

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE PRÉSENTÉE À  
LA FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)

PAR  
ÉMILIE LAMONTAGNE

PERCEPTION PAR LES CLIENTS DES COMPOSANTES D'UNE RELATION  
THÉRAPEUTIQUE POSITIVE

JANVIER 2016

## Sommaire

Bien que des interventions psychothérapeutiques efficaces aient été identifiées pour un éventail de problématiques psychologiques, un nombre considérable de clients ne bénéficient toutefois pas complètement de ces traitements, tel que l'indiquent les hauts taux d'abandon thérapeutique. La relation thérapeutique comme telle a été identifiée comme l'un des prédicteurs de l'abandon et plusieurs études ont démontré que les clients qui demeurent en thérapie évaluent leur alliance thérapeutique de manière plus positive que ceux qui abandonnent. De plus, parmi les clients qui demeurent en thérapie, c'est encore la relation thérapeutique qui joue un rôle important par sa valeur prédictive des résultats thérapeutiques. Le courant humaniste, en psychothérapie, place la relation thérapeutique au premier plan de l'intervention et a largement contribué à l'intérêt grandissant, en recherche, pour la relation thérapeutique. Malgré cette reconnaissance de l'importance de la relation thérapeutique, les études sur la nature des composantes de la relation thérapeutique et sur leur rôle dans l'efficacité de la thérapie ont surtout été menées du point de vue du psychothérapeute ou de celui d'un observateur. Le point de vue du client a été peu étudié, bien qu'il puisse être un meilleur prédicteur des résultats thérapeutiques. La présente étude avait donc pour but de recueillir les perceptions de clients adultes en psychothérapie sur la nature des composantes d'une relation thérapeutique positive ainsi que sur les composantes de la relation thérapeutique qu'ils perçoivent comme ayant un impact positif sur leur processus de changement. Un cadre théorique humaniste a été privilégié. Un devis qualitatif a été utilisé, car ce type de devis est pertinent pour explorer un phénomène peu documenté et pour décrire en profondeur

l'expérience unique et complexe qui s'y rapporte. Des entrevues semi-structurées ont été réalisées auprès de clients en psychothérapie à moyen et long terme (de 15 séances à deux ans), avec des psychologues d'orientation humaniste, étant donné l'importance qui est accordée à la relation thérapeutique par cette approche. Les données ont été analysées à l'aide de la méthode d'analyse de contenu mixte, inspirée de la méthode proposée par l'Écuyer, en combinant la méthode déductive et la méthode inductive. Une grille des composantes préexistantes a été construite pour guider la collecte et l'analyse des données et comprend la *Relation coopérative*, la *Relation transférentielle*, la *Relation personne-à-personne* et la *Relation transpersonnelle*. L'analyse des données a permis de décrire en profondeur ces composantes. De plus, l'analyse à l'aide de la méthode inductive a fait se dégager un arbre des catégories émergentes, qui amène des éléments d'approfondissement quant à la perception des clients d'une relation thérapeutique positive. Une démarche d'accord inter-juges a permis d'augmenter la validité du processus de codification. En ce qui a trait aux éléments perçus comme ayant un impact positif sur le processus de changement, la confiance mutuelle et le dévoilement de soi seraient centraux dans la perception des clients de cette étude. De plus, il ressort que différents éléments de la relation plus personnelle qui s'établit entre le client et le thérapeute, tels qu'un équilibre entre intimité et distance émotionnelle ainsi que la présence d'une complicité, seraient des leviers importants dans le processus de changement, selon les clients qui ont participé à cette étude. À la lumière des résultats obtenus ainsi que des forces et des limites de l'étude, des recommandations concernant les pistes d'investigation futures pour la recherche sont formulées. Les résultats et la

discussion de la présente étude pourront fournir aux psychologues cliniciens et aux institutions de formation une porte d'entrée pour amorcer ou poursuivre une réflexion quant aux composantes de la relation thérapeutique pouvant recevoir une attention particulière en psychothérapie.

Mots-clés : relation thérapeutique, perspective des clients, résultats thérapeutiques, changement, clientèle adulte, psychothérapie individuelle, recherche qualitative, orientation humaniste

## Table des matières

Sommaire .....	ii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	viii
Liste des figures .....	xi
Remerciements.....	xii
Introduction.....	1
Contexte théorique .....	9
La relation thérapeutique d'un point de vue humaniste .....	10
La relation thérapeutique selon Carl Rogers.....	11
La relation de coopération selon Yves St-Arnaud .....	14
Définitions de la relation thérapeutique.....	16
Composantes de la relation thérapeutique.....	17
Cadre de référence de la présente étude.....	23
Études empiriques sur le rôle de la relation thérapeutique dans l'efficacité de la thérapie .....	28
Le point de vue des clients .....	30
Études empiriques sur le rôle de la relation thérapeutique dans l'efficacité de la thérapie, selon la perspective des clients .....	32
Études empiriques sur la nature de la relation thérapeutique selon la perspective des clients .....	37
Objectifs de l'étude .....	45
Méthode .....	47
Devis de l'étude .....	48
Participants .....	50
Collecte de données .....	57
Construction de la grille des catégories préexistantes .....	58
Construction du canevas d'entrevue .....	64
Entrevue pré-collecte de données .....	68

Déroulement des entrevues .....	70
Considérations éthiques .....	71
Analyse des données .....	73
Méthode d'analyse des données .....	73
Description de l'analyse des données .....	74
Codification à l'aide de la grille des composantes préexistantes .....	75
Codification par l'induction de catégories émergentes .....	77
Démarche pour le calcul du niveau d'accord inter-juges .....	84
Résultats .....	90
Présentation des résultats en lien avec la grille des composantes préexistantes .....	92
Présentation des résultats en lien avec l'arbre des catégories émergentes .....	104
Portrait global des résultats .....	105
Présentation détaillée de l'arbre des catégories émergentes .....	108
Discussion .....	146
Interprétation des résultats en lien avec les objectifs et les sous-objectifs de l'étude .....	147
Objectifs 1 et 2 .....	148
Sous-objectifs 1a et 2a .....	149
Objectif 3 .....	195
Sous-objectifs 3a et 3b .....	196
Les forces et les limites de l'étude .....	223
Les forces de l'étude .....	223
Les limites de l'étude .....	225
Les retombées de l'étude .....	228
Des pistes d'investigation futures .....	231
Conclusion .....	236
Références .....	242
Appendice A. Canevas téléphonique pour le recrutement .....	254
Appendice B. Lettre d'invitation à participer à l'étude .....	257

Appendice C. Document informatif sur la recherche et sur la participation du psychologue .....	259
Appendice D. Formulaire d'engagement au respect des consignes liées à l'étude pour les psychologues qui participent au recrutement.....	262
Appendice E. Formulaire d'information et de consentement pour les participants de l'étude.....	264
Appendice F. Grille des composantes préexistantes de la relation thérapeutique .....	270
Appendice G. Canevas d'entrevue.....	275
Appendice H. Équations, calculs et résultats du processus d'accord inter-juges.....	279
Appendice I. Arbre des catégories émergentes .....	286
Appendice J. Tableau comparatif de la grille des composantes préexistantes et de l'arbre des catégories émergentes.....	307

## Liste des tableaux

### Tableau

1	Données sociodémographiques des participants.....	56
2	Provenance des sous-composantes de la <i>Relation coopérative</i> .....	59
3	Provenance des sous-composantes de la <i>Relation transférentielle</i> .....	60
4	Provenance des sous-composantes de la <i>Relation personne-à-personne</i> .....	62
5	Provenance des sous-composantes de la <i>Relation transpersonnelle</i> .....	63
6	Résultats de l'accord inter-juges effectué lors de la cinquième entrevue pour les composantes préexistantes .....	86
7	Résultats de l'accord inter-juges effectué lors de la cinquième entrevue pour les catégories émergentes .....	88
8	Balises établies pour les fréquences d'apparition des composantes et des sous-composantes de la grille des composantes préexistantes .....	93
9	Fréquence d'apparition des composantes préexistantes .....	94
10	Fréquences d'apparition des sous-composantes de la <i>Relation personne-à-personne</i> .....	95
11	Fréquences d'apparition des sous-composantes de la <i>Relation coopérative</i> .....	97
12	Fréquences d'apparition des sous-composantes de la <i>Relation transpersonnelle</i> ...	98
13	Fréquences d'apparition des sous-composantes de la <i>Relation transférentielle</i> ....	100
14	Portrait global des résultats .....	106
15	Premiers contacts du client avec le thérapeute.....	108
16	Engagement commun du client et du thérapeute dans le processus de changement du client.....	112
17	Outils thérapeutiques divers déployés par le thérapeute .....	116



## Tableau

18	Interventions du thérapeute aidant le client à se voir de manière réaliste.....	117
19	Flexibilité naturelle du thérapeute dans ses interactions avec le client.....	118
20	Contribution essentielle du client à son cheminement.....	120
21	Appréciation réciproque entre le client et le thérapeute. Complicité manifeste entre le client et le thérapeute.....	124
22	Intimité professionnelle entre le client et le thérapeute. Distance relationnelle optimale entre le client et le thérapeute.....	127
23	Accès partiel du client aux aspects personnels du thérapeute.....	129
24	Relation thérapeutique établie sur la base d'un respect mutuel.....	131
25	Développement graduel d'un lien de confiance.....	133
26	Accueil inconditionnel du thérapeute.....	136
27	Écoute active intéressée du thérapeute.....	137
28	Légitimation bienfaisante du client par le thérapeute.....	138
29	Espace relationnel au service du client.....	140
30	Liberté totale du client d'être lui-même à l'intérieur du cadre.....	141
31	Dévoilement de soi du client exclusif à la relation thérapeutique. Responsabilité du client de s'ouvrir au thérapeute.....	143
32	Similitudes entre la composante <i>Relation coopérative</i> et la méga-catégorie <i>Équipe client-thérapeute : ensemble vers le cheminement du client</i> .....	152
33	Tableau comparatif entre la composante <i>Relation coopérative</i> et l'arbre des catégories émergentes.....	154
34	Tableau comparatif entre la composante <i>Relation transférentielle</i> et l'arbre des catégories émergentes.....	165
35	Similitudes entre la composante <i>Relation personne-à-personne</i> et la méga-catégorie <i>Création d'une relation véritable entre deux personnes humaines</i> .....	169

## Tableau

- 36 Tableau comparatif entre la composante *Relation personne-à-personne* et l'arbre des catégories émergentes ..... 171
- 37 Tableau comparatif entre la composante *Relation transpersonnelle* et l'arbre des catégories émergentes ..... 187

## Liste des figures

### Figure

- 1 Schéma illustrant le cadre conceptuel organisant les liens entre les méga-catégories de l'arbre des catégories émergentes..... 197

## Remerciements

À Marie Papineau, ma directrice de thèse, qui a su m'accompagner de façon si humaine tout au long de ce processus. Ta grande disponibilité, ton implication et ton engagement sincère m'ont beaucoup touchée. Tu m'as donné le sentiment de ne pas être seule à porter ce gros projet. Merci de m'avoir appris à faire confiance au processus et, surtout, à me faire confiance. Merci de m'avoir suivie pas à pas, en m'aidant à apprivoiser chacune des étapes et en t'adaptant constamment à ce dont j'avais besoin.

Aux psychologues qui ont généreusement accepté de m'aider pour le recrutement des participants, merci! Sans vous, la réalisation de ce projet n'aurait pas été possible. Aux clients qui ont accepté de participer à cette recherche, un immense merci. Je vous suis très reconnaissante de vous être ainsi dévoilés et d'avoir osé partager votre expérience avec sincérité.

À Catherine, précieuse alliée, complice fidèle. Merci pour ta présence et ton soutien à tous les niveaux, plus particulièrement dans les deux dernières années. Savoir que je pouvais compter sur toi a été extrêmement aidant, motivant et rassurant pour moi. Grâce à toi, j'ai pu avoir quelqu'un qui comprenait ce que je vivais et qui trouvait les mots justes pour m'encourager. Merci pour tes nombreuses contributions à ma thèse. Merci d'avoir été là et de l'être encore. Tu es une « partenaire de thèse » formidable et une amie extraordinaire.

À Lucie Mandeville et Marc Bolduc, merci d'avoir bien voulu me consacrer du temps dans votre horaire chargé pour me faire bénéficier de vos commentaires sur ma grille des composantes de la relation thérapeutique.

À Martin Belzile, merci de m'avoir accompagnée dans mon apprentissage du logiciel d'analyse qualitative. Tu m'as sauvé beaucoup de maux de tête! Merci pour tout ce que tu m'as apporté, tout au long du doctorat.

À Christelle, merci infiniment d'avoir lu une première version de la présente thèse. Merci de m'avoir fait profiter de ton regard extérieur et de ton expertise en français!

À Ariane, merci d'avoir répondu à mes nombreuses questions de fin de parcours et pour ton aide dans la mise en page. Tu as vraiment fait une différence pour moi! Merci d'avoir été aussi disponible et enthousiaste à m'aider.

À ma famille et mes amis, merci de m'avoir soutenue et encouragée, chacun à votre manière, tout au long de mon parcours doctoral. Je suis extrêmement reconnaissante de vous avoir dans ma vie et de toujours pouvoir compter sur vous.

Finalement, mille mercis à Martin. Merci d'avoir été derrière moi à chaque étape et d'avoir célébré avec enthousiasme chacun des petits pas et des petites victoires. Tu as fait tout ce qui était en ton pouvoir pour me soutenir et alléger mon quotidien, et je l'apprécie énormément. Merci d'être mon supporter numéro 1!

## **Introduction**

Les abandons et les terminaisons prématurées constituent l'un des principaux problèmes en psychothérapie (Swift & Callahan, 2011). En effet, plusieurs clients qui entreprennent une démarche psychothérapeutique y mettent fin avant que celle-ci ne soit complétée et qu'elle ait pu leur apporter l'aide dont ils ont besoin. Certains chercheurs ont vérifié cette réalité clinique par des recensions des études portant sur la prévalence de l'abandon en psychothérapie. Ils ont observé que dans différents contextes de traitement, modalités thérapeutiques et avec différents types de clientèles et de problématiques, entre 30% et 60% des clients cessent leur psychothérapie de façon prématurée (Clarkin & Levy, 2004; Garfield, 1994; Wierzbicki et Pekarik, 1993). Ces terminaisons prématurées surviennent tôt dans le processus, selon certains, soit autour de la sixième séance (Garfield, 1994). Des chercheurs ont également observé que les clients qui abandonnent leur psychothérapie de façon prématurée présentent souvent de moins bons résultats thérapeutiques que ceux qui demeurent en psychothérapie jusqu'à ce que leurs objectifs de traitement aient été atteints (Klein, Stone, Hicks, & Pritchard, 2003).

Hanna (2002) a observé la présence de certains facteurs qui, s'ils sont absents, sont reliés à l'abandon thérapeutique. Ces sept facteurs, qui concernent le client, sont l'espoir, la conscience, le sentiment qu'il est nécessaire de changer, la volonté de faire l'expérience de l'anxiété et des difficultés, le désir de faire face à ses enjeux, le désir de

faire preuve de volonté et d'effort ainsi que la présence de soutien social. D'autres chercheurs, par des études corrélationnelles, se sont intéressés à l'identification des prédicteurs de l'abandon thérapeutique. Ils ont principalement identifié : un faible statut socio-économique et un faible niveau d'éducation (Wierbicki & Pekarik, 1993), un problème d'abus de substance (Baynon, Bellis, & McVeigh, 2006), un diagnostic de trouble de la personnalité (McDonagh et al., 2005), une faible motivation (Keijsers, Kampman, & Hoogduin, 2001) et la présence d'une faible alliance thérapeutique (Johansson & Eklund, 2006; Sharf, Primavera, & Diener, 2010). Concernant ce dernier facteur, soit la qualité de l'alliance thérapeutique, qui réfère à la présence d'une relation de collaboration entre le client et le thérapeute (Gelso & Carter, 1994), plusieurs études ont démontré que les clients qui demeurent en thérapie évaluent leur alliance thérapeutique de manière plus positive que ceux qui abandonnent le traitement (Mohl, Martinez, Ticknor, Huang, & Cordell, 1991; Sharf et al., 2010). La qualité de l'alliance thérapeutique est un facteur particulièrement intéressant à prendre en considération, car il est l'un de ceux sur lequel le thérapeute pourrait avoir une influence dans le but de réduire le risque d'abandon.

Même en regardant au-delà du problème préoccupant qu'est l'abandon thérapeutique, il y a de façon évidente une nécessité d'améliorer l'impact positif sur le changement dans le cadre des traitements psychologiques. En effet, selon une méta-analyse portant sur l'efficacité de la psychothérapie en lien avec différents troubles (Westen & Morrison, 2001), il semblerait que seulement la moitié des clients



présenteraient une amélioration de leur état à la fin de la psychothérapie. L'alliance thérapeutique et, plus largement, la relation thérapeutique dans son ensemble, apparaissent ici encore comme des facteurs jouant un rôle important dans cette problématique. En effet, la relation thérapeutique est ressortie de façon constante dans les études comme l'un des facteurs prédicteurs de l'efficacité thérapeutique (Lecomte & Lecomte, 1999; Martin, Garske, & Davis, 2000; Norcross, 2002). Elle contribuerait davantage au progrès thérapeutique que les techniques (Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue, & Hayes, 1996), les caractéristiques spécifiques du client ou celles du psychothérapeute (Luborsky, McLellan, Diguier, Woody, & Seligman, 1997). Certains chercheurs (Gros-Louis, 2003; Hill & Knox, 2009; Horvath et Bedi, 2002) considèrent même la qualité de la relation thérapeutique comme le meilleur prédicteur du succès de la psychothérapie. Il y a ainsi une importante quantité d'écrits scientifiques, provenant d'une variété d'approches théoriques, qui supportent l'idée qu'une relation thérapeutique positive est nécessaire pour qu'un changement ait lieu chez le client. Certains chercheurs soutiennent même qu'elle est suffisante pour que des résultats thérapeutiques positifs surviennent et, plus encore, qu'elle pourrait être l'ingrédient même du changement (Bachelor & Horvath, 1999; Horvath, 2000). Dans un article regroupant deux méta-analyses réalisées il y a quelques années et une dizaine d'études récentes portant sur le lien entre l'alliance thérapeutique et l'efficacité thérapeutique, Horvath (2001) conclut qu'« il est probable qu'un peu plus de la moitié des effets bénéfiques de la psychothérapie rapportés dans les méta-analyses précédemment réalisées soient liés à la qualité de l'alliance. » [traduction libre] (p. 366). Lambert et Barley (2002) affirment

quant à eux, dans un résumé des recherches sur la corrélation entre la relation thérapeutique et les résultats thérapeutiques, que « des décennies de recherche indiquent que la psychothérapie est un processus interpersonnel dans lequel l'une des composantes curatives est la nature de la relation thérapeutique. » [traduction libre] (p. 257). Il apparaît donc primordial de s'intéresser à la relation thérapeutique étant donné son rôle central dans la prévention de l'abandon thérapeutique et dans le succès de la thérapie.

Le courant humaniste, en psychothérapie, place la relation thérapeutique au premier plan de l'intervention. En effet, cette approche clinique s'appuie sur la relation thérapeutique comme principal outil de changement (Hill & Knox, 2009). De plus, l'approche humaniste est celle qui a le plus contribué à l'intérêt grandissant, en recherche, pour la relation thérapeutique, notamment par l'étude des conditions facilitatrices offertes par le thérapeute (Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011).

Toutefois, malgré cette reconnaissance de l'importance du rôle de la relation thérapeutique dans la prévention de l'abandon thérapeutique et dans l'efficacité de la psychothérapie, la perception qu'ont les clients de la relation thérapeutique est un sujet qui a été peu étudié jusqu'à maintenant (Bachelor, 1995; Krause, Altimir, & Horvath, 2011). Même dans les recherches qui se penchent sur la relation thérapeutique selon une approche humaniste, dans laquelle une place centrale est accordée au client, la perception qu'a le client de la relation thérapeutique a été peu étudiée. Il semblerait pourtant que le thérapeute et le client aient une vision différente de la relation

thérapeutique (Bachelor, 1991; Tryon, Blackwell, & Hammel, 2007). De plus, le point de vue du client semble être l'un des facteurs ayant la plus forte prédiction des résultats thérapeutiques (Horvath, 2001; Zuroff & Blatt, 2006).

Par ailleurs, bien que l'importance de la relation thérapeutique entre le thérapeute et le client soit reconnue, il n'existe pas de consensus quant à la définition de la relation thérapeutique (Gelso, 2002). Certains chercheurs-cliniciens ont défini la relation thérapeutique à l'aide des différentes composantes qui la constituent (Clarkson, 1995; Gelso & Carter, 1994). Ces composantes témoignent, entre autres, de l'aspect affectif qui se développe entre le client et le thérapeute, de la collaboration présente entre eux et du climat dans lequel se déroulent les rencontres. Ces aspects sont quelques exemples d'éléments constituant les composantes de la relation thérapeutique qui sont liés à l'efficacité du travail thérapeutique. Ces composantes peuvent se manifester à différents moments et à différents degrés dans les rencontres entre le client et le thérapeute (Gelso & Carter, 1994).

Tenant compte de la problématique qui vient d'être énoncée, la présente étude vise à explorer en profondeur la nature des composantes d'une relation thérapeutique positive selon la perception des clients. L'expression « relation thérapeutique positive » est employée ici dans le sens d'une relation qui répond suffisamment bien aux attentes du client, selon la perception de celui-ci. La présente étude vise également à identifier et

à comprendre en profondeur les éléments d'une relation thérapeutique positive qui, selon la perception des clients, ont un impact positif sur leur processus de changement.

Cette thèse est divisée en quatre sections. Premièrement, afin de faire ressortir les connaissances déjà existantes en lien avec la relation thérapeutique et de situer la présente étude, le contexte théorique est présenté. Ainsi, la relation thérapeutique est définie selon deux perspectives différentes, soit d'un point de vue humaniste et sous l'angle des composantes de la relation thérapeutique. Le cadre de référence humaniste de la présente étude, intégrant les composantes de la relation thérapeutique, est ensuite explicité. Puis, les études empiriques portant sur le rôle de la relation thérapeutique dans l'efficacité de la thérapie et sur la nature de la relation thérapeutique, notamment du point de vue des clients, sont présentées. Cette section se conclut par la présentation des objectifs et des sous-objectifs de l'étude.

Deuxièmement, la méthode de recherche qualitative utilisée est décrite. Ainsi, le devis qualitatif de l'étude, choisi afin de décrire en profondeur l'expérience des clients par rapport à la relation thérapeutique, est détaillé, de même que les caractéristiques des participants ayant pris part à l'étude. Ensuite, le processus de collecte de données est présenté, notamment le déroulement des entrevues auprès des clients en psychothérapie avec des psychologues d'orientation humaniste. Puis, la méthode d'analyse de contenu utilisée, qui a permis de tenir compte des composantes préexistantes de la relation thérapeutique ainsi que de l'émergence de catégories nouvelles, est exposée.

Troisièmement, les résultats obtenus suite à l'analyse de contenu sont présentés en deux sous-sections. Dans la première sous-section, les résultats de l'analyse effectuée à l'aide de la grille des composantes préexistantes sont exposés. Les fréquences d'apparition des composantes ainsi que des observations générales par rapport à la grille sont présentées. Dans la deuxième sous-section, les résultats en lien avec l'arbre des catégories émergentes sont présentés. Cette sous-section débute avec un portrait global des résultats et se poursuit avec une présentation détaillée de ceux-ci. Dans les deux sous-sections, des extraits d'entrevue illustrant les propos des participants sont présentés.

Quatrièmement, la discussion des résultats est effectuée en deux sous-sections. Dans la première sous-section, les résultats sont discutés à la lumière des écrits théoriques et des études scientifiques portant sur la relation thérapeutique, en lien avec les objectifs et sous-objectifs de l'étude. Pour sa part, la deuxième sous-section comprend la présentation des forces et des limites de l'étude, ainsi que ses retombées cliniques et scientifiques. Cette sous-section se conclut par la formulation de suggestions et de recommandations quant aux pistes d'investigation futures en recherche. Finalement, une conclusion fournit un résumé des principaux résultats et points de discussion présentés et se termine par une réflexion suscitée par la présente étude.

## **Contexte théorique**

Cette première section de la thèse présente les différents écrits théoriques et études empiriques en lien avec le sujet de la relation thérapeutique. Elle vise à cerner la problématique traitée dans cette étude et elle est présentée en quatre sous-sections principales. Tout d'abord, la première sous-section présente la définition de la relation thérapeutique selon deux auteurs humanistes ainsi que sous l'angle de ses composantes. Le cadre de référence humaniste de la présente étude, intégrant les composantes de la relation thérapeutique, est ensuite présenté. La deuxième sous-section traite des études empiriques portant sur le rôle de la relation thérapeutique dans l'efficacité de la thérapie, en mettant l'accent sur les études réalisées du point de vue des clients. La troisième sous-section cible les études empiriques portant sur la nature de la relation thérapeutique, selon la perspective des clients. Finalement, la quatrième sous-section présente les objectifs et les sous-objectifs de l'étude.

### **La relation thérapeutique d'un point de vue humaniste**

Le courant humaniste accorde une place primordiale à la relation thérapeutique, tant au plan scientifique qu'au plan clinique (Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011; Hill & Knox, 2009). Deux perspectives humanistes sur la relation thérapeutique seront maintenant présentées, soit celles de Carl Rogers et d'Yves St-Arnaud. Le choix a été fait de retenir ces perspectives, car ces deux thérapeutes humanistes sont reconnus

comme étant des auteurs influents dans le domaine de l'étude de l'importance de la relation thérapeutique.

### **La relation thérapeutique selon Carl Rogers**

Carl Rogers est reconnu comme étant l'un des piliers fondateurs de l'approche humaniste (Hansenne, 2013). Selon lui, la relation client-thérapeute est l'ingrédient de base conduisant à un changement positif chez le client (Rogers, 1970). Il affirme que, pour qu'un processus de changement prenne place chez le client, il est nécessaire que six conditions soient présentes et ce, sur une certaine période de temps (Rogers, 1957):

- 1) Le client et le thérapeute sont en « contact psychologique » [traduction libre] (p. 96).
- 2) Le client est dans un état d'incongruence.
- 3) Le thérapeute est dans un état de congruence.
- 4) Le thérapeute fait l'expérience d'une considération positive inconditionnelle à l'égard du client.
- 5) Le thérapeute fait l'expérience d'une compréhension empathique du cadre de référence interne du client.
- 6) Le client perçoit, à un certain degré, la considération positive inconditionnelle et l'empathie de la part du thérapeute.

Rogers (1957) précise que les conditions trois à six peuvent être présentes à des degrés variables, mais que, plus elles sont présentes, plus le client peut faire l'expérience d'un changement constructif. Les conditions trois, quatre et cinq correspondent à des



attitudes facilitatrices du thérapeute qui, selon Rogers, sont essentielles et suffisantes pour qu'un changement se produise chez le client. Rogers (1957) précise que ces attitudes sont sur un continuum, allant de plus présentes à moins présentes, puisqu'il est impossible que le thérapeute les possède parfaitement et en tout temps. Ces attitudes facilitatrices mettent l'accent sur la congruence, la considération positive inconditionnelle et la compréhension empathique et représentent l'un des apports fondamentaux de Rogers aux connaissances scientifiques en psychothérapie (Hansenne, 2013). Elles seront maintenant présentées plus en détail.

**Congruence.** Rogers (1970) définit la congruence comme la concordance entre une expérience, la conscience de cette expérience et la communication de cette expérience. Cet état est présent « lorsque le psychothérapeute est ce qu'il est, lorsque ses rapports avec son client sont authentiques, sans « masque » ni façade, exprimant ouvertement les sentiments et attitudes qui l'envahissent de l'intérieur à ce moment-là » (p. 48). La congruence amène donc le thérapeute à devenir une personne unifiée ou intégrée, c'est-à-dire qui est librement et profondément elle-même dans la relation thérapeutique (Rogers, 1957).

**Considération positive inconditionnelle.** La considération positive inconditionnelle, aussi appelée acceptation inconditionnelle, apparaît « lorsque le thérapeute fait l'expérience d'une attitude chaleureuse, positive et réceptive envers ce qui est dans son client » (Rogers, 1970, p. 48). Rogers (1957) la définit également

comme la capacité du thérapeute à apprécier le client dans sa totalité, et non de façon conditionnelle, c'est-à-dire à reconnaître toutes ses facettes, afin de lui permettre d'être une personne à part entière qui vit ses propres expériences et ressent ses propres sentiments. La considération positive inconditionnelle suppose donc que le thérapeute est en mesure de reconnaître les différents comportements et sentiments du client.

**Compréhension empathique.** Afin de développer une compréhension empathique du vécu du client, le thérapeute doit tenter d'adopter le point de vue de celui-ci, afin de voir sa réalité à travers ses yeux (Rogers, 1970). L'empathie du thérapeute se manifeste lorsqu'il perçoit « de l'intérieur » les sentiments et les réactions personnelles éprouvées par le client à chaque instant, tels qu'ils apparaissent à celui-ci, et quand il réussit à communiquer quelque chose de cette compréhension au client. Rogers (1957) précise que le thérapeute doit se positionner « comme si » il avait vécu l'expérience du client, sans oublier qu'il s'agit de l'expérience de l'autre, afin de ne pas compromettre la distance professionnelle nécessaire au processus thérapeutique (Rogers, 1970).

En résumé, Carl Rogers a beaucoup contribué à la place accordée par les chercheurs et les cliniciens à la relation thérapeutique. Plus particulièrement, les trois attitudes facilitatrices du thérapeute qu'il met de l'avant permettent de décrire certains aspects centraux d'une relation thérapeutique positive qui, selon lui, contribuent au processus de changement des clients.

### **La relation de coopération selon Yves St-Arnaud**

Un autre auteur humaniste s'étant intéressé à la relation thérapeutique est Yves St-Arnaud. En effet, St-Arnaud est l'un des principaux chercheurs-cliniciens à avoir réfléchi à l'humanisme et à l'importance de la relation thérapeutique au Québec, à l'Université de Sherbrooke. Pour St-Arnaud (1996), la relation thérapeutique est au cœur du processus d'actualisation du potentiel du client, ou processus de changement.

À travers ses recherches en praxéologie – science de l'action et de l'intervention – St-Arnaud (2003, 2009) est arrivé à décrire un type de relation thérapeutique qui conduit à un changement positif chez le client, soit la relation de coopération. Il précise que le terme coopération fait référence non pas à l'attitude du client, mais à la nature de la relation, que le thérapeute a la responsabilité d'instaurer et de maintenir. Dans ce type de relation, le thérapeute est amené à développer et à utiliser ses compétences relationnelles afin d'être efficace, c'est-à-dire afin d'atteindre les buts qu'il a fixés en collaboration avec son client. En effet, au-delà des connaissances théoriques qu'il possède, le thérapeute doit se mettre à « l'école du particulier » (St-Arnaud, 2003, p. 7) pour s'adapter à chaque client et à chaque situation qui se présente.

