé de différences significatives entre les deux groupes. Ainsi, le niveau d'expérience du thérapeute n'avait pas d'effet sur la satisfaction que retirait le client de sa thérapie. Cette absence de différence pourrait s'expliquer par le fait que les deux groupes comparés n'étaient pas réellement différents l'un de l'autre sur la variable indépendante de l'expérience du thérapeute. Une analyse par corrélation aurait permis de mieux tenir compte de la distribution des données quant à l'expérience des thérapeutes.

Une étude réalisée auprès de 35 étudiants en formation à la maîtrise en psychologie et auprès de 121 clients a révélé des résultats variés (Flores, 1995). La satisfaction envers la thérapie reçue était évaluée avec un questionnaire non-standardisé et l'expérience du thérapeute était évaluée de deux façons différentes. D'abord, l'expérience était divisée selon que les étudiants en étaient à leur premier ou à leur deuxième stage de maîtrise. Également, une autre mesure de l'expérience était définie en fonction des expériences antérieures en relation d'aide. Deux groupes de niveaux d'expérience différents ont été formés sur la base des résultats à ces questions évaluant les expériences antérieures. Les résultats de cette étude indiquent d'abord que les clients seraient plus satisfaits de leur expérience lorsqu'ils sont avec des thérapeutes qui en sont à leur deuxième stage qu'avec des thérapeutes qui en sont à leur premier stage. Ainsi, l'expérience vue sous l'angle des stages de formation, semble influencer positivement la satisfaction. Toutefois, pour la seconde mesure d'expérience, les résultats sont bien différents.

Effectivement, les clients démontraient plus de satisfaction envers la thérapie lorsqu'ils étaient avec un thérapeute ayant moins d'expérience antérieure en relation d'aide. Cette deuxième analyse amène à nuancer le lien entre l'expérience du thérapeute et la satisfaction du client envers la thérapie (Flores, 1995). Par contre, il importe de souligner que le questionnaire évaluant la satisfaction du client envers la thérapie n'était pas un questionnaire standardisé et que la prise de mesure de cette variable peut avoir été affectée. La division arbitraire sur le niveau d'expérience antérieure en relation d'aide pour former les deux groupes de comparaison a aussi pu influencer la tournure des résultats.

Bien que l'abandon en thérapie, et à l'inverse la rétention des clients en thérapie, ne soient pas en soi des mesures de satisfaction des services reçus, ceux-ci peuvent quand même s'en rapprocher en terme d'indices. Dans une revue de littérature, effectuée par Roos et Werbart (2013), l'influence de l'expérience du thérapeute sur les abandons en thérapie a été explorée. L'expérience était définie par les années de pratique clinique et le niveau de formation du thérapeute. La recension de cette littérature fait ressortir que l'expérience du thérapeute aurait un impact significatif sur les abandons en thérapie. En effet, les études montrent que plus le thérapeute est expérimenté moins il y a d'abandons de la thérapie.

Étant donné la divergence des résultats des recherches ayant porté sur le lien entre l'expérience du thérapeute et l'alliance thérapeutique et de celles s'intéressant au lien

entre l'expérience du thérapeute et la satisfaction envers la thérapie, et vu le lien souvent observé entre l'alliance thérapeutique et la satisfaction envers la thérapie, l'étude de ces variables dans la compréhension du rôle de l'alliance thérapeutique en thérapie demeure pertinente.

Objectifs et hypothèses

La présente étude comporte trois objectifs principaux. Le premier vise à évaluer le lien entre l'expérience du thérapeute et l'alliance thérapeutique telle qu'elle est perçue par le client. Le deuxième vise à mesurer si l'alliance thérapeutique est reliée à la satisfaction du client envers sa thérapie, et ce, auprès d'une clientèle provenant d'une population clinique et présentant une variété de problématiques. Finalement, le troisième objectif est de tenter d'éclaircir le lien entre l'expérience du thérapeute et la satisfaction du client envers la thérapie.

Il est attendu que l'expérience du thérapeute soit positivement reliée à la qualité de l'alliance thérapeutique rapportée par le client (hypothèse 1). Il est attendu que l'alliance thérapeutique soit positivement reliée à la satisfaction du client envers les services reçus (hypothèse 2). Il est aussi attendu que l'expérience du thérapeute soit positivement reliée à la satisfaction du client envers la thérapie (hypothèse 3).

Méthode

Cette section présente la méthode utilisée dans cette recherche. Le déroulement de l'étude, les participants et les instruments de mesure y sont présentés.

Déroulement

La collecte de données a été effectuée de novembre 2004 à mai 2012, à partir d'une méthode d'évaluation des services mise en place au Centre d'intervention psychologique de l'Université de Sherbrooke (CIPUS). Tous les clients du Centre sont invités à répondre à un questionnaire mesurant la qualité de l'alliance thérapeutique et à un autre mesurant la satisfaction face au suivi qu'ils ont reçu, et ce de façon anonyme et à l'insu de leur thérapeute, une fois la thérapie terminée. À la dernière séance de thérapie, chaque client se voit remettre par la secrétaire du Centre, une enveloppe contenant ces deux questionnaires ainsi qu'une lettre les invitant à évaluer les services qu'ils ont reçus et expliquant les consignes, soit de les compléter à la maison et de les retourner au Centre dans une enveloppe-réponse préaffranchie. L'enveloppe est codée et permet d'associer le client avec son thérapeute pour permettre la création ultérieure de dyades. Seuls les questionnaires des clients ayant reçu un suivi de sept rencontres et plus ont été inclus dans l'étude.

Une utilisation secondaire de données a été effectuée dans la présente étude. Par cette méthode, dans aucun cas l'identité des participants n'a été dévoilée à la chercheuse. De plus, afin de préserver la confidentialité des données extraites, plusieurs mesures ont été prises. Une première extraction des données permettant d'éliminer tout dévoilement d'identité des thérapeutes et des clients a été effectuée par une personne indépendante de la chercheuse principale. Les variables extraites étaient le sexe des clients et des thérapeutes ainsi que les résultats aux questionnaires de satisfaction envers la thérapie et d'alliance thérapeutique. Cette méthode satisfait à toutes les conditions éthiques et déontologiques de l'article 5.5 de la 2^e édition de l'Énoncé de politique des trois Conseils (ÉPTC2) qui permet l'utilisation secondaire de données sans l'obtention d'un consentement des participants. Des mesures ont aussi été prises pour assurer la confidentialité des participants lors de la collecte des données. D'abord, les questionnaires étaient anonymes et l'identification a été remplacée par un code permettant l'appariement du client avec le thérapeute traitant. Également, les questionnaires étaient adressés à l'attention de la secrétaire du centre d'intervention et non du thérapeute. À partir des données extraites, des dyades thérapeute/client ont été formées en appariant chaque client à son thérapeute.

Participants

L'échantillon de participants était constitué de 275 dyades thérapeute/client. Les thérapeutes étaient tous en stage de formation doctorale de la 1^{ère} à la 4^e année au

CIPUS. Parmi les 275 dyades, il y en avait 197 dont le client était une femme et 78 dont le client était un homme. Dans ces dyades, les clients participaient à une thérapie de court à moyen terme de 7 à 24 rencontres. Ils présentaient des problématiques psychologiques de diverses natures. Parmi les 275 dyades, 228 étaient constituées de femmes thérapeutes et 47 d'hommes thérapeutes.

Instruments de mesure

Afin de répondre aux hypothèses de cette étude, les données ont été recueillies au moyen de deux questionnaires autoadministrés.

L'alliance thérapeutique

Bien qu'il existe de nombreux instruments de mesure qui évaluent l'alliance thérapeutique, le *Working Alliance Inventory* (WAI; Horvath et Greenberg 1989) est l'instrument de mesure de l'alliance thérapeutique le plus utilisé et le plus reconnu parmi tous les autres disponibles. La mesure du WAI peut provenir des thérapeutes, des clients ou d'un observateur. L'évaluation de l'alliance thérapeutique par les clients a été reconnue comme étant plus fortement associée avec les résultats à l'étude que l'évaluation de l'alliance effectuée par les thérapeutes et s'avère donc plus précise (Martin et al., 2000). La mesure provenant des clients est celle utilisée dans la présente étude.