St-Arnaud (2003) présente cinq facettes de la relation de coopération, qu'il nomme « règles pratiques » et qu'il présente comme des balises à adopter par les thérapeutes qui souhaitent établir et maintenir une relation de coopération. Ces facettes sont le partenariat, la concertation, l'alternance, la non-ingérence et la

responsabilisation. Premièrement, le partenariat consiste à ce que le thérapeute et le client canalisent leurs ressources respectives afin de formuler et de poursuivre un but commun pour travailler ensemble. Deuxièmement, la concertation exige que le thérapeute et le client entreprennent la démarche de concert, en accord l'un avec l'autre, et qu'ils cheminent ensemble tout au long du dialogue. Troisièmement, l'alternance invite le thérapeute à changer souvent de canal de communication et à varier les procédés utilisés pour trouver le chemin qui débouche sur les résultats souhaités. Quatrièmement, la non-ingérence consiste, pour le thérapeute, à reconnaître ses limites et à tendre à exclure toute ingérence, afin de ne pas invalider la compétence du client. Cinquièmement, la responsabilisation propose que le thérapeute et le client considèrent l'autre comme une personne autonome qui a des besoins à satisfaire et les moyens d'y répondre, s'il développe sa capacité à faire des choix éclairés.

Dans la relation de coopération, le client est donc considéré comme un partenaire à part entière. St-Arnaud (2009) précise cette relation en mettant de l'avant trois éléments qui définissent ce partenariat. Tout d'abord, les partenaires, soit le thérapeute et le client, se concertent dans la poursuite d'un but commun. Ensuite, ils se reconnaissent mutuellement des compétences à l'égard du but visé. Finalement, le pouvoir est partagé, chacun des partenaires exerçant une influence sur l'autre tout en respectant son champ de compétences.

En somme, les réflexions d'Yves St-Arnaud sur la relation de coopération et le partenariat contribuent à mieux définir et comprendre les éléments qui constituent une relation thérapeutique positive et efficace.

### **Définitions de la relation thérapeutique**

Plusieurs autres théoriciens et chercheurs-cliniciens ont réfléchi à l'importance de la relation thérapeutique. La documentation scientifique témoigne du lien positif qui existe entre la relation client-thérapeute et le processus de changement du client (Gros-Louis, 2003; Horvath & Bedi, 2002; Lecomte, Savard, Drouin, & Guillon, 2004). Toutefois, bien que l'importance de la relation thérapeutique entre le thérapeute et le client soit largement reconnue, il n'y a pas de consensus quant à la définition de ce concept (Gelso, 2002). Certains chercheurs-cliniciens ont proposé des définitions larges. Par exemple, Baillargeon, Pinsof et Leduc (2005) considèrent que la relation thérapeutique constitue tout ce qui existe entre le client et le thérapeute, allant de l'identification ethnique à l'attraction sexuelle, en passant par la confiance et le respect. Sexton et Whiston (1994) la définissent comme l'ensemble des aspects propres au client et au thérapeute, ainsi que l'interaction entre ces aspects, le tout contribuant à un environnement thérapeutique qui, à son tour, peut influencer le processus de changement du client.

### **Composantes de la relation thérapeutique**

D'autres chercheurs-cliniciens ont proposé des définitions plus précises qui incluent diverses composantes. Gelso et Carter (1994) définissent la relation thérapeutique comme l'ensemble des sentiments et des attitudes que le thérapeute et le client éprouvent l'un envers l'autre et la façon dont ces sentiments et attitudes sont exprimés. Ils suggèrent que la relation thérapeutique comporte trois composantes, soit l'alliance de travail, la relation vraie et la configuration transférentielle.

Pour sa part, Clarkson (1995) nomme certains aspects qui caractérisent la relation thérapeutique. Selon elle, un accord contractuel existe entre le client et le thérapeute, qui stipule notamment les modalités de paiement pour les séances de thérapie; l'un des participants dans la relation thérapeutique a été spécifiquement formé pour y prendre part; le but recherché est l'amélioration des problèmes psychologiques ou l'amélioration de la santé mentale de la personne qui paie; et finalement, le thérapeute accepte de se mettre au service du bien-être d'un autre être humain pour atteindre le but recherché. Aux trois composantes proposées par Gelso et Carter (1994), Clarkson (1995) en ajoute une autre, soit la relation transpersonnelle, qui renvoie à la dimension spirituelle, souvent inexplicable, de la relation thérapeutique.

Ces quatre composantes, soit l'alliance de travail, la relation vraie, la configuration transférentielle et la relation transpersonnelle, ont été retenues dans la présente étude, parce que leur pertinence et leur validité ont été bien appuyées par des

études empiriques rigoureuses (Høglend et al., 2008; Horvath & Symonds, 1991; Marmarosh et al., 2009). Ces composantes seront maintenant présentées plus en détail.

**Alliance de travail.** Selon Gelso et Carter (1994), l'alliance de travail est une composante qui trouve sa raison d'être dans le travail thérapeutique. Elle se définit en effet, selon eux, comme la rencontre du moi raisonnable du client et de sa contre-partie, le moi analytique du thérapeute, dans le but d'accomplir le travail thérapeutique. C'est en quelque sorte le contrat qui existe entre eux et qui établit les fondations d'une relation de travail (Clarkson, 1995). Selon Gelso et Carter (1994), qui basent leur réflexion sur les écrits de Bordin (1979), la force de l'alliance est affectée par l'accord du thérapeute et du client sur les buts du travail et sur les tâches qui sont utiles pour atteindre ces buts. La force de l'alliance est également influencée par la mesure dans laquelle le client et le thérapeute s'impliquent activement dans le travail thérapeutique. Inversement, la force de l'alliance a une influence sur l'accord du client et du thérapeute en ce qui concerne les buts et les tâches de la thérapie, ainsi que sur leur implication active dans le travail thérapeutique. L'alliance de travail implique donc un partenariat entre le client et le thérapeute, dans lequel chacun des participants est activement engagé, selon ses responsabilités spécifiques, et a le sentiment que l'autre est lui aussi engagé dans le processus (Clarkson, 1995; Gelso & Carter, 1994). L'alliance de travail inclut également les liens affectifs positifs entre le client et le thérapeute (Gelso & Carter, 1994), comme la confiance mutuelle, l'appréciation et le respect réciproques ainsi que la bienveillance

du thérapeute pour le client (Horvath, 2001). La qualité de ces liens affectifs influence, elle aussi, la force de l'alliance de travail.

L'alliance de travail est par ailleurs le contenant qui permet au client et au thérapeute de travailler ensemble, même lorsque c'est plus difficile (Clarkson, 1995). Gelso et Carter (1994) ainsi que Clarkson (1995) considèrent que l'alliance de travail est la composante fondamentale pour que la thérapie puisse avoir lieu et être efficace. Il s'agit également de la composante qui a reçu le plus d'attention aux niveaux empirique et théorique dans les écrits scientifiques récents (Castonguay, Constantino, & Holtforth, 2006; Gelso et al., 2005).

**Relation vraie.** Selon Gelso (2002), la relation vraie se définit comme la relation personnelle qui existe entre le thérapeute et le client, s'installant dès le premier contact entre eux. Elle se rapporte à la fois aux personnalités du thérapeute et du client et aux communications, verbales et non verbales, entre eux. La relation vraie est donc reliée à qui sont le client et le thérapeute et à la manière dont ils sont en lien. Elle se caractérise, selon Gelso et Carter (1994), par deux attributs, soit l'authenticité et le réalisme. Ces chercheurs-cliniciens définissent l'authenticité comme l'habileté et la volonté à être ce que l'on est vraiment dans la relation et à être ouvert et honnête. Clarkson (1995) va dans le même sens en mettant de l'avant que la relation vraie est caractérisée par la rencontre authentique entre deux personnes dans l'ici et maintenant. Le réalisme, pour sa



part, se rapporte au fait que les participants tendent à se voir l'un et l'autre d'une façon juste et réaliste, sans distorsions (Gelso & Cater, 1994).

Clarkson (1995) mentionne que dans la relation vraie, le thérapeute accepte le client comme étant une personne réelle, digne de respect et comme étant son égal. Le thérapeute doit également être capable de s'engager émotionnellement et de s'impliquer avec le client. Il doit ressentir un certain niveau d'appréciation pour le client et se préoccuper réellement de son bien-être. Pour ce qui est du client, celui-ci fait preuve, dans la relation vraie, d'honnêteté envers le thérapeute et lui exprime ses sentiments réels. Il arrive également à voir le thérapeute comme une personne, au-delà de son rôle professionnel (Kelley, Gelso, Fuertes, Marmarosh, & Lanier, 2010). Il est à noter que Clarkson (1995) utilise plutôt le terme « relation personne-à-personne » pour décrire la composante de la relation vraie. Cette appellation, soit « relation personne-à-personne », a été retenue pour la présente étude.

**Configuration transférentielle.** Cette troisième composante de la relation thérapeutique provient du courant psychodynamique. Traditionnellement, le courant humaniste n'a pas mis l'accent sur cette notion. Rogers (1958) stipulait même que le thérapeute n'est pas un objet de transfert, mais une personne humaine réelle. Toutefois, plusieurs cliniciens, comme le mentionnent Gelso et Carter (1994) et Clarkson (1995), croient que le transfert et le contre-transfert se manifestent dans toutes les relations thérapeutiques, peu importe l'approche théorique utilisée, bien qu'ils se demandent s'il

se pourrait que les manifestations de transfert soient de plus grande envergure dans les thérapies où l'interprétation et le travail du transfert sont des buts centraux. Il a donc semblé pertinent d'inclure la configuration transférentielle dans la présentation des composantes de la relation thérapeutique.

La configuration transférentielle comprend, selon Gelso et Carter (1994) et Clarkson (1995), le transfert du client et sa contrepartie, le contre-transfert du thérapeute. Ces chercheurs-cliniciens utilisent la conceptualisation traditionnelle du transfert en le définissant comme la répétition de conflits passés avec les figures d'attachement, ce qui fait que les sentiments, attitudes et comportements qui appartiennent à ces relations antérieures sont déplacés sur le thérapeute. Le contre-transfert est défini comme le transfert qu'éprouve le thérapeute face au matériel du client, comprenant autant les communications transférentielles que non-transférentielles présentées par le client. Dans ces définitions, les attentes envers l'autre ont un rôle central (Gelso & Carter, 1994). Plus particulièrement, non seulement les clients vont faire l'expérience de sentiments envers leur thérapeute que le thérapeute n'a pas causés, mais ils vont avoir des attentes inadéquates, causées par la réaction transférentielle, au sujet des comportements et des sentiments perçus chez le thérapeute (Greenson, 1965). Les clients seraient portés à « déformer » leur perception du thérapeute pour rendre ce dernier cohérent avec ces attentes qu'ils ont de lui, et modifieraient leurs propres comportements et sentiments pour s'y conformer (Gelso & Carter, 1994).

Le transfert peut être positif ou négatif, c'est-à-dire qu'il peut être constitué de réactions positives ou négatives envers le thérapeute et de perceptions positives ou négatives du thérapeute. Rackner (2002), s'appuyant sur la réflexion de Freud au sujet du transfert positif, en donne la définition suivante : « l'expression d'anciens sentiments positifs d'affection ou de confiance sublimés dans une réaction positive envers la personne du thérapeute. » (p. 13). Par exemple, un client pourrait percevoir son thérapeute de manière idéalisée. Dans le cas du transfert négatif, un client pourrait, par exemple, percevoir son thérapeute comme étant exigeant ou critique.

Donc, bien que la configuration transférentielle puisse se manifester avec moins d'intensité dans une psychothérapie dont le travail du transfert n'est pas l'un des objectifs (Gelso & Carter, 1994), comme c'est le cas dans une psychothérapie d'approche humaniste, cette composante a été retenue puisqu'elle contribue à dresser un portrait plus complet de la relation thérapeutique.

**Relation transpersonnelle.** La relation transpersonnelle renvoie à la dimension spirituelle de la relation thérapeutique. Clarkson (1995) souligne que la nature de cette composante est très difficile à décrire, parce qu'elle est plus intangible. Elle se définit comme l'ensemble des expériences impliquant une expansion de la conscience au-delà des limites habituelles de l'ego, du temps et de l'espace. Elle fait référence à la relation directe entre l'inconscient du thérapeute et l'inconscient du client, qui ne transige pas par la conscience. Cette composante est peu présente dans les écrits scientifiques qui ont

pour sujet la relation thérapeutique (Clarkson, 1995). May (1989) décrit des moments où une « unité psychique » est formée lorsque le thérapeute et le client « fusionnent » pour un instant, c'est-à-dire lorsqu'une connexion profonde semble présente entre eux. Ce sont des moments où la connaissance de ce que l'autre vit est directe. Quant à lui, Rogers (1980), en élaborant le concept de présence chez le thérapeute, décrit la façon dont la composante transpersonnelle peut se manifester. Ainsi, il affirme qu'à certains moments où le thérapeute est davantage en contact avec son soi intuitif ou transcendantal, tout ce qu'il fait en lien avec son client est empli de guérison. Il précise que lors de ces moments, bien qu'il ne puisse expliquer logiquement ses choix thérapeutiques, ses interventions semblent profondément aidantes et appropriées. Le thérapeute sentirait alors que son esprit arrive à toucher l'esprit du client, et que de profondes énergies de croissance et de guérison sont à l'œuvre. Plus récemment, Morin (2015) a observé que, lorsqu'elle est en contact avec ce qu'elle appelle ses « perceptions transcendantes », elle a le sentiment de comprendre les choses d'un autre point de vue qu'intellectuellement, émotionnellement ou physiquement, ce qui l'amène à avoir un regard et une écoute différente d'elle-même et du client. Dans la présente étude, cette quatrième composante, soit la relation transpersonnelle, a été retenue, car elle permet de décrire la relation thérapeutique sous un angle complémentaire aux autres composantes.

### **Cadre de référence de la présente étude**

Tel que nommé précédemment, le courant humaniste, plus particulièrement le travail de Rogers et ses collaborateurs (Rogers & Wood, 1974), est l'un de ceux qui ont

contribué à l'intérêt grandissant, en recherche, pour la relation thérapeutique. En appliquant des méthodes empiriques rigoureuses pour examiner le rôle des conditions facilitatrices offertes par le thérapeute dans la thérapie centrée sur la personne, ils ont fait de la relation thérapeutique un concept central pour la recherche (Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011). De plus, dans la pratique clinique, le courant humaniste accorde à la relation thérapeutique une importance primordiale et la considère comme un levier de changement important (Hill & Knox, 2009). Dans la présente étude, un cadre humaniste sera donc privilégié pour définir les composantes de la relation thérapeutique, bien que la recherche montre, de façon générale, qu'aucune approche n'est significativement plus efficace qu'une autre (Miller, Duncan, & Hubble, 1997).

Pour la présente étude, le choix a été fait de considérer quatre composantes de la relation thérapeutique, en se basant sur celles présentées précédemment, qui provenaient des écrits, et en adoptant un langage humaniste afin de respecter le cadre humaniste choisi. Ces composantes ont été sélectionnées comme cadre de référence, car leur pertinence et leur validité semblent bien appuyées par des études empiriques rigoureuses. En effet, des études ont été réalisées sur chacune de ces composantes (Fuertes et al., 2007; Gelso & Hayes, 2007; Høglend et al., 2008; Horvath & Symonds, 1991; Marmarosh et al., 2009; Martin, Garske, & Davis, 2000). L'ensemble des composantes retenues semble également présenter une synthèse assez complète des composantes présentes dans la relation thérapeutique. En effet, au-delà des définitions et des éléments divers de la relation thérapeutique présents dans la documentation

scientifique, très peu d'auteurs traitent de la relation thérapeutique en termes de composantes. Les composantes retenues pour la présente étude sont la *Relation coopérative*, la *Relation transférentielle*, la *Relation personne-à-personne* et la *Relation transpersonnelle*. Il a semblé que ces quatre composantes constituaient un cadre de référence pertinent, valable et suffisamment complet pour la présente étude.

La première composante choisie est la *Relation coopérative*, qui s'apparente à la relation de coopération (St-Arnaud, 2003) et à l'alliance de travail (Clarkson, 1995; Gelso & Carter, 1994) définies précédemment. Elle représente la relation de travail entre le thérapeute et le client, y incluant l'aspect collaboratif, le « faire ensemble » du travail thérapeutique. Cette composante est celle dans laquelle le client et le thérapeute se donnent une cible commune et accordent une place importante, dans la relation et dans le travail thérapeutique, à chacun d'eux (St-Arnaud, 2003). Étant donné que, dans les écrits scientifiques, les termes « relation thérapeutique » et « alliance » semblent parfois être utilisés de manière interchangeable (Horvath, 2001), l'expression « relation coopérative » a été privilégiée afin d'éviter toute confusion et afin d'indiquer clairement qu'elle fait référence à une composante de la relation thérapeutique, et non à la relation thérapeutique globale.

La deuxième composante, la *Relation transférentielle*, est celle à l'intérieur de laquelle se répètent dans le présent les schémas d'interactions précoces (Gelso & Carter, 1994). Elle comprend les répétitions de conflits passés avec les figures d'attachement, ce

qui fait que les sentiments, attitudes et comportements qui appartiennent à ces relations antérieures sont déplacés sur l'autre personne. La relation transférentielle représenterait donc les distorsions présentes dans la relation (Clarkson, 1995; Gelso & Carter, 1994). Bien que cette composante renvoie aux notions de transfert et de contre-transfert, qui sont davantage associés à l'approche psychanalytique et psychodynamique de la psychothérapie, il a été décidé de l'inclure, étant donné sa présence, selon certains chercheurs-cliniciens, dans toutes les relations thérapeutiques, peu importe l'approche (Clarkson, 1995; Gelso & Carter, 1994).

La troisième composante choisie, la *Relation personne-à-personne*, s'apparente à la relation vraie expliquée précédemment. L'expression « relation personne-à-personne », utilisée par Clarkson (1995), a été préférée à l'expression « relation vraie », car cette dernière suppose une réalité objective. Or, l'idée d'une relation personne-à-personne ne se soucie pas de savoir qui, du thérapeute ou du client, a une version juste ou vraie de la réalité, mais accepte ce qui est mutuellement négocié comme étant la réalité (Frank, 2005). La relation personne-à-personne reflète le lien affectif qui existe dans toutes les relations et qui existe au-delà des aspects de travail de la relation thérapeutique. Elle renvoie à la relation plus personnelle qui s'établit entre le client et le thérapeute. Ses deux caractéristiques principales sont l'authenticité et le réalisme (Clarkson, 1995; Gelso et Carter, 1994).

Finalement, la quatrième composante, la *Relation transpersonnelle*, réfère à la dimension spirituelle et inexplicable de la relation thérapeutique, telle que définie ci-haut. D'après Clarkson (1995), cette composante se manifeste plus rarement dans la relation thérapeutique et est plus difficile à décrire, étant donné sa nature intangible. La composante *Relation transpersonnelle* comprend, notamment, la sensation subjective, chez le client et le thérapeute, que quelque chose de profondément, personnellement et émotionnellement significatif se produit (Clarkson, 1995). Elle fait référence à l'ensemble des expériences vécues dans la relation thérapeutique qui impliquent une expansion de la conscience au-delà des limites habituelles de l'ego, du temps et de l'espace (Clarkson, 1995). C'est dans cette composante que peut se manifester un lien profond entre le client et le thérapeute. Il s'agit également de moments, pour le thérapeute, pendant lesquels sa connaissance de ce que le client vit est directe (May, 1989).

En résumé, la *Relation coopérative*, la *Relation transférentielle*, la *Relation personne-à-personne* et la *Relation transpersonnelle* sont les quatre composantes de la relation thérapeutique retenues pour la présente étude et elles témoignent principalement du cadre de référence humaniste choisi.



## **Études empiriques sur le rôle de la relation thérapeutique dans l'efficacité de la thérapie**

Plusieurs études ont démontré l'efficacité de la psychothérapie (Asay & Lambert, 1999; Hubble, Duncan, & Miller, 1999), et de nombreux chercheurs se sont intéressés à identifier et à comprendre les facteurs qui sont liés à un impact positif sur le changement des clients. Des facteurs communs reliés à l'efficacité de la thérapie, fondamentaux pour toutes les formes et les approches de thérapie, ont ainsi été identifiés (Lambert, 1992; Lecomte, Savard, Drouin, & Guillon, 2004). Après les facteurs extra-thérapeutiques, qui incluent les caractéristiques du client et de l'environnement, la relation thérapeutique est le facteur commun qui exerce le plus d'influence sur les résultats thérapeutiques, expliquant 30% du changement thérapeutique (Lambert, 1992). De façon générale, la relation thérapeutique et les résultats thérapeutiques sont positivement liés, une relation thérapeutique positive étant associée avec des résultats positifs et une relation thérapeutique négative étant associée avec des résultats négatifs (Martin, Garske, & Davis, 2000).

Par exemple, une relation thérapeutique positive a été associée à des impacts positifs sur le changement, tels qu'une diminution des symptômes du client (Cloitre, Stovall-McClough, Miranda, & Chemtob, 2004; Zuroff & Blatt, 2006) et une plus grande capacité à gérer la détresse et à réguler les affects ainsi qu'une plus grande efficacité personnelle (Ritter et al., 2002).

Plus particulièrement, certaines études se sont intéressées aux diverses composantes de la relation thérapeutique et sont arrivées à la conclusion que ces composantes influencent de façon importante les résultats thérapeutiques et qu'elles sont de bons prédicteurs des progrès en psychothérapie. En effet, plusieurs méta-analyses ont montré que l'alliance de travail est un prédicteur puissant du changement thérapeutique (Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds, & Horvath, 2012; Horvath & Symonds, 1991). D'autres recherches se sont intéressées à la relation vraie et ont conclu qu'elle est positivement corrélée, entre autres, à une diminution des symptômes du client (Marmarosh et al., 2009) et à une amélioration dans la régulation émotionnelle (Duquette, 2010). De façon plus générale, la recherche sur la relation vraie indique un lien entre une relation vraie positive et forte, et l'efficacité du traitement (Gelso et al., 2005). Il apparaît également que le travail de la relation transférentielle dans la psychothérapie influence de façon importante les résultats thérapeutiques (Gelso & Hayes, 2007; Høglend et al., 2008; Shedler, 2010; Yeomans, Levy, & Caligor, 2013).

Bien que le lien entre la relation thérapeutique et l'impact positif sur le changement ait été démontré et semble robuste, il existe toujours peu d'informations sur les éléments spécifiques de la relation thérapeutique qui contribuent au processus de changement des clients, selon leur point de vue.

### **Le point de vue des clients**

La majorité des études portant sur le rôle de la relation thérapeutique dans l'efficacité de la thérapie ont utilisé la perspective du thérapeute ou celle du chercheur (Henkelman & Paulson, 2006). Ainsi, la perception qu'ont les clients de la relation thérapeutique est un angle d'exploration qui a été peu étudié. Pourtant, lorsque la qualité de la relation thérapeutique est évaluée, pour une même séance de psychothérapie, par le client, le thérapeute et un observateur, le niveau d'accord entre ces différents évaluateurs est faible (Bachelor, 1991; Horvath & Marx, 1990). Une méta-analyse récente comprenant 32 études (Tryon, Blackwell, & Hammel, 2007) indique une corrélation moyenne de 0,36 entre l'évaluation de l'alliance de travail par le client et le thérapeute. Bien que ce résultat suggère un certain degré de convergence entre les deux perspectives, il pointe également vers des différences importantes entre les perceptions de l'alliance de travail par chacun des participants de la thérapie. Chacune des personnes questionnées semble ainsi avoir une perspective différente de la relation thérapeutique et de ses dimensions, et porte attention à des aspects différents de la relation thérapeutique lors de l'évaluation de sa qualité (Krause et al., 2011). Il est également possible de penser que les construits théoriques reliés à la relation thérapeutique, provenant des définitions des chercheurs, peuvent différer de ceux que les clients généreraient spontanément (Patton & Jackson, 1991). Par ailleurs, la qualité de l'alliance de travail est plus élevée lorsqu'elle est évaluée par le client que lorsqu'elle est évaluée par le thérapeute et ce, dans toutes les études (Bachelor, 1991; Cowle, 2003).

En plus du manque d'accord entre le client et le thérapeute par rapport à la qualité de la relation thérapeutique, le point de vue du client ressort souvent comme étant celui qui a la plus forte prédiction des résultats thérapeutiques (Horvath, 2001; Zuroff & Blatt, 2006). Des études ont également montré que les clients et les thérapeutes n'ont pas nécessairement la même perception du changement ou des résultats thérapeutiques (Henkelman & Paulson, 2006; Manthei, 2007). Les études qui ont investigué les différentes composantes de la relation thérapeutique ont souvent mis l'accent sur le lien entre ces composantes et la diminution de la psychopathologie ou des symptômes. Toutefois, certaines études suggèrent que ces effets ne sont pas toujours aussi importants pour les clients qu'ils le sont pour les thérapeutes et les chercheurs. Ainsi, Levitt, Butler et Hill (2006) ont observé que des gains thérapeutiques tels que mieux se comprendre, se sentir mieux à propos de soi-même et améliorer sa relation aux autres étaient perçus par les clients comme étant plus importants que le fait de voir leurs symptômes diminuer. Une étude d'Olivera, Braun, Gómez Penedo et Roussos (2013) a permis d'identifier des aspects du changement significatifs pour les clients interrogés, comme l'acquisition d'une plus grande autonomie, des changements comportementaux et l'amélioration de la qualité de vie. Il est donc possible de penser qu'en mettant l'accent sur la réduction des symptômes, les études excluent de l'information importante sur ce qui est réellement central pour les clients quant à leur processus de changement. L'évaluation subjective de la relation thérapeutique par les clients ayant plus d'impact sur les résultats thérapeutiques que les comportements réels des thérapeutes (Horvath,

2000), il serait important que plus d'études soient réalisées en observant la relation thérapeutique du point de vue du client.

### **Études empiriques sur le rôle de la relation thérapeutique dans l'efficacité de la thérapie, selon la perspective des clients**

Afin de pallier à cette lacune, certains chercheurs ont réalisé des études sur les éléments perçus par les clients comme ayant un impact positif sur leur processus de changement. Une étude quantitative a mis spécifiquement l'accent sur le lien entre la relation thérapeutique et le changement, selon la perspective des clients. En effet, Brillhart (2008) a réalisé une étude ayant pour but d'investiguer les aspects spécifiques de la relation thérapeutique qui sont aidants pour les clients, selon la perspective de ceux-ci. L'échantillon était composé de 52 clients en psychothérapie individuelle ou de couple dans une clinique privée de psychothérapie et ce, depuis un nombre variable de séances (1 à 21 et plus). Les caractéristiques des thérapeutes de ces clients ne sont pas rapportées dans l'étude. Afin de recueillir les données, Brillhart a élaboré un questionnaire auto-rapporté dont les items ont été déterminés sur la base de construits identifiés dans des études précédentes portant sur l'importance de la relation thérapeutique. Les participants ont coté le niveau d'utilité de 22 aspects de la relation thérapeutique. Les résultats de cette étude sont en continuité avec des travaux précédents énonçant que la confiance, l'acceptation, l'écoute et le non-jugement sont des éléments importants de la relation thérapeutique. De plus, les résultats de cette étude pointent vers l'importance d'autres éléments qui n'ont pas autant de place dans les écrits scientifiques,

soit le fait d'obtenir de l'aide avec des habiletés spécifiques, d'obtenir de l'aide pour gérer les hauts et les bas émotionnels et d'avoir un thérapeute qui offre du soutien et de la validation qui n'ont pas été reçus en grandissant. Les participants devaient également indiquer le facteur de la relation thérapeutique qu'ils considéraient comme étant le plus aidant. Près de la moitié des participants ont indiqué que le facteur de la relation thérapeutique qu'ils considéraient comme étant le plus aidant avait changé au cours de la thérapie. L'élément le plus aidant au début de la thérapie, selon la majorité des participants, était le fait d'avoir un endroit pour ventiler ou pour pouvoir simplement parler de ce qui se passait dans leur vie. L'élément le plus important plus tard dans la thérapie était variable selon les participants. Par exemple, pour certains, il s'agissait d'avoir de l'aide pour développer des outils ou des habiletés pouvant être utilisés dans la vie quotidienne, alors que pour d'autres, le facteur le plus aidant était d'avoir quelqu'un à qui exprimer ses sentiments, sans craindre le jugement de celui-ci.

Bien que cette étude apporte un éclairage intéressant sur le point de vue des clients des éléments de la relation thérapeutique qui contribuent au processus de changement, elle utilise un questionnaire comportant des items préétablis qui ne laisse pas de place aux clients pour formuler spontanément les aspects qu'ils considèrent centraux et pour en donner une description riche et nuancée.

Ensuite, Castonguay et al. (2010) ont réalisé une étude qualitative qui visait à identifier ce que les clients trouvaient aidant lors de chacune de leurs séances de

psychothérapie. L'étude a été effectuée auprès de 121 clients qui avaient complété entre 1 et 36 séances de psychothérapie, la moyenne étant de 8 séances. Ces clients étaient en thérapie auprès de thérapeutes d'orientations théoriques diverses œuvrant en pratique privée et ayant entre 2 et 32 années d'expérience. Afin de rencontrer l'objectif de recherche, il a été demandé aux participants de remplir par écrit, à la fin de chacune de leurs séances, le *Helpful Aspects of Therapy* (Llewelyn, 1988), un questionnaire auto-rapporté dans lequel les participants doivent décrire brièvement, s'il y a lieu, les événements qu'ils ont perçus comme étant aidants lors de la séance de thérapie qu'ils viennent de compléter. Ensuite, une analyse déductive a été effectuée. En effet, ces événements ont été codés par trois codeurs indépendants selon une grille préexistante comprenant 25 catégories. Les cinq événements aidants ayant été le plus souvent évoqués par les participants sont la conscience de soi, la clarification d'un problème, la solution à un problème, la prise de conscience et la consolidation de l'alliance. Cette dernière catégorie, soit la consolidation de l'alliance, comportait, plus spécifiquement, la perception que le client se sentait compris, supporté, encouragé ou rassuré ainsi que plus impliqué et plus investi dans la thérapie et dans les tâches. Le fait de se sentir plus connecté émotionnellement au thérapeute et d'avoir une perception plus positive du thérapeute ont également été identifiés.

Ces résultats fournissent des indications sur les facteurs qui peuvent faciliter le processus de changement des clients, d'après ceux-ci. Toutefois, le fait qu'une mesure écrite soit utilisée ne permet pas d'explorer davantage en profondeur l'expérience des

participants. De plus, la grille des catégories préexistantes utilisée reflète les construits théoriques des chercheurs et peut donc venir biaiser les résultats obtenus.

Finalement, une autre étude utilisant une méthodologie qualitative a été réalisée par Manthei (2007), ayant pour but d'explorer l'expérience des clients de leur psychothérapie. L'échantillon était composé de 20 clients qui avaient complété leur psychothérapie dans une clinique de psychologie. Le nombre moyen de séances de la psychothérapie n'est pas mentionné dans l'étude. Les thérapeutes de ces clients étaient tous des internes en formation. Les données ont été recueillies à l'aide d'entrevues semi-structurées d'une durée de 30 à 50 minutes. Ces entrevues portaient notamment sur ce qui avait contribué à l'amélioration des difficultés des clients, selon leur perception. Plus précisément, les questions posées concernaient, entre autres, les éléments qui avaient été aidants, autant par rapport aux actions des clients que des thérapeutes.

Les résultats de cette étude suggèrent que, selon leur perception, les clients se considéraient très actifs dans leur psychothérapie et rapportaient continuer d'essayer de résoudre leurs difficultés entre les séances. Les participants ont cité des éléments spécifiques, notamment des actions concrètes, qu'ils faisaient pour s'aider, comme s'entourer de gens positifs et apporter des modifications à leur style de vie. Manthei (2007) avance que les résultats de l'étude suggèrent que les clients ont des bonnes capacités de résolution de problèmes, sont motivés et possèdent plusieurs ressources. Quant aux éléments concernant le thérapeute et identifiés comme étant aidants, les



participants appréciaient, notamment, les habiletés ainsi que l'expérience de leur thérapeute. Ils ont également nommé d'autres éléments qu'ils percevaient aidants, soit le fait que leur thérapeute les traite avec respect et compréhension, en plus de les considérer comme étant une personne intelligente et compétente.

L'une des limites de cette étude est que la majorité des clients de l'étude, soit 60% d'entre eux, était en thérapie avec le même thérapeute, étant donné que celui-ci était le seul à travailler à temps plein au moment de la collecte de données. De plus, les thérapeutes étaient peu expérimentés, étant tous en formation. Ensuite, un certain délai était présent entre la fin de la thérapie des clients et le moment de l'entrevue. Ce délai entre l'expérience vécue et le moment où elle est remémorée peut augmenter le risque que les participants relatent leur expérience avec les souvenirs qu'ils se sont construits, plutôt que de la manière dont ils l'ont réellement vécue (Hill, Thompson, & Williams, 1997). Finalement, bien que certains éléments de la relation thérapeutique aient été nommés par les participants, ceux-ci étaient libres d'aborder toutes les facettes de la thérapie, ce qui n'a pas permis d'explorer en profondeur les éléments de la relation thérapeutique que les clients considéraient comme ayant contribué à leur processus de changement.

En résumé, bien que certaines études se soient intéressées à la perception qu'ont les clients des éléments de la relation thérapeutique qui ont un impact positif sur leur processus de changement, selon leur perspective, elles comportent plusieurs limites. En

effet, les études ciblant directement la relation thérapeutique, plutôt que la thérapie de façon générale, sont peu nombreuses. Une autre limite concerne le fait que, dans certaines études, les thérapeutes des participants sont en formation, ce qui peut limiter leur habileté à créer et maintenir une relation thérapeutique positive. Ensuite, l'utilisation d'une mesure écrite ou d'un questionnaire dans certaines études ne permet pas d'avoir accès à une compréhension en profondeur de la façon dont les clients perçoivent ce qui, dans la relation thérapeutique, a un impact positif sur leur processus de changement. De plus, la collecte de données se déroule parfois a posteriori, ce qui peut entraîner certains biais. Finalement, les construits utilisés dans certaines méthodes de collecte et d'analyse de données pourraient refléter davantage la perspective des chercheurs que celle des clients.

### **Études empiriques sur la nature de la relation thérapeutique selon la perspective des clients**

Les études empiriques sur la relation thérapeutique ont surtout porté, jusqu'à maintenant, sur son lien avec les résultats thérapeutiques (Horvath et al., 2011; Martin, Garske, & Davis, 2000), sur le rôle du thérapeute dans son établissement et son maintien (Baldwin, Wampold, & Imel, 2007) et sur le développement de la relation thérapeutique (Castonguay, Constantino, McAlevey, & Godfried, 2010). Bien que les résultats de ces études soient concluants et pertinents, il y a toujours peu d'informations disponibles par rapport à la nature de la relation thérapeutique, c'est-à-dire la réalité clinique de la relation thérapeutique, telle qu'elle est comprise et expérimentée dans une véritable

rencontre thérapeutique par les participants impliqués, dont les clients (Bachelor, 1995; Krause et al., 2011).

Quelques études qualitatives se sont tout de même intéressées à la perception qu'ont les clients des aspects composant une relation thérapeutique positive. Krause, Altimir et Horvath (2011) ont effectué une synthèse de cinq études qualitatives réalisées en Allemagne et au Chili, portant sur l'alliance de travail. Ces études exploratoires avaient pour but d'investiguer la perception qu'ont les clients de l'alliance. Les clients de ces études étaient en psychothérapie dans différents centres spécialisés en santé mentale. La durée moyenne de leur suivi était de 18 séances. Les thérapeutes de ces clients avaient entre 10 et 30 ans d'expérience et étaient d'orientations théoriques diverses. Dans chacune de ces études, les clients ont participé à des entrevues semi-structurées d'environ une heure, qui se sont déroulées quelques mois après la fin de leur psychothérapie. Les questions principales portaient sur leur expérience de thérapie en général et certaines questions visaient plus particulièrement la relation thérapeutique.

Les résultats de la synthèse de ces cinq études indiquent que les clients ont identifié trois composantes principales d'une relation thérapeutique positive. Premièrement, les clients ont rapporté qu'ils considèrent important de percevoir qu'une réciprocité affective et une expression émotionnelle s'établissent entre eux et leur thérapeute, c'est-à-dire qu'ils doivent sentir un lien affectif et percevoir ses manifestations émotionnelles. Le besoin de sentir que le thérapeute pouvait se mettre à

leur place est également un élément important qui a été identifié. Deuxièmement, les clients de ces études ont rapporté l'importance de se sentir acceptés et non critiqués, ainsi que compris, par leur thérapeute. Ils ont aussi mentionné qu'ils considèrent le fait d'avoir confiance en leur thérapeute comme un élément important. Selon eux, l'établissement de la confiance est considéré comme étant principalement la responsabilité du thérapeute. Troisièmement, une relation thérapeutique positive, selon ces participants, comporte également la perception du thérapeute comme un expert, possédant à la fois des connaissances et des expériences de vie.

L'une des limites de cette synthèse d'études qualitatives est que, dans certaines d'entre elles, les entrevues avec les clients ont été réalisées plusieurs mois après la fin de la thérapie. Ce délai entre la fin du suivi et l'entrevue peut avoir amené les participants à reconstruire le processus thérapeutique plutôt que d'être plongé dans celui-ci à mesure qu'il se déroule (Krause et al., 2011). De plus, bien que les chercheurs expliquent que ces études portaient sur l'alliance de travail, les participants ont été questionnés sur la relation thérapeutique globale, ce qui pose un problème conceptuel. En effet, il se peut que les participants aient parlé d'aspects qui concernaient la relation thérapeutique globale, et non des aspects spécifiques à l'alliance de travail, qui est une composante de la relation thérapeutique parmi d'autres composantes.

Ensuite, Levitt, Butler et Hill (2006) ont réalisé une étude qualitative ayant pour but d'identifier les composantes de l'expérience et de la perception des clients de leur

psychothérapie. Vingt-six clients ayant complété leur psychothérapie depuis en moyenne six mois ont participé à l'étude. La durée moyenne de leur psychothérapie était de 16 mois. Bien que les participants n'étaient pas en mesure de décrire l'orientation théorique de leur thérapeute, les chercheurs ont déduit de leurs propos que les orientations théoriques principales étaient représentées dans l'échantillon. Des entrevues semi-structurées d'une durée d'environ 1,5 heure ont été réalisées auprès de ces participants. Il leur a été demandé de décrire les expériences et les moments significatifs de leur psychothérapie en général ainsi que de la relation thérapeutique.

À l'aide de la méthode d'analyse de contenu de la théorisation ancrée, les chercheurs ont identifié six regroupements, dont celui ayant été le plus élaboré par les participants est la relation thérapeutique. En effet, 21 des 26 participants ont décrit leur relation thérapeutique comme étant un élément central de leur thérapie. Plus précisément, Levitt et al. (2006) ont observé que la confiance a été identifiée comme une composante essentielle de la relation thérapeutique. Les participants ont mentionné que leur confiance était favorisée par la crédibilité professionnelle du thérapeute ainsi que par sa manière sensible de répondre au dévoilement du client. Ensuite, la connexion émotionnelle entre le client et le thérapeute est un autre élément positif de la relation thérapeutique identifié par les participants, à condition que l'affection et la bienveillance du thérapeute soient perçues comme étant authentiques et non simulées. De plus, le processus d'établissement des buts thérapeutiques a été perçu par les participants comme étant très positif lorsqu'il se faisait en collaboration, plutôt que d'être imposé.

Finalement, des éléments concernant la structuration de la relation thérapeutique ont été nommés par les participants comme étant des éléments significatifs de la relation thérapeutique, notamment les limites thérapeutiques, la confidentialité, les termes du paiement et les priorités établies pendant les séances. Globalement, le fait que la thérapie soit structurée de manière claire et constante a été perçu par les participants comme un facteur permettant le développement d'un sentiment de sécurité en thérapie.

L'une des limites de cette étude est le fait qu'elle ne ciblait pas uniquement la relation thérapeutique, ce qui n'a pas permis d'approfondir davantage le contenu apporté par rapport à celle-ci, bien que c'est de la relation thérapeutique dont les participants ont le plus parlé. De plus, les participants de l'étude avaient complété leur thérapie depuis en moyenne six mois, ce qui peut entraîner un biais (Hill, Thompson, & Williams, 1997).

Finalement, Bachelor (1995) a réalisé une étude qualitative qui visait spécifiquement à explorer la perception qu'ont les clients d'une alliance de travail positive et à en identifier les éléments principaux. L'échantillon était composé de 34 clients dans un centre de consultation psychologique universitaire. La durée moyenne de leur suivi était de 13 séances. Les thérapeutes de ces clients étaient des thérapeutes en formation, supervisés par des thérapeutes d'expérience ayant des orientations théoriques diverses. Les clients ont rempli par écrit un questionnaire à questions ouvertes à trois moments dans la psychothérapie, soit avant la première séance et après les quatrième et douzième séances. La méthode de l'analyse phénoménologique a été utilisée pour la

codification des données et a permis d'identifier trois types d'alliance thérapeutique perçue par les clients.

Le premier type d'alliance perçu par les clients a été l'alliance nourrissante, mettant surtout l'accent sur les attitudes facilitatrices du thérapeute, en particulier le respect et le non-jugement, l'écoute attentive et la compréhension empathique ainsi qu'une attitude amicale. Le deuxième type d'alliance identifié a été l'alliance orientée vers la prise de conscience. Ce type d'alliance soulignerait principalement l'acquisition d'une plus grande compréhension par le client de lui-même, à travers le dévoilement de soi du client et les interventions de type clarification du thérapeute, qui facilitent l'expression de soi du client et l'aident à trouver ses propres réponses. Finalement, le troisième type d'alliance perçu par les participants a été l'alliance collaborative, mettant l'accent sur la contribution active du client dans la relation et dans le travail thérapeutique, comprenant entre autres l'évaluation des stratégies utilisées et l'auto-analyse. Les clients qui ont perçu ce type d'alliance ont reconnu que chacun participe et contribue, à sa manière, au travail thérapeutique ainsi qu'au changement. Ils ont perçu également leur participation dans la co-crédation d'un climat de respect et de confiance.

L'étude de Bachelor (1995) a également permis d'identifier certaines caractéristiques de l'alliance qui sont ressorties dans les réponses de tous les participants, peu importe le type d'alliance dans lequel ils s'étaient perçus être. Ces caractéristiques étaient les attitudes facilitatrices du thérapeute, soit le respect et le non-

jugement, la compréhension empathique et l'écoute attentive, ainsi que certaines caractéristiques du client, dont le dévoilement de soi.

Certaines lacunes sont présentes dans cette étude, dont le fait que seule une mesure écrite soit utilisée, ce qui ne donne pas l'opportunité d'avoir une compréhension en profondeur de l'expérience des clients et de clarifier l'information qui est apportée. De plus, les thérapeutes des participants étaient peu expérimentés, étant tous des futurs psychologues en formation, ce qui peut influencer leur habileté à créer et maintenir une relation thérapeutique positive et pourrait ne pas être représentatif des perceptions des clients qui sont en psychothérapie avec un thérapeute plus expérimenté. Ensuite, étant donné la courte durée du suivi des participants, il est possible de penser que toutes les facettes de la relation thérapeutiques n'avaient pas encore pu émerger. Finalement, il y a pu avoir une certaine confusion conceptuelle du fait que l'étude dit étudier l'alliance, mais que les termes « relation thérapeutique » et « relation de travail » sont utilisés dans le questionnaire remis aux participants.

Il semble donc que, bien que certaines études se soient intéressées à la perception qu'ont les clients des aspects composant une relation thérapeutique positive, elles comportent certaines lacunes. Ainsi, la collecte de données s'est souvent déroulée lorsque la psychothérapie était terminée, parfois depuis plusieurs mois. De plus, certaines études ont interrogé des clients qui ont été en thérapie pour un nombre restreint de séances seulement, ce qui peut faire que tous les éléments de la relation thérapeutique



n'ont pas eu le temps d'émerger. Finalement, il semblait exister pour certaines études une confusion conceptuelle, due au fait que ces études mentionnaient s'intéresser à l'alliance de travail, mais que la relation thérapeutique globale a toutefois semblé être l'aspect exploré, ce qui a pu générer une certaine incertitude quant à la compréhension des concepts.

En somme, il semble que les études réalisées sur la nature des composantes d'une relation thérapeutique positive, ainsi que les études portant sur les éléments de la relation thérapeutique qui contribuent au processus de changement des clients, selon la perspective de ceux-ci, comportent plusieurs limites. En effet, elles sont peu nombreuses, particulièrement celles utilisant une méthodologie qualitative. De plus, les méthodes de collecte de données utilisées dans ces études ne permettent pas d'avoir accès à une compréhension spécifique et en profondeur de la perception des clients. Étant donné, d'une part, le rôle central de la relation thérapeutique sur l'efficacité thérapeutique et, d'autre part, le lien entre le point de vue des clients par rapport à la relation thérapeutique et les résultats thérapeutiques, il apparaît pertinent d'investiguer et de mieux comprendre la perspective des clients sur la nature d'une relation thérapeutique positive et sur l'impact de celle-ci sur le processus de changement des clients.

### Objectifs de l'étude

Le premier objectif général de la présente étude est de vérifier la présence des composantes spécifiques de la relation thérapeutique, issues des écrits scientifiques, dans la perception qu'ont les clients d'une relation thérapeutique positive. Ces composantes, qui constituent le cadre théorique de la présente étude, sont la *Relation Coopérative*, la *Relation Transférentielle*, la *Relation Personne-à-personne* et la *Relation Transpersonnelle*. Cet objectif vise également à décrire ces composantes, selon le point de vue des clients. Ce premier objectif général comporte un sous-objectif, qui est de comprendre en profondeur la nature de ces composantes d'une relation thérapeutique positive issues des écrits scientifiques, telles qu'elles sont perçues par les clients. Il s'agit ainsi de mieux comprendre comment sont perçues, par les clients, les actions posées par le thérapeute, les actions posées par le client et leurs actions conjointes, ainsi que leurs attitudes. Il s'agit également de mieux comprendre la perception qu'ont les clients des ingrédients relationnels présents dans une relation thérapeutique positive, des différents éléments composant le lien affectif entre le thérapeute et le client ainsi que des différents éléments composant la dimension spirituelle de la relation thérapeutique.

Le deuxième objectif général est d'explorer la présence d'autres composantes, du même ordre, de la relation thérapeutique dans la perception qu'ont les clients d'une relation thérapeutique positive et, s'il y a lieu, d'identifier et de décrire ces composantes. Cet objectif vise également à découvrir si des éléments supplémentaires d'un autre ordre font partie de la perception qu'ont les clients d'une relation thérapeutique positive et, s'il

y a lieu, à les identifier et les décrire. Ce deuxième objectif général comporte un sous-objectif, qui est de comprendre en profondeur la nature de ces composantes du même ordre et de ces éléments supplémentaires d'un autre ordre, tels qu'ils sont vécus et perçus par les clients.

Le troisième objectif général est de comprendre comment les composantes et les autres éléments d'une relation thérapeutique positive sont reliés au processus de changement des clients, selon leur point de vue. Cet objectif général comporte deux sous-objectifs. Le premier sous-objectif vise à identifier, décrire et comprendre en profondeur les composantes d'une relation thérapeutique positive et les autres éléments que les clients perçoivent comme ayant un impact positif sur leur processus de changement. Le deuxième sous-objectif consiste à comprendre l'organisation des liens qui se dégagent entre les différentes composantes et les autres éléments d'une relation thérapeutique positive et à expliquer comment ce système de liens est relié au processus de changement des clients.

## **Méthode**

Cette étude a été réalisée dans le but d'identifier, de décrire et de comprendre en profondeur les composantes, issues des écrits scientifiques, d'une relation thérapeutique positive, ainsi que toute autre composante et élément faisant partie de l'expérience des clients, selon la perception qu'ils en ont. Étant donné que les études qui adoptent le point de vue des clients au sujet des composantes de la relation thérapeutique sont très peu nombreuses, celle-ci se veut une étude qualitative et descriptive. Les différents éléments de la méthodologie utilisée seront maintenant présentés, soit le devis de l'étude, les participants, la collecte de données et l'analyse des données.

### **Devis de l'étude**

Le choix d'un devis qualitatif s'avère pertinent pour cette étude puisqu'il est particulièrement approprié pour explorer et mieux comprendre des phénomènes peu documentés (Mucchielli, 1996). De plus, le devis qualitatif permet de décrire en profondeur l'expérience unique et complexe qui se rapporte à un phénomène (Ponterotto, 2005), en l'abordant de manière ouverte et assez large (Bouchard et Cyr, 1998). Le choix d'un devis qualitatif est également lié à la nature de l'objectif de recherche, qui est d'avoir accès à la perception qu'ont les clients des composantes faisant partie d'une relation thérapeutique positive.

Une collecte de données qualitative au moyen d'entrevues semi-structurées a donc été menée, dans le but d'aller vérifier la présence des composantes de la relation thérapeutique précédemment identifiées dans les écrits scientifiques, selon la perception qu'ont les clients d'une relation thérapeutique positive, de les décrire et de les comprendre plus en profondeur. Les questions d'entrevue ont également été élaborées afin d'explorer la présence d'autres composantes et d'autres éléments de la relation thérapeutique dans la perception des clients pour les identifier, les décrire et les comprendre en profondeur, ainsi que pour comprendre leurs liens avec le changement.

Étant donné que l'étude vise, d'une part, à vérifier la présence de composantes préexistantes et, d'autre part, à explorer la présence de composantes et d'éléments supplémentaires, cette étude a utilisé une méthode d'analyse de contenu mixte, inspirée de la méthode proposée par l'Écuyer (1990), en combinant la méthode déductive et la méthode inductive. Comme un certain nombre de composantes de la relation thérapeutique était déjà présent dans les écrits scientifiques, il s'avérait pertinent et nécessaire d'avoir recours à cette méthode d'analyse mixte, qui donne la possibilité de tenir compte de ces composantes préalablement établies tout en laissant place à l'émergence de nouvelles composantes et de nouveaux éléments. Ainsi, une grille des composantes préexistantes a été créée afin de guider la collecte et l'analyse des données, permettant ainsi la vérification de catégories préalablement établies. Parallèlement à cette méthode déductive, la méthode inductive a été utilisée afin de pouvoir vérifier si cette grille de composantes préexistantes était complète en laissant place à l'émergence

de composantes supplémentaires du même ordre ainsi que d'éléments d'un autre ordre faisant partie de la perception des clients d'une relation thérapeutique positive.

### **Participants**

Afin de rencontrer les objectifs et sous-objectifs de la présente étude, un échantillon de clients adultes en psychothérapie a été sélectionné. La sélection des participants s'est faite à partir de huit critères d'inclusion, qui concernent les clients ainsi que les caractéristiques des thérapeutes de ces clients, et de trois critères d'exclusion relatifs aux clients. Tout d'abord, pour ce qui est des critères d'inclusion concernant les clients, ceux-ci devaient être âgés entre 18 et 65 ans. Cet âge maximal a été établi afin de prévenir la présence de troubles cognitifs chez des participants plus âgés, ce qui aurait entravé la collecte de données. Ensuite, les clients devaient être en psychothérapie au moment de la collecte de données, afin qu'ils puissent avoir accès à leur expérience au moment où elle se passe, plutôt que d'y avoir accès a posteriori. Cette mesure réduisait le risque que les participants relatent leur expérience avec les souvenirs qu'ils se sont construits, plutôt que de la manière dont ils l'ont réellement vécue (Hill, Thompson, & Williams, 1997). De plus, les clients devaient être en psychothérapie depuis un minimum de quinze séances et un maximum de deux ans, afin que plusieurs des composantes de la relation thérapeutique aient pu émerger et que leur expérience du début de la psychothérapie leur soit accessible. Ce critère d'être dans une relation thérapeutique à moyen ou long terme avait également pour but de pallier à une lacune nommée dans plusieurs études (p.ex., Lo Coco, Gullo, Prestano & Gelso, 2011), soit le

fait que les études portant sur la relation thérapeutique sont généralement réalisées dans un contexte de thérapie à court terme. Finalement, la fin de la psychothérapie ne devait pas être prévue pour les deux prochains mois, car cette situation aurait fait entrer les participants dans une phase différente de la relation thérapeutique (Maples & Walker, 2014), qui n'était pas celle recherchée par la présente étude.

En ce qui a trait aux critères d'inclusion concernant les thérapeutes rencontrés par les participants, ceux-ci devaient, tout d'abord, être des psychologues membres de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ). Ensuite, ils devaient être d'orientation humaniste, étant donné le cadre théorique choisi pour cette étude, tel que présenté précédemment dans la section du contexte théorique. De plus, les thérapeutes rencontrés par les participants devaient avoir un minimum de cinq ans d'expérience en psychothérapie individuelle adulte, afin d'avoir acquis les habiletés requises dans la création et le maintien d'une relation thérapeutique. Ce dernier critère a été établi afin de tenir compte des critiques concernant certaines des études présentées précédemment, dont l'une des lacunes était d'avoir recours à des psychologues en formation, donc peu expérimentés. Finalement, ces thérapeutes devaient œuvrer en pratique privée, afin que les composantes perçues de la relation thérapeutique ne soient pas teintées du lien des clients à une clinique ou un établissement.

Pour ce qui est des critères d'exclusion, les participants, soit les clients, ne devaient pas manifester une symptomatologie trop sévère, car ils risquaient ainsi d'avoir



une plus grande difficulté à former une bonne relation thérapeutique avec leur psychologue (Bachelor & Horvath, 1999). Ainsi, les participants ne devaient pas présenter, au niveau de la problématique, un trouble psychotique, une dépendance à une substance ou un trouble de personnalité qui entraîne des obstacles importants à l'établissement et au maintien de la relation thérapeutique. Ils ne devaient pas non plus présenter un niveau sévère de trouble de l'humeur. Ils ne devaient pas manifester de dangerosité suicidaire ou homicide. Ensuite, les participants ne devaient pas avoir des difficultés importantes de communication et d'introspection, afin de ne pas entraver le processus de collecte de données qualitatives (Hill, Thompson, & Williams, 1997). Finalement, ils ne devaient pas avoir de lien avec la chercheuse, avec sa directrice de recherche ni avec l'assistante de recherche faisant la codification pour le processus d'accord inter-juges, afin d'éviter les biais et de favoriser la plus grande neutralité possible.

Il a été décidé que ces participants seraient recrutés par l'intermédiaire de leur thérapeute, étant donné que certains critères, plus particulièrement le critère d'inclusion concernant l'orientation théorique du thérapeute ainsi que les critères d'exclusion concernant la symptomatologie du client et les difficultés de communication et d'introspection, étaient difficilement évaluables par les clients eux-mêmes. Une quinzaine de psychologues d'orientation humaniste de la région de Sherbrooke, œuvrant en pratique privée, ont d'abord été sollicités afin de jouer le rôle d'intermédiaires dans le recrutement des clients. La liste de ces psychologues a été fournie à la chercheuse

principalement par quelques psychologues humanistes d'expérience. De plus, lors du contact téléphonique de la chercheuse avec ces psychologues, il leur était demandé, à la fin de l'appel, s'ils avaient un collègue, également psychologue humaniste, à référer, afin d'élargir le bassin de participants pour le recrutement. Par la suite, afin de compléter le recrutement, d'autres psychologues ont été ajoutés à la liste en consultant le site de référence de l'Ordre des Psychologues du Québec (OPQ), en sélectionnant ceux qui s'identifiaient comme étant d'orientation humaniste. Finalement, le recrutement s'est étendu à la région de Québec, car le nombre nécessaire de participants n'avait pas été atteint. Les psychologues de cette région ayant été contactés ont également été sélectionnés par le biais du site de l'OPQ.

Au total, 55 psychologues ont été contactés dans la région de Sherbrooke et 26 d'entre eux ont accepté de servir d'intermédiaires pour le recrutement des clients. Dans la région de Québec, 36 psychologues ont été contactés et 11 d'entre eux ont accepté de participer au recrutement à titre d'intermédiaires.

Dans un premier temps, ces psychologues jouant le rôle d'intermédiaires pour le recrutement ont été contactés par téléphone afin de leur présenter brièvement le but de l'étude et de s'assurer qu'ils répondaient aux critères d'inclusion concernant le psychologue (être membre de l'OPQ, être d'orientation humaniste, pratiquer la psychothérapie individuelle depuis un minimum de cinq ans et œuvrer en pratique privée). Ensuite, il leur était demandé s'ils acceptaient de transmettre la lettre

d'invitation à participer à l'étude à leurs clients qui correspondaient selon eux aux critères d'inclusion et d'exclusion qui leur étaient présentés (voir le Canevas téléphonique pour le recrutement, en Appendice A). Les psychologues étaient informés qu'en échange de leur participation au recrutement, les sections des résultats et de la discussion de la thèse leur seraient transmises lorsqu'elles seraient complétées, afin qu'ils puissent bénéficier des connaissances découlant de la présente étude au sujet de la relation thérapeutique.

Suite à une réponse positive des psychologues contactés par rapport à la demande d'aide pour le recrutement, un moment de rencontre était établi, à leur bureau privé, afin que la chercheuse puisse leur donner plus d'informations sur leur rôle, répondre à leurs questions et leur remettre des exemplaires de la lettre d'invitation à transmettre à leurs clients (voir la Lettre d'invitation à participer à l'étude, en Appendice B). Lors de cette rencontre, la chercheuse a pris le temps de clarifier avec les psychologues que leur rôle consistait seulement à remettre la lettre d'invitation à leurs clients et qu'il importait qu'ils ne leur donnent pas davantage d'informations sur l'étude, ni qu'ils ne les incitent à participer. Il a été précisé que ces mesures avaient pour but que les clients se sentent libres de participer ou non à l'étude. La chercheuse a également remis aux psychologues un document contenant les informations sur leur participation au recrutement (voir Appendice C), après avoir pris le temps de le regarder avec eux et de répondre à leurs questions. Les psychologues ont ensuite signé un formulaire d'engagement, par lequel ils s'engageaient à respecter les consignes qui leur avaient été présentées (voir

Appendice D). Deux semaines après la rencontre, un appel téléphonique de suivi était effectué auprès des psychologues afin de s'assurer que le processus de recrutement se déroulait bien et de répondre à leurs questions, si nécessaire.

Par la suite, les clients intéressés à participer contactaient directement la chercheuse, par téléphone ou par courriel, tel qu'indiqué dans la lettre d'invitation à participer à l'étude. Un contact téléphonique a été effectué avec chacun de ces participants potentiels afin de leur donner des explications sur le projet de recherche, de répondre à leurs questions et de prendre un rendez-vous pour l'entrevue, le cas échéant. Le formulaire de consentement à la participation (voir Appendice E) leur a été envoyé par courriel suite au contact téléphonique afin qu'ils puissent en prendre connaissance avant l'entrevue avec la chercheuse.

Au total, sept participants potentiels ont contacté la chercheuse pour manifester leur intérêt. Tous ces participants ont d'abord été retenus pour la présente étude, car ils répondaient à l'ensemble des critères de sélection d'après les psychologues qui avaient servi d'intermédiaires. Toutefois, suite aux entrevues de collecte de données, il a été décidé d'exclure l'un des participants, car ses propos lors de l'entrevue semi-structurée ont permis de détecter un niveau sévère de trouble de l'humeur, ce qui était un critère d'exclusion dans la présente étude. Un total de six participants a donc été retenu. Dans plusieurs études qualitatives, ce nombre de participants s'est avéré suffisant pour atteindre une saturation des données et obtenir des résultats fiables, riches et significatifs

(Rennie, 2006; Paillé, 1994). La durée du suivi des participants et leur répartition par sexe sont présentées dans le Tableau 1.

Tableau 1  
*Données sociodémographiques des participants*

<b>Participant</b>	<b>Sexe</b>	<b>Durée du suivi au moment de la collecte (mois)</b>
<b>1</b>	Femme	18
<b>2</b>	Homme	15
<b>3</b>	Femme	18
<b>4</b>	Femme	16
<b>5</b>	Femme	8
<b>6</b>	Homme	24
<b>Moyenne</b>		16,5 mois

Il est à noter qu'il y a une majorité de femmes, soit quatre femmes et deux hommes, ce qui apparaît représentatif du ratio femme/homme qui consulte en psychothérapie (Noyes, 2007). La durée moyenne du suivi, au moment de la collecte de données, est de 16,5 mois. La plupart des participants se situent près de cette moyenne, sauf deux participants. En effet, les participants 5 et 6 s'éloignent de la moyenne, ayant une durée de suivi de 8 et 24 mois, respectivement. Ces deux participants correspondent tout de même au critère d'inclusion concernant la durée du suivi. Pour ce qui est de l'âge des participants, la moyenne est de 42 ans<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Des données plus précises concernant l'âge auraient pu permettre de reconnaître certains participants. Par souci de préserver la confidentialité, seule la moyenne d'âge est donc donnée.

### **Collecte de données**

Pour la collecte de données, des entrevues individuelles semi-structurées ont été réalisées avec les six participants retenus. L'entrevue semi-structurée est un moyen privilégié pour comprendre l'expérience humaine dans toute sa complexité (Kvale, 1996). C'est également une méthode qui permet au chercheur d'obtenir des précisions et une profondeur au niveau du contenu des réponses, tout en laissant une certaine liberté aux participants (Mayer, Ouellet, Saint-Jacques, Turcotte et collaborateurs, 2000).

La réalisation de ces entrevues a d'abord nécessité l'élaboration d'un canevas d'entrevue, afin de rencontrer les objectifs de l'étude. Préalablement à l'élaboration de ce canevas d'entrevue, une grille des composantes préexistantes a été construite afin de guider l'élaboration du canevas d'entrevue et la collecte des données, étant donné la méthode déductive utilisée et la présence des composantes de la relation thérapeutique dans la documentation scientifique. Les questions formulées dans le canevas ont, par ailleurs, également tenu compte de la méthode inductive, en intégrant des questions ouvertes plus générales.

La construction de la grille des composantes préexistantes sera d'abord présentée, suivie de l'élaboration du canevas d'entrevue. Puis, l'entrevue de pré-collecte de données et le déroulement des entrevues seront décrits. Finalement, les considérations éthiques, qui ont été respectées tout au long de l'étude, seront présentées.

### **Construction de la grille des catégories préexistantes**

Dans un premier temps, afin de guider la collecte des données à l'aide de la méthode déductive et puisque ces composantes étaient présentes dans la documentation scientifique, une grille des composantes préexistantes a été construite. Quatre composantes de la relation thérapeutique, identifiées à partir des écrits scientifiques, ont été retenues afin de constituer cette grille. Plus précisément, ces composantes sont la *Relation coopérative*, la *Relation transférentielle*, la *Relation personne-à-personne* et la *Relation transpersonnelle*, telles que présentées et définies précédemment dans la section du contexte théorique (Clarkson, 1995; Gelso & Carter, 1994; St-Arnaud, 2003). Chacune de ces composantes a ensuite été subdivisée en sous-composantes afin de rendre la grille plus opérationnalisable (voir la Grille des composantes préexistantes en Appendice F pour les définitions des composantes et des sous-composantes). Ces sous-composantes ont été identifiées en se basant sur les définitions des composantes de la relation thérapeutique proposées par les auteurs cités (Clarkson, 1995; Gelso & Carter, 1994; Richards & Bergin, 2005; Rogers, 1957, 1980; St-Arnaud, 2003) et sur un instrument de mesure utilisé pour évaluer l'alliance thérapeutique dans des études quantitatives (Working Alliance Inventory; Horvath & Greenberg, 1989).