Le WAI version client est un instrument de 36 items mesurant l'alliance thérapeutique sur une échelle de type Likert en sept points (1 = *Pas du tout*, 7 = *Entièrement vrai*). L'instrument mesure trois dimensions, soit la *relation*, les *objectifs* et les *tâches* et chaque dimension est évaluée par 12 items. Les scores totaux du WAI vont de 36 à 252 et un score élevé reflète une forte alliance. Dans ce questionnaire, les énoncés sont présentés afin que le client évalue sa perception de la qualité de sa relation thérapeutique. Les questions se posent dans le sens positif (ex. : « *Ma thérapeute ou mon thérapeute et moi étions en accord à propos des choses qu'il fallait faire en thérapie pour améliorer ma situation* ») et dans le sens négatif (ex. : « *Je me sentais inconfortable avec ma thérapeute ou mon thérapeute* »). Le score pour les réponses aux questions à sens négatif est inversé pour le calcul du score total.

Selon Horvath & Greenberg (1986, 1989), la version originale de cet instrument possède une excellente cohérence interne pour le score total ($\alpha = 0,93$) ainsi qu'une très bonne pour les sous échelles des trois dimensions séparées (α de 0,85 à 0,88). Les études de sa validation appuient aussi sa structure factorielle, sa validité de convergence et sa validité discriminante (Horvath & Greenberg, 1986, 1989; Tracey & Kokotovic, 1989). La version francophone utilisée dans cette étude n'a pas fait l'objet de validation auprès d'une population francophone et à notre connaissance, aucune des adaptations françaises existantes de cet instrument n'a fait l'objet de validation publiée. Toutefois, la cohérence interne a été évaluée à l'aide des données de la présente étude et s'est avérée excellente ($\alpha = 0,94$).

La satisfaction du client envers la thérapie

Le *Client Satisfaction Questionnaire* (CSQ-8 ; Larsen et al., 1979) est un instrument à huit items mesurant la satisfaction du client envers les services reçus (ex. : « *Jusqu'à quel point les services reçus ont-ils répondu à vos besoins ?* »). Pour répondre au questionnaire, le participant utilise une échelle Likert en quatre points (1 = *Pauvre*, 4 = *Excellent*). Le score total varie de 8 à 32 et un score élevé indique la présence d'une satisfaction élevée. Le CSQ-8 a une bonne validité et une excellente cohérence interne (α de 0,86 à 0,94) selon plusieurs études (Larsen et al., 1979). La version francophone du questionnaire présente une cohérence interne de qualité semblable à celle de la version originale anglaise ($\alpha = 0,92$; Sabourin & Gendreau, 1988). La cohérence interne du questionnaire a été évaluée à partir des données de la présente étude et s'est avérée excellente ($\alpha = 0,91$).

L'expérience du thérapeute

Dans cette étude, l'expérience du thérapeute est représentée selon les années de formation doctorale. L'expérience va donc de la 1^{ère} année doctorale à la 4^e année. Ainsi, parmi les 275 dyades, 112 sont de 1^{ère} année, 103 de 2^e année, 32 de 3^e année et 28 de 4^e année.

Résultats

Cette section aborde d'abord les analyses préliminaires. Ensuite, elle s'intéresse aux analyses visant la validation des hypothèses initiales de cette étude.

Analyses préliminaires

Avant de faire les analyses principales de l'étude, des tests *t* ont été effectués afin de vérifier si des liens existaient entre les variables sociodémographiques sexe du client et sexe du thérapeute et les variables à l'étude. Aucun test *t* ne s'est avéré significatif, donc aucune variable n'a dû être contrôlée dans l'analyse des hypothèses principales. Le Tableau 1 présente les résultats des analyses descriptives effectuées sur les variables à l'étude. Le postulat de normalité n'est pas répondu pour les variables de l'alliance thérapeutique, de la satisfaction envers la thérapie, et de l'expérience du thérapeute, puisque les tests de Kolmogorov-Smirnov révèlent que les distributions de ces variables ne sont pas normales. L'asymétrie révèle une alliance thérapeutique et une satisfaction envers la thérapie élevées.

Alliance thérapeutique et expérience du thérapeute

Pour tenter de répondre à l'hypothèse 1 selon laquelle il était attendu que l'expérience du thérapeute soit positivement reliée à la qualité de l'alliance thérapeutique, des analyses de corrélation non paramétriques ont été effectuées, puisque

les variables d'alliance thérapeutique et d'expérience du thérapeute ne respectaient pas le postulat de normalité.

Tableau 1

Résultats aux analyses descriptives sur les variables

Variables	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart-Type	Asymétrie	Aplatissement
Alliance	110	252	224	23,65	-1,37	2,68
<i>Relation</i>	39	84	76	7,74	-1,71	4,16
<i>Objectifs</i>	31	84	73	9,18	-1,28	2,36
<i>Tâches</i>	37	84	74	9,04	-1,28	1,53
Satisfaction	17	32	29	3,42	-1,28	0,78

D'abord, la relation entre l'expérience du thérapeute et le score total sur l'alliance thérapeutique a été analysée par une corrélation de Spearman. Les résultats ne montrent aucun lien entre ces deux variables [$r_s(255) = 0,035, p = 0,287$].

Ensuite, des corrélations de Spearman ont été effectuées avec chacune des sous dimensions de l'alliance thérapeutique selon Bordin (1979); *relation, objectifs, tâches*. Les résultats ne révèlent aucun lien entre l'expérience du thérapeute et la dimension *relation* de l'alliance thérapeutique [$r_s(272) = 0,005, p = 0,469$] ainsi qu'entre l'expérience du thérapeute et la dimension *objectifs* de l'alliance thérapeutique [$r_s(272) = -0,005, p = 0,467$]. Toutefois, l'expérience du thérapeute s'est avérée avoir une faible corrélation positive avec la dimension *tâches* de l'alliance thérapeutique [$r_s(272) =$

0,119, $p = 0,024$, $r^2 = 0,014$]. Ainsi, plus l'expérience du thérapeute augmente, plus les résultats à cette dimension augmentent.

Alliance thérapeutique et satisfaction envers la thérapie

Pour répondre à l'hypothèse 2 voulant que l'alliance thérapeutique soit positivement reliée à la satisfaction du client envers les services reçus, des analyses de corrélation non paramétriques ont été effectuées, vu que les variables d'alliance thérapeutique et de satisfaction du client envers les services reçus ne respectaient pas le postulat de normalité.

Les résultats à la corrélation de Spearman montrent un fort lien positif significatif entre le score total de l'alliance thérapeutique et la satisfaction du client [$r_s(254) = 0,715, p < 0,001, r^2 = 0,511$]. Plus l'une de ces deux variables augmente, plus l'autre augmente. D'ailleurs, la variance commune de ces variables est forte (51 %).

Après avoir utilisé le score total de l'alliance thérapeutique, des corrélations de Spearman ont été effectuées aussi sur chacune des trois dimensions de l'alliance; *relation*, *objectifs* et *tâches*. Les résultats dévoilent un fort lien positif significatif entre la dimension *relation* de l'alliance thérapeutique et la satisfaction [$r_s(270) = 0,545, p < 0,001, r^2 = 0,297$]. Plus l'une de ces deux variables augmente plus l'autre augmente. La variance commune est également forte à 30 %. Pour la dimension *objectifs*, les résultats révèlent un fort lien positif significatif entre cette dernière et la satisfaction du client envers la thérapie [$r_s(270) = 0,690, p < 0,001, r^2 = 0,476$]. Ainsi, plus l'une de ces deux variables augmente, plus l'autre augmente. Ces variables ont également une forte variance commune de 48 %. Finalement, les résultats dévoilent un fort lien positif

significatif entre la dimension *tâches* de l'alliance thérapeutique et la satisfaction du client [$r_s(270) = 0,753, p < 0,001, r^2 = 0,567$]. Ce qui signifie que ces deux variables augmentent en même temps. La variance commune est également forte à 57 %.

Expérience du thérapeute et satisfaction du client envers la thérapie

Pour répondre à l'hypothèse 3, stipulant qu'un lien positif significatif sera obtenu entre l'expérience du thérapeute et la satisfaction du client envers la thérapie, des analyses de corrélation non paramétriques ont été effectuées étant donné que ces variables ne sont pas distribuées normalement.

Les résultats à la corrélation de Spearman montrent un faible lien positif significatif entre ces deux variables [$r_s(271) = 0,117, p = 0,026, r^2 = 0,013$]. Plus l'expérience du thérapeute augmente plus la satisfaction du client envers la thérapie augmente.