Une première version de la grille des composantes préexistantes a d'abord été élaborée en se basant sur la documentation scientifique. Plus précisément, des sous-composantes ont été créées pour chacune des composantes, en utilisant les éléments présents dans les différents écrits théoriques et les études empiriques. Une définition a

également été élaborée pour chacune des composantes et des sous-composantes retenues. Puis, la grille a été présentée à deux psychologues cliniciens, experts de l'approche humaniste et ayant chacun plus de 20 ans d'expérience en pratique clinique, afin de la valider et de l'améliorer. Leurs commentaires ont permis d'apporter certaines modifications à la grille, notamment en ajoutant certaines sous-composantes considérées comme ayant une place importante dans la relation thérapeutique et en modifiant certaines sous-composantes afin d'adopter un langage reflétant davantage l'approche humaniste.

La provenance de chacune des composantes sera maintenant présentée plus en détail. Tout d'abord, le Tableau 2 présente les différentes sous-composantes de la composante *Relation coopérative* ainsi que les auteurs et instruments de mesure à partir desquels elles ont été créées.

Tableau 2

*Provenance des sous-composantes de la Relation coopérative*

<b>Sous-composantes</b>	<b>Auteurs/Instruments de mesure</b>
A) Accord commun quant aux objectifs de la thérapie	Working Alliance Inventory (Horvath & Greenberg, 1989)
B) Accord commun quant aux stratégies pour atteindre les objectifs de la thérapie	Working Alliance Inventory (Horvath & Greenberg, 1989)
C) Ajustement concerté continu des objectifs de la thérapie et des stratégies	St-Arnaud (2003)
D) Établissement du contrat thérapeutique dans ses aspects concrets	Chercheuse + experts cliniciens
E) Engagement et implication de chacun dans le travail thérapeutique	St-Arnaud (2003)



F) Valorisation des compétences et des ressources de chacun	St-Arnaud (2003)
G) Perception partagée de former une équipe	St-Arnaud (2003)
H) Co-construction de la compréhension de la réalité subjective du client	Working Alliance Inventory (Horvath & Greenberg, 1989)

Ainsi, trois des sous-composantes ont été créées à l'aide des items du Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1989), un instrument de mesure fréquemment utilisé pour mesurer l'alliance thérapeutique. Les auteurs de cet instrument de mesure se sont basés sur la définition de l'alliance thérapeutique donnée par Bordin (1979). Quatre sous-composantes de la *Relation coopérative* ont été générées en s'inspirant des travaux de St-Arnaud (2003) en ce qui a trait à la relation de coopération. Finalement, la sous-composante *Établissement du contrat thérapeutique dans ses aspects concrets* a été créée par la chercheuse à partir des écrits scientifiques et de son expérience clinique, et a ensuite été validée par les experts de l'approche humaniste lors de la présentation de la grille.

Ensuite, le Tableau 3 présente les sous-composantes de la composante *Relation transférentielle*.

Tableau 3

*Provenance des sous-composantes de la Relation transférentielle*

<b>Sous-composantes</b>	<b>Auteurs</b>
A) Perception, par le client, du thérapeute comme ayant les attributs d'un parent	
B) Expérience, par le client ou le thérapeute, de sentiments et/ou de cognitions envers l'autre, qui sont provoqués par la répétition d'interactions passées	Gelso & Carter (1994)

C) Attentes inexactes du thérapeute ou du client par rapport à la manière d'agir ou de réagir de l'autre	Gelso & Carter (1994)
D) Compréhension et acceptation, par le thérapeute, de sentiments, d'attitudes et de comportements du client à son égard qui appartiennent à des relations passées	
E) Modification du comportement, des cognitions et/ou des sentiments du client ou du thérapeute pour se conformer aux attentes perçues de l'autre	

Le Tableau 3 montre que toutes les sous-composantes de la *Relation transférentielle* ont été créées en se basant sur les différents éléments des définitions fournies par Gelso & Carter (1994) par rapport au transfert et au contre-transfert. Tel qu'expliqué dans la section du contexte théorique, le choix a été fait d'inclure cette composante, bien qu'elle provienne de l'approche psychodynamique, parce qu'il est possible d'avancer que la relation transférentielle est présente dans toutes les relations thérapeutiques, peu importe l'orientation théorique du thérapeute (Gelso & Carter, 1994). De plus, les experts de l'approche humaniste ayant validé la présente grille des composantes ont reconnu l'existence et l'importance de cette composante dans la relation thérapeutique, même s'ils ont mentionné ne pas utiliser directement l'appellation « relation transférentielle ». Cette expression a tout de même été conservée, car aucune autre appellation ne semble universellement utilisée et il apparaît qu'elle est connue et bien comprise par les thérapeutes humanistes.

Ensuite, le Tableau 4 présente les sous-composantes de la composante *Relation personne-à-personne* ainsi que les auteurs et les instruments de mesure qui ont servi à les générer.

Tableau 4

*Provenance des sous-composantes de la Relation personne-à-personne*

<b>Sous-composantes</b>	<b>Auteurs/Instruments de mesure</b>
A) Authenticité, ouverture et honnêteté envers l'autre	Rogers (1957); Gelso & Carter (1994)
B) Dévoilement de soi	Gelso & Carter (1994)
C) Engagement émotionnel envers l'autre	Working Alliance Inventory (Horvath & Greenberg, 1989)
D) Attachement ressenti par rapport à l'autre	Working Alliance Inventory (Horvath & Greenberg, 1989)
E) Regard nuancé sur l'autre, comprenant ses forces et ses limites	Gelso & Carter (1994)
F) Compréhension empathique du client par le thérapeute	Rogers (1957)
G) Acceptation inconditionnelle du client par le thérapeute	Rogers (1957)
H) Présence d'un climat positif	Chercheuse + experts cliniciens
I) Existence de l'appréciation de l'autre personne	Working Alliance Inventory (Horvath & Greenberg, 1989)
J) Possibilité d'un dialogue concernant la relation dans l'ici et maintenant	St-Arnaud (2003) + experts cliniciens

Ainsi, les travaux de Rogers (1957) sur les attitudes du thérapeute nécessaires à un changement chez le client ont été utilisés pour créer trois sous-composantes. Par ailleurs, la définition de la composante « relation vraie » amenée par Gelso & Carter (1994) a servi à générer trois sous-composantes. Les items du WAI (Horvath & Greenberg, 1989) associés au lien affectif entre le client et le thérapeute ont inspiré la création de trois autres sous-composantes. Finalement, les écrits de St-Arnaud (2003) ainsi que les commentaires des experts de l'approche humaniste ont permis de créer la sous-composante *Possibilité d'un dialogue concernant la relation dans l'ici et maintenant*. Il est à noter que la sous-composante *Présence d'un climat positif* a été

créée par la chercheuse à partir des écrits scientifiques et de son expérience clinique, et approuvée par les experts lors de la présentation de la grille.

Finalement, le Tableau 5 présente les sous-composantes de la composante *Relation transpersonnelle* ainsi que les auteurs sur lesquels leur élaboration a été basée.

Tableau 5

*Provenance des sous-composantes de la Relation transpersonnelle*

<b>Sous-composantes</b>	<b>Auteurs</b>
A) Connexion profonde entre client et thérapeute	Clarkson (1995)
B) Présence de moments significatifs inexplicables	Clarkson (1995); Rogers (1980)
C) Croyance profonde du thérapeute dans le potentiel du client	Chercheuse + experts cliniciens
D) Présence guérissante du thérapeute	Clarkson (1995); Rogers (1980)
E) Amour bienveillant ressenti pour l'autre	Richards & Bergin (2005)

Le Tableau 5 montre que les travaux de Clarkson (1995) ont permis de générer deux sous-composantes et que ceux de Rogers (1980), sur la notion de présence en psychothérapie, ont aussi permis d'en créer deux. Finalement, la sous-composante *Amour bienveillant ressenti pour l'autre* a été tirée d'un article de Richards & Bergin (2005). La sous-composante *Croyance profonde du thérapeute dans le potentiel du client* a été créée par la chercheuse à partir des écrits et de son expérience clinique et validée par les experts de l'approche humaniste.

### **Construction du canevas d'entrevue**

Le canevas d'entrevue a été élaboré en tenant compte des objectifs et des sous-objectifs de l'étude, et en s'inspirant des éléments du contexte théorique. Il a été construit afin de permettre une collecte de données en tenant compte de la méthode d'analyse mixte de la présente étude, qui combine des composantes préexistantes ainsi que des catégories émergentes. Plus précisément, des questions générales et ouvertes ont été formulées afin de permettre aux participants de s'exprimer librement sans être préalablement orientés vers un contenu particulier, favorisant ainsi l'émergence de nouvelles catégories, afin de tenir compte de la méthode inductive. De plus, des questions ont été construites à partir des quatre composantes préexistantes de la relation thérapeutique présentées précédemment, soient la *Relation coopérative*, la *Relation transférentielle*, la *Relation personne-à-personne* et la *Relation transpersonnelle*, afin de tenir compte de la méthode déductive.

Ainsi, les premières questions formulées étaient larges et visaient à laisser les participants libres d'aborder ce qu'ils souhaitaient. La première question formulée est : « Que percevez-vous que votre thérapeute fait pour contribuer à établir une bonne relation avec vous? ». La deuxième question visait à recueillir de l'information sur les éléments perçus par le participant par rapport à sa propre implication dans la relation thérapeutique : « De votre côté, avez-vous l'impression de faire des choses pour qu'il y ait une bonne relation entre vous et votre thérapeute? Pouvez-vous m'en parler? ». Cette question a été formulée de manière à ce que le participant ne se sente pas comme un

« mauvais client » s'il n'avait pas le sentiment de contribuer activement à la relation thérapeutique. La troisième question formulée est : « Quels aspects de votre relation client-thérapeute contribuent, selon vous, à votre processus de changement, à votre cheminement? ». Cette question visait directement l'un des sous-objectifs de l'étude et met l'accent sur des aspects de la relation thérapeutique, plutôt que sur les actions posées par l'un ou l'autre des membres de la dyade client-thérapeute.

Ensuite, pour recueillir de l'information sur la première composante préexistante de la relation thérapeutique, soit la *Relation coopérative*, la question suivante a été élaborée : « Si c'est le cas dans votre relation client-thérapeute, de quelle manière avez-vous l'impression que vous faites équipe, vous et votre thérapeute? Y aurait-il une image différente qui vous viendrait pour décrire la manière dont vous êtes ensemble? ». Cette question a été choisie afin d'exprimer la nature de la *Relation coopérative*, qui inclut l'aspect collaboratif du travail thérapeutique et le fait d'accorder une place à chacune des personnes impliquées dans la psychothérapie. La deuxième partie de la question a été ajoutée afin de laisser les participants libres de fournir une autre image qui corresponde davantage à leur expérience et ainsi, enrichir la collecte de données.

Pour la deuxième composante, soit la *Relation transférentielle*, la question suivante a été construite : « Y a-t-il, dans votre relation client-thérapeute, des façons d'être qui ressemblent à vos modes habituels de relation avec les autres personnes de votre vie? Comment cela se manifeste-t-il? Si c'est le cas, de quelle manière cela est-il

aidant pour vous? » Il semblait que de s'en tenir à une définition exacte de la *Relation transférentielle* pour formuler une question d'entrevue, par exemple en demandant au participant s'il voyait se répéter dans sa relation thérapeutique des schémas d'interaction provenant de son enfance, n'aurait pas permis de recueillir de l'information pertinente. En effet, répondre à cette question demande un travail d'introspection qui apparaît irréaliste dans le cadre d'une entrevue. La porte d'entrée choisie a donc été les autres relations présentes dans la vie du participant, ce qui apparaissait plus accessible pour celui-ci. Il a également été jugé pertinent de demander au participant de quelle manière cette répétition dans la relation thérapeutique pouvait être bénéfique pour son cheminement, au cas où le participant ne le verbaliserait pas, afin de répondre de manière encore plus ciblée à l'un des sous-objectifs de recherche.

En ce qui a trait à la troisième composante, soit la *Relation personne-à-personne*, deux questions ont été formulées afin de recueillir la perception des participants sur le lien affectif présent dans leur relation thérapeutique. La première question visait directement à rencontrer cet objectif : « Pouvez-vous me parler de votre lien émotif ou affectif à votre psychologue ? ». Les mots « émotif » et « affectif » ont tous les deux été inclus dans la question afin que les participants puissent bien saisir la notion de lien affectif. Il semblait que les participants parleraient davantage de ce qu'ils ressentent par rapport à leur thérapeute, mais qu'ils ne parleraient peut-être pas de ce que leur thérapeute peut ressentir pour eux. La deuxième question formulée visait donc à obtenir de l'information à ce sujet : « Pensez-vous que votre psychologue aussi ressent un

certain attachement à vous? » De plus, il a été prévu qu'une sous-question serait posée aux participants afin d'en apprendre davantage sur la manière dont ils vivent ce lien affectif : « Comment percevez-vous ce lien émotif ou affectif? »

Finalement, pour la quatrième composante, soit la *Relation transpersonnelle*, deux questions ont été formulées. La première est : « Intuitivement, sans nécessairement vous baser sur un exemple concret, diriez-vous qu'il y a quelque chose de plus dans cette relation que ce que vous m'avez dit, quelque chose de peut-être intangible, de plus difficile à mettre en mots? Pouvez-vous m'en parler? » La deuxième est : « Si vous pensez à un ou des moment(s) fort(s) ou significatif(s) qui sont survenus dans votre thérapie, s'il y en a eu, que se passait-il à ce moment dans la relation avec votre thérapeute? ». Étant donné la nature plus intangible et inexplicable de la *Relation transpersonnelle*, il a été décidé de poser deux questions par rapport à cette composante et d'utiliser des mots plus imagés (intangible, difficile à mettre en mots, moments forts ou significatifs) pour tenter de plonger les participants dans l'univers de cette composante.

Puis, deux questions ont été ajoutées afin de conclure l'entrevue. L'avant-dernière question a été formulée pour permettre aux participants d'ajouter des éléments qu'ils n'auraient pas eu l'occasion de mentionner par rapport à la relation thérapeutique : « Y a-t-il autre chose qui vous vient par rapport à la relation que vous entretenez avec votre thérapeute et dont vous n'auriez pas parlé encore? ». La dernière question avait



pour but d'amener les participants à cibler ce qu'ils percevaient comme étant l'essentiel de leur propos, en plus de mettre en évidence les éléments de la relation thérapeutique qu'ils jugeaient les plus centraux : « Que diriez-vous qui est l'essence de votre relation client-thérapeute? ». Finalement, des questions d'approfondissement ont été prévues afin de relancer les participants au cours de l'entrevue, telles que « Pouvez-vous me parler un peu plus de ce que vous entendez par cela ? » et « Quel lien faites-vous entre ces deux éléments ? »

Après avoir formulé les questions d'entrevue, une introduction à l'entrevue a été rédigée afin de donner aux participants une brève description de la relation thérapeutique et de fournir des informations sur le déroulement de l'entrevue. Ces informations comprenaient, entre autres, la possibilité pour les participants de rencontrer des difficultés à demeurer uniquement centré sur le sujet de la relation thérapeutique et le désir de parler de la thérapie en général ou de leurs problèmes. Le fait qu'ils seraient alors réorientés vers le sujet de la relation thérapeutique leur était annoncé. De plus, il était mentionné que des questions de clarification seraient posées en cours de route, au besoin.

### **Entrevue pré-collecte de données**

Afin de parfaire le canevas d'entrevue, une entrevue pré-collecte de données a été réalisée préalablement à la collecte de données. Plus précisément, cette entrevue avait pour but de vérifier la formulation ainsi que la complétude des questions

d'entrevue, d'expérimenter le temps nécessaire à la réalisation de l'entrevue et de vérifier la façon de la diriger. Pour ce faire, une entrevue a été réalisée avec une personne qui répondait à la totalité des critères d'inclusion et d'exclusion, hormis le critère en lien avec la durée de la thérapie, puisque cette personne était en thérapie depuis plus de deux ans.

Cette entrevue a permis de confirmer que les questions étaient clairement formulées. Par ailleurs, les commentaires recueillis et les observations réalisées ont permis d'ajouter deux questions au canevas d'entrevue. Ainsi, une première question a été formulée afin de ne pas laisser sous-entendre aux participants qu'il y a seulement des éléments positifs dans la relation thérapeutique : « Comment décririez-vous ou qualifieriez-vous votre relation avec votre thérapeute? ». Une deuxième question générale a également été ajoutée, afin d'avoir accès à davantage d'éléments provenant spontanément des participants : « Quand vous pensez à la relation que vous avez avec votre thérapeute, quels aspects, quels éléments vous viennent à l'esprit? »

De plus, cette entrevue pré-collecte a permis de confirmer que le temps estimé pour la réalisation de l'entrevue était adéquat, l'entrevue ayant duré un peu moins de 90 minutes. Finalement, l'entrevue pré-collecte a également permis à la chercheuse de parfaire la façon de diriger l'entrevue. Entre autres, la chercheuse a pris conscience de l'importance de répéter les questions aux participants pour s'assurer qu'ils aient pu

amener tout le contenu relatif à une question. La version finale du canevas d'entrevue est présentée en Appendice G.

### **Déroulement des entrevues**

Les entrevues semi-structurées auprès des six participants ont eu lieu en deux phases. Quatre entrevues ont pris place entre les mois de mars et mai 2014 et deux entrevues, entre les mois d'octobre et novembre 2014. Les entrevues n'ont pas eu lieu de juin à septembre, étant donné la période des vacances, ce qui a ralenti le recrutement. Les entrevues ont duré entre 70 minutes et 90 minutes, ce qui correspondait à la durée initialement prévue. Pour les participants recrutés dans la région de Sherbrooke, les entrevues se sont déroulées dans un local de recherche de l'Université de Sherbrooke. Pour les participants recrutés dans la région de Québec, les entrevues ont eu lieu dans un local de travail mis à la disposition de la chercheuse par un organisme communautaire.

Après l'accueil du participant, un retour sur le formulaire de consentement, lu par le participant préalablement à l'entrevue, a été effectué. Les participants étaient invités à poser leurs questions, le cas échéant, et ils signaient le formulaire par la suite. Les données sociodémographiques étaient recueillies à ce moment. Ensuite, les consignes de base pour l'entrevue étaient données, et les questions d'entrevue étaient lues par la chercheuse, par souci d'offrir d'une formulation standard d'un participant à l'autre. Toutes les entrevues ont été enregistrées sur bande audio, à la suite du consentement des participants à cet effet.

### **Considérations éthiques**

Le projet de la présente étude avait été préalablement approuvé par le comité d'éthique de la recherche (CÉR) Lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke. Afin de respecter les règles éthiques de la recherche et de présenter aux participants l'étude de façon résumée ainsi que l'implication demandée, le formulaire de consentement, lu et signé par chacun des participants, présentait les objectifs de l'étude, la nature de la participation, les bénéfices, inconvénients et risques à participer à l'étude, le droit de retrait sans préjudice et les mesures prises pour la protection des renseignements personnels et la confidentialité des données.

Plus précisément, en ce qui a trait aux inconvénients et risques possibles, il aurait pu se présenter que le fait de parler de leur relation thérapeutique puisse faire vivre aux participants certaines émotions difficiles, étant donné l'importance de la relation pour le travail thérapeutique. Il leur a donc été suggéré, dans le formulaire de consentement, de parler de leur expérience à leur thérapeute si le besoin se manifestait suite à l'entrevue semi-structurée de collecte de données. Pour une raison ou une autre, s'ils ne pouvaient ou ne voulaient pas le faire, le numéro du Centre d'intervention psychologique de l'Université de Sherbrooke ou celui du Service de consultation de l'École de psychologie de l'Université Laval, pour les participants des régions de Sherbrooke et de Québec respectivement, leur a également été fourni afin qu'ils aient accès à une ressource d'aide. Il aurait également été possible que les participants ressentent une pression à participer à l'étude étant donné que c'est leur thérapeute qui leur avait

transmis la lettre d'invitation à participer à l'étude. Il a donc été écrit, dans le formulaire de consentement, que leur thérapeute n'était d'aucune façon affiliée à l'étude, hormis pour le recrutement, et qu'il ne serait en aucun cas informé de leur participation à la présente étude. Finalement, le temps consacré à la recherche (temps de déplacement et pour l'entrevue) représentait un autre inconvénient potentiel.

En termes de bénéfices, l'opportunité de réfléchir en profondeur à la relation que les participants entretiennent avec leur thérapeute ainsi que de mieux comprendre et mettre en mots ce qui est vécu dans cette relation est l'un des principaux bienfaits qui étaient envisagés par leur participation à la recherche. De plus, il est possible que les participants aient éprouvé de la satisfaction à savoir que leur participation contribuait à l'avancement des connaissances sur la relation thérapeutique et plus particulièrement sur la perception qu'en ont les clients, point de vue jusqu'ici peu étudié. Par ailleurs, afin de dédommager les participants pour le temps nécessaire à la réalisation de l'entrevue et pour les frais encourus en lien avec le déplacement et le stationnement, une compensation financière de 20\$ leur a été versée.

Pour ce qui est des mesures prises afin de respecter l'anonymat et la confidentialité des données tout au long de l'étude, l'emplacement du local à chacun des endroits où les entrevues ont eu lieu était garant d'une insonorisation suffisante afin de préserver la confidentialité. De plus, tous les documents écrits et enregistrés ont été identifiés par des numéros afin qu'il soit impossible d'identifier la provenance des

données. Tous ces documents ont été gardés sous clé et en lieu sûr, tout au long de la recherche, et ils seront conservés de manière sécuritaire pour une période maximale de cinq ans, après laquelle ils seront détruits. Par ailleurs, une attention particulière a été accordée, dans la rédaction de la thèse, à ce que les participants ne puissent être reconnus d'aucune façon. Plus particulièrement, les extraits d'entrevue présentés ont été dépouillés de tout contenu qui aurait pu permettre d'identifier un participant. Ces précautions étaient d'autant plus importantes que certaines sections de la thèse seront remises aux psychologues ayant servi d'intermédiaires pour le recrutement. Il s'avérait donc essentiel que ceux-ci n'aient aucun indice leur permettant d'identifier leurs clients.

### **Analyse des données**

L'analyse des données sera maintenant exposée. La méthode d'analyse utilisée pour la présente étude sera d'abord présentée de façon générale, suivie d'une description plus détaillée de l'analyse des données réalisée, soit les démarches concernant la codification et l'accord inter-juges.

#### **Méthode d'analyse des données**

Afin d'analyser les données recueillies au cours des entrevues semi-structurées, une analyse de contenu, inspirée de la méthode proposée par l'Écuyer (1990), a été effectuée. Celui-ci propose une méthode qualitative d'analyse des données basée sur une codification du matériel en différentes catégories, suivant une procédure systématique, afin de rendre compte du point de vue de la personne à l'origine du matériel analysé. Le

choix de retenir la démarche de L'Écuyer (1990) repose sur le fait qu'il propose un modèle mixte d'analyse des données, combinant la vérification d'éléments préexistants et la recherche de catégories émergentes, ce qui va dans le sens des objectifs de la présente étude. En effet, l'étude visait, d'une part, à vérifier la présence des composantes de la relation thérapeutique issues des écrits scientifiques dans la perception qu'ont les clients d'une relation thérapeutique positive, ainsi qu'à décrire ces composantes. D'autre part, l'étude visait à explorer la présence d'autres composantes et d'autres éléments d'une relation thérapeutique positive dans la perception des clients, ainsi qu'à les identifier et les décrire. La méthode d'analyse de contenu proposée par l'Écuyer, plus précisément son modèle de catégories mixtes, est donc cohérente avec ces objectifs et a ainsi servi de guide dans l'analyse des données de la présente étude. Sa méthode d'analyse des données a également été enrichie en utilisant certains éléments provenant des écrits d'autres auteurs en matière de méthodologie d'analyse qualitative (Blais & Martineau, 2006; Mucchielli, 2007; Paillé, 1994; Paillé et Mucchielli, 2008), éléments qui seront présentés ultérieurement.

### **Description de l'analyse des données**

Dans le cadre de la présente démarche d'analyse, les entrevues ont été codifiées à l'aide du logiciel QDA Miner. L'entrevue pré-collecte, préalablement réalisée pour l'amélioration du canevas d'entrevue, a servi d'initiation à ce logiciel ainsi qu'au processus de codification en général pour la chercheuse, mais les données de cette entrevue n'ont pas été retenues pour l'analyse.

Tout d'abord, la transcription verbatim des entrevues a été effectuée par la chercheuse. Ensuite, pour chacune des entrevues, la codification à l'aide de la grille des composantes préexistantes a d'abord été effectuée, suivie de l'analyse du matériel par l'induction de catégories émergentes. Le choix a été fait d'effectuer la codification du matériel en deux temps, plutôt que de procéder comme l'Écuyer (1990) qui, lui, propose de faire la codification du matériel à l'aide de la grille des composantes préexistantes tout en permettant la création en parallèle de catégories émergentes. Ce choix a été fait afin d'assurer, d'une part, de pouvoir valider la grille des composantes préexistantes sans y ajouter de nouvelles composantes, ce qui correspond au premier objectif de recherche. D'autre part, le fait de séparer les deux méthodes d'analyse permettait une plus grande objectivité et une plus grande fidélité au matériel analysé, sans que la chercheuse ne soit trop influencée par l'existence des composantes préexistantes lors de l'analyse par l'induction des catégories émergentes.

**Codification à l'aide de la grille des composantes préexistantes.** La première étape de l'analyse de contenu a consisté à faire plusieurs lectures des données recueillies afin de se familiariser avec le contenu et d'en avoir une vue d'ensemble. Étant donné que la chercheuse a elle-même effectué la transcription verbatim des entrevues, cette première étape a été réalisée à ce moment.

Par la suite, les transcriptions verbatim ont été codifiées en les classant dans l'une des sous-composantes de la grille des composantes préexistantes. L'opération



consistait à choisir la sous-composante qui s'apparentait le plus au sens de l'extrait, tout en respectant la définition donnée à cette sous-composante. L'Écuyer (1990) met en garde contre le risque de forcer le sens du matériel analysé pour confirmer les composantes préexistantes. Une attention particulière a donc été portée au fait de demeurer le plus fidèle possible à la signification du matériel analysé, sans essayer de faire entrer ce sens de façon poussée dans une sous-composante préexistante. Ensuite, la codification a été révisée, en se questionnant pour déterminer si la sous-composante attribuée à chaque extrait était la meilleure. Dans le cas contraire, l'extrait verbatim était recodé dans une autre sous-composante. Les extraits verbatim pour lesquels aucune sous-composante n'avait été attribuée lors de la première codification étaient examinés à nouveau. Si aucune sous-composante ne leur correspondait, ces extraits demeuraient non codifiés.

Tout au long de la codification à l'aide de la grille des composantes préexistantes, un journal a été tenu par la chercheuse. Les observations et les questionnements concernant la grille y ont été notés, plus précisément les recouvrements observés entre différentes sous-composantes et les ambiguïtés qui sont apparues par rapport aux définitions. Des observations concernant certains éléments qui étaient présents dans le matériel analysé, mais qui ne se trouvaient pas dans la grille, ont également été notées. La grille n'a toutefois pas été modifiée. Les fréquences d'apparition pour chacune des composantes et des sous-composantes ont été compilées.

Les observations et les fréquences seront exposées dans la section consacrée à la présentation des résultats.

**Codification par l'induction de catégories émergentes.** Suite à l'analyse de chacune des entrevues à l'aide de la grille des catégories préexistantes, l'analyse du matériel par l'induction de catégories émergentes a été effectuée. En moyenne, environ une semaine s'écoulait entre les deux types de codification.

Pour chacune des entrevues, le matériel a d'abord été découpé en énoncés plus restreints possédant un sens complet en eux-mêmes, appelés unités de sens. Ensuite, l'essentiel des propos contenus dans chaque unité de sens a été résumé, nommé et qualifié en quelques mots (environ cinq à dix mots). Ainsi, à chaque unité de sens a été attaché un code, c'est-à-dire quelques mots qui nommaient le plus fidèlement et le plus succinctement possible ce que représentait le contenu de l'unité de sens, en évitant toutefois de répéter le verbatim lui-même (Paillé, 1994). Cette façon de faire diffère de la méthode proposée par l'Écuyer (1990), qui, lui, ne met pas de mots sur l'unité de sens, mais retient, à ce stade, l'extrait verbatim dans son intégralité, qu'il classe sous différentes catégories préliminaires. Pour la présente étude, il a plutôt été décidé de procéder progressivement en résumant l'unité de sens en quelques mots, sans nécessairement la classer immédiatement dans une catégorie. En effet, cette méthode est plus souvent utilisée en analyse qualitative, car elle permet de se détacher plus

progressivement des données (Blais & Martineau, 2006; Glaser & Strauss, 1967; Paillé, 1994).

La codification de la première entrevue a essentiellement servi à générer plusieurs codes. Ensuite, la première sous-étape de l'étape de catégorisation et de classification (L'Écuyer, 1990), qui comprend le regroupement des codes en catégories préliminaires nouvelles, a débuté naturellement avec la codification de la deuxième entrevue. En effet, des ensembles de codes, qui se ressemblaient au niveau du sens, ont été regroupés afin de former des catégories préliminaires. Tout au long de l'analyse des entrevues, d'autres codes ont été intégrés dans les catégories déjà créées, et ces dernières ont été modifiées afin de mieux représenter le sens qui leur était attribué.

À mesure que la codification a progressé, les catégories ont été continuellement comparées entre elles ainsi que comparées aux données afin de les faire évoluer et de les raffiner. Comme le mentionne Paillé (1994), la catégorie est un outil central et, à cet effet, « il faut la clarifier, la détailler, la préciser, éventuellement la revoir, la corriger, la remplacer, l'élargir, la subdiviser, la fusionner, etc. » (p. 164). Afin de s'assurer que les catégories soient soigneusement révisées et raffinées tout au long du processus de codification, L'Écuyer (1990) propose une série de questions, qui ont été utilisées afin de guider le processus. Il suggère notamment de se demander : *Cet énoncé cadre-t-il bien dans la catégorie où il a été classé ?*, *Y a-t-il des catégories dont le contenu est tellement semblable qu'elles devraient être fondues en une seule ?*, et *Y a-t-il des*

*catégories dont la pertinence paraît douteuse et qu'il faudrait peut-être penser à éliminer pour en reclasser le contenu plus adéquatement ?* De plus, L'Écuyer explique l'importance de réviser chacune des catégories et des sous-catégories à la lumière des qualités qu'elles devraient posséder. Ainsi, afin de rendre compte du sens précis du phénomène analysé, elles doivent être exhaustives et en nombre limité, cohérentes, homogènes, pertinentes, clairement définies, « objectivées » et productives. À la lumière de ces questionnements et de ces attributs souhaitables, des catégories ont donc été créées afin de mieux regrouper certains contenus, d'autres catégories ont été mises de côté en raison de leur trop grande spécificité ou de leur manque de pertinence et certaines catégories ont été fusionnées lorsque des redondances ou de trop grandes similarités étaient observées. De plus, suivant la recommandation de Blais et Martineau (2006), des citations provenant des entrevues et illustrant l'essence des catégories ont été sélectionnées tout au long du processus.

Au fil de la codification, une fois que les données ont permis de générer un certain nombre de catégories, celles-ci ont été progressivement divisées et hiérarchisées en fonction des liens qui les unissaient afin d'obtenir une catégorisation rigoureuse. Ainsi, des sous-catégories ont émergé à partir de certaines catégories. Ce processus a fait émerger l'ébauche d'un arbre de catégories, qui regroupe l'ensemble des catégories et qui permet d'illustrer de quelle manière elles s'articulent. Ce processus de hiérarchisation a débuté lors de l'analyse de la deuxième entrevue. Par la suite, plusieurs sous-catégories ont été utilisées à nouveau pour coder d'autres unités de sens qui avaient

la même signification. Les catégories étaient constamment relues afin de s'assurer qu'elles tenaient compte de l'évolution de l'ensemble des sous-catégories.

Progressivement, une réflexion et des questionnements ont été effectués à propos des propriétés des sous-catégories, de leur signification, des liens entre elles ainsi que des recoupements possibles. Ce travail a mené à l'élaboration d'un arbre comprenant cinq niveaux de catégories, soit les méga-catégories, les catégories principales, les grandes catégories, les catégories et les sous-catégories. À mesure qu'une catégorie a semblé en voie de se cristalliser, c'est-à-dire qu'elle n'évoluait presque plus et qu'elle s'approchait de sa forme définitive, une description y a été ajoutée afin de bien définir l'ensemble du contenu qu'elle représente. Cette troisième sous-étape, soit l'identification définitive et la définition des catégories constituant l'arbre final des catégories (L'Écuyer, 1990), a été réalisée simultanément à la codification des données, ce qui a permis de s'appuyer sur celles-ci pour enrichir l'élaboration et la description de nouvelles catégories. En effet, Paillé (1994) précise que cette définition doit correspondre le plus adéquatement possible aux données et explique qu'à cet effet, il est préférable d'attendre que la catégorie s'applique à plusieurs extraits d'entrevues, afin de les comparer pour pouvoir mettre en évidence les éléments constituant la catégorie qu'ils représentent.

Tout au long de la démarche d'analyse des données, des mémos ont été rédigés afin d'enrichir l'analyse. Ceux-ci ont été rédigés séparément du journal de la grille des

catégories préexistantes présenté précédemment. Un mémo est un court énoncé, écrit par le chercheur, qui vise à laisser une trace des réflexions du chercheur pendant le processus d'analyse (Blais et Martineau, 2006). Dans ces mémos, les réflexions concernant les différentes catégories ont été notées, plus précisément sur des façons possibles de les nommer, sur les regroupements ou les liens entre les sous-catégories et sur la manière de les définir. La rédaction de mémos lors de l'analyse de contenu est un support important pour suivre la progression de l'analyse, pour rester le plus nuancé et objectif possible face aux données et pour faciliter la mémoire du chercheur, qui peut s'y référer dans les étapes subséquentes de la recherche (Blais et Martineau, 2006). Ces mémos ont été constamment relus tout au long de l'analyse et ont servi de support à la création et au raffinement des catégories et de leurs définitions.

La saturation des données est apparue au début de la codification du sixième verbatim. En effet, à ce moment, les catégories élaborées précédemment étaient devenues suffisamment précises, évocatrices et bien définies, et les nouvelles données ne permettaient plus de les modifier ou de les enrichir (Mucchielli, 1994; Strauss et Corbin, 1990). En fait, la codification de ce sixième et dernier verbatim n'a fait émerger aucune nouvelle catégorie. Par ailleurs, la codification de cette entrevue a permis d'apporter de légères modifications aux définitions de certaines catégories, à la lumière du contenu de cette entrevue.

Finalement, à la dernière étape de l'analyse des données, un cadre conceptuel sous forme de schéma, intégrant les méga-catégories, a été élaboré (Blais & Martineau, 2006; Paillé, 1994). Ce cadre conceptuel a pour fonction de présenter les liens conceptuels élaborés entre les principaux résultats. Ce cadre conceptuel a toutefois uniquement une valeur de proposition (Paillé, 1994). Dans la démarche d'analyse inductive générale de Blais et Martineau (2006), qui s'inspire des écrits de Thomas (2006), l'objectif principal est de développer des catégories à partir des données pour ensuite les intégrer dans un modèle ou un cadre conceptuel, ce qui représente, pour ces auteurs, le point final de l'analyse. En effet, « une catégorie tient à tout un ensemble d'autres catégories, elle prend son sens par rapport à ces autres catégories » (Paillé & Mucchielli, 2008, p. 149). La mise en liens des catégories « permet de passer d'un plan relativement statique à un plan dynamique (...) de la description à l'explication. » (Paillé, 1994, p. 171). L'élaboration de ce cadre conceptuel s'avère intéressante et pertinente, étant donné que l'arbre des catégories émergentes ne fait que présenter les différentes catégories, sans les relier entre elles.

L'élaboration du cadre conceptuel consiste donc à formuler l'organisation des catégories, c'est-à-dire les liens qui existent entre elles (Mucchielli, 2007). Ce cadre conceptuel contient habituellement les catégories principales ayant émergé de l'analyse, qui forment alors de nouveaux « réseaux de concepts » pouvant inclure des séquences dans le temps ainsi que des liens de cause à effet, c'est-à-dire qu'une catégorie entraîne un changement dans une ou plusieurs catégories (Blais & Martineau, 2006). Selon

Mucchielli (2007), les liens entre les catégories principales peuvent ressembler à : découle, interagit, provoque, renforce, neutralise, se déclenche en même temps, s'oppose à, etc.

Dans la présente démarche d'analyse, la rédaction de mémos a également été utilisée tout au long du processus de codification des données afin d'assister la chercheuse dans sa réflexion émergente concernant le cadre conceptuel (Paillé, 1994). En effet, des pistes de réflexions, des hypothèses, des relations de cause à effet et des séquences dans le temps apparaissant dans les données, étaient notées afin de contribuer à l'élaboration ultérieure du cadre conceptuel. Des extraits d'entrevue illustrant des liens de cause à effet ou des séquences dans le temps étaient également conservés. À la fin du processus de codification, un premier schéma conceptuel intégrant les méga-catégories a d'abord été élaboré. Un retour aux questions de recherche a été préalablement effectué afin de revenir à ce qui constituait les objectifs initiaux et les questions auxquelles la chercheuse souhaitait répondre (Paillé, 1994). Le cadre conceptuel a été élaboré à partir d'une approche spéculative telle que proposée par Paillé (1994). Plus précisément, les liens entre les méga-catégories ont été faits en faisant appel à la logique de la chercheuse tout en s'inspirant de l'analyse des données, entre autres les mémos. Afin d'aider ce processus, Paillé (1994) suggère de se poser les questions suivantes : *Ce que j'ai ici est-il lié avec ce que j'ai là? En quoi et comment est-ce lié?* (p.167).



Suite à son élaboration, le schéma a été reconsidéré par la chercheuse afin qu'il soit représentatif de la majorité des données. En effet, Paillé (1994) souligne que le cadre conceptuel doit être solidement ancré dans les données. Pour ce faire, le schéma a été comparé aux données (Mucchielli, 2007), ce qui a permis de le simplifier et de le préciser. Seuls les liens qui ont été confirmés par les données ont été conservés dans le cadre conceptuel final.

En terminant, il est à noter que, pour l'analyse des données par l'induction de catégories émergentes, aucun type de quantification des résultats n'a été effectué. Plus précisément, aucune fréquence ou proportion de réponses n'a été calculée en ce qui concerne l'arbre des catégories émergentes, comme c'est le cas dans les recherches où l'échantillon est de petite taille, tel que précisé par l'Écuyer (1990), puisque la compilation quantitative n'aurait pas de réelle signification.

**Démarche pour le calcul du niveau d'accord inter-juges.** Afin d'augmenter la validité du processus de codification (Blais & Martineau, 2006), autant pour l'analyse à l'aide de la grille des composantes préexistantes que pour l'analyse par l'induction des catégories émergentes, une démarche pour calculer le niveau d'accord inter-juges a été réalisée. Une étudiante au doctorat en psychologie clinique de l'Université de Sherbrooke, formée à l'analyse qualitative, a effectué la codification de la cinquième entrevue en même temps que la chercheuse. Cette étudiante n'était pas impliquée dans la présente étude et n'en connaissait pas les objectifs. Préalablement à la codification de

l'entrevue, la grille des composantes préexistantes et l'arbre des catégories émergentes lui avaient été présentés et expliqués. Le choix a été fait de réaliser cette démarche après que la codification de la quatrième entrevue ait été terminée, car l'arbre des catégories émergentes avait alors suffisamment pris forme. Un début de saturation des données était également atteint, de nombreuses sous-catégories étant cristallisées, sans toutefois que la saturation ne soit atteinte.

Il a été décidé que le verbatim de l'entrevue utilisé pour le calcul de l'accord inter-juges serait segmenté en unité de sens par la chercheuse principale, dans le cas de la codification par l'induction de catégories émergentes, avant d'être soumis à l'étudiante ayant le rôle de juge. En effet, Paillé et Mucchielli (2008) expliquent que l'univers interprétatif du chercheur ne peut être évité; il est donc attendu que deux personnes, qui ont chacune leur propre univers interprétatif, arrivent à une codification différente d'un même matériel. Dans cette optique, il est donc logique de penser que la division du verbatim en segments serait variable d'un codeur à l'autre, rendant difficile l'obtention d'un niveau d'accord inter-juges satisfaisant. La segmentation préalable du verbatim en unités de sens a donc été choisie comme solution à cette variabilité, tel que suggéré dans le manuel de l'utilisateur du logiciel QDA Miner (2004). Cette façon de procéder semble aussi cohérente avec les propos de Lombard, Snyder-Duch et Bracken (2002), qui mentionnent qu'il y a plusieurs manières dont le processus pour calculer l'accord inter-juges peut et doit être effectué. Ces chercheurs mentionnent que, minimalement, les juges doivent tous faire la codification dans les mêmes conditions.

Ils ajoutent également que les chercheurs devraient rendre compte d'une façon claire et transparente de leur démarche. La segmentation préalable du verbatim en unités de sens décrite ici semble donc convenir aux recommandations de Lombard et al. (2002), en ce que les juges ont tous deux codifié ces unités de sens préalablement segmentées et que le processus pour calculer l'accord inter-juges est clairement rapporté ici.

À la suite de la codification réalisée par l'étudiante ayant le rôle de juge, la chercheuse principale a elle aussi effectué la codification de l'entrevue. Puis, les codifications ont été comparées afin de mesurer le niveau d'accord inter-juges. Le pourcentage d'accord a été calculé de façon traditionnelle, c'est-à-dire à la main. Le coefficient Alpha de Krippendorff (Hayes & Krippendorff, 2007), pour sa part, a été calculé à l'aide du logiciel QDA Miner. Ce coefficient a été utilisé, car l'équation de calcul tient compte de l'effet du hasard.

Pour ce qui est de l'accord inter-juges par rapport aux composantes préexistantes, le Tableau 6 présente les résultats des calculs.

Tableau 6

*Résultats de l'accord inter-juges effectué lors de la cinquième entrevue pour les composantes préexistantes*

<b>Pourcentage d'accord</b>	<b>Coefficient Alpha de Krippendorff</b>	<b>Force d'accord (Landis &amp; Koch, 1977)</b>
79%	0,73	Substantielle

Ainsi, un pourcentage d'accord de 79% et un coefficient Alpha de Krippendorff de 0,73 ont été obtenus. Ce coefficient indique une force d'accord « substantielle », selon l'échelle de Landis et Koch (1977) (voir les équations utilisées et les calculs effectués, en Appendice H). Ces résultats démontrent l'obtention d'une grille de composantes préexistantes ayant une très bonne validité.

Par ailleurs, cette démarche a permis de mettre en lumière certains recouvrements entre des sous-composantes et certaines ambiguïtés dans les définitions. En effet, il a été remarqué que certaines portions de l'entrevue pouvaient parfois être codées à l'aide de deux sous-composantes. Ainsi, il est apparu que ces sous-composantes n'étaient pas assez distinctes l'une de l'autre, ou encore que leurs définitions manquaient de précision. De plus, les commentaires de l'étudiante ayant le rôle de juge ont également permis de faire ressortir certains concepts qui étaient présents dans l'entrevue, mais qui ne faisaient pas partie de la grille. L'ensemble de ces commentaires a été ajouté au journal de la grille des composantes préexistantes, tenu tout au long de l'analyse, sans toutefois apporter de modifications à la grille, puisque le premier objectif de l'étude visait à vérifier si cette grille était complète. Les observations pertinentes tirées de ce journal seront exposées lors de la présentation des résultats.

Pour ce qui est de l'accord inter-juges par rapport à l'arbre des catégories émergentes, le Tableau 7 présente les résultats des calculs.

Tableau 7

*Résultats de l'accord inter-juges effectué lors de la cinquième entrevue pour les catégories émergentes*

<b>Pourcentage d'accord</b>	<b>Coefficient Alpha de Krippendorff</b>	<b>Force d'accord (Landis &amp; Koch, 1977)</b>
76%	0,75	Substantielle

Le tableau 7 montre qu'un pourcentage d'accord de 76% et un coefficient Alpha de Krippendorff de 0,75 ont été obtenus. Ce coefficient indique une force d'accord « substantielle », selon l'échelle de Landis et Koch (1977) (voir les équations utilisées et les calculs effectués, en Appendice H). Ces résultats démontrent l'obtention de catégories émergentes ayant une très bonne validité.

Par ailleurs, la comparaison entre la codification de l'étudiante ayant le rôle de juge et celle de la chercheuse principale a permis d'améliorer l'arbre des catégories émergentes. En effet, des recoupements entre certains codes ont été observés. Ces codes ont donc été fusionnés, retravaillés ou retirés, afin d'éliminer les recoupements. De plus, il a été noté que les définitions de certains codes étaient trop précises, ou encore étaient ambiguës. Ces définitions ont ainsi été améliorées afin de les rendre plus englobantes ou plus claires, selon le cas. Finalement, la démarche de codification pour l'accord inter-juges a également permis de reconsidérer l'emplacement optimal de certains codes dans l'arbre. Ainsi, certains d'entre eux ont été déplacés d'une catégorie à une autre afin d'assurer une plus grande cohérence de l'arbre des catégories.

Cette présentation du processus de l'accord inter-juges complète la présentation de la méthode, soit le devis de l'étude, les participants, la collecte de données ainsi que l'analyse des données. Les résultats de l'analyse seront maintenant présentés.

## **Résultats**

Dans la présente section, les résultats seront présentés en deux sous-sections. Dans un premier temps, les résultats de l'analyse effectuée à l'aide de la grille des composantes préexistantes seront exposés. Dans cette sous-section, les fréquences d'apparition des différentes composantes et sous-composantes seront présentées. Des extraits d'entrevue<sup>1</sup> seront également intégrés afin d'illustrer de quelle manière certaines sous-composantes ont été abordées par les participants. Ces extraits ont été choisis, car ils semblaient représentatifs de la sous-composante à laquelle ils se rapportent et ils expriment de façon juste son essence. Finalement, les recoupements observés entre certaines sous-composantes ainsi que des observations générales par rapport à la grille seront exposés.

Dans la deuxième sous-section, les résultats de l'analyse réalisée à l'aide de la méthode inductive seront présentés. Cette méthode d'analyse a mené à la construction d'un arbre de catégories qui regroupe et organise l'ensemble des catégories ayant émergé (voir l'Arbre des catégories émergentes, en Appendice J). La présentation de cette portion des résultats se veut une synthèse de la catégorisation effectuée, afin de présenter une vue d'ensemble des résultats. Un portrait global des résultats sera d'abord brossé afin de bien situer les différents niveaux d'analyse. Ensuite, une présentation plus

---

<sup>1</sup> Il est à noter que, dans tous les extraits présentés, le genre masculin est employé pour les participants et les thérapeutes afin de favoriser la confidentialité.



détaillée des catégories constituant l'arbre sera effectuée. Des extraits d'entrevue seront également présentés afin d'illustrer davantage certaines catégories qui sont ressorties. Ces extraits ont été sélectionnés, car ils permettent d'avoir une représentation claire et souvent imagée de la catégorie à laquelle ils se rapportent.

Il est à noter que les composantes, les sous-composantes ainsi que les catégories de tous les niveaux seront identifiées en caractère italique dans cette section, ainsi que dans la section de la discussion, afin de faciliter leur identification par le lecteur.

### **Présentation des résultats en lien avec la grille des composantes préexistantes**

Tout d'abord, en ce qui a trait à la fréquence d'apparition des composantes et des sous-composantes, il est possible de faire le constat que certaines ont été codées plus fréquemment que d'autres. Le Tableau 8 indique les balises qui ont été établies afin de classer les composantes et les sous-composantes dans une catégorie de fréquence d'apparition<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Afin de permettre au lecteur d'avoir rapidement une idée de la fréquence d'apparition des composantes et des sous-composantes, un code de couleur a été utilisé dans le Tableau 8 et dans les tableaux suivants. Le vert, le jaune et le rouge représentent les composantes et les sous-composantes ayant une fréquence d'apparition élevée, moyenne et faible, respectivement.

Tableau 8

*Balises établies pour les fréquences d'apparition des composantes et des sous-composantes de la grille des composantes préexistantes*

Dimension	Fréquence		
	Élevée	Moyenne	Faible
Composante	151-230	76-150	0-75
Sous-composante	20 et +	11-19	0-10

Ainsi, les composantes ayant été codées entre 151 et 230 fois sont considérées comme ayant une fréquence d'apparition élevée, alors que celles ayant été codées entre 0 et 75 fois sont considérées comme ayant une fréquence d'apparition faible. Ces balises ont été établies en se basant sur la moyenne des fréquences d'apparition de l'ensemble des composantes, qui est de 103,3. Pour ce qui est des sous-composantes, celles ayant été codées à 20 reprises et plus sont considérées comme ayant une fréquence d'apparition élevée, alors que les sous-composantes ayant été codées entre 0 et 10 fois sont considérées comme ayant une fréquence d'apparition faible. Ces balises ont été établies en se basant sur la moyenne des fréquences d'apparition de l'ensemble des sous-composantes, qui est de 15,2.

Le Tableau 9 présente les fréquences d'apparition pour l'ensemble des composantes<sup>1</sup>.

Tableau 9

*Fréquences d'apparition des composantes préexistantes*

<b>Composantes</b>	<b>Fréquence</b>
<b>3) Relation personne-à-personne</b>	<b>230</b>
<b>1) Relation coopérative</b>	<b>159</b>
<b>4) Relation transpersonnelle</b>	<b>29</b>
<b>2) Relation transférentielle</b>	<b>7</b>

Le Tableau 9 permet de constater que la composante *Relation personne-à-personne* a la fréquence la plus élevée, ayant été codée à 230 reprises, suivie de la *Relation coopérative*, qui a été codée à 159 reprises. Les fréquences d'apparition des composantes *Relation transpersonnelle* et *Relation transférentielle* sont nettement inférieures, ayant été codées respectivement à 29 et 7 reprises.

Ensuite, les fréquences varient également entre les différentes sous-composantes. Chacune des composantes sera maintenant présentée. Tout d'abord, pour ce qui est de la

<sup>1</sup> Les fréquences d'apparition sont présentées en ordre décroissant, dans ce tableau ainsi que dans les suivants. Le chiffre associé à chacune des composantes et la lettre associée à chacune des sous-composantes sont indiqués, dans le cas où le lecteur souhaite se référer à leur présentation dans la grille des composantes préexistantes, présentée en Appendice F.

composante *Relation personne-à-personne*, les fréquences d'apparition pour l'ensemble de ses sous-composantes sont indiquées dans le Tableau 10.

Tableau 10

*Fréquences d'apparition des sous-composantes de la Relation personne-à-personne*

Sous-composantes	Fréquence
<b>A) Authenticité, ouverture et honnêteté envers l'autre</b>	<b>41</b>
<b>G) Acceptation inconditionnelle du client par le thérapeute</b>	<b>35</b>
<b>C) Engagement émotionnel envers l'autre</b>	<b>29</b>
<b>H) Présence d'un climat positif</b>	<b>24</b>
<b>I) Existence de l'appréciation de l'autre personne</b>	<b>23</b>
<b>B) Dévoilement de soi</b>	<b>22</b>
<b>F) Compréhension empathique du client par le thérapeute</b>	<b>21</b>
<b>E) Regard nuancé sur l'autre, comprenant ses forces et ses limites</b>	<b>19</b>
<b>D) Attachement ressenti par rapport à l'autre</b>	<b>8</b>
<b>J) Possibilité d'un dialogue concernant la relation dans l'ici et maintenant</b>	<b>8</b>

Le Tableau 10 met en évidence que plusieurs sous-composantes ont des fréquences d'apparition élevées. Entre autres, la sous-composante *Authenticité, ouverture et honnêteté envers l'autre* est celle qui a la fréquence la plus élevée, ayant été codée à 41 reprises. Les deux extraits suivants illustrent cette sous-composante : « Quand je suis vraiment dans le champ, mon thérapeute est assez franc pour me dire : « Penses-tu vraiment que ce comportement-là va t'amener ce que tu veux ? ».

Mon thérapeute est intègre, dans le sens où il est lui-même, parce qu'il ne se bloque pas de dire quelque chose qui peut lui passer par la tête. Je sens qu'il est lui-même là-dedans, il n'essaie pas de jouer un rôle. C'est ce qui lui passe par la tête, donc il le dit.

Les sous-composantes *Acceptation inconditionnelle du client par le thérapeute*, *Engagement émotionnel envers l'autre*, *Présence d'un climat positif*, *Existence de l'appréciation de l'autre personne*, *Dévoilement de soi* et *Compréhension empathique du client par le thérapeute* ont également des fréquences d'apparition élevées, ayant été codées entre 35 et 21 fois chacune. Voici un extrait qui met en lumière la sous-composante *Dévoilement de soi* :

Quand mon thérapeute me parle, des fois il va me ramener des exemples sur lui. Rien de très profondément personnel, mais il va me dire : « À un moment donné, moi aussi je vivais telle chose ». Et ce sont des exemples pertinents, qui me font dire : « Ah ok, je ne suis pas toute seule, ce n'est pas parce qu'on pense ça qu'on est malsain », ou « Ce n'est pas problématique, c'est juste humain ».

Pour sa part, l'extrait suivant illustre la sous-composante *Présence d'un climat positif* : « C'est détendu, ce n'est pas stressant aller aux rencontres. Souvent, à la fin d'une rencontre, je me dis : « Le temps est déjà passé! ». C'est agréable. Et le fait qu'on rit, c'est encore plus détendu ».

Finalement, la sous-composante *Regard nuancé sur l'autre, comprenant ses forces et ses limites* a une fréquence d'apparition moyenne, ayant été codée à 19 reprises. Cette sous-composante est présentée dans l'extrait qui suit : « Je peux me dire :

« Regarde, mon thérapeute aussi il en fait des erreurs, moi aussi j'en fais. Il est tout aussi appréciable même s'il a fait une erreur, et il est tout aussi compétent ».

Ensuite, pour ce qui est de la composante *Relation coopérative*, le Tableau 11 présente les fréquences d'apparition pour l'ensemble de ses sous-composantes.

Tableau 11

*Fréquences d'apparition des sous-composantes de la Relation coopérative*

Sous-composantes	Fréquence
<b>F) Valorisation des compétences et des ressources de chacun</b>	<b>40</b>
<b>E) Engagement et implication de chacun dans le travail thérapeutique</b>	<b>28</b>
<b>G) Perception partagée de former une équipe</b>	<b>27</b>
<b>D) Établissement du contrat thérapeutique dans ses aspects concrets</b>	<b>23</b>
<b>B) Accord commun quant aux stratégies pour atteindre les objectifs de la thérapie</b>	<b>18</b>
<b>H) Co-construction de la compréhension de la réalité subjective du client</b>	<b>10</b>
<b>C) Ajustement concerté continu des objectifs de la thérapie et des stratégies</b>	<b>7</b>
<b>A) Accord commun quant aux objectifs de la thérapie</b>	<b>6</b>

Ainsi, les sous-composantes ayant été les plus fréquemment codées sont *Valorisation des compétences et des ressources de chacun*, *Engagement et implication de chacun dans le travail thérapeutique*, *Perception partagée de former une équipe* et *Établissement du contrat thérapeutique dans ses aspects concrets*, ayant été codées à 40,

28, 27 et 23 reprises, respectivement. Voici un extrait qui illustre l'une de ces sous-composantes, soit *Engagement et implication de chacun dans le travail thérapeutique* :

Il y quand même beaucoup beaucoup d'interaction. Je trouve mon thérapeute proactif. Des fois, il me dit : « On va essayer tel exercice, peut-être que dans cette situation-là, ça va t'aider ». Vraiment, je trouve que ce n'est pas seulement qu'il est passif et qu'il m'écoute. Je ne sens pas qu'il faut que je trouve moi-même des solutions. À quelque part, il m'amène à trouver des pistes de solutions, d'où l'interaction.

Par ailleurs, les deux sous-composantes de la composante *Relation coopérative* ayant été codées le moins souvent sont *Ajustement concerté continu des objectifs de la thérapie et des stratégies*, codées sept fois, et *Accord commun quant aux objectifs de la thérapie*, codée six fois.

En ce qui a trait à la composante *Relation transpersonnelle*, les fréquences d'apparition de ses sous-composantes sont présentées dans le Tableau 12.

Tableau 12

*Fréquences d'apparition des sous-composantes de la Relation transpersonnelle*

Sous-composantes	Fréquence
<b>A) Connexion profonde entre client et thérapeute</b>	<b>12</b>
<b>E) Amour bienveillant ressenti pour l'autre</b>	<b>10</b>
<b>B) Présence de moments significatifs inexplicables</b>	<b>3</b>
<b>C) Croyance profonde du thérapeute dans le potentiel du client</b>	<b>3</b>
<b>D) Présence guérissante du thérapeute</b>	<b>1</b>

Le Tableau 12 montre que seule l'une des sous-composantes a une fréquence d'apparition moyenne, soit *Connexion profonde entre client et thérapeute*, ayant été codée à 12 reprises. L'extrait suivant illustre cette sous-composante :

On en vient quand même, avec très très très peu de mots, à un échange important au niveau des émotions, au niveau des sentiments. Notre relation est difficile à qualifier, je ne dirais pas que c'est une relation sentimentale, mais il reste qu'il y a beaucoup de sentiments qui passent malgré tout, malgré le fait qu'on se connaît très peu au niveau personnel.

La deuxième sous-composante ayant été codée le plus fréquemment dans la composante *Relation transpersonnelle* est *Amour bienveillant ressenti pour l'autre* qui a été codée à 10 reprises. Voici un extrait qui illustre cette sous-composante, soit *Amour bienveillant ressenti pour l'autre* : « En fait, avec mon thérapeute, je sens l'importance à laquelle j'ai droit et que je ne m'accordais pas. Il me montre à reprendre l'importance qui me revient, juste en m'accordant l'importance qui me revient, finalement ».

Pour leur part, les sous-composantes *Présence de moments significatifs inexplicables* et *Croyance profonde du thérapeute dans le potentiel du client* ont été codées à trois reprises chacune. L'extrait suivant illustre cette première sous-composante : « Ces petits moments-là de relation très particulière, c'est spécial... Je ne connais rien de sa vie, mais on aurait dit nos deux subconscients qui s'unissaient, ou comme une jonction des deux ». L'extrait suivant met, quant à lui, la sous-composante *Croyance profonde du thérapeute dans le potentiel du client* en lumière :



Quand j'ai eu un moment de découragement, je me suis dit que mon thérapeute me dirait: « Allez, avance, ça va bien, tu es capable! ». Je pense que c'est ça que j'ai besoin de me faire dire, et à quelque part, sans me le dire comme ça, je sens que mon thérapeute pense ça : « Continue, tu es capable! ».

Finalement, pour ce qui est de la composante *Relation transférentielle*, les fréquences d'apparition de chacune des sous-composantes sont présentées dans le Tableau 13.

Tableau 13

*Fréquences d'apparition des sous-composantes de la Relation transférentielle*

Sous-composantes	Fréquences
<b>B) Expérience, par le client et le thérapeute, de sentiments et/ou de cognitions envers l'autre, qui sont provoqués par la répétition d'interaction passée</b>	<b>4</b>
<b>E) Modification du comportement, des cognitions et/ou des sentiments du client ou du thérapeute pour se conformer aux attentes perçues de l'autre</b>	<b>2</b>
<b>C) Attentes inexactes du thérapeute ou du client par rapport à la manière d'agir ou de réagir de l'autre</b>	<b>1</b>
<b>A) Perception, par le client, du thérapeute comme ayant les attributs d'un parent</b>	<b>0</b>
<b>D) Compréhension et acceptation, par le thérapeute, de sentiments, d'attitudes et de comportements du client à son égard qui appartiennent à des relations passées</b>	<b>0</b>

Il est possible de constater que toutes les sous-composantes de la *Relation transférentielle* ont une fréquence d'apparition faible. Les trois sous-composantes qui ont été codées l'ont été entre une et quatre fois. En effet, la sous-composante

*Expérience, par le client ou le thérapeute, de sentiments et/ou de cognitions envers l'autre, qui sont provoqués par la répétition d'interactions passées* a été codée à quatre reprises. Voici un extrait qui illustre cette sous-composante : « Quand mon thérapeute a dit quelque chose et que je me suis senti jugé, quasiment diminué... Ça, j'ai cette tendance-là dans ma vie ». Pour sa part, la sous-composante *Attentes inexactes du thérapeute ou du client par rapport à la manière d'agir ou de réagir de l'autre* a été codée une fois. Cette sous-composante est présentée dans l'extrait suivant :

Au début, je pensais que mon thérapeute était là pour me donner des réponses, des solutions. Je pensais qu'il me dirait un peu quoi faire. Mais finalement, je me suis rendu compte que ça ne se passait pas comme ça, et qu'il m'aidait à trouver mes propres solutions, plutôt que de m'en donner des toutes faites.

Par ailleurs, deux des cinq sous-composantes n'ont été codées à aucune reprise, soit *Perception, par le client, du thérapeute comme ayant les attributs d'un parent* et *Compréhension et acceptation, par le thérapeute, de sentiments, d'attitudes et de comportements du client à son égard qui appartiennent à des relations passées*.

### **Observations en lien avec la grille des composantes préexistantes**

Lors de l'analyse des données, certains recoupements entre des sous-composantes ont été observés. Ainsi, des ressemblances ont été constatées entre certaines paires de sous-composantes. De plus, des remarques concernant les définitions de certaines sous-composantes ont pu être formulées, à mesure que ces définitions étaient confrontées au processus d'analyse des données. L'ensemble de ces observations sera maintenant présenté, afin de témoigner des réflexions suscitées par le processus

d'analyse à l'aide de la grille des composantes préexistantes ainsi que des limites potentielles de cette grille.