Discussion

La présente étude avait trois principaux objectifs. D'abord, elle visait à évaluer si une relation existe entre le niveau d'expérience du thérapeute et l'alliance thérapeutique perçue par le client. Également, elle avait comme objectif de mesurer si l'alliance thérapeutique est reliée à la satisfaction du client envers sa thérapie. Finalement, elle tentait d'éclaircir le lien entre l'expérience du thérapeute et la satisfaction du client envers la thérapie. Cette section tente de fournir des éléments explicatifs aux résultats obtenus, en fonction des hypothèses et des questions de recherche posées, tout en les comparant aux résultats d'études similaires. De plus, les forces et les limites de cette étude ainsi que des recommandations pour les recherches à venir y sont exposées.

Alliance thérapeutique et expérience du thérapeute

La première hypothèse de recherche stipulant que l'expérience du thérapeute soit positivement reliée à la qualité de l'alliance thérapeutique ne se trouve que partiellement confirmée. En effet, seulement la dimension *tâches* de l'alliance thérapeutique s'est révélée être reliée à l'expérience du thérapeute. Rappelons que Bordin (1979) décrit distinctement trois dimensions de l'alliance thérapeutique : la *relation*, qui est identifiée par un profond lien de confiance et d'attachement entre le client et le thérapeute; les *objectifs*, qui sont définis comme le degré d'accord entre le thérapeute et le client en regard aux objectifs de la thérapie; et finalement, les *tâches* qui se décrivent comme la collaboration dans la réalisation des tâches menant aux objectifs de la thérapie.

D'après les résultats de la présente recherche, l'expérience du thérapeute n'est pas reliée au score total de l'alliance thérapeutique. Donc, les thérapeutes novices semblent réussir à développer une aussi bonne alliance thérapeutique que les plus expérimentés et ce, malgré leur moins grande connaissance des techniques thérapeutiques. Ces résultats sont compatibles avec plusieurs études qui n'ont pas observé de lien entre l'expérience du thérapeute et l'alliance thérapeutique (Dunkle & Friedlander, 1996; Evans-Jones et al., 2009) et avec celles qui avancent que la qualité de l'alliance de travail et les progrès en thérapie seraient davantage associés au niveau d'habiletés interpersonnelles du psychothérapeute qu'à son niveau de formation universitaire en psychologie clinique, et ce dans le traitement de plusieurs problématiques (Anderson, 1999). Il est possible que les thérapeutes débutants sachent créer une bonne alliance thérapeutique dans l'ensemble avec leurs clients puisqu'ils sont amenés dès le début de leur formation, à concentrer leur attention sur leurs habiletés de base et sur leur capacité relationnelle. Ainsi, il se pourrait que la présence et l'écoute des thérapeutes moins expérimentés aient un impact positif sur le développement de l'alliance thérapeutique globale. Ceci pourrait expliquer qu'aucun lien n'a été observé entre l'expérience du thérapeute et le score total de l'alliance, malgré le lien trouvé avec la dimension *tâches* qui réfère aux techniques et interventions mises en place en thérapie. D'ailleurs, selon Wampold (2001), les techniques ne représenteraient que 8 % de la variance du changement thérapeutique d'un suivi psychologique. Ainsi, une meilleure performance sur le plan des techniques de la part de thérapeutes plus expérimentés ne semble pas suffisante pour affecter l'alliance thérapeutique globale.

Le programme de formation par compétences au doctorat en psychologie de l'Université de Sherbrooke peut possiblement aider à l'explication de ces résultats. En effet, ce programme de formation met très tôt l'accent sur le développement du savoir-être dans le parcours des doctorants. Il est alors permis de penser que ce type de formation peut contribuer au développement de compétences relationnelles permettant de manifester très tôt en formation une qualité élevée d'alliance thérapeutique globale. Selon Lecomte et Savard (2004), des programmes axés seulement sur les apprentissages techniques et théoriques ne peuvent pas espérer préparer l'étudiant à développer une conscience réflexive de soi et une capacité à utiliser ses ressources dans des processus relationnels. Selon ces mêmes auteurs, ce type de formation ne permettrait pas d'optimiser l'alliance thérapeutique en négligeant un aspect fondamental dans le développement de l'alliance, soit les habiletés relationnelles du thérapeute.

Également, le mode de sélection des doctorants du programme de doctorat en psychologie de l'Université de Sherbrooke peut aussi apporter une explication possible à ces résultats qui ne démontrent pas de lien entre l'expérience du thérapeute et l'alliance thérapeutique générale. En effet, par la mise en place d'entrevues de sélection dans lesquelles les compétences relationnelles sont évaluées, alors que plusieurs programmes de formation ignorent cette étape du processus et se réfèrent exclusivement au dossier scolaire (Lecomte et al., 2004), le programme de l'Université de Sherbrooke a possiblement pu sélectionner des étudiants ayant déjà des compétences relationnelles qui contribuent positivement au développement de l'alliance thérapeutique.

Une autre explication est toutefois possible pour comprendre l'absence d'un lien significatif entre le score total à l'alliance thérapeutique et l'expérience du thérapeute. Il est possible que les thérapeutes débutants aient obtenu une aussi bonne alliance que les thérapeutes plus expérimentés parce qu'ils ne voulaient pas déplaire à leurs clients. Lorentzen et al. (2012) ont expliqué leurs résultats plutôt surprenants, dans lesquels les thérapeutes expérimentés avaient obtenu une moins bonne alliance thérapeutique que les thérapeutes moins expérimentés, par le fait que les thérapeutes moins expérimentés avaient peut-être une attitude plus amicale et plus attentive afin de ne pas contrarier les clients. Il est probable que cette même explication soit applicable au présent contexte de recherche. Ainsi, les thérapeutes moins expérimentés de l'étude actuelle confrontaient peut-être moins leurs clients et évitaient peut-être davantage de possibles tensions relationnelles, souvent nécessaires au processus thérapeutique, mais pouvant mener à une évaluation plus négative de l'alliance thérapeutique. En évitant de telles tensions, l'alliance thérapeutique des thérapeutes novices est peut-être surévaluée comparativement aux thérapeutes plus expérimentés qui obtiennent possiblement des évaluations plus négatives en raison d'une thérapie plus confrontante et plus déstabilisante pour leurs clients. Le lien qui aurait pu être présent entre l'expérience du thérapeute et l'alliance thérapeutique est alors peut-être estompé par cette attitude qu'auraient les thérapeutes débutants avec leurs clients.

Finalement, au CIPUS les stagiaires de 3^e et 4^e années reçoivent principalement les clients qui présentent des problématiques plus sévères. La clientèle des stagiaires de 1^{ère}

et 2^e années est peut-être davantage apte à développer une bonne alliance thérapeutique ou à se montrer plus conciliante dans l'évaluation de celle-ci.

Dans la présente étude, une corrélation positive significative entre la dimension *tâches* de l'alliance thérapeutique et l'expérience du thérapeute a été observée. Ainsi, plus le thérapeute est expérimenté plus il obtient une bonne évaluation de la part du client concernant sa collaboration dans la réalisation des tâches en thérapie. Ces résultats sont semblables à ceux obtenus par Mallinckrodt et Nelson (1991). En effet, dans leur étude, effectuée auprès de 50 dyades thérapeute/client dans un centre de consultation d'une université, les thérapeutes expérimentés qui étaient des psychologues postdoctoraux, étaient plus efficaces en regard aux dimensions *tâches* et *objectifs* de l'alliance thérapeutique comparativement aux thérapeutes novices (étudiants en premier stage) et avancés (étudiants en second stage ou plus incluant l'internat).

Dans l'étude actuelle, plus les thérapeutes étaient expérimentés plus ils ont obtenu de bons résultats en ce qui concerne la dimension *tâches* de l'alliance thérapeutique, ce qui signifie que ces clients considèrent que leur thérapeute a été davantage en mesure de collaborer avec eux pour atteindre les objectifs du suivi. Ainsi, il est permis d'en déduire qu'une synergie ou une complicité s'est davantage développée entre les thérapeutes plus expérimentés et leurs clients dans la réalisation des tâches menant aux objectifs de la thérapie, comparativement à entre les thérapeutes moins expérimentés et leurs clients. En effet, si l'on observe la définition de la dimension *tâches* de l'alliance thérapeutique,

elle réfère à la collaboration dans la réalisation des tâches menant aux objectifs de la thérapie. D'ailleurs, pour Bordin (1979), la collaboration concernant les tâches en thérapie signifie une bonne entente entre le client et le thérapeute dans l'identification des stratégies à mettre en place et des rôles respectifs. Dans la présente étude, cette bonne entente concernant les techniques à effectuer et les rôles de chacun, qui est plus élevée plus l'expérience du thérapeute l'est, provient possiblement du fait que les thérapeutes plus expérimentés ont pu être plus en mesure de bien expliquer le processus thérapeutique et ainsi être mieux compris par leurs clients. D'ailleurs, l'expérience acquise des thérapeutes au cours de leur formation et de leurs stages permet peut-être à ces derniers de mieux comprendre ce qu'ils ont à faire et ce que leurs clients ont à faire. Ceci pourrait expliquer la meilleure coopération que les thérapeutes plus expérimentés développent avec leurs clients dans la réalisation des tâches de la thérapie.