Plus particulièrement, des ressemblances plus marquées entre deux paires de sous-composantes ont été constatées. Premièrement, la sous-composante *Engagement et implication de chacun dans le travail thérapeutique* de la composante *Relation coopérative* et la sous-composante *Engagement émotionnel envers l'autre* de la composante *Relation personne-à-personne* semblaient parfois se recouper. En effet, la première sous-composante fait référence, entre autres, à la participation active et à l'investissement du thérapeute dans le travail thérapeutique, ainsi qu'au soutien qu'il apporte au client dans ce travail. La deuxième sous-composante fait quant à elle référence à l'investissement dans la relation thérapeutique et au soutien émotionnel apporté au client par le thérapeute. Dans les faits, les propos des participants ne permettaient pas toujours de distinguer de quel type d'investissement et d'implication de la part du thérapeute il était question. Il semblait parfois que ce soutien du thérapeute se situait à la fois dans le travail thérapeutique et à un niveau émotionnel.

Deuxièmement, un recoupement a également été observé entre la sous-composante *Perception partagée de former une équipe* de la composante *Relation coopérative* et la sous-composante *Engagement émotionnel envers l'autre* de la composante *Relation personne-à-personne*. La première sous-composante comporte la notion de partenariat entre le client et le thérapeute, l'impression du client de former un

« nous » avec le thérapeute et de ne pas être seul dans son cheminement. La deuxième sous-composante fait référence, tel que mentionné ci-haut, au soutien émotionnel apporté au client par le thérapeute et à un souci pour son bien-être. Lorsque confrontées aux données, ces deux sous-composantes étaient difficilement différenciables, car la notion « d'être ensemble » dans le processus thérapeutique était très liée, dans le propos des participants, au soutien perçu de la part du thérapeute et à sa préoccupation pour le mieux-être du client.

Une observation concernant les définitions de certaines sous-composantes peut également être formulée. En effet, les trois premières sous-composantes de la composante *Relation coopérative*, soit *Accord commun quant aux objectifs de la thérapie*, *Accord commun quant aux stratégies pour atteindre les objectifs de la thérapie* et *Ajustement concerté continu des objectifs de la thérapie et des stratégies* comprennent toutes, dans leur définition, la notion d'entente explicite ou implicite entre le client et le thérapeute. Toutefois, il a été remarqué, lors de l'analyse, que les participants faisaient beaucoup plus souvent référence à une entente implicite entre eux et le thérapeute qu'à une entente plus explicite. Ainsi, bien qu'ils exprimaient être en accord avec les cibles de travail et les moyens choisis pour les atteindre, il a été constaté que cet accord semblait davantage tacite que clairement discuté ou exprimé.

Finalement, il est également possible de formuler une dernière observation par rapport à la sous-composante *Valorisation des compétences et des ressources de chacun*

de la catégorie *Relation coopérative*. En effet, cette sous-composante comprend la reconnaissance des forces et des habiletés de chacun pour le travail thérapeutique. Toutefois, il a semblé que les participants parlaient davantage des compétences et des ressources du thérapeute, plutôt que de leurs propres compétences et ressources dans le processus thérapeutique. Par contre, certains d'entre eux y ont tout de même fait allusion en parlant de la notion d'égalité dans la relation thérapeutique, reconnaissant ainsi les forces de chacun. Voici un extrait qui illustre la sous-composante *Valorisation des compétences et des ressources de chacun* : « Je sens que c'est une relation égal-égal. Ce n'est pas parce que tu es thérapeute que tu as toutes les réponses et que tu as tout vu dans la vie... »

### **Présentation des résultats en lien avec l'arbre des catégories émergentes**

Les résultats provenant de l'analyse par l'induction de catégories émergentes seront maintenant présentés. La présentation de cette portion des résultats constitue une synthèse de la catégorisation effectuée, afin de présenter une vue d'ensemble des résultats. Tout d'abord, un portrait global des résultats sera présenté afin de bien situer les différents niveaux de catégories. Ensuite, une présentation plus détaillée des catégories constituant l'arbre sera effectuée, incluant des extraits d'entrevue pour illustrer certaines catégories.

### **Portrait global des résultats**

Tout d'abord, l'analyse des données à l'aide de la méthode inductive a permis l'émergence d'un arbre de catégories comportant cinq niveaux. Ainsi, du niveau le plus général au niveau le plus spécifique, on retrouve les méga-catégories, les catégories principales, les grandes catégories, les catégories et les sous-catégories. Les noms de ces niveaux de catégories ont été créés par la chercheuse. De façon plus précise, l'analyse a fait ressortir six méga-catégories, soit *Premiers contacts du client avec le thérapeute*, *Équipe client-thérapeute : ensemble vers le cheminement du client*, *Création d'une relation véritable entre deux personnes humaines au-delà de leurs rôles respectifs*, *Espace sécurisant et apaisant d'acceptation totale du client dans la globalité de son expérience*, *Espace privilégié de libre expression du client* et *Terminaison certaine de la relation thérapeutique* (voir Tableau 14). Sous ces méga-catégories sont regroupées les catégories principales et les grandes catégories. Au total, six catégories principales et vingt-neuf grandes catégories ont émergé (voir Tableau 14). Chacune des grandes catégories regroupe des catégories qui sont subdivisées en sous-catégories. Les catégories et les sous-catégories seront présentées et illustrées plus loin.

Tableau 14

*Portrait global des résultats*

<b>Méga-catégories</b>	<b>Catégories principales</b>	<b>Grandes catégories</b>
<b>A) Premiers contacts du client avec le thérapeute</b>	Aucune catégorie principale n'est ressortie	1. Bon contact immédiat du client avec le thérapeute 2. Inconfort initial modéré du client au contact du thérapeute 3. Mise en contact du client avec le contexte particulier de la thérapie
<b>B) Équipe client-thérapeute : ensemble vers le cheminement du client</b>	1. Engagement commun du client et du thérapeute dans le processus de changement du client  2. Mise en commun fructueuse des forces et des ressources particulières du client et du thérapeute	1.1 Implication conjointe dans le travail thérapeutique 1.2 Conception positive du thérapeute comme guide professionnel 1.3 Soutien véritable du thérapeute dans la démarche du client  2.1 Reconnaissance nuancée par le client des apports significatifs du thérapeute au processus 2.2 Contribution essentielle du client à son cheminement
<b>C) Création d'une relation véritable entre deux personnes humaines au-delà de leurs rôles respectifs</b>	1. Importance accordée par le client à la relation  2. Présence positive d'un lien affectif indéniable entre le client et le thérapeute	1.1 Qualité de la relation essentielle à la progression du client 1.2 Vision de la relation en toile de fond du processus thérapeutique  2.1 Appréciation réciproque entre le client et le thérapeute 2.2 Complicité manifeste entre le client et le thérapeute 2.3 Intimité professionnelle entre le client et le thérapeute

		2.4 Distance relationnelle optimale entre le client et le thérapeute
	3. Accès partiel du client aux aspects personnels du thérapeute	3.1 Connaissance du thérapeute en tant que personne 3.2 Perception nuancée du thérapeute en tant qu'humain 3.3 Fidélité du thérapeute à ce qu'il est comme personne
	4. Ingrédients relationnels de la relation de personne à personne	4.1 Relation thérapeutique établie sur la base d'un respect mutuel 4.2 Développement graduel d'un lien de confiance 4.3 Simplicité dans la manière d'être ensemble
<b>D) Espace sécurisant et apaisant d'acceptation totale du client dans la globalité de son expérience</b>	Aucune catégorie principale n'est ressortie	1.1 Accueil inconditionnel du thérapeute 1.2 Écoute active intéressée du thérapeute 1.3 Manière d'être réconfortante du thérapeute 1.4 Légitimation bienfaisante du client par le thérapeute 1.5 Espace relationnel au service du client
<b>E) Espace privilégié de libre expression du client</b>	Aucune catégorie principale n'est ressortie	1.1 Liberté totale du client d'être lui-même à l'intérieur du cadre 1.2 Dévoilement de soi du client exclusif à la relation thérapeutique 1.3 Responsabilité du client de s'ouvrir au thérapeute 1.4 Espace thérapeutique ouvert aux rétroactions du client
<b>F) Terminaison certaine de la relation thérapeutique</b>	Aucune catégorie principale n'est ressortie	Aucune grande catégorie n'est ressortie



### Présentation détaillée de l'arbre des catégories émergentes

Les catégories présentes dans les différents niveaux de l'arbre seront maintenant présentées plus en détail. Les méga-catégories, les catégories principales et les grandes catégories seront exposées. Certaines catégories et sous-catégories seront également présentées, lorsqu'elles permettent d'apporter un éclairage particulièrement intéressant et nuancé sur la catégorie de niveau supérieur de laquelle elles découlent.

**A) Premiers contacts du client avec le thérapeute.** De façon générale, cette première méga-catégorie met en lumière la présence de variations dans la manière dont sont vécues les premières rencontres entre le client et le thérapeute. Plus précisément, trois grandes catégories ont émergé de cette méga-catégorie, soit *Bon contact immédiat du client avec le thérapeute*, *Inconfort initial modéré du client au contact du thérapeute* et *Mise en contact du client avec le contexte particulier de la thérapie*, chacune comprenant un certain nombre de catégories. L'ensemble de ces grandes catégories et catégories est présenté dans le tableau suivant (voir Tableau 15).

Tableau 15

*Premiers contacts du client avec le thérapeute*

<b>Grandes catégories</b>	<b>Catégories</b>
A) 1. Bon contact immédiat du client avec le thérapeute	1.1 Sentiment immédiat d'avoir trouvé le bon thérapeute
	1.2 Appréciation positive du client de la manière d'être globale du thérapeute
	1.3 Aisance confortable du client avec le thérapeute

	1.4 Affinités inexplicables entre le client et le thérapeute
	1.5 Concordance indispensable entre les besoins du client et le style global du thérapeute
A) 2. Inconfort initial modéré du client au contact du thérapeute	2.1 Légère inquiétude du client quant à certains aspects du thérapeute 2.2 Préoccupation anxieuse du client pour le regard du thérapeute sur lui 2.3 Retenue initiale du client dans son rapport au thérapeute
A) 3. Mise en contact du client avec le contexte particulier de la thérapie	3.1 Perplexité du client devant une relation thérapeutique hors des schèmes de référence habituels 3.2 Apprivoisement graduel par le client du contexte thérapeutique 3.3 Compréhension progressive des rôles de chacun

La première grande catégorie, *Bon contact immédiat du client avec le thérapeute*, se définit comme le sentiment du client, apparaissant dès la première rencontre, qu'il apprécie le thérapeute et que celui-ci correspond à ce qu'il a besoin en termes de thérapeute. Cinq catégories sont ressorties de l'analyse, notamment *Affinités inexplicables entre le client et le thérapeute*, catégorie illustrée par l'extrait suivant :

C'est un peu comme des relations amoureuses : tu vas aller prendre un café avec quelqu'un, et des fois, après une demi-heure, tu le sais que ça ne marchera pas. Pas parce ça n'a pas été agréable, mais il y a comme quelque chose qui ne se passe pas. Et d'autres fois tu vas le sentir, il y a comme une petite magie qui s'opère. Ce n'est pas le même genre de sentiment que ça suscite quand tu es avec un thérapeute, mais il y a la même intuition, le même *feeling*.

La catégorie *Concordance indispensable entre les besoins du client et le style global du thérapeute* est également comprise dans cette grande catégorie *Bon contact*

*immédiat du client avec le thérapeute* et est représentée par ces propos d'un participant :  
 « Tous les thérapeutes n'ont pas la même approche, et tous les clients n'ont pas les mêmes besoins. Je pense qu'il faut qu'il y ait une concordance entre ce que le thérapeute offre et ce que le client demande ».

La deuxième grande catégorie, *Inconfort initial modéré du client au contact du thérapeute*, renvoie au fait que, dans certains cas, lors des premières rencontres, le client ne se sent pas complètement à l'aise avec le thérapeute et ressent certaines inquiétudes par rapport à leur relation. L'extrait suivant illustre l'essence de cette grande catégorie :

Au début de la thérapie, j'ai pu avoir un petit malaise avec mon thérapeute, parce que je me disais : « Il me semble qu'il a l'air vraiment sérieux ! ». Je l'ai cadré peut-être rapidement. Je pense que j'avais une petite crainte. Je calculais peut-être plus mes faits et gestes, parce que je me sentais peut-être analysé.

Finalement, la dernière grande catégorie de cette partie, *Mise en contact du client avec le contexte particulier de la thérapie*, représente l'idée que la thérapie est un univers nouveau pour le client, qui comporte ses particularités et qui demande une certaine période d'adaptation. Entre autres, une catégorie qui est ressortie est *Apprivoisement graduel par le client du contexte thérapeutique*, tel qu'exprimé par l'extrait suivant :

Au début de la relation, ce n'est pas qu'on est sur nos gardes, mais c'est simplement qu'on est dans l'inconnu. Alors, tranquillement, il faut apprivoiser la façon de faire, la manière de s'installer physiquement, pour être capable d'entrer en relation adéquatement. Il faut trouver la distance appropriée, le cadre approprié et le ton approprié.

Une autre catégorie, *Compréhension progressive des rôles de chacun*, a été créée pour rendre compte de la découverte graduelle, par le client, de ce qui est attendu de lui et de ses responsabilités en tant que client, ainsi que du rôle et des responsabilités du thérapeute. L'extrait suivant permet d'illustrer certaines difficultés vécues à ce sujet :

Là où je trouve que ç'a été une lacune au début, c'est qu'on aurait peut-être gagné du temps si mon thérapeute me l'avait dit. Si, d'entrée de jeu, il m'avait dit : « Je n'ai pas de solutions, mon rôle c'est de te comprendre et de t'amener à te comprendre toi-même dans ce que tu vis, pour arriver à définir des solutions dont on peut discuter ».

**B) Équipe client-thérapeute : ensemble vers le cheminement du client.** Cette deuxième méga-catégorie illustre l'idée que le travail thérapeutique est au cœur de la relation thérapeutique. Elle signifie que le client et le thérapeute s'impliquent activement ensemble et que chacun d'eux contribue, à sa manière, au processus thérapeutique. De façon plus précise, deux catégories principales ont émergé par rapport à cette méga-catégorie : *Engagement commun du client et du thérapeute dans le processus de changement du client* et *Mise en commun fructueuse des forces et des ressources particulières du client et du thérapeute*. Chacune d'elle sera maintenant présentée plus en détail.

La première catégorie principale, soit *Engagement commun du client et du thérapeute dans le processus de changement du client*, amène l'idée que le client et le thérapeute sont tous les deux impliqués de manière active dans la démarche qui vise

l'évolution du client. Elle indique que le client ne se sent pas seul et qu'au contraire, il sent qu'il est réellement accompagné et soutenu dans son processus. Trois grandes catégories se retrouvent sous cette catégorie principale, chacune comportant des catégories, qui sont présentées dans le tableau suivant (voir Tableau 16).

Tableau 16

*Engagement commun du client et du thérapeute dans le processus de changement du client*

<b>Grandes catégories</b>	<b>Catégories</b>
B) 1.1 Implication conjointe dans le travail thérapeutique	1.1.1 Entente explicite concernant le but à atteindre
	1.1.2 Accord concerté sur des cibles de travail en changement
	1.1.3 Recherche conjointe de pistes de solution ajustées au client
	1.1.4 Co-construction dynamique de la réalité complexe du client
	1.1.5 Capacité grandissante à progresser efficacement dans le travail thérapeute
B) 1.2 Conception positive du thérapeute comme guide professionnel	1.2.1 Perception du thérapeute comme guide accompagnateur
	1.2.2 Sentiment du client d'être amené vers l'inconnu
	1.2.3 Intériorisation progressive par le client du rôle de guide
B) 1.3 Soutien véritable du thérapeute dans la démarche du client	1.3.1 Souci bienveillant du thérapeute pour le bien-être du client
	1.3.2 Encouragements bénéfiques par le thérapeute dans des moments propices
	1.3.3 Appui sécurisant du thérapeute continuellement disponible

La première grande catégorie, *Implication conjointe dans le travail thérapeutique*, comporte entre autres la catégorie *Co-construction dynamique de la réalité complexe du client*, telle qu'illustrée par les extraits suivants :

J'ai une image qui me revient souvent en tête : c'est comme une longue corde qui serait pleine de nœuds, et là on les défait un par un. À force de les défaire, on se rend compte de comment ils ont été faits, et c'est beaucoup dans ça que la relation d'aide est.

Plus on avance, plus il y a des nuances. On connaît le portrait, mais en même temps, il y a de plus en plus de raffinement qui se fait plus on avance dans le processus. On ne revient pas en arrière pour remettre en question les grands principes de base qu'on a découverts, mais on ajuste, on comprend plus dans le détail.

La deuxième grande catégorie a trait à la *Conception positive du thérapeute comme guide professionnel*. Cette grande catégorie exprime que, pour le client, le thérapeute est présent pour l'accompagner dans son processus, mais pas pour le diriger. Le client sent qu'il y a présence d'un équilibre entre lui montrer le chemin et lui laisser un certain contrôle. Voici un extrait qui présente l'une des catégories, soit *Perception du thérapeute comme guide accompagnateur* :

J'accepte de me laisser guider là-dedans. C'est un peu comme si j'ai les deux mains sur le volant, mais qu'il y a quelqu'un qui m'assiste un petit peu dans l'orientation du véhicule. Et je sens que c'est quand même moi qui a toujours le contrôle du frein et de l'accélérateur. Donc, il y a quelqu'un qui va m'aider à m'orienter, ou qui va me suggérer, un peu comme un GPS, d'aller à droite, d'aller à gauche, mais c'est moi qui choisit à quelle vitesse je vais y aller.

La catégorie *Intériorisation progressive par le client du rôle de guide* indique que, entre les rencontres, le client a l'impression « d'entendre » ce que le thérapeute lui conseillera lorsque certaines situations se présentent dans son quotidien, et se sent ainsi guidé par lui, même en son absence. Voici un extrait qui présente comment ce processus peut se dérouler :

Quand mon thérapeute me donne des devoirs, ça reste dans l'inconscient, alors s'il survient une situation, je me dis : « Ah ok, c'est vrai, il m'a dit ça ». Et là, je vois sa face et j'entends sa voix qui me dit : « Ok, là, fais ça ».

La troisième grande catégorie présente le *Soutien véritable du thérapeute dans la démarche du client*. Cette grande catégorie fait ressortir l'idée que le client sent que le thérapeute est un appui pour lui, ce qui a un effet sécurisant. La catégorie *Souci bienveillant du thérapeute pour le bien-être du client* indique que le thérapeute se soucie du client, comme l'exprime l'extrait suivant :

La bienveillance, c'est de vouloir le bien de l'autre. Et je le sens beaucoup dans cette relation-là. C'est qu'il y a beaucoup de *caring* en fait. C'est ça le mot qui me viendrait, c'est du *caring*, beaucoup de *caring*. J'ai l'impression que, mon thérapeute, *he cares*.

Finalement, la catégorie *Appui sécurisant du thérapeute continuellement disponible* témoigne du fait que le client sent qu'il est réellement épaulé et accompagné par le thérapeute. Voici un extrait qui illustre cette catégorie :

Sentir que mon thérapeute est présent, ça m'aide, ne serait-ce que pour dire : « Ok, ça ne va pas super bien, mais il y a comme un filet de sécurité, comme

quelqu'un qui me soutient, qui m'entend, qui est là ». Et ça, ça fait du bien. Ça me donne l'impression d'être moins toute seule à devoir tout porter.

Tel qu'énoncé précédemment, la méga-catégorie *Équipe client-thérapeute : ensemble vers le cheminement du client* comporte une deuxième catégorie principale. La *Mise en commun fructueuse des forces et des ressources particulières du client et du thérapeute* met en lumière que le client et le thérapeute ont chacun des compétences et des habiletés qui leur sont propres, et que le fait de les mettre au service du processus thérapeutique contribue de manière optimale au changement du client. Cette catégorie principale se subdivise en deux grandes catégories qui regroupent les manières dont chacun apporte sa contribution, soit *Reconnaissance nuancée par le client des apports significatifs du thérapeute au processus* et *Contribution essentielle du client à son cheminement*.

Cette première grande catégorie, *Reconnaissance nuancée par le client des apports significatifs du thérapeute au processus*, illustre l'idée que le thérapeute a différents outils qu'il utilise lors des rencontres, et qu'il les adapte en fonction du client avec qui il se trouve. Cette grande catégorie comprend trois catégories. Premièrement, la catégorie *Outils thérapeutiques divers déployés par le thérapeute* est ressortie (voir Tableau 17). Parmi ces outils thérapeutiques, il y a la sous-catégorie *Utilisation ajustée de l'humour par le thérapeute*. Voici un extrait qui illustre de quelle manière cette sous-catégorie est perçue par le client : « C'est assez fascinant. Parce que oui, des fois, l'humour est approprié, et des fois ça ne le serait pas. Et je trouve que mon thérapeute



navigate là-dedans d'une façon impeccable. » Il y a également la sous-catégorie *Dévoilement de soi du thérapeute au service du client*, telle qu'illustrée par l'extrait suivant :

Lorsque mon thérapeute me parle de lui, ça ne dévoile pas trop de lui, parce que s'il en dévoilait trop, je me sentirais peut-être dans la chaise inverse et je me dirais : « Alors, est-ce que c'est moi qui est le thérapeute ? ». Mais non, il arrive à bien mettre la limite, pour faire de l'auto-dévoilement, mais sur quelque chose qui est pertinent parce qu'il y a un but en arrière de ça. Alors ça me permet de voir l'humain aussi, non seulement le thérapeute, mais l'humain qu'il est.

Tableau 17

*Outils thérapeutiques divers déployés par le thérapeute*

<b>Catégories</b>	<b>Sous-catégories</b>
B) 2.1.1 Outils thérapeutiques divers déployés par le thérapeute	2.1.1.1 Proposition spontanée d'exercices par le thérapeute
	2.1.1.2 Suggestion bienvenue de devoirs pour la semaine
	2.1.1.3 Partage spontané du thérapeute de ses réflexions personnelles
	2.1.1.4 Compréhension globale du client par le thérapeute
	2.1.1.5 Métaphores qui résonnent pour le client
	2.1.1.6 Humour utilisé au service du client <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Dé dramatisation d'une situation difficile par l'humour</li> <li>b) Utilisation ajustée de l'humour par le thérapeute</li> </ul>
	2.1.1.7 Dévoilement de soi du thérapeute au service du client

Deuxièmement, il y a la catégorie *Interventions du thérapeute aidant le client à se voir de manière réaliste* (voir Tableau 18). En effet, certaines interventions du

thérapeute contribuent à ce que le client puisse intégrer une image de lui-même qui soit davantage ajustée à la réalité et qui soit plus nuancée. Ces interventions permettent au thérapeute de faire voir au client différents éléments de lui-même qu'il ne pouvait pas voir seul. Plus précisément, la sous-catégorie *Reflets bienveillants du thérapeute des incohérences manifestes du client* est présentée dans l'extrait qui suit :

Mon thérapeute n'est pas là pour me faire plaisir, pour dire ce que je voudrais bien entendre, ce qui serait le plus facile... Il peut venir aussi des fois me dire des affaires qui vont me faire dire: « Ah... Ce n'est pas nécessairement ce que je voulais entendre! » Mais ça me fait plus évoluer dans ce temps-là. Il est très empathique, mais il n'en laisse pas passer.

Tel qu'indiqué par la sous-catégorie *Reconnaissance lucide des difficultés du client*, le thérapeute aide également le client à se percevoir de manière réaliste d'une autre façon. L'extrait suivant illustre cette sous-catégorie :

Des fois, un ami, il te fait juste un câlin et il te dit : « Ça va aller ». Il te dit un peu n'importe quoi. Mon psychologue, ça me reconforte, mais il ne me dira pas n'importe quoi. Si ça ne va pas, ça ne va pas! Et il va me laisser entendre : « Tu es *dans merde* mon cher! Mais je suis là quand même et je vais t'aider ».

Tableau 18

*Interventions du thérapeute aidant le client à se voir de manière réaliste*

<b>Catégories</b>	<b>Sous-catégories</b>
B) 2.1.2 Interventions du thérapeute aidant le client à se voir de manière réaliste	2.1.2.1 Interventions justes du thérapeute stimulantes pour le travail thérapeutique
	2.1.2.2 Reflets bienveillants du thérapeute des incohérences manifestes du client
	2.1.2.3 Interventions bénéfiques à la construction du client d'une image plus positive de lui-même

---

2.1.2.4 Reconnaissance lucide des difficultés du client

2.1.2.5 Effet miroir des interventions du thérapeute

---

Troisièmement, la catégorie *Flexibilité naturelle du thérapeute dans ses interactions avec le client* (voir Tableau 19) amène l'idée que, dans son utilisation des divers outils et interventions, le thérapeute s'adapte de plusieurs façons au client afin de tenir compte de ses particularités et de l'aider de manière optimale. Ainsi, la sous-catégorie *Manière d'être du thérapeute ajustée aux besoins du client* témoigne entre autres de cette flexibilité, comme le présente cet extrait : « Mon thérapeute a été capable de bien comprendre, assez rapidement, ce dont j'avais besoin, comment travailler avec moi, comment agir avec moi, et c'est ça qui a fait que ça a bien fonctionné. » Un autre extrait présente de manière plus spécifique la façon dont un thérapeute s'est ajusté à un aspect du mode de fonctionnement de son client :

Je pense que c'est propre à chaque personnalité et à chaque problématique aussi, donc je pense que mon thérapeute a bien su s'adapter à la fois à ma personnalité et à mes problématiques pour instaurer un bon dialogue entre nous. J'ai besoin de rire de beaucoup de choses, et il a su répondre à ça et se prêter au jeu.

Tableau 19

*Flexibilité naturelle du thérapeute dans ses interactions avec le client*

<b>Catégories</b>	<b>Sous-catégories</b>
B) 2.1.3 Flexibilité naturelle du thérapeute dans ses interactions avec le client	2.1.3.1 Attitude souple et conciliante du thérapeute
	2.1.3.2 Équilibre juste du thérapeute entre légèreté et profondeur
	2.1.3.3 Manière d'être du thérapeute ajustée aux besoins du client

---

#### 2.1.3.4 Intégration créative d'aspects uniques au client

---

Parallèlement aux apports du thérapeute au processus thérapeutique, la grande catégorie *Contribution essentielle du client à son cheminement*, qui se retrouve sous la catégorie principale *Mise en commun fructueuse des forces et des ressources particulières du client et du thérapeute*, fait ressortir certaines attitudes et stratégies du client qui témoignent de son implication et de son apport au processus. Cette grande catégorie se subdivise en six catégories (voir Tableau 20), dont *Volonté sincère du client de travailler sur les aspects difficiles*, qui présente l'une des dispositions du client témoignant de cette implication. L'extrait suivant illustre cette grande catégorie :

Peut-être que si je n'avais pas été prêt à faire le chemin, j'aurais arrêté d'aller aux rencontres quand c'est devenu difficile. Mais comme j'ai une volonté d'aller mieux et de changer, j'ai dit : « Bon, il faut que je change cet aspect-là de moi? Ok, on va changer ça. On travaille là-dessus. Ce n'est pas évident, j'haïs ça, mais ce n'est pas grave, on travaille là-dessus. » Alors ça ne m'arrête pas. Mais je pense qu'il y a beaucoup de volonté personnelle.

La catégorie *Efforts soutenus du client entre les rencontres* présente une autre manière dont le client s'implique dans son processus. En effet, cette catégorie illustre l'idée que, de façon volontaire et spontanée, le client poursuit le travail en dehors des rencontres, comme l'exprime cet extrait :

Le fait que mon thérapeute me pose des questions, ça fait en sorte que ça ne se termine pas là, dans le bureau, entre les quatre murs. Quand je sors de son bureau, les questions qu'il m'a posées cheminent dans ma tête. Je me vois de plus en plus réagir, et pourquoi il m'a posé telle question, ça fait tout son sens, pas juste dans le bureau.

Tableau 20

*Contribution essentielle du client à son cheminement*

<b>Grande catégorie</b>	<b>Catégories</b>
B) 2.2 Contribution essentielle du client à son cheminement	2.2.1 Implication active du client indispensable à son processus
	2.2.2 Identification autonome de solutions par le client
	2.2.3 Ouverture curieuse du client à se comprendre
	2.2.4 Connaissance intuitive par le client des zones à explorer
	2.2.5 Volonté sincère du client de travailler sur les aspects difficiles
	2.2.6 Efforts soutenus du client entre les rencontres

**C) Création d'une relation véritable entre deux personnes humaines au-delà de leurs rôles respectifs.** Cette troisième méga-catégorie met en lumière le fait qu'au-delà d'une relation de travail, il y a un lien réel entre deux humains, qui apprennent à se connaître pour qui ils sont. Les deux extraits suivants captent bien l'essence de cette facette de la relation thérapeutique : « Étant donné que ça clique, oui il y a un rôle de psychologue, mais ça reste une personne qu'on rencontre. Alors il y a quelque chose d'autre qui se passe » et « À force de cette relation régulière, il y a une vraie relation de personne à personne qui finit par se nouer. Dans laquelle chaque personne met un peu de sa personnalité ». Cette méga-catégorie comprend quatre catégories principales, soit *Importance accordée par le client à la relation*, *Présence positive d'un lien affectif indéniable entre le client et le thérapeute*, *Accès partiel du client aux aspects personnels du thérapeute* et *Ingrédients relationnels de la relation de personne à personne*. Ces catégories principales seront maintenant présentées en détail.

Pour ce qui est de la première catégorie principale, soit *Importance accordée par le client à la relation*, il est à noter que les clients varient quant à la perception qu'ils ont de la place que joue la relation thérapeutique dans leur cheminement et dans la contribution qu'elle peut leur apporter. Ainsi, la grande catégorie *Qualité de la relation essentielle à la progression du client* montre l'importance qui est accordée à la relation par certains clients. Elle comprend les catégories *Investissement conscient du client dans la relation essentiel à son cheminement* et *Qualité de la relation favorisant un travail efficace*. Voici deux extraits qui mettent en lumière ces deux catégories : « C'est une relation qui doit bien fonctionner, c'est une relation qui doit être riche, c'est une relation qu'on doit nourrir pour arriver à faire avancer son processus. » et « Je ne vois pas exactement ce que je fais, à part m'investir dans la relation. En étant là pour mon cheminement, j'ai envie de m'investir, parce que c'est la personne que je vois pour m'aider ».

Par ailleurs, la grande catégorie *Vision de la relation en toile de fond du processus thérapeutique* montre que, pour certains clients, la relation thérapeutique est plutôt perçue comme un élément secondaire. Deux catégories sont ressorties, soit *Perception de la relation en arrière-plan* et *Détachement sain du client envers le regard posé sur lui par le thérapeute*. L'extrait suivant met davantage de mots sur l'ensemble de ces catégories :

Ce n'est pas nécessairement ma préoccupation d'avoir une bonne relation avec mon thérapeute. J'en ai une, mais je ne sens pas que j'ai un travail ou des efforts à faire là-dessus. Je me disais que ça allait venir tout seul. Et j'essaie

aussi de me dégager de ce qu'il peut penser de moi, parce que peu importe ce qu'il pense de moi, il peut m'aider quand même. Je ne veux pas me moduler en fonction de ce que mon thérapeute pense.

La deuxième catégorie principale, *Présence positive d'un lien affectif indéniable entre le client et le thérapeute*, témoigne du fait que, bien qu'ils soient engagés dans une relation professionnelle, le client et le thérapeute développent tout de même une relation plus personnelle, tout en demeurant dans les limites du cadre thérapeutique. Quatre grandes catégories ont émergé, chacune comprenant un certain nombre de catégories.

La première grande catégorie est *Appréciation réciproque entre le client et le thérapeute* (voir Tableau 21). La catégorie *Importance indéniable du thérapeute aux yeux du client* met en lumière une forme d'appréciation du client envers le thérapeute et est exprimée dans l'extrait suivant :

Mon thérapeute, c'est une personne significative, parce qu'il est arrivé dans ma vie à un moment où ça n'allait vraiment pas bien. Si ce n'était pas de lui, je ne sais pas comment la situation aurait tourné. Alors il est significatif, parce qu'il est arrivé à une époque charnière, à un moment vraiment important dans ma vie. Significatif parce que c'est important que j'aie aux rendez-vous. Pour moi, je mets ça à mon agenda et j'ai hâte d'y aller.

La catégorie *Appréciation authentique du thérapeute pour le client* présente quant à elle l'appréciation que le thérapeute ressent pour le client et est représentée par l'extrait suivant :

Je dirais que mon thérapeute a toujours une attitude très posée, très calme, mais en même temps, je sens quelque chose ... Je ne sais pas comment dire, ça

ne serait pas une joie de me revoir, mais un sentiment positif qui est associé à quand on se voit. Ça, je pense que ça contribue à me mettre à l'aise aussi.

Par ailleurs, cette catégorie *Appréciation authentique du thérapeute pour le client* amène également la précision que cette appréciation du thérapeute demeure dans les limites du cadre thérapeutique, comme en témoigne l'extrait suivant :

Je pense que je ne laisse pas mon thérapeute indifférent, je pense qu'il m'apprécie, mais je ne pense pas que ça va au-delà des rencontres. Il est avec moi à ce moment-là, et quand je m'en vais, il pense à autre chose et c'est bien correct.

Ensuite, la grande catégorie *Complicité manifeste entre le client et le thérapeute* (voir Tableau 21) met en lumière une autre manière dont le lien affectif entre le client et le thérapeute s'exprime. La catégorie *Complicité développée au fil des expériences partagées* exprime l'idée que cette complicité s'installe graduellement dans la relation thérapeutique. Voici un extrait qui présente cette catégorie :

La complicité, ça passe beaucoup par le non-dit. On dirait qu'il y a toujours quelque chose qui se passe à un deuxième niveau. Ce n'est pas grand-chose des fois, ça peut juste être de la façon dont mon thérapeute va réagir à un commentaire que je vais faire, un petit rire, un petit sourire... Dans ces moments-là, je sens qu'on s'est compris. On n'avait pas nécessairement ça au début. Il y a comme une complicité qui s'établit.

La complicité entre le client et le thérapeute est également exprimée par une autre catégorie, soit *Présence momentanée d'un sentiment de réussite partagé*. L'extrait suivant illustre cette catégorie :



C'était une fraction de seconde, mais j'ai senti quelque chose. Ce n'est pas fierté le mot, mais c'est comme une joie ou un bonheur partagé. Je pense que mon thérapeute était content de voir qu'il avait réussi à m'accompagner jusque-là, et moi, j'étais content de m'être laissé aller dans cette direction-là.

Tableau 21

*Appréciation réciproque entre le client et le thérapeute. Complicité manifeste entre le client et le thérapeute*

<b>Grandes catégories</b>	<b>Catégories</b>
C) 2.1 Appréciation réciproque entre le client et le thérapeute	2.1.1 Affection réelle du client pour le thérapeute
	2.1.2 Importance indéniable du thérapeute aux yeux du client
	2.1.3 Appréciation authentique du thérapeute pour le client
C) 2.2 Complicité manifeste entre le client et le thérapeute	2.2.1 Complicité développée au fil des expériences partagées
	2.2.2 Complicité manifestée par la présence d'humour dans les rencontres
	2.2.3 Familiarité grandissante entre client et thérapeute
	2.2.4 Présence momentanée d'un sentiment de réussite partagé

Une autre grande catégorie ayant émergé de la catégorie principale *Présence positive d'un lien affectif indéniable entre le client et le thérapeute* est *Intimité professionnelle entre le client et le thérapeute* (voir Tableau 22). Cette intimité peut être d'une grande profondeur, comme la catégorie *Présence d'une grande proximité émotionnelle* l'exprime. Voici un extrait qui permet de mettre cette catégorie en lumière :

Ce n'est pas une relation amoureuse, mais en même temps, c'est une relation qui, en termes d'intensité, nous amène dans des zones qui sont proches de ça,

peut-être même plus intense. Je ne sais pas si un jour je pourrais avoir la même relation avec un conjoint que j'ai avec mon thérapeute, avec qui il n'y a pas d'amour, mais en même temps, on va tellement profond dans les sentiments...

De plus, la catégorie *Perception agréable du client d'être l'égal du thérapeute* a également émergé de la grande catégorie *Intimité professionnelle entre le client et le thérapeute*. Les deux extraits suivants parlent de cette catégorie :

J'ai l'impression que la relation est d'égal à d'égal, c'est simple. Je ne sens pas qu'il se dit : « Je suis le psychologue, tu es le patient ». Je sens qu'on est au même niveau. Ça adonne que oui, je le consulte, mais on part d'un même niveau. On travaille ensemble et c'est pour moi, mais on est d'égal à égal. Mon thérapeute est là, à mon écoute, à ma hauteur. Comme je ferais avec un enfant qui pleure, je ne le consolerais pas du haut de ma grandeur, je me mettrais à genoux pour le regarder dans les yeux et lui dire : « Qu'est-ce que tu as? Explique-moi ce que tu as ». Avec mon thérapeute, ça ressemble à ça. Le fait qu'il soit à ma hauteur, ça n'établit pas la même relation que s'il était en haut et qu'il ne m'écoutait pas. Je le sens au même niveau que moi.

Finalement, l'intimité dans la relation thérapeutique s'exprime également à travers la catégorie *Établissement graduel d'une connexion profonde entre le client et le thérapeute*. Voici deux extraits qui permettent de mieux saisir l'essence de cette connexion : « C'est comme s'il y avait quelque chose de plus profond que juste deux êtres rationnels qui se parlent et qui échangent sur plein de sujets. » et « Il y a vraiment cette connexion-là, je pense, qui s'est établie... Il y a presque un échange entre deux subconscients, d'une certaine façon ».

Par ailleurs, la grande catégorie *Distance relationnelle optimale entre le client et le thérapeute* (voir Tableau 22) présente l'idée que les clients ont conscience de la

nécessité d'une certaine distance entre eux et le thérapeute, même s'ils ressentent la présence d'une intimité dans la relation thérapeutique. La catégorie *Distance émotionnelle au service du travail thérapeutique* illustre le fait que la distance est perçue comme étant bénéfique autant pour le client que le thérapeute, comme le montrent les deux extraits suivants :

Je ne pense pas que mon thérapeute est très attaché à moi, et je ne pense pas que j'aurais aimé ça sentir ça non plus. Ça ne serait pas aidant ni pour lui, ni pour moi. Lui, il en voit beaucoup de gens, alors c'est préférable, c'est plus facile, s'il est capable de se distancier comme ça.

La distance n'est pas nuisible, c'est mieux même. C'est mieux parce que ça ne me met pas des limites entre mon thérapeute et moi. S'il devenait mon ami, il y a peut-être des choses que je ne dirais pas, seulement pour m'assurer qu'il reste mon ami. Donc, il faut que je fasse attention pour ne pas me limiter. Il faut garder notre place.

Une manière de préserver cette distance entre le client et le thérapeute est représentée par la catégorie *Neutralité volontaire du thérapeute bénéfique pour le client*.

Voici un extrait qui exprime cette catégorie :

Je sens que, pour ne pas intervenir directement dans mon processus thérapeutique, pour ne pas m'orienter, pour ne pas me donner d'indices par rapport à ce qui serait attendu de moi, mon thérapeute fait toujours un effort. Il fait cet effort là de faire attention de ne pas me donner de signaux, qu'ils soient verbaux ou physiques, qui pourraient m'induire dans une direction qui ne serait pas celle où je devrais aller.

Tableau 22

*Intimité professionnelle entre le client et le thérapeute. Distance relationnelle optimale entre le client et le thérapeute*

<b>Grandes catégories</b>	<b>Catégories</b>
C) 2.3 Intimité professionnelle entre le client et le thérapeute	2.3.1 Présence d'une grande proximité émotionnelle
	2.3.2 Perception agréable du client d'être l'égal du thérapeute
	2.3.3 Vulnérabilité du client qui touche réellement le thérapeute
	2.3.4 Établissement graduel d'une connexion profonde entre le client et le thérapeute
C) 2.4 Distance relationnelle optimale entre le client et le thérapeute	2.4.1 Distance émotionnelle au service du travail thérapeutique
	2.4.2 Posture objective du thérapeute par rapport au contenu abordé
	2.4.3 Neutralité volontaire du thérapeute bénéfique pour le client
	2.4.4 Frontière délimitant le rôle du thérapeute de sa vie personnelle

La troisième catégorie principale ayant émergé de la méga-catégorie *Création d'une relation véritable entre deux personnes humaines au-delà de leurs rôles respectifs* est *Accès partiel du client aux aspects personnels du thérapeute*, de laquelle trois grandes catégories ont découlé (voir Tableau 23). Cette catégorie principale présente l'idée que, de façon directe ou indirecte, le client entrevoit que le thérapeute, au-delà de son rôle, est aussi un être humain et qu'il accède à des aspects de son thérapeute qui sont davantage liés à la personne qu'il est qu'à son rôle de thérapeute. La première grande catégorie, *Connaissance du thérapeute en tant que personne*, indique que le client a le sentiment d'arriver à connaître le thérapeute à un certain niveau. En effet, la catégorie *Accès à la personnalité du thérapeute par sa manière d'exercer son travail* illustre de

quelle manière le client peut accéder à cette connaissance du thérapeute. L'extrait suivant présente cette catégorie :

C'est évident que, dans sa façon de faire son métier, mon thérapeute met un peu de ce qu'il est, de ses affinités personnelles, de son caractère. Tout ça transparait nécessairement, au moins un peu, dans sa façon d'appréhender les choses.

Par ailleurs, la grande catégorie *Perception nuancée du thérapeute en tant qu'humain* permet de voir que le client est également conscient que le thérapeute, au-delà de son métier, est une personne humaine et qu'il possède différentes caractéristiques associées à cette humanité, comme tout être humain. Par exemple, il sait que le thérapeute peut parfois faire des erreurs. La sous-catégorie *Indulgence du client devant la faillibilité du thérapeute* montre l'attitude conciliante du client devant l'imperfection du thérapeute et est illustrée par l'extrait suivant :

Des fois, je trouve mon thérapeute assez approximatif dans la manière dont il résume ce que je lui ai dit. Mais je ne vais pas y porter trop d'attention. J'imagine que je pourrais, ou d'autres gens pourraient le reprendre, en disant : « Vous n'avez pas bien écouté ce que je vous ai dit, parce que je ne vous ai pas dit ça exactement ». Mais moi, je trouve ça secondaire, je place ça au second plan. Et j'imagine que ça contribue aussi à de bonnes relations, de ne pas s'attarder sur ce genre de chose.

Finalement, la grande catégorie *Fidélité du thérapeute à ce qu'il est comme personne* a émergé et comprend, entre autres, la catégorie *Perception du thérapeute comme humain profondément vrai*, qui présente l'idée que le client a la conviction d'être en contact avec une personne authentique. Voici un extrait qui illustre cette catégorie : « Je sens que les échanges avec mon thérapeute sont francs et sincères. Que la personne

devant moi parle d'elle, de ce qu'elle est aussi, sans me décrire ce qu'elle est dans le détail, mais je sens que c'est vraiment elle ».

Tableau 23

*Accès partiel du client aux aspects personnels du thérapeute*

<b>Grandes catégories</b>	<b>Catégories</b>
C) 3.1 Connaissance du thérapeute en tant que personne	3.1.1 Connaissance limitée du thérapeute comme personne
	3.1.2 Accès à la personnalité du thérapeute par sa manière d'exercer son travail
	3.1.3 Interventions du thérapeute laissant entrevoir son univers
C) 3.2 Perception nuancée du thérapeute en tant qu'humain	3.2.1 Perception du thérapeute comme humain ayant des forces et des faiblesses
	3.2.1.1 Indulgence du client devant la faillibilité du thérapeute
	3.2.2 Perception du thérapeute comme humain pouvant faire écho
	3.2.3 Perception du thérapeute comme humain ayant une vie personnelle
C) 3.3 Fidélité du thérapeute à ce qu'il est comme personne	3.3.1 Interventions du thérapeute puisant dans ce qu'il est
	3.3.2 Perception du thérapeute comme humain profondément vrai

La quatrième et dernière catégorie principale de la méga-catégorie *Création d'une relation véritable entre deux personnes humaines au-delà de leurs rôles respectifs* concerne les *Ingrédients relationnels de la relation de personne à personne*. En effet, cette catégorie principale indique que certaines composantes relationnelles sont essentielles, du point de vue des clients, à l'établissement d'une relation personnelle

satisfaisante entre deux humains et sont également des indicateurs qu'une telle relation existe entre le client et le thérapeute.

Le premier ingrédient relationnel est représenté par la grande catégorie *Relation thérapeutique établie sur la base d'un respect mutuel* (voir Tableau 24). L'une des manières dont le thérapeute incarne ce respect pour le client est présentée par la sous-catégorie *Liberté allouée au client d'avancer à son propre rythme*. L'extrait suivant illustre cette sous-catégorie :

Mon thérapeute me laisse contrôler le débit. Quand j'arrive, il va me laisser l'initiative d'avoir les premiers propos. Je peux prendre le temps, par des propos un peu inutiles, un peu introductifs, de m'asseoir, prendre le temps de respirer, d'arriver, de me mettre dans la place.

Un autre indicateur du respect du thérapeute pour le client est représenté par la sous-catégorie *Vulnérabilité du client honorée par le thérapeute* et est illustré dans l'extrait suivant : « Mon thérapeute a du respect pour ce que je suis, même quand je suis tout « nu » et vulnérable. Je me sens toujours respecté, et je sens même qu'il honore ça ».

La catégorie *Respect spontané du client pour le thérapeute* signifie que le client démontre lui aussi du respect au thérapeute. La sous-catégorie *Rétroaction respectueuse du client aux interventions du thérapeute* montre de quelle façon le client peut démontrer son respect au thérapeute. L'extrait suivant illustre comment un participant se soucie de la manière de donner une rétroaction à son thérapeute :

Des fois, ça ne colle pas l'intervention que mon thérapeute va me faire, alors oui, je vais le lui dire, mais c'est toujours respectueux. Je ne vais pas lui dire ça tout croche, je ne vais pas lui dire : « Qu'est-ce que tu me dis là, ça n'a pas rapport! ». Je ne lui parle pas comme ça! Je peux le dire, mais pas comme ça.

Tableau 24

*Relation thérapeutique établie sur la base d'un respect mutuel*

<b>Catégories</b>	<b>Sous-catégories</b>
C) 4.1.1 Respect authentique du thérapeute pour le client	4.1.1.1 Respect profond du thérapeute pour ce que le client est
	4.1.1.2 Liberté allouée au client d'avancer à son propre rythme
	4.1.1.3 Vulnérabilité du client honorée par le thérapeute
C) 4.1.2 Respect spontané du client pour le thérapeute	4.1.2.1 Attitude globale respectueuse du client envers le thérapeute
	4.1.2.2 Estime ressentie par le client pour le travail du thérapeute
	4.1.2.3 Considération respectueuse du client pour les interventions du thérapeute a) Rétroaction respectueuse du client aux interventions du thérapeute
	4.1.2.4 Respect par le client des règles présentées par le thérapeute

Le deuxième ingrédient relationnel est représenté par la grande catégorie *Développement graduel d'un lien de confiance* (voir Tableau 25). Cette grande catégorie indique que le lien de confiance est perçu par le client comme un prérequis essentiel au bon fonctionnement de la relation et du travail thérapeutique, sans quoi il n'est pas possible de travailler ensemble de manière efficace. Les deux extraits suivants illustrent cette grande catégorie : « La confiance, ce n'est pas une part essentielle du processus, mais s'il n'y a pas ça, j'ai l'impression qu'il ne peut pas se passer grand-chose » et « La



confiance, c'est une dimension cruciale, pas seulement importante, cruciale. Sans ça, il n'y a pas une thérapie qui pourrait fonctionner. Sans la confiance mutuelle ».

La catégorie *Rôle actif du thérapeute à bâtir une relation de confiance* indique que pour le client, le thérapeute joue un rôle important dans l'établissement de la confiance. D'une part, la sous-catégorie *Proactivité du thérapeute à instaurer une relation de confiance* illustre l'idée que le thérapeute possède des outils qu'il utilise pour établir un climat de confiance. D'autre part, la sous-catégorie *Façon d'être du thérapeute qui inspire confiance* exprime le fait que l'attitude du thérapeute contribue également à l'établissement de la confiance. Voici un extrait qui donne un éclairage sur ces deux sous-catégories :

Mon thérapeute a des outils, ça se voit, ça se sent. Je pense que oui, il y a un savoir-faire, des techniques. Et puis après, il y a tout ce qui échappe au thérapeute. Et tout ce qui transparaît de sa façon d'être, qui est justement indépendante, des fois, de sa façon de faire, et qui attire la confiance.

Par ailleurs, la catégorie *Confiance du client en un thérapeute compétent et professionnel* témoigne du fait que la confiance du client envers le thérapeute passe entre autres par une confiance que le thérapeute possède les habiletés, le savoir et l'expérience nécessaires pour l'aider dans son cheminement. L'extrait suivant présente cette catégorie :

C'est là aussi que la confiance intervient, parce qu'il faut accepter de faire confiance à quelqu'un dont on ne sait rien d'autre que le fait que cette personne possède les compétences pour faire ce pour quoi on va la voir.

Une autre manière dont la confiance peut s'exprimer est représentée par la sous-catégorie *Confiance optimiste du client dans la voie empruntée par le thérapeute*, qui se définit comme la conviction du client que, même s'il ne comprend pas tout ce qui se passe dans la thérapie ou même s'il ne sait pas exactement où le thérapeute veut l'amener, ce dernier sait ce qu'il fait et agit dans l'intérêt du client. Cette catégorie est illustrée dans l'extrait suivant :

Je pense que c'est dans l'acceptation de faire confiance à cette voix-là, à mon thérapeute qui me dit : « Tourne à gauche, tourne à droite ». Moi, des fois, je peux penser que le meilleur chemin pour me rendre de A à B est celui-là, et mon thérapeute peut me suggérer d'emprunter un autre chemin, un peu moins linéaire, un peu plus tortueux. Finalement, c'est de dire : « Ok, je vais accepter d'emprunter cette route-là, et on verra ce que ça va donner ».

Tableau 25

*Développement graduel d'un lien de confiance*

<b>Catégories</b>	<b>Sous-catégories</b>
C) 4.2.1 Rôle actif du thérapeute à bâtir une relation de confiance	4.2.1.1 Proactivité du thérapeute à instaurer une relation de confiance
	4.2.1.2 Façon d'être du thérapeute qui inspire confiance
C) 4.2.2 Confiance du client en un thérapeute compétent et professionnel	4.2.2.1 Confiance absolue que le thérapeute respecte la confidentialité
	4.2.2.2 Confiance solide dans les compétences du thérapeute
	4.2.2.3 Confiance optimiste du client dans la voie empruntée par le thérapeute
	4.2.2.4 Foi du client en la capacité du thérapeute à utiliser adéquatement ses propos

Finalement, le troisième ingrédient relationnel est représenté par la grande catégorie *Simplicité dans la manière d'être ensemble*, qui indique que le client a la perception qu'il est simple et facile pour le thérapeute et lui d'être en présence l'un de l'autre et de communiquer. Trois catégories ont émergé, soit *Relation thérapeutique globale empreinte de simplicité*, *Climat détendu et agréable* et *Échanges en toute simplicité*. L'extrait suivant illustre cette dernière catégorie :

C'est simple, ce n'est pas compliqué, ça a beau être dans un cadre thérapeutique, je n'ai pas l'impression qu'on est guindé dans un cadre. Mon thérapeute me parle comme n'importe qui pourrait me parler. C'est direct, c'est dans ce sens-là que c'est simple. Il n'a pas de grands discours.

**D) Espace sécurisant et apaisant d'acceptation totale du client dans la globalité de son expérience.** Cette quatrième méga-catégorie expose l'idée que la relation thérapeutique est un espace qui appartient au client, dans lequel il est reçu et accueilli dans tout ce qu'il est. Dans cet espace, le thérapeute met de l'avant certaines attitudes, manières d'être et interventions témoignant de cette ouverture et de cette acceptation. Plus précisément, cinq grandes catégories ont émergé, chacune comportant un certain nombre de catégories.

La première grande catégorie est *Accueil inconditionnel du thérapeute* (voir Tableau 26), qui se définit comme une façon d'être globale du thérapeute témoignant d'une acceptation réelle du client dans toutes les parties de son être. L'extrait suivant illustre cette grande catégorie :

Je me sens bien, je peux m'abandonner à cette relation thérapeutique là. Et vraiment, ça me fait un espace comme on n'a pas souvent, même avec les gens qui sont proches de nous. C'est vraiment comme un territoire, un espace neutre, un espace où je me sens accueilli, pas jugé.

Une catégorie découlant de cette grande catégorie est *Ouverture authentique du thérapeute à tout entendre*, qui est l'état de réceptivité du thérapeute par rapport à n'importe quel contenu qui est amené par le client. Voici un extrait qui met cette catégorie en lumière :

Ce que je sais, ce que je ressens au contact de mon thérapeute, c'est authentique, ce n'est pas forcé. Je n'ai pas l'impression qu'il fait semblant d'être ouvert. On peut parler de n'importe quoi et c'est correct! J'ai l'impression que c'est quelqu'un qui a réellement une grande ouverture, parce que je ne sens pas qu'il me dit : « Oui oui, c'est correct » à moi, mais que dans sa tête, il se dit : « Qu'est-ce qu'il dit là? ». Je ne sens pas ça.

Cette ouverture du thérapeute est également caractérisée par une autre catégorie, soit *Ouverture du thérapeute au-delà de ses valeurs personnelles*. En effet, cette catégorie exprime l'idée que le client perçoit que l'ouverture du thérapeute dépasse les croyances, les opinions et les valeurs que ce dernier incarne dans son quotidien. Voici un extrait qui illustre cette catégorie :

On est au-delà des valeurs, on est juste dans ce qui se passe, au moment où ça se passe. Peu importe les valeurs que mon thérapeute peut porter dans sa vie, quand il est avec moi, je sens qu'il est ouvert à tout entendre.

Tableau 26

*Accueil inconditionnel du thérapeute*

<b>Grande catégorie</b>	<b>Catégories</b>
D) 1. Accueil inconditionnel du thérapeute	1.1 Accueil chaleureux du thérapeute 1.2 Ouverture authentique du thérapeute à tout entendre 1.3 Attitude du thérapeute totalement dénuée de jugement 1.4 Ouverture du thérapeute au-delà de ses valeurs personnelles

Ensuite, une autre grande catégorie ayant émergé de la méga-catégorie *Espace sécurisant et apaisant d'acceptation totale du client dans la globalité de son expérience* est *Écoute active intéressée du thérapeute* (voir Tableau 27). Cette grande catégorie indique que le thérapeute a une manière particulière d'écouter le client et d'être présent à celui-ci qui a des impacts positifs sur le client. La catégorie *Présence attentive soutenue du thérapeute* représente l'un des indicateurs, pour le client, qu'il est réellement écouté.

L'extrait suivant présente cette catégorie :

À l'occasion, mon thérapeute va laisser des temps de pause intentionnels. Il va prendre son temps pour me répondre, ou pour faire une transition. Il va réfléchir à ce qu'il est en train de dire. Donc, c'est une autre manifestation qu'il est là. Il est là, il est dans la conversation. Il n'est pas à regarder dehors tout le temps pour voir si les oiseaux passent.

Voici un autre extrait qui met en mots l'impact que cette catégorie, soit *Présence attentive soutenue du thérapeute*, peut avoir sur le client :

Ça me donne vraiment la sensation d'avoir toute l'attention. De sentir qu'il est là, *toute* pour moi. Il n'est pas pris par autre chose, il ne pense pas au client après moi, il est là là là. Il est *toute* là.

Par ailleurs, la catégorie *Sentiment du client d'être véritablement entendu* montre ce que la manière particulière du thérapeute d'écouter le client peut susciter. L'extrait suivant illustre cette catégorie :

Tout ce que je dis est passé au peigne fin, il n'y a rien que je vais dire qui va être laissé au hasard. Si j'ai dit quelque chose, mon thérapeute va s'en rappeler et il va être capable d'y retourner et de faire des liens. Tout est important, et il est capable d'aller retirer encore plus l'essentiel. Je sens que tout ce que je dis est vraiment entendu.

Tableau 27

*Écoute active intéressée du thérapeute*

<b>Grande catégorie</b>	<b>Catégories</b>
D) 2. Écoute active intéressée du thérapeute	2.1 Présence attentive soutenue du thérapeute 2.2 Rétroaction pertinente du thérapeute aux propos du client 2.3 Sentiment du client d'être véritablement entendu

La troisième grande catégorie est *Manière d'être réconfortante du thérapeute* et elle comporte certaines interventions du thérapeute qui rassurent et apaisent le client. Trois catégories ont émergé, dont *Réconfort du thérapeute empreint de bienveillance* ainsi que *Réconfort lucide du thérapeute*, qui tient compte d'une vision réaliste et ajustée des difficultés du client. La catégorie *Présence sécurisante du thérapeute* a également émergé et exprime l'idée que la présence du thérapeute est vécue comme quelque chose de très réconfortant. Voici un extrait qui illustre cette catégorie :

Avec mon thérapeute, ça me donne l'impression, des fois, d'un gros câlin. Ça me fait du bien dans ce sens-là. À l'intérieur de moi, ça me fait : « Ok, il y a quelqu'un qui est là. Un adulte qui est bienveillant et qui est là ». Par moments, mon impression, c'est que c'est comme une espèce de câlin, et ça me fait sentir que quelqu'un est là pour moi, quelqu'un qui est bienveillant et gentil.

Quatrièmement, la grande catégorie *Légitimation bienfaisante du client par le thérapeute* (voir Tableau 28) met en lumière un besoin évoqué par les participants, soit celui d'avoir des repères pour savoir s'ils sont corrects, normaux, et s'ils sont sur la bonne voie. Cette grande catégorie permet de voir que certaines interventions du thérapeute apportent cette validation au client et sont positives pour lui. Une catégorie présentant l'une de ces interventions est *Normalisation apaisante du client par le thérapeute*. Cette catégorie est illustrée dans l'extrait suivant :

Mon thérapeute réussit à mettre des mots, à me faire voir des choses que j'ai pu dramatiser. Il peut me dire : « C'est dans ta personnalité, tu n'as pas de problème de santé mentale, mais tu as des choses à travailler sur ta personnalité ». Il réussit finalement à normaliser des choses.

Tableau 28

*Légitimation bienfaisante du client par le thérapeute*

<b>Catégories</b>	<b>Sous-catégories</b>
D) 4. Légitimation bienfaisante du client par le thérapeute	4.1 Légitimation des émotions du client par le thérapeute
	4.2 Validation par le thérapeute des actions posées par le client
	4.3 Normalisation apaisante du client par le thérapeute

Finalement, la grande catégorie *Espace relationnel au service du client* (voir Tableau 29) signifie que la relation thérapeutique est perçue par le client comme un contenant qui est bénéfique pour lui, tant au plan émotionnel qu'au plan des apprentissages qu'il peut y faire. Plus précisément, la catégorie *Espace accordé au client pour qu'il se raconte* est ressortie et est illustrée dans l'extrait suivant : « Un des avantages de la thérapie, c'est que c'est à peu près le seul endroit où je peux avoir le temps de m'occuper de moi et de pouvoir verbaliser ce que je ressens ».

Une autre manière dont cet espace relationnel est au service du client est représentée par la catégorie *Événements relationnels au sein de la relation thérapeutique comme source d'apprentissage pour le client*. En effet, cette catégorie signifie que les interactions de toutes sortes qui se déroulent entre le client et le thérapeute dans l'ici-maintenant de la relation peuvent amener le client à approfondir sa compréhension de sa dynamique ou à changer certaines de ses manières d'être en relation. L'extrait suivant donne un exemple concret de cette catégorie :

Avec les gens que je connais, c'est facile de réagir fort quand je me sens attaqué. Mais quand c'est arrivé avec mon thérapeute, j'ai eu une petite gêne, parce que justement, c'était mon thérapeute et que je ne le connaissais pas beaucoup. Alors, je me suis contrôlé. Et j'ai été capable par après de lui en parler intelligemment, de bien le ramener. J'ai renversé la vapeur, alors ça m'a dit : « Je suis capable de faire ça avec lui, donc pourquoi pas avec les autres? »



Tableau 29

*Espace relationnel au service du client*

<b>Grande catégorie</b>	<b>Catégories</b>
D) 5. Espace relationnel au service du client	5.1 Espace accordé au client pour qu'il se raconte 5.2 Espace sécuritaire pour déposer le trop-plein 5.3 Espace disponible pour que le client observe son monde intérieur 5.4 Événements relationnels au sein de la relation thérapeutique comme source d'apprentissage pour le client

**E) Espace privilégié de libre expression du client.** Cette cinquième méga-catégorie met en lumière l'idée que la relation thérapeutique est un espace où le client peut se déployer et se permettre d'être totalement lui-même. Quatre grandes catégories ont émergé de cette méga-catégorie, chacune comportant un certain nombre de catégories.

D'abord, la grande catégorie *Liberté totale du client d'être lui-même à l'intérieur du cadre* (voir Tableau 30) signifie que le client sent qu'il est dans des conditions favorables pour se montrer tel qu'il est dans sa relation avec le thérapeute et pour être perçu de manière juste. L'une des catégories qui sont ressorties est *Sentiment du client d'être simplement lui-même avec le thérapeute*. Voici un extrait qui présente cette catégorie : « Tu peux être toi, sans artifice, sans trouver de coupable, sans rien faire ». Voici un autre extrait qui illustre d'une manière différente cette catégorie :

Dans la vie, on est toujours un petit peu catalogué. Tu es soit travailleur, tu es soit ami, tu es soit conjoint, bref, tu es catalogué. Avec mon thérapeute, je ne suis pas catalogué. J'ai le sentiment d'être, c'est niais à dire, mais juste moi. Ça, je trouve ça important.