De plus, il est fort probable que les thérapeutes plus expérimentés aient un sentiment de confiance plus grand en regard à leurs qualifications et leurs compétences, ce qui peut être ressenti par les clients. En effet, les clients sont probablement en mesure de voir que leur thérapeute maîtrise bien les techniques thérapeutiques, comme l'interprétation, le travail de cibles thérapeutiques spécifiques, la restructuration cognitive ou encore l'analyse du transfert. Comme l'expérience du thérapeute se construit par des heures de thérapie, de pratique et de formation, on peut supposer alors que cette expérience s'accompagne aussi de connaissances théoriques et que cette acquisition influence positivement la dimension *tâches* de l'alliance thérapeutique. Ainsi, en développant et en

peaufinant leur assise théorique, les thérapeutes ayant plus d'années de formation peuvent développer une meilleure confiance envers leurs interventions puisqu'ils ont compris le rationnel derrière ces dernières. En effet, un thérapeute ne peut établir une alliance thérapeutique solide sans avoir une représentation claire de son rôle et des actions qu'il doit poser dans la thérapie (Drapeau & Koerner, 2003). D'ailleurs, selon Brillon (2011) les habiletés à effectuer certaines interventions, comme l'explication claire du traitement au client, ne peuvent se développer qu'avec l'expérience que le thérapeute acquiert au cours de sa pratique. Donc, il peut s'avérer possible que les thérapeutes moins expérimentés saisissent moins bien le travail qu'ils ont à faire et par le fait même expliquent moins bien ce en quoi consistent les tâches à réaliser au cours du traitement.

L'étude actuelle n'a pas permis de démontrer de lien entre l'expérience du thérapeute et la dimension *relation* de l'alliance thérapeutique. Ces résultats sont les mêmes que ceux de Mallinckrodt et Nelson (1991) qui n'ont trouvé aucune différence entre les thérapeutes expérimentés et moins expérimentés en ce qui a trait à la dimension *relation* de l'alliance thérapeutique. Comme les thérapeutes moins expérimentés de notre étude sont d'abord formés sur les habiletés de base en psychothérapie, ceci pourrait expliquer ces résultats. Effectivement, la première visée de la formation doctorale des stagiaires de première année du programme de doctorat de l'Université de Sherbrooke est de mettre l'accent sur le développement des habiletés de base des doctorants. Les habiletés de base représentent des habiletés d'écoute active telles que le reflet, la reformulation,

l'accentuation, la confrontation et les questions ouvertes qui permettent l'établissement d'une relation de confiance par la manifestation d'empathie et d'écoute sans jugement de la part du thérapeute. Ainsi, le début de la formation des doctorants en psychologie met l'accent sur les habiletés de base plutôt que sur l'apprentissage des diverses approches théoriques en psychologie et des techniques qui y sont reliées. De ce fait, il est de l'entendement que les thérapeutes moins expérimentés aient eu un score aussi bon que les thérapeutes expérimentés en ce qui a trait à la dimension *relation* de l'alliance thérapeutique.

Dans la présente étude, l'expérience du thérapeute ne s'est pas avérée être reliée à la dimension *objectifs* de l'alliance thérapeutique, définie comme le degré d'accord entre le thérapeute et le client en regard aux objectifs de la thérapie. Ces résultats sont différents de ceux obtenus par Mallinckrodt et Nelson (1991) qui eux ont trouvé que les thérapeutes plus expérimentés réussissaient mieux concernant la dimension *objectifs* dans l'alliance thérapeutique. Les résultats de la présente étude signifient que, bien que les thérapeutes moins expérimentés ne maîtrisent pas encore aussi bien les techniques en lien avec la démonstration d'une collaboration dans la mise en place des actions menant aux objectifs de la thérapie, il semble qu'ils soient capables de bien cerner les objectifs que visent leurs clients en thérapie. Il est possible que ceci s'explique par la haute qualité de leurs habiletés empathiques de base qui leur permettent de bien saisir les objectifs thérapeutiques de leurs clients tout en ayant moins d'outils pour les atteindre.

Alliance thérapeutique et satisfaction envers la thérapie

Selon la deuxième hypothèse de recherche, il était attendu que l'alliance thérapeutique soit positivement reliée à la satisfaction du client envers les services reçus. Cette hypothèse se trouve confirmée.

En effet, les résultats fournissent une évidence selon laquelle le score total de l'alliance thérapeutique ainsi que les scores de chacune des trois dimensions de l'alliance sont positivement reliés à la satisfaction du client envers la thérapie. Ainsi, plus l'alliance thérapeutique qui se développe entre un thérapeute et son client est élevée, plus ce dernier se dit satisfait des services reçus. Ces résultats ne surprennent pas puisqu'ils vont dans le même sens que ceux de nombreuses études (Bieschke et al., 1995; Dearing et al., 2005; Huber et al., 2005).

Ces résultats peuvent signifier que le fait de développer une bonne alliance thérapeutique contribue à être satisfait de la thérapie. Il suffit de penser à l'impact positif qu'une bonne alliance thérapeutique a sur les résultats d'une thérapie, pour comprendre que les clients sont plus satisfaits de leur thérapie lorsqu'ils ont pu développer une bonne alliance avec leur thérapeute. Cette association signifie également que les clients perçoivent une bonne alliance thérapeutique lorsqu'ils sont satisfaits de leur thérapie. Il est aussi possible que plus les clients sont satisfaits de leur traitement, plus ils collaborent à l'établissement d'une bonne alliance de travail.

Pour comprendre ce lien, certaines explications sont possibles. D'abord, développer une forte alliance thérapeutique avec son thérapeute est une expérience agréable pour le client et peut logiquement amener ce dernier à être très satisfait de sa thérapie. Johansson et Eklund (2003) indiquent que la qualité de l'alliance thérapeutique est l'élément central de la satisfaction des clients envers la thérapie dans leur étude qualitative réalisée auprès de 16 clients qui ont été questionnés sur ce qu'ils considéraient comme un bon service de soins psychiatriques. L'inverse semble également clair. En effet, un client qui ne perçoit pas une bonne alliance avec son thérapeute peut être, par le fait même, insatisfait de sa thérapie. Ainsi, l'évaluation de l'alliance thérapeutique et de la satisfaction s'en trouvent intimement liées.

D'ailleurs, il importe de souligner que les distributions non normales de la satisfaction et de l'alliance thérapeutique dans la présente étude montrent un fort niveau de satisfaction et d'alliance thérapeutique pour une majorité de dyades. Ces résultats peuvent être expliqués en raison du type de suivis psychologiques à l'étude dans la présente recherche. En effet, puisque les clients étaient informés que leur thérapeute était en formation doctorale, sans toutefois avoir la précision de son année d'études, il est possible qu'ils aient eu des attentes moins élevées envers les services rendus. Les clients ont pu être très satisfaits en raison de la comparaison entre leurs attentes initiales envers la qualité des services rendus par des étudiants et leur expérience subséquente en thérapie qui s'est peut-être avérée plus positive qu'ils ne s'y attendaient. En effet, Ross et al. (1987) expliquent que la satisfaction perçue de la thérapie représente une

interaction dynamique entre les attentes du client et les expériences vécues au cours du traitement. De plus, le fait que les clients au CIPUS n'avaient pas ou très peu à déboursier pour les services reçus a pu contribuer à ce qu'ils aient des attentes moins élevées et ainsi qu'ils soient finalement étonnés de la qualité de leur thérapie. En effet, des études montrent que les clients ont de plus faibles attentes envers la thérapie lorsqu'ils paient un tarif réduit (Herron & Welt, 1992; Yoken & Berman, 1984). De plus, Moore et Kenning (1996) ont démontré que les clients qui ont eu à payer moins étaient plus satisfaits de leur traitement que les clients qui devaient payer le tarif régulier d'une psychothérapie.

Expérience du thérapeute et satisfaction envers la thérapie

La troisième hypothèse stipulant qu'un lien positif significatif sera obtenu entre l'expérience du thérapeute et la satisfaction du client envers la thérapie est confirmée puisqu'une corrélation positive a été trouvée entre l'expérience du thérapeute et la satisfaction du client envers la thérapie. Plus l'expérience du thérapeute augmente plus la satisfaction du client envers la thérapie augmente aussi.

Ces résultats vont dans le sens de certaines études mesurant les mêmes variables. D'abord, Stein et Lambert (1984) ont trouvé que les clients qui avaient des thérapeutes avec davantage de formation et d'expérience rapportaient plus de satisfaction envers leur thérapie. Ensuite, les clientes évaluées dans l'étude de Gulliksen et al. (2012) étaient plus satisfaites de leur thérapeute lorsque ce dernier était expert du trouble traité, soit

l'anorexie. Finalement, les résultats de l'étude de Flores (1995) indiquent que les clients étaient plus satisfaits de leur expérience en thérapie lorsqu'ils étaient avec des thérapeutes qui en étaient à leur deuxième stage qu'avec des thérapeutes de premier stage.

Orlinsky & Rønnestad (2005) offrent une explication intéressante à cette relation entre l'expérience du thérapeute et la satisfaction des clients envers la thérapie. En effet, d'après ces auteurs, la plupart des thérapeutes débutants rapportent généralement un manque de confiance en soi, un sentiment d'être déstabilisé et un haut niveau d'anxiété. Toutefois, l'expérience qui s'accumule s'accompagne graduellement d'un sentiment de maîtrise de la situation et d'une diminution de l'anxiété. Ainsi, les clients avec des thérapeutes moins anxieux et plus confiants peuvent s'avérer plus satisfaits de leur thérapie puisqu'ils les sentent plus stables et en confiance. D'ailleurs, les auteurs Rønnestad et Skovholt (2003) affirment que l'anxiété des thérapeutes débutants amène ces derniers à rechercher des rétroactions positives extérieures pour calmer leurs inquiétudes et qu'ils incitent, consciemment ou non, le client à leur donner ce type de rétroaction. Ce genre de dynamique, qui peut s'installer entre un thérapeute débutant et son client, peut susciter un inconfort chez ce dernier et ainsi le rendre moins satisfait de son expérience en thérapie.

Par ailleurs, lorsque les clients se retrouvent avec des thérapeutes qui sont plus expérimentés et alors plus efficaces dans la dimension *tâches* de l'alliance thérapeutique,

comme il l'a été démontré plus tôt, il est permis de penser que ceci contribue à la satisfaction des clients. En effet, comme les clients consultent en thérapie en vue d'obtenir des changements face à leurs conditions, voir leur thérapeute être plus habile et actif dans les techniques et interventions nécessaires à la mise en place de ces changements, peut les amener à être plus satisfaits de la thérapie. Les thérapeutes seniors au doctorat possèdent une assise théorique et des habiletés pratiques plus approfondies et il est fort probable que ces acquis permettent une meilleure utilisation d'interventions thérapeutiques de changements. Cette compétence avancée pourrait avoir l'avantage de favoriser la collaboration du client dans les tâches menant aux objectifs thérapeutiques puisque celle-ci laisserait présager des changements souhaités. Ainsi, un client plus engagé pourrait s'avérer plus satisfait.

Finalement, étant donné que les thérapeutes ayant plus d'expérience ont eu davantage de cours, davantage de rétroactions de leurs superviseurs, davantage de clients en suivi et davantage de temps dans leur formation pour travailler sur leurs propres limites et difficultés, il est possible de croire que leur sentiment de compétence s'est graduellement développé et a contribué à la satisfaction de leur clientèle.

Forces et limites de l'étude et pistes de recherches futures

Cette étude visait à faire plus de lumière sur la relation entre l'alliance thérapeutique, l'expérience du thérapeute et la satisfaction des clients envers la thérapie. Elle s'inscrit dans la lignée des nombreuses recherches qui ont étudié ces variables. Cependant, la

présente étude a le mérite d'avoir été la première à se pencher sur ces trois variables simultanément.

La plupart des recherches portant sur l'étude du lien entre l'alliance thérapeutique et les variables d'expérience des thérapeutes ou de satisfaction des clients envers la thérapie ont été effectuées auprès de clients qui sont des étudiants universitaires. En effet, beaucoup de ces études ont été réalisées dans des cliniques offrant des services uniquement à une population universitaire, ce qui limite grandement la généralisation des résultats puisque cette population est relativement homogène quant à leur groupe d'âge et à leur occupation et peut présenter des problématiques de santé mentale différentes de celles de la population générale. Également, la littérature sur le sujet contient de nombreuses études qui ont été effectuées en contexte médical. Il était donc intéressant de réaliser, cette fois-ci, une étude avec une clientèle provenant de la population en général et ayant des âges et des problématiques psychologiques très variés. Ajoutons qu'une force importante à souligner de cette étude est son nombre de participants. En effet, l'étude comporte 275 dyades ce qui offre une forte puissance statistique pour le type d'analyses effectuées, comparativement à la majorité des études sur le sujet.

Également, cette étude a permis de réduire la désirabilité sociale lors de l'évaluation des variables à l'étude puisqu'il a été mentionné aux clients que les réponses aux questionnaires resteraient confidentielles et ne seraient pas dévoilées à leur thérapeute.

Ainsi, les clients qui ont participé à la présente étude ont pu être honnêtes dans leur évaluation sans craindre que leur thérapeute ait connaissance des résultats à ces questionnaires.

Finalement, alors que certaines études qui ont évalué le rôle de l'expérience du thérapeute sur l'alliance thérapeutique ou sur la satisfaction perçue de la thérapie étaient constituées de clients qui étaient au courant du nombre d'années d'expérience de leur thérapeute, il en est autrement dans la présente étude. En effet, bien que les clients savaient que les services qu'ils recevaient étaient rendus par des doctorants en psychologie, ils ne connaissaient pas l'année de formation de leur thérapeute. Il demeure tout de même que certains thérapeutes de l'étude puissent avoir informé leur client de leur expérience, puisque cette procédure n'a pas été contrôlée.

Cette étude comporte certaines limites. D'abord, les clients qui ont évalué positivement l'alliance thérapeutique et ceux qui se sont jugés très satisfaits de la thérapie semblent avoir été surreprésentés. En effet, les scores totaux de ces deux variables n'étaient pas distribués normalement et s'avéraient très positifs. Bien qu'il ne soit pas possible d'inférer sur les raisons d'une distribution non normale, on peut évaluer que les clients les plus insatisfaits puissent avoir mis fin prématurément à leur suivi. Comme les données de cette étude concernaient les suivis de sept rencontres et plus, il n'est pas exclu que les clients qui ont eu un plus court suivi aient pu quitter en raison de leur insatisfaction. En effet, les clients satisfaits ont tendance à avoir un plus long suivi et à le terminer en accord avec le thérapeute et en bons termes (Tanner, 1981).

Également, le niveau de satisfaction des clients a été démontré comme étant un bon prédicteur des fins de traitement prématurées (Kokotovic & Tracey, 1987; Sabourin, Gendreau, & Frenette, 1987). Plus le client est insatisfait, plus il a tendance à quitter précocement le traitement. Par ailleurs, l'alliance thérapeutique joue, elle aussi, un rôle dans la rétention des clients en thérapie. Comme le montre Fuertes et al. (2009), plus les clients perçoivent une bonne alliance thérapeutique et sont satisfaits de leur thérapie, plus ils maintiennent une bonne adhérence au traitement. Donc les clients qui ont quitté le suivi avant leur septième rencontre dans la présente étude, peuvent être des clients qui ont moins développé d'alliance thérapeutique et qui ont moins été satisfaits du suivi. Il est également envisageable que les clients insatisfaits ou ayant développé une faible alliance thérapeutique aient refusé de répondre aux questionnaires par manque d'intérêt ou d'investissement envers le processus. Ceci pourrait expliquer la distribution hautement élevée des résultats positifs de l'alliance thérapeutique et celle de la satisfaction des clients envers la thérapie obtenues dans cette étude. Il serait intéressant que des recherches futures évaluent le taux de satisfaction envers le suivi et la perception de l'alliance thérapeutique aussi chez les clients qui quittent précocement leur thérapie.

Une autre limite de la présente étude est que l'alliance thérapeutique a été évaluée uniquement par les clients. Comme le soulignent Ogrodniczuk, Piper, Joyce et McCallum (2000), les clients et les thérapeutes ont une perception différente de l'alliance thérapeutique. Malgré que l'évaluation de l'alliance thérapeutique par les clients est plus prédictive du résultat de la thérapie que l'évaluation de l'alliance effectuée par les

thérapeutes (Martin et al., 2000; Hersoug et al., 2001), il n'en demeure pas moins que la perception des thérapeutes de la qualité de l'alliance thérapeutique pourrait apporter une perspective additionnelle à celle obtenue par l'évaluation du client. Ainsi, des recherches futures évaluant la perception de l'alliance thérapeutique à la fois chez le client et le thérapeute offriraient l'opportunité d'analyses et de comparaisons plus élaborées et englobantes du concept de l'alliance thérapeutique.

La mesure de la variable expérience du thérapeute représente aussi une limite de l'étude. En effet, le nombre d'années d'expérience du thérapeute dans la présente étude était très peu diversifié, allant de un an à quatre ans, ce qui peut expliquer que les différences à travers l'expérience ne soient pas très présentes. En plus, les années d'expérience étaient réparties inadéquatement dans l'échantillon; les doctorants de 1^{ère} et 2^e années étaient beaucoup plus nombreux que ceux en 3^e et en 4^e années. Il serait pertinent de refaire une même recherche en incluant des thérapeutes gradués et ayant plusieurs années d'expérience et en assurant une répartition plus égale du nombre de thérapeutes à chaque niveau d'expérience.

De plus, la présente étude utilisait un plan corrélationnel transversal dans lequel les données des variables alliance thérapeutique et satisfaction de la thérapie n'ont été prises qu'à un seul moment dans le temps. Ce type de plan ne permet pas d'établir un lien de causalité ou de prédire l'impact d'une variable sur une autre, mais informe seulement sur la présence d'un lien. Un devis de recherche longitudinale permettrait de suivre

l'évolution des variables alliance thérapeutique et satisfaction de la thérapie dans un même suivi et, de là, de supposer une séquence temporelle ou causale. Aussi, il serait intéressant que des études futures de type longitudinales permettent de suivre des thérapeutes sur plusieurs années ou tout au long de leur processus de formation et d'y évaluer l'évolution de l'alliance thérapeutique et de la satisfaction de leurs clients.

Retombées scientifiques et cliniques

Puisque l'alliance thérapeutique était fortement corrélée avec la satisfaction des clients envers la thérapie, cette étude appuie l'importance de miser sur le développement d'une alliance thérapeutique de qualité en thérapie. Celle-ci semble, en effet, favoriser une meilleure satisfaction du client envers les soins qu'il reçoit. Cette étude contribue à souligner l'importance de l'alliance thérapeutique dans le processus de suivi psychologique. Les psychologues pourront considérer cet aspect primordial dans leur travail et porter une attention particulière à la relation qui se développe avec leur client.

Cette étude a aussi permis de mettre en lumière certains aspects de l'alliance thérapeutique qui semblent se développer avec l'expérience du thérapeute, comme l'habileté à établir une collaboration dans la réalisation des tâches menant aux objectifs qui fait appel à une bonne entente entre le client et le thérapeute dans l'identification des stratégies à mettre en place et des rôles respectifs. Cette évolution qui semble s'effectuer offre la possibilité pour les doctorants et les nouveaux psychologues de garder espoir et de demeurer patients devant la complexité et les défis de cette profession, puisqu'ils

peuvent constater que certaines habiletés nécessaires au développement de l'alliance thérapeutique et contribuant à la satisfaction des clients en thérapie s'améliorent avec le temps. De plus, les doctorants et les nouveaux psychologues peuvent aussi être rassurés dans leurs compétences actuelles puisque les résultats de cette étude ne sont pas concluants sur le lien entre l'expérience et l'alliance thérapeutique. En effet, bien qu'un lien fût révélé entre l'expérience du thérapeute et la dimension *tâches* de l'alliance, le score total de l'alliance thérapeutique n'était, pour sa part, pas relié à l'expérience. De plus, le score total de l'alliance thérapeutique et celui de la satisfaction envers la thérapie reçue étaient très élevés pour la plupart des clients d'après les analyses descriptives. Cette recherche peut, ainsi, encourager les jeunes professionnels sur le fait que malgré le sentiment d'avoir des lacunes en début de carrière, ceux-ci réussissent tout de même à offrir, dès leurs débuts, des services adéquats et appréciés.

La présente recherche traite indirectement de la formation des nouveaux thérapeutes et peut permettre d'orienter les décisions en regard de la formation universitaire. Par les résultats de cette étude, il est possible de mieux comprendre comment certains aspects de l'alliance thérapeutique évoluent à travers la formation. Cette recherche pourra offrir quelques pistes de réflexion sur le processus de développement professionnel des nouveaux psychologues. Les programmes de formation auraient avantage à faire valoir des activités pédagogiques ciblant principalement le développement de l'alliance entre le client et le thérapeute pour mieux préparer les futurs psychologues à cette relation et à ce développement de lien de confiance.

Finalement, par la recension des écrits, cette recherche a permis de mettre en lumière l'étendue que représente l'expérience d'un thérapeute. Elle est à la fois le nombre d'années de formation, le nombre d'heures de formation continue ou encore de thérapie individuelle et le nombre d'années de pratique clinique. Alors, cette recherche, tout comme les autres sur ce thème, encourage les jeunes professionnels à poursuivre le développement de leurs compétences et à constamment les renouveler à travers ces diverses voies pour continuellement améliorer leur efficacité et enrichir leur expérience.

Conclusion

Cette étude comportait trois objectifs principaux. Elle visait à évaluer le lien entre l'alliance thérapeutique et l'expérience du thérapeute, à mesurer si l'alliance thérapeutique était reliée à la satisfaction du client envers sa thérapie et, finalement, à éclaircir la relation entre l'expérience du thérapeute et la satisfaction du client envers la thérapie.

Bien que les résultats de cette étude n'aient pas permis de démontrer que l'expérience du thérapeute est reliée à l'alliance thérapeutique en général, l'habileté à établir une relation de collaboration dans la réalisation des tâches menant aux objectifs poursuivis en thérapie s'est vue être reliée au niveau d'expérience du thérapeute. Tout comme la littérature existante sur le sujet, les résultats de l'étude montrent également que l'alliance thérapeutique est reliée à la satisfaction du client envers la thérapie. Enfin, l'étude a montré un lien positif significatif entre l'expérience du thérapeute et la satisfaction du client envers la thérapie.

Cette étude contribue à l'avancement des connaissances en montrant l'importance du lien entre la qualité de l'alliance thérapeutique et le degré de satisfaction que les clients retirent de leur thérapie. La présente étude permet aussi de souligner l'importance de considérer le concept de l'alliance thérapeutique non seulement au sens large, mais également dans l'optique des sous dimensions qui la composent.

Les conclusions de cette recherche peuvent informer les psychologues sur l'importance de miser sur le développement d'une alliance thérapeutique de qualité dans leurs suivis auprès de leurs clients. Elles permettent aussi de noter l'utilité des programmes de formation en psychologie qui misent sur le développement précoce de compétences favorisant l'alliance thérapeutique dans le processus de formation des nouveaux psychologues.

Des études permettant de mieux comprendre les relations qui existent entre l'alliance thérapeutique, l'expérience du thérapeute et la satisfaction du client envers la thérapie sont nécessaires, particulièrement celles qui permettraient de suivre dans le temps l'évolution du développement de ces variables.

Références

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 171-185.
- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1.
- Anderson, T. (1999, June). *Specifying non-« specifics » in therapist : The effect of facilitative interpersonal skills in outcome alliance formation*. Paper presented at the 30th Annual Meeting of the International Society for Psychotherapy Research, Braga, Portugal.
- Bachelor, A. (1991). Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28, 534-549.
- Bennett, J. K., Fuertes, J. N., Keitel, M., & Phillips, R. (2011). The role of patient attachment and working alliance on patient adherence, satisfaction, and health-related quality of life in lupus treatment. *Patient Education and Counseling*, 85, 53-59.
- Bieschke, K. J., Bowman, G. D., Hopkins, M., & Levine, H. (1995). Improvement and satisfaction with short-term therapy at a university counseling center. *Journal of College Student Development*, 36, 553-559.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16, 252-260.
- Boutin, M. (2005). *Relation entre l'alliance thérapeutique, la santé mentale ainsi que la satisfaction envers la thérapie au cours d'un processus psychothérapeutique chez l'adulte*. Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Chicoutimi.
- Brillon, M. (2011). L'alliance thérapeutique: Un défi constant pour le thérapeute. *Psychologie Québec*, 28, 20-23.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). Common and unique principles of therapeutic change: What do we know and what do we need to know? Dans L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 353-370). New York: Oxford University Press.

- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *43*, 271-279.
- Constantino, M., & Smith-Hansen, L. (2008). Patient interpersonal factors and the therapeutic alliance in two treatments for bulimia nervosa. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, *18*, 683-698.
- Dearing, R. L., Barrick, C., Dermen, K. H., & Walitzer, K. S. (2005). Indicators of client engagement: Influences on alcohol treatment satisfaction and outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, *19*, 71-78.
- Dinger, U., Strack, M., Leichsenring, F., Wilmers, F., & Schauenburg, H. (2008). Therapist effects on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, *64*, 344-354.
- Drapeau, M., & Koerner, A. C. (2003) L'impact des techniques thérapeutiques. *Psychologie Québec*, *20*, 17-22.
- Dunkle, J. H., & Friedlander, M. L. (1996). Contribution of therapist experience and personal characteristics to the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, *43*, 456.
- Evans-Jones, C., Peters, E., & Barker, C. (2009). The therapeutic relationship in CBT for psychosis: Client, therapist and therapy factors. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, *37*, 527-540.
- Flores, G. M. (1995). *Client evaluation of therapy correlated with model used and trainee practice experience*. M. A., Pacific Lutheran University.
- Fragar, D. C., Coyne, L., Lyle, J., Coulter, P. L., Graham, P., Sargent, J., & Allen J. G. (1999). Which treatments help? the patient's perspective. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *63*, 388-400.
- Freud, S. (1966). The dynamics of transference. Dans J. Strachey (Éd. et Trad.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (pp. 99-108). London : Hogarth Press. (Ouvrage original publié en 1912).
- Frieswyk, S. H., Allen, J. G., Colson, D. B., Coyne, L., Gabbard, G. O., Horwitz, L., & Newsom, G. (1986). Therapeutic alliance: Its place as a process and outcome variable in dynamic psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *54*, 32-38.

- Fuertes, J. N., Boylan, L. S., & Fontanella, J. A. (2009). Behavioral indices in medical care outcome: The working alliance, adherence, and related factors. *Journal of General Internal Medicine, 24*, 80-85.
- Fuertes, J. N., Mislowack, A., Bennett, J., Paul, L., Gilbert, T. C., Fontan, G., & Boylan, L. S. (2007). The physician-patient working alliance. *Patient Education and Counseling, 66*, 29-36.
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 27*, 143-153.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist, 13*, 155-243.
- Gelso, C. J., & Fretz, B. R. (1992). *Counseling psychology*. San Diego, CA US: Harcourt Brace Jovanovich.
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *The Psychoanalytic Quarterly, 34*, 155-179.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1989). Emotion in psychotherapy. *American Psychologist, 44*, 19-29.
- Gulliksen, K., S., Espeset, E., M.s., Nordbø, R., H.s., Skårderud, F., Geller, J., & Holte, A. (2012). Preferred therapist characteristics in treatment of anorexia nervosa: The patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders, 45*, 932-941.
- Helwig, S. E. (1996). The development of working alliance and social influence in psychotherapy. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 57*, pp. 4029.
- Hermens, M. L., van Hout, H. P., Terluin, B., Adèr, H. J., Penninx, B. W., van Marwijk, H. W., Bosmans, J. E., van Dyck, R., & de Haan, M. (2007). Clinical effectiveness of usual care with or without antidepressant medication for primary care patients with minor or mild-major depression: A randomized equivalence trial. *BMC Medicine, 5*, 36-36.
- Herron, W. G., & Welt, S. R. (1992). *Money matters: The fee in psychotherapy and psychoanalysis*. New York: Guilford Press.

- Hersoug, A. G., Høglend, P., Havik, O. E., Von, D. L., & Monsen, J. T. (2009a). Pretreatment patient characteristics related to the level and development of working alliance in long-term psychotherapy. *Psychotherapy Research, 19*, 172-180.
- Hersoug, A. G., Høglend, P., Havik, O. E., Von, D. L., & Monsen, J. T. (2009b). Therapist characteristics influencing the quality of alliance in long-term psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 16*, 100-110.
- Hersoug, A. G., Høglend, P., Monsen, J. T., & Havik, O. E. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy: Therapist variables and patient/therapist similarity as predictors. *Journal of Psychotherapy Practice & Research, 10*, 205-216.
- Horvath, A. O. (1994). Research on the alliance. Dans A. O. Horvath, & L. Greenberg, S. (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 259-286). New York: Wiley.
- Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship: From transference to alliance. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 163-173.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1986). The development of the working alliance inventory. Dans L. S. Greenberg, W. M. Pinsof, L. S. Greenberg, & W. M. Pinsof, (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*. (pp. 529-556). New York: Guilford Press.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*, 223-233.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 561-573.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 139-149.
- Huber, D., Henrich, G., & Brandl, T. (2005). Working relationship in a psychotherapeutic consultation. *Psychotherapy Research, 15*, 129-139.
- Johansson, H., & Eklund, M. (2003). Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 17*, 339-346.
- Kaplan, S. H., Greenfield, S., & Ware, J. E., J. (1989). Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care, 27*, S110-S127.

- Kim, S. C., Kim, S., & Boren, D. (2008). The quality of therapeutic alliance between patient and provider predicts general satisfaction. *Military Medicine, 173*, 85-90.
- Kivlighan, D. M. Jr., Patton, M. J., & Foote, D. (1998). Moderating effects of client attachment on the counselor experience–working alliance relationship. *Journal of Counseling Psychology, 45*, 274-278.
- Kokotovic, A. M., & Tracey, T. J. (1987). Premature termination at a university counseling center. *Journal of Counseling Psychology, 34*, 80-82.
- 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*, 197-207.
- Lecomte, C. et Savard, R. (2004). La supervision clinique : Un processus de réflexion essentiel au développement de la compétence professionnelle. Dans T. Lecomte et C. Leclerc (Éds), *Manuel d'intervention psychiatrique : Interventions de pointe*. Montréal : Presse de l'Université du Québec.
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M., & Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie, 25(3)*, 73-102.
- Lorentzen, S., Bakali, J. V., Hersoug, A. G., Hagtvet, K. A., Ruud, T., & Høglend, P. (2012). Psychodynamic group psychotherapy: Impact of group length and therapist professional characteristics on development of therapeutic alliance. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 19*, 420-433.
- Lustig, D. C., Strauser, D. R., Rice, N. D., & Rucker, T. F. (2002). The relationship between working alliance and rehabilitation outcomes. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 46*, 24-32.
- Mallinckrodt, B. (1991). Clients' representations of childhood emotional bonds with parents, social support, and formation of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 401-409.
- Mallinckrodt, B., & Nelson, M. L. (1991). Counselor training level and the formation of the psychotherapeutic working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 133-138.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 438-450.

- Meier, P. S., Donmall, M. C., Barrowclough, C., McElduff, P., & Heller, R. F. (2005). Predicting the early therapeutic alliance in the treatment of drug misuse. *Addiction, 100*, 500-511.
- Moore, K. E., & Kenning, M. (1996). Assessing client satisfaction in a psychology training clinic. *Journal of Mental Health Administration, 23*, 180-189.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., Joyce, A., & McCallum, M. (2000). Different perspectives of the therapeutic alliance and therapist technique in two forms of dynamically oriented psychotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry, 45*, 452-458.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. L. (1980). Gender and psychotherapeutic outcome. Dans A. M. Brodsky, & R. T. Hare-Mustin (Eds.), *Woman and Psychotherapy* (pp. 3-34). New-York: Guilford.
- Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington: American Psychological Association.
- Pascoe, G. C. (1983). Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning, 6*, 185-210.
- Raytek, H. S., McCrady, B. S., Epstein, E. E., & Hirsch, L. S. (1999). Therapeutic alliance and the retention of couples in conjoint alcoholism treatment. *Addictive Behaviors, 24*, 317-330.
- Roland, B. D. (2010). The impact of counselor recovery status, disclosure, education, and experience on the working alliance in the treatment of substance use disorders. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, 71*, pp. 1798.
- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2003). The journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on professional development. *Journal of Career Development, 30*, 5-44.
- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research, 23*, 394-418.
- 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*, 16-26.

- Roth, A., & Fonagy, P. (1996) The relationship between outcome and therapist training, experience and technique. Dans A. Roth, & P. Fonagy (Eds.), *What works for whom?* (pp. 341-357). New-York: Guilford
- Sabourin, S., & Gendreau, P. (1988). Assessing client satisfaction with mental health treatment among french-canadians. *International Review of Applied Psychology*, 37, 327-335.
- Sabourin, S., Gendreau, P., & Frenette, L. (1987). Le niveau de satisfaction des cas d'abandon dans un service universitaire de psychologie. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 19, 314-323.
- Safran, J. D., Crocker, P., McMMain, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27, 154-165.
- Saketopoulou, A. (1999). The therapeutic alliance in psychodynamic psychotherapy: Theoretical conceptualizations and research findings. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36, 329-342.
- Schauenburg, H., Buchheim, A., Beckh, K., Nolte, T., Brenk-Franz, K., Leichsenring, F., Strack, M., Dinger, U. (2010). The influence of psychodynamically oriented therapists' attachment representations on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 20, 193-202.
- Sherman, E. M. (2000). *An analysis of variables influencing student therapists' and clients' ratings of session satisfaction*. Dissertation. The alder school of professional psychology.
- Stein, D. M., & Lambert, M. J. (1984). On the relationship between therapist experience and psychotherapy outcome. *Clinical Psychology Review*, 4, 127-142.
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *The International Journal of Psychoanalysis*, 15, 117-126.
- Tanner, B. A. (1981). Factors influencing client satisfaction with mental health services: A review of quantitative research. *Evaluation and Program Planning*, 4, 279-286.
- Tempier, R., Hepp, S. L., Duncan, C. R., Rohr, B., Hachey, K., & Mosier, K. (2010). Patient-centered care in affective, non-affective, and schizoaffective groups: Patients' opinions and attitudes. *Community Mental Health Journal*, 46, 452-460.

- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the working alliance inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1*, 207-210.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Yoken, C., & Berman, J. S. (1984). Does paying a fee for psychotherapy alter the effectiveness of treatment? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 254-260.
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *The International Journal of Psychoanalysis, 37*, 369-375.

Appendice A

Questionnaires

W.A.I. - Post traitement

Vous trouverez ci-dessous 36 phrases concernant la relation que vous aviez avec votre thérapeute. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour évaluer jusqu'à quel point vous êtes en accord avec chacune des phrases. Inscrivez vos réponses dans l'espace à côté de chaque phrase.

(1) = Pas vrai du tout (2) = Un petit peu vrai (3) = Légèrement vrai (4) = Relativement vrai (5) = Modérément vrai (6) = Très vrai (7) = Entièrement vrai

- _____ 1. Je me sentais inconfortable avec ma thérapeute ou mon thérapeute.
- _____ 2. Ma thérapeute ou mon thérapeute et moi étions en accord à propos des choses qu'il fallait faire en thérapie pour améliorer ma situation.
- _____ 3. Je m'inquiétais à propos des résultats de la thérapie.
- _____ 4. Ce que j'ai fait en thérapie m'apportait une nouvelle façon de voir les problèmes.
- _____ 5. Ma thérapeute ou mon thérapeute et moi nous nous entendions bien.
- _____ 6. Ma thérapeute ou mon thérapeute percevait bien quels étaient mes buts en thérapie.
- _____ 7. Je trouvais que ce que je faisais en thérapie était mêlant.
- _____ 8. J'avais l'impression que ma thérapeute ou mon thérapeute m'aimait bien.
- _____ 9. Le but de nos rencontres de thérapie m'apparaissait clair.
- _____ 10. Je n'étais pas en accord avec ma thérapeute ou mon thérapeute à propos de ce qu'allait m'apporter la thérapie.
- _____ 11. Je croyais que le temps que ma thérapeute ou mon thérapeute et moi passions ensemble n'était pas utilisé efficacement.
- _____ 12. Ma thérapeute ou mon thérapeute ne comprenait pas ce que j'essayais d'accomplir en thérapie.
- _____ 13. Je comprenais bien le rôle qui me revenait en thérapie.
- _____ 14. Les objectifs des rencontres de thérapie étaient importants pour moi.
- _____ 15. Je trouvais que ce que ma thérapeute ou mon thérapeute et moi faisons en thérapie n'était pas pertinent pour mes problèmes.
- _____ 16. Je sentais que ce que je faisais en thérapie allait m'aider à accomplir les changements que je désirais.

____17. Je croyais que ma thérapeute ou mon thérapeute était vraiment préoccupé par mon bien-être.

____18. Je comprenais bien ce que ma thérapeute ou mon thérapeute voulait que je fasse lors de nos rencontres.

____19. Ma thérapeute ou mon thérapeute et moi nous nous respectons mutuellement.

____20. Je sentais que ma thérapeute ou mon thérapeute n'était pas entièrement honnête à propos de ses sentiments envers moi.

____21. J'avais confiance dans les capacités de ma thérapeute ou mon thérapeute de m'aider.

____22. Ma thérapeute ou mon thérapeute et moi travaillions pour accomplir des objectifs que nous nous étions fixés mutuellement.

____23. Je sentais que ma thérapeute ou mon thérapeute m'appréciait à ma juste valeur.

____24. On s'entendait sur ce que l'on devait travailler.

____25. Suite aux rencontres de thérapie, ce que je devais faire pour changer était plus clair à mes yeux.

____26. Ma thérapeute ou mon thérapeute et moi nous nous faisons mutuellement confiance.

____27. Ma thérapeute ou mon thérapeute et moi ne nous entendions pas sur la nature de mes problèmes.

____28. Ma relation avec ma thérapeute ou mon thérapeute était très importante pour moi.

____29. J'avais l'impression que si je disais ou faisais quelque chose d'incorrect, ma thérapeute ou mon thérapeute me laisserait tomber.

____30. Ma thérapeute ou mon thérapeute et moi collaborions afin d'établir les objectifs de ma thérapie.

____31. Les choses que je faisais en thérapie me déplaisaient.

____32. Nous nous sommes bien entendus à propos du genre de changements qui étaient bons pour moi.

____33. Les choses que ma thérapeute ou mon thérapeute me demandait n'avaient pas de bon sens.

____34. Je ne savais pas en quoi la thérapie allait m'être utile.

_____35. Je croyais que la façon dont nous travaillions sur mes problèmes était correcte.

_____36. Je sentais que ma thérapeute ou mon thérapeute s'intéressait à moi, même si je pouvais faire des choses qu'elle ou qu'il n'approuvait pas.

CSQ-8

Vous pourriez nous aider à améliorer nos services en répondant aux quelques questions suivantes. Nous sommes intéressés à ce que vous nous donniez votre opinion de la façon la plus honnête possible, que celle-ci soit positive ou négative. Nous vous demandons, s'il vous plaît, de répondre à toutes les questions. Nous vous serions aussi reconnaissants de nous faire part de vos commentaires et suggestions. Merci beaucoup, nous apprécions vraiment votre aide.

Encerchez votre réponse :

1. Quelle est votre appréciation de la qualité des services que vous avez reçus?	4 Excellent	3 Bon	2 Passable	1 Pauvre
2. Avez-vous reçu le type de services que vous désiriez?	4 Oui, tout à fait	3 Oui, en général	2 Non, pas vraiment	1 Non, pas du tout
3. Jusqu'à quel point les services reçus ont-ils répondu à vos besoins?	4 Presque tous mes besoins ont été satisfaits	3 La plupart de mes besoins ont été satisfaits	2 Seulement quelques-uns de mes besoins ont été satisfaits	1 Aucun de mes besoins n'ont été satisfaits
4. Si un de vos amis avait besoin du même genre d'aide, lui recommanderiez-vous nos services?	4 Oui, certainement	3 Oui, je crois	2 Non, je ne crois pas	1 Non, certainement pas

CSQ-8

5. Quel est votre niveau de satisfaction par rapport à la quantité d'aide reçue?	4 Très satisfait	3 Plutôt satisfait	2 Plutôt insatisfait	1 Très insatisfait
6. Est-ce que les services reçus vous ont aidé à mieux gérer les difficultés pour lesquelles vous avez obtenu de l'aide?	4 Oui, beaucoup	3 Oui, un peu	2 Plus ou moins	1 Pas du tout
7. De façon générale et globale, quel est votre niveau de satisfaction par rapport aux services reçus?	4 Très satisfait	3 Plutôt satisfait	2 Plutôt insatisfait	1 Très insatisfait
8. Si vous deviez demander de l'aide à nouveau, referiez-vous appel à nos services?	4 Oui, certainement	3 Oui, je crois	2 Non, je ne crois pas	1 Non, certainement pas