Par ailleurs, une autre catégorie qui a émergé est *Sentiment du client d'être vu correctement*. Elle se définit comme l'impression du client que le thérapeute le voit avec justesse, tel qu'il est. Voici un extrait qui présente cette catégorie : « Avec mon thérapeute, je me sens reconnu pour ce que je suis, avec mes bons et mes mauvais côtés, et mes peines et mes joies, peut-être encore plus qu'avec ma famille. »

Tableau 30

*Liberté totale du client d'être lui-même à l'intérieur du cadre*

<b>Grande catégorie</b>	<b>Catégories</b>
E) 1. Liberté totale du client d'être lui-même à l'intérieur du cadre	1.1 Aisance grandissante du client à être lui-même dans la relation
	1.2 Sentiment du client d'être simplement lui-même avec le thérapeute
	1.3 Sentiment du client d'être vu correctement par le thérapeute

Ensuite, une autre grande catégorie découlant de la méga-catégorie *Espace privilégié de libre expression du client* est *Dévoilement de soi du client exclusif à la relation thérapeutique* (voir Tableau 31). Cette grande catégorie illustre l'idée que la manière qu'a le client de s'ouvrir au thérapeute comporte certaines particularités qui ne se retrouvent pas dans d'autres relations qui ne sont pas des relations thérapeutiques. Par

exemple, la catégorie *Existence d'une zone uniquement accessible au thérapeute* met en lumière l'une de ces particularités. Voici un extrait qui présente cette catégorie :

Les gens disent qu'on a tous un petit jardin secret. C'est comme si, je pourrais laisser mon conjoint dans mon petit jardin secret, mais il y a une petite place dans le fond du jardin où ce n'est pas tellement bien entretenu, c'est du pissenlit et de la ronce qu'il y a dans ce coin-là, ce n'est pas des roses là! Et cette place-là, mon conjoint n'y va pas, mais mon thérapeute, lui, il peut y aller avec moi.

Par ailleurs, la grande catégorie *Responsabilité du client de s'ouvrir au thérapeute* (voir Tableau 31) signifie que le client a la perception qu'il doit par lui-même choisir de se dévoiler au thérapeute et qu'il considère que c'est l'un des éléments importants dans son processus. L'une des catégories ayant émergé est *Dévoilement de soi authentique du client*. Les deux extraits suivants montrent cette catégorie : « Mon thérapeute a accès à tout, ou à presque tout, ce qui est en lien avec ce dont je veux lui parler. J'imagine que ça m'aide moi, cette ouverture-là, mais je pense que ça peut aider la relation aussi. Je considère avoir quand même une bonne ouverture avec lui » et « C'est de parler, de dire pourquoi on est là. C'est de s'exprimer. Dans tous les axes : dans le calme, la colère, peu importe, mais parle! »

Tableau 31

*Dévoilement de soi du client exclusif à la relation thérapeutique. Responsabilité du client de s'ouvrir au thérapeute*

<b>Grandes catégories</b>	<b>Catégories</b>
E) 2. Dévoilement de soi du client exclusif à la relation thérapeutique	2.1 Dévoilement de soi unilatéral inhérent à la relation
	2.2 Existence d'une zone uniquement accessible au thérapeute
	2.3 Libre expression libératrice par le client de ses émotions
E) 3. Responsabilité du client de s'ouvrir au thérapeute	3.1 Ouverture résolue du client à se livrer
	3.2 Dévoilement de soi authentique du client

Finalement, la grande catégorie *Espace thérapeutique ouvert aux rétroactions du client* met en lumière que, lorsque certaines insatisfactions en lien avec le thérapeute sont présentes pour le client, ce dernier sait qu'il a la possibilité d'en parler sans que cela ait des impacts négatifs sur lui ou sur la relation thérapeutique. La catégorie *Insatisfactions du client exprimées librement* indique qu'il y a de l'espace dans la relation thérapeutique pour que le client nomme les aspects qui ne lui conviennent pas ou qui lui déplaisent. L'extrait suivant donne un exemple de cette catégorie :

Ce qui me fait dire que la relation est plus humaine, sans exclure le professionnalisme, c'est qu'à certaines occasions, quand mon thérapeute était soit en retard, ou autre chose, ça m'irritait, et je lui disais. Alors que normalement, j'aurais fait comme à l'hôpital, où on attend pendant 4h, et on prend notre mal en patience. On se ferme la boîte. Tandis que là, peut-être pas. On peut parler.

La catégorie *État d'ouverture du thérapeute face aux rétroactions du client* met quant à elle en lumière l'attitude du thérapeute envers ces insatisfactions exprimées par le client. Voici un extrait qui illustre cette catégorie :

Si mon thérapeute n'avait pas admis qu'il y était allé un peu fort, s'il avait dit : « C'est toi qui le prends personnel », je ne suis pas sûr que j'aurais continué ma thérapie avec lui. Je crois que ça aurait fait un froid, parce que je me sentais vraiment jugé. Mais le fait qu'il ait admis ça, et qu'il se soit excusé, ça n'a pas été long que ça a passé, et je n'avais plus de colère.

**F) Terminaison certaine de la relation thérapeutique.** Finalement, cette sixième et dernière méga-catégorie exprime l'idée que la relation thérapeutique aura nécessairement une fin et que cette fin fait partie de la réalité de la relation thérapeutique. Quatre catégories ont émergé de cette méga-catégorie, dont *Terminaison éventuelle et inévitable de la relation thérapeutique*. L'extrait suivant exprime cette catégorie : « Accepter cette relation, c'est, finalement, déjà accepter qu'elle se termine. Et je pense que ce n'est pas évident d'accepter ce paradoxe-là, mais que c'est seulement en l'acceptant que ça peut fonctionner ».

Deux autres catégories ayant émergé de cette méga-catégorie sont *Fin de la relation lors de l'atteinte des objectifs thérapeutiques* et *Accord concerté concernant le moment de la terminaison*. Finalement, la catégorie *Relation profonde qui subsiste au-delà des rencontres* met en lumière une impression du client selon laquelle la relation thérapeutique est une relation qu'il n'oubliera pas et qui va laisser son empreinte en lui, même lorsqu'elle sera terminée. Voici un extrait qui illustre cette catégorie :

Il reste que cette relation-là que j'ai avec mon thérapeute, je pense qu'elle va subsister malgré tout. Je pense que le temps va faire que je vais oublier cette partie-là de ma vie, mais en même temps, ça va toujours rester dans ma mémoire, c'est sûr. Il va toujours avoir une place un peu particulière dans ma vie, mon thérapeute, quand je vais y repenser.

La présentation de cette sixième méga-catégorie termine la présentation des résultats de l'étude, soit ceux ayant ressortis de l'analyse à l'aide de la méthode déductive et ceux obtenus par l'induction de catégories émergentes. La section suivante présente une discussion de ces résultats.

## **Discussion**

La discussion sera présentée en deux sous-sections. La première sous-section sera consacrée à l'interprétation des résultats en lien avec les objectifs et sous-objectifs de l'étude. La seconde sous-section sera réservée à la présentation des forces et des limites de l'étude, des retombées cliniques et scientifiques ainsi que des recommandations pour les pistes d'investigation futures.

### **Interprétation des résultats en lien avec les objectifs et les sous-objectifs de l'étude**

La présente étude avait trois objectifs généraux. Le premier objectif était de vérifier la présence des composantes spécifiques de la relation thérapeutique issues des écrits scientifiques dans la perception qu'ont les clients d'une relation thérapeutique positive, ainsi que de décrire ces composantes. Le deuxième objectif était d'explorer la présence d'autres composantes du même ordre, ainsi que d'éléments d'un autre ordre, d'une relation thérapeutique positive dans la perception qu'en ont les clients, ainsi que d'identifier, de décrire et de comprendre en profondeur ces composantes et éléments. Finalement, le troisième objectif était de comprendre comment les composantes et les autres éléments d'une relation thérapeutique positive sont reliés au processus de changement des clients, selon leur perception.



Afin d'atteindre ces objectifs, cette étude a utilisé une méthode d'analyse de contenu mixte, en combinant la méthode déductive et la méthode inductive (L'Écuyer, 1990). Pour ce faire, une grille des composantes préexistantes, inspirée des écrits sur la relation thérapeutique, a été créée, comprenant plus spécifiquement les composantes *Relation coopérative*, *Relation transférentielle*, *Relation personne-à-personne* et *Relation transpersonnelle*. Cette grille a servi de guide pour la collecte et l'analyse des données. Par ailleurs, la collecte et l'analyse des données ont été élargies afin de tenir compte de la méthode inductive.

La discussion des résultats sera maintenant présentée. Tout d'abord, une réponse globale sera apportée aux deux premiers objectifs généraux. Puis, leurs sous-objectifs respectifs seront discutés en les mettant en lien avec les résultats qui leur apportent des éléments de réponse. Ces deux objectifs généraux et leurs sous-objectifs seront présentés dans une même sous-section, étant donné qu'ils sont étroitement liés. Puis, le troisième objectif général ainsi que les deux sous-objectifs qui en découlent seront discutés. L'ensemble des résultats sera aussi discuté en lien avec les écrits théoriques et les études empiriques portant sur la relation thérapeutique.

**Objectif 1 : Vérifier la présence des composantes spécifiques de la relation thérapeutique issues des écrits scientifiques dans la perception qu'ont les clients d'une relation thérapeutique positive et décrire ces composantes**

**Objectif 2 : Explorer la présence d'autres composantes et d'éléments d'une relation thérapeutique positive dans la perception qu'en ont les clients, et identifier, décrire et comprendre en profondeur ces composantes et éléments**

Tout d'abord, l'analyse des données a permis de faire ressortir que les quatre composantes préexistantes, soit la *Relation coopérative*, la *Relation transférentielle*, la *Relation personne-à-personne* et la *Relation transpersonnelle*, font effectivement partie de la perception qu'ont les clients d'une relation thérapeutique positive, rencontrant ainsi le premier objectif général. Par ailleurs, il est intéressant de mentionner que ces composantes et leurs sous-composantes sont ressorties à des fréquences variables dans les propos des clients de l'étude, nuancant ainsi la réponse à ce premier objectif. Cette observation sera précisée dans la portion suivante de la discussion

Ensuite, l'analyse inductive des données n'a fait émerger aucune nouvelle composante du même ordre que les quatre composantes préexistantes. Toutefois, l'analyse des données a permis de faire émerger plusieurs éléments d'un autre ordre, qui amènent des nuances, des précisions et des éléments d'approfondissement aux composantes préexistantes. Ces éléments seront également présentés dans la portion de la discussion qui suit.

**Sous-objectif 1a : Comprendre en profondeur la nature des composantes d'une relation thérapeutique positive issues des écrits scientifiques, telles qu'elles sont perçues par les clients.**

**Sous-objectif 2a : Comprendre en profondeur la nature des éléments d'un autre ordre, tels qu'ils sont perçus par les clients.**

Afin de discuter des premier et deuxième sous-objectifs, qui découlent des premier et deuxième objectifs généraux, respectivement, le choix a été fait de discuter des résultats en comparant les composantes de la grille des composantes préexistantes avec les différents éléments de l'arbre des catégories émergentes. Cette structure permettra une présentation claire et organisée des différents points de discussion, en plus d'éviter la redondance entre les réflexions qui seront présentées au sujet de la grille et de l'arbre<sup>1</sup>. La grille servira donc de canevas pour la discussion des résultats en lien avec les premier et deuxième sous-objectifs. Plus précisément, les quatre composantes de la grille seront présentées l'une à la suite de l'autre. Les similarités entre les résultats provenant de l'analyse déductive et ceux provenant de l'analyse inductive seront exposées et les éléments d'approfondissement de l'arbre seront présentés.

Un tableau comparatif (voir le Tableau comparatif de la grille des composantes préexistantes et de l'arbre des catégories émergentes en Appendice J) a été élaboré afin d'illustrer quels éléments de l'arbre viennent enrichir les sous-composantes de la grille. La portion du tableau se référant à chacune des composantes sera présentée lors de la présentation de la composante en question. Afin de permettre au lecteur d'avoir rapidement une idée de la fréquence à laquelle les composantes et les sous-composantes

---

<sup>1</sup> Dans la présente section de la thèse, les termes « grille » et « arbre » seront utilisés pour faire référence à la grille des composantes préexistantes et à l'arbre des catégories émergentes, respectivement.

sont ressorties dans les propos des participants, le même code de couleur présenté dans la section des résultats a été utilisé dans ces tableaux<sup>1</sup>.

**Relation coopérative.** De façon globale, plusieurs ressemblances ont été observées entre la composante *Relation coopérative* de la grille et la méga-catégorie *Équipe client-thérapeute : ensemble vers le cheminement du client* de l'arbre. En effet, cette composante et cette méga-catégorie sont toutes deux orientées vers le travail thérapeutique et comportent l'aspect de collaboration entre le client et le thérapeute. Ainsi, des similitudes sont présentes entre plusieurs éléments de la grille et de l'arbre, tant par rapport à la manière de les nommer qu'au niveau de leur définition. Ces similitudes sont présentées dans le Tableau 32.

Entre autres, la sous-composante *Accord commun quant aux objectifs de la thérapie* de la grille est très similaire à la catégorie *Entente explicite concernant le but à atteindre* de l'arbre. Également, la sous-composante *Ajustement concerté continu des objectifs de la thérapie et des stratégies* est semblable à la catégorie *Accord concerté sur des cibles de travail en changement*.

---

<sup>1</sup> Le vert, le jaune et le rouge représentent les composantes et les sous-composantes ayant une fréquence d'apparition élevée, moyenne et faible, respectivement.

Tableau 32

*Similitudes entre la composante Relation coopérative et la méga-catégorie Équipe client-thérapeute : ensemble vers le cheminement du client*

<b>Relation coopérative</b>	<b>Équipe client-thérapeute : ensemble vers le cheminement du client</b>
A) Accord commun quant aux objectifs de la thérapie	1.1.1 Entente explicite concernant le but à atteindre
C) Ajustement concerté continu des objectifs de la thérapie et des stratégies	1.1.2 Accord concerté sur des cibles de travail en changement
F) Valorisation des compétences et des ressources de chacun	2. Mise en commun fructueuse des forces et des ressources particulières du client et du thérapeute
H) Co-construction de la compréhension de la réalité subjective du client	1.1.4 Co-construction dynamique de la réalité complexe du client

Bien qu'elles n'amènent rien de nouveau en tant que tel, ces ressemblances suggèrent que plusieurs des sous-composantes de la composante *Relation coopérative*, issues des écrits scientifiques et fondées sur le point de vue des chercheurs, font effectivement partie de la perception qu'ont les clients de l'étude d'une relation thérapeutique positive. De plus, étant donné que la manière de nommer plusieurs éléments est assez similaire dans la grille et dans l'arbre, il est possible d'avancer que la manière de les nommer dans les écrits scientifiques est significative pour ces clients et est cohérente avec leur perception.

L'arbre permet toutefois d'apporter plusieurs nuances et éléments d'approfondissement aux sous-composantes de la composante *Relation coopérative*. Ces éléments d'approfondissement sont présentés dans le tableau suivant (voir Tableau 33).

*Engagement et implication de chacun dans le travail thérapeutique et Valorisation des compétences et des ressources de chacun.* Tel que présenté au Tableau 33, il est intéressant de noter que plusieurs éléments de l'arbre permettent d'apporter des précisions et nuances aux sous-composantes *Engagement et implication de chacun dans le travail thérapeutique* et *Valorisation des compétences et des ressources de chacun* de la grille. Le reste de cette portion de la section sera consacré à la discussion des différents éléments de l'arbre qui permettent d'approfondir ces deux sous-composantes. Plusieurs des éléments d'approfondissement provenant des catégories émergentes semblent pouvoir apporter des nuances à ces deux sous-composantes, n'étant pas exclusivement en lien avec l'une ou l'autre des sous-composantes. Ils seront donc présentés sous la même rubrique.

Tableau 33

Tableau comparatif entre la composante Relation coopérative et l'arbre des catégories émergentes

<b>RELATION COOPÉRATIVE</b>		Éléments d'approfondissement de l'arbre des catégories émergentes
Sous-composantes		
<p>Définition :</p> <p>Relation de travail qui inclut l'aspect collaboratif du travail thérapeutique. Elle consiste à se donner une cible commune et à accorder une place à chacune des personnes impliquées dans la psychothérapie.</p> <p>(Bordin, 1979; Horvath &amp; Greenberg, 1989; St-Arnaud, 2003)</p>	<b>A) Accord commun quant aux objectifs de la thérapie</b>	—
	<b>B) Accord commun quant aux stratégies pour atteindre les objectifs de la thérapie</b>	—
	<b>C) Ajustement concerté continu des objectifs de la thérapie et des stratégies</b>	—
	<b>D) Établissement du contrat thérapeutique dans ses aspects concrets</b>	- Distance relationnelle optimale entre le client et le thérapeute
	<b>E) Engagement et implication de chacun dans le travail thérapeutique</b>	- Conception positive du thérapeute comme guide professionnel - Mise en commun fructueuse des forces et des ressources particulières du client et du thérapeute
	<b>F) Valorisation des compétences et des ressources de chacun</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Outils thérapeutiques divers déployés par le thérapeute               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Suggestion bienvenue de pistes de réflexion pour la semaine</li> <li>○ Métaphores qui résonnent pour le client</li> <li>○ Humour utilisé au service du client</li> </ul> </li> <li>• Flexibilité naturelle du thérapeute dans ses interactions avec le client</li> <li>• Contribution essentielle du client à son cheminement               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ouverture curieuse du client à se comprendre</li> <li>○ Volonté sincère du client de travailler sur les aspects difficiles</li> <li>○ Connaissance intuitive par le client des zones à explorer</li> <li>○ Efforts soutenus du client entre les rencontres</li> </ul> </li> </ul>
	<b>G) Perception partagée de former une équipe</b>	- Soutien véritable du thérapeute dans la démarche du client
	<b>H) Co-construction de la compréhension de la réalité subjective du client</b>	—

Tout d'abord, la grande catégorie *Conception positive du thérapeute comme guide professionnel* amène une nuance à ces deux sous-composantes en suggérant que les clients de l'étude apprécient d'être accompagnés et guidés dans leur processus, mais qu'ils ne souhaitent pas nécessairement se faire imposer une direction. Il est possible de relier cette grande catégorie aux notions de non-ingérence et de responsabilisation, qui sont deux facettes, aussi appelées règles de base, de la relation de coopération proposée par St-Arnaud (2003). La non-ingérence se définit comme l'attitude d'éviter de se substituer à l'autre pour tout ce qui relève de son champ de compétence exclusif. La responsabilisation vise à encourager l'autre à utiliser et développer sa capacité à faire des choix personnels et à prendre ses responsabilités (St-Arnaud, 2003). La perception du thérapeute comme un guide professionnel est cohérente avec ces notions. Les résultats de l'étude de Levitt et al. (2006) vont également dans le même sens en proposant que les clients appréciaient de ne pas se faire imposer un but par le thérapeute, mais souhaitaient tout de même que celui-ci partage ses idées afin d'aider le client à savoir vers où se diriger. Dans la présente étude, il semble que le terme « guide » était un terme pertinent, pour les clients, afin de décrire ce rôle perçu du thérapeute. Ainsi, ils ont semblé reconnaître l'expertise et les compétences particulières du thérapeute, tout en étant conscients de leurs propres capacités et habiletés.

La catégorie principale *Mise en commun fructueuse des forces et des ressources particulières du client et du thérapeute* va également dans le même sens et apporte un éclairage supplémentaire sur les attitudes et les actions de chacun en lien avec le travail



thérapeutique. Du côté du thérapeute, la catégorie *Outils thérapeutiques divers déployés par le thérapeute* montre que celui-ci utilise plusieurs stratégies d'intervention, selon la perception des clients de l'étude. Entre autres, la sous-catégorie *Suggestion bienvenue de pistes de réflexion pour la semaine* suggère que les propositions du thérapeute quant aux éléments auxquels le client peut porter attention ou à une position qu'il peut adopter, entre les rencontres, sont accueillies favorablement par les clients de l'étude. En effet, les résultats permettent d'envisager que ces suggestions du thérapeute laisseraient une sorte d'empreinte de la séance sur le client, selon sa perception, et l'aideraient à intégrer davantage certains des sujets abordés pendant la rencontre. Ces résultats concordent avec ceux de Detweiler et Whisman (1999), qui suggèrent que les réflexions ou les actions posées par le client entre les rencontres permettent une pratique répétée qui est nécessaire pour renforcer les apprentissages faits lors d'une séance. Les résultats vont également dans le même sens que ceux de Scheel, Hanson et Razzhavaikina (2004), qui amènent l'idée selon laquelle ces réflexions et actions étendent à la vie quotidienne les opportunités thérapeutiques. Finalement, MacFarlane, Anderson, & McClintock (2015) ont observé que les clients ayant participé à leur étude avaient nommé qu'ils appréciaient recevoir de la part de leur thérapeute des suggestions quant à ce qu'ils pouvaient faire pendant la semaine, car cela leur permettait d'avoir quelque chose de concret à mettre en place.

Ensuite, la sous-catégorie *Métaphores qui résonnent pour le client* témoigne des images données au client par le thérapeute et qui s'ancrent dans la perception du client.

Ces métaphores demeurent vivantes pour le client, même entre les rencontres. L'étude de Rasmussen et Angus (1996) suggère que l'utilisation de métaphores en psychothérapie renforcerait la relation de collaboration entre le thérapeute et le client, en plus d'aider le client à se représenter des enjeux importants de la thérapie. Ces deux éléments, soit les suggestions de pistes de réflexion et les métaphores, sont ressortis dans la présente étude comme deux outils utilisés par le thérapeute qui permettraient au client de poursuivre son travail entre les rencontres ou, du moins, de garder plus actif le cheminement effectué en thérapie, ce que les participants percevaient de façon positive.

Finalement, la sous-catégorie *Humour utilisé au service du client* met en lumière l'utilisation de l'humour par le thérapeute comme stratégie d'intervention. Selon la perception des clients de l'étude, l'humour serait notamment utilisé pour dédramatiser une situation vécue par le client, lui permettant ainsi d'avoir une perspective différente sur ses difficultés. Ces résultats sont cohérents avec ceux de Strick, Holland, Van Baaren et Van Knippenberg (2009), qui suggèrent que l'un des bénéfices de l'humour est sa capacité à atténuer la détresse émotionnelle et à modifier une manière négative de penser. Pour sa part, Sultanoff (2013) propose que, pour qu'une intervention humoristique soit thérapeutique, le thérapeute doit intégrer les trois compétences ou manières d'être essentielles et suffisantes proposées par Rogers (1957), soit l'empathie, l'authenticité ou la congruence, et la considération positive inconditionnelle. Bien que, dans la présente étude, ces manières d'être n'aient pas été nommées explicitement en lien avec l'humour, elles ont été perçues comme faisant partie de la manière d'être

globale du thérapeute. Il est donc possible de penser que, selon la perception des clients de l'étude, le thérapeute intègre également ces manières d'être lors d'interventions humoristiques, ce qui peut contribuer à les rendre thérapeutiques de leur point de vue.

Par ailleurs, un autre élément d'approfondissement aux sous-composantes *Engagement et implication de chacun dans le travail thérapeutique* et *Valorisation des composantes et des ressources de chacun* est amené par la catégorie *Flexibilité naturelle du thérapeute dans ses interactions avec le client*. Cette catégorie précise que les participants ont perçu que le thérapeute s'adapte à leurs particularités afin de les aider de manière optimale. Ce résultat va dans le même sens que l'étude d'Owen et Hilsenroth (2014) et la méta-analyse de Horvath et al. (2011), qui ont observé que le fait de moduler les façons de faire en thérapie pour s'adapter aux besoins, attentes et capacités spécifiques du client est important pour bâtir l'alliance. Ils précisent que le thérapeute et le client doivent trouver un niveau de collaboration qui leur permet d'accomplir le travail thérapeutique en prenant en considération non seulement les difficultés du client, mais également ses ressources, ses capacités et ses attentes, tout en faisant le pont avec ce que le thérapeute croit être l'intervention la plus appropriée. Les résultats de la présente étude vont toutefois plus en profondeur en précisant certaines façons perçues par le client par lesquelles le thérapeute peut s'adapter de façon flexible à son vécu. Plus précisément, les sous-catégories *Manière d'être du thérapeute ajustée aux besoins du client*, *Intégration créative d'aspects uniques au client* et *Équilibre juste du thérapeute entre légèreté et profondeur* donnent certaines indications sur la façon dont les clients de

l'étude perçoivent une attitude flexible chez leur thérapeute. Ainsi, ces clients ont perçu que le thérapeute peut utiliser, dans ses interventions, des aspects propres au client, comme certaines facettes de sa personnalité, ou encore certains des intérêts de celui-ci. Le fait que le thérapeute module son ton de voix en fonction de ce qui est en train de se passer, en passant d'un ton plus sérieux à un ton plus léger, par exemple, a également été perçu par les clients de l'étude comme une façon, pour le thérapeute, d'interagir de manière flexible.

Pour sa part, la grande catégorie *Contribution essentielle du client à son cheminement* permet d'apporter des précisions quant à l'implication perçue du client dans le travail thérapeutique et quant aux ressources qu'il perçoit mettre de l'avant dans sa démarche, amenant ainsi des nuances supplémentaires aux sous-composantes *Engagement et implication de chacun dans le travail thérapeutique* et *Valorisation des compétences et des ressources de chacun*. Cette grande catégorie suggère que les clients de l'étude se perçoivent comme des acteurs importants dans leur démarche. Il est toutefois à noter que les apports du client au processus thérapeutique décrits par les participants étaient beaucoup moins élaborés que ceux qu'ils imputaient au thérapeute. Cette observation est cohérente avec les résultats de l'étude de Bachelor (1995), qui a identifié trois typologies d'alliance perçues par les clients comme étant thérapeutiques, soit l'alliance « nourrissante », « orientée vers la prise de conscience » et « collaborative ». Ce dernier type d'alliance, comprenant l'implication active du client, est celle ayant été le moins exprimée par les participants. Les contributions citées par les

participants de son étude incluent l'exploration du matériel, l'identification et la mise en action de solutions et la participation à l'établissement d'un climat de respect.

Par ailleurs, les résultats de la présente étude permettent d'ajouter d'autres contributions au travail thérapeutique perçues par les clients. Plus particulièrement, les catégories *Ouverture curieuse du client à se comprendre* et *Volonté sincère du client de travailler sur les aspects difficiles* témoignent de l'attitude positive et engagée des clients de l'étude envers le travail thérapeutique. Pour sa part, la catégorie *Connaissance intuitive par le client des zones à explorer* exprime l'idée que les clients de l'étude ont confiance en leur capacité à identifier par eux-mêmes les aspects sur lesquels ils doivent s'attarder. Finalement, la catégorie *Efforts soutenus du client entre les rencontres* suggère que les clients ont conscience de l'importance de poursuivre leur travail et leurs réflexions en dehors des séances de thérapie. Cette dernière catégorie va dans le même sens que les résultats obtenus par Manthei (2007) dans son étude sur la perception des clients de leur expérience de thérapie. En effet, lorsqu'interrogés sur ce qu'ils avaient fait d'utile pendant leur thérapie, les participants de cette étude ont cité plusieurs exemples de ce qu'ils faisaient entre les rencontres et reconnaissaient l'importance de faire ces actions pour contribuer à leur cheminement.

Il est possible de penser que les clients, de manière spontanée, percevraient davantage ce qui est fait par le thérapeute que leurs propres contributions au travail thérapeutique. Toutefois, lorsqu'interrogés directement sur leur rôle et sur leur

contribution, les clients en viennent à nommer différents éléments témoignant de leur implication, autant dans l'étude de Manthei (2007) que dans la présente étude. Par ailleurs, il est intéressant de noter que, dans la présente étude, plusieurs clients avaient le sentiment de peu contribuer à l'établissement et au maintien d'une bonne relation thérapeutique. Il leur apparaissait naturel d'avoir une attitude d'ouverture et de respect, et de se dévoiler de manière authentique au thérapeute. Il ressort donc que, bien que les attitudes et les actions mentionnées précédemment pourraient contribuer significativement au bon fonctionnement de la relation et du travail thérapeutique, les clients de l'étude en avaient peu conscience ou n'ont pas considéré qu'elles faisaient partie d'une implication active de leur part.

En conclusion, la composante *Relation coopérative* est la deuxième composante ayant le plus ressorti dans les propos des participants. Il semblerait donc qu'elle occupe une grande place dans la perception qu'ont les clients de l'étude d'une relation thérapeutique positive. Plus précisément, les sous-composantes *Engagement et implication de chacun dans le travail thérapeutique* et *Valorisation des compétences et des ressources de chacun* sont celles qui sont ressorties le plus souvent dans les entrevues. Ce sont également les sous-composantes auxquelles les résultats de l'arbre ont permis d'apporter le plus d'éléments de nuances et d'approfondissement, ce qui a contribué à rencontrer le premier sous-objectif, soit de comprendre en profondeur la nature de la composante *Relation coopérative*.

**Relation transférentielle.** Pour poursuivre la discussion des résultats par le biais des quatre composantes préexistantes, il est intéressant de mentionner que, contrairement à la composante *Relation coopérative*, la composante *Relation transférentielle* n'a pas son pendant dans l'arbre des catégories émergentes. De plus, tel que mentionné dans la section consacrée à la présentation des résultats, la composante *Relation transférentielle* est très peu ressortie dans les entrevues. À cet effet, il est possible de formuler une piste d'hypothèse en lien avec l'approche théorique utilisée par les psychologues rencontrés par les clients de l'étude. En effet, ces psychologues sont d'approche humaniste, alors que les concepts présents dans la composante *Relation transférentielle*, entre autres la notion de transfert, sont issus de l'approche psychodynamique. Il est possible de penser que ces psychologues humanistes, bien qu'ils connaissent probablement ces concepts et les stratégies de travail clinique qui en découlent, ne les utilisent pas formellement dans les rencontres avec leurs clients. Ainsi, les clients peuvent difficilement prendre conscience, par exemple, qu'ils font l'expérience de sentiments envers le thérapeute qui sont provoqués par la répétition d'interactions passées, si c'est le cas.

Ensuite, il se pourrait également que, comme le contenu en lien avec le transfert n'est pas travaillé lors des rencontres lorsqu'il est abordé par les clients, ceux-ci pourraient percevoir que ce n'est pas du contenu pertinent pour la thérapie. Ainsi, il se pourrait qu'ils n'abordent plus ce genre de contenu dans les rencontres, même s'il refait surface à nouveau. En raison de cette absence de travail du transfert, il est plausible

d'émettre l'hypothèse que ces clients ne perçoivent probablement pas que le contenu en lien avec le transfert est un élément important faisant partie de la relation thérapeutique. Donc, il est peu probable que ces clients, en thérapie auprès d'un psychologue d'approche humaniste, abordent cette composante lorsqu'ils participent à une étude portant sur la relation thérapeutique.

Une autre hypothèse pouvant expliquer que la composante *Relation transférentielle* soit peu ressortie lors des entrevues concerne la codification des données. En effet, il se peut qu'à son insu, la chercheuse ait eu un biais qui l'a empêchée de repérer du matériel en lien avec cette composante, plus particulièrement par rapport au transfert positif. Ainsi, le biais de la chercheuse était relié au fait qu'elle avait tendance à considérer le transfert comme étant négatif, et, de ce fait, moins considérer les éléments du transfert positif. Avec du recul, il semble que la chercheuse ait possiblement codé certains segments comme faisant partie de la composante *Relation personne-à-personne*, alors qu'ils auraient pu plutôt faire référence à du transfert positif. En effet, des propos des clients faisant allusion à de l'idéalisation, de la dépendance ou de l'attachement exagéré envers le thérapeute ont pu être codés dans la composante *Relation personne-à-personne*. Ce biais introduit dans la codification a pu faire en sorte que des éléments concernant la composante *Relation transférentielle* n'ont pas été codés comme faisant partie de cette composante.



Par ailleurs, il est possible de formuler une observation quant au contenu abordé par les participants suite à la question d'entrevue suivante : « Y a-t-il, dans votre relation client-thérapeute, des façons d'être qui ressemblent à vos modes habituels de relation avec les autres personnes de votre vie? Comment cela se manifeste-t-il? ». Cette question visait à susciter du contenu en lien avec la composante *Relation transférentielle*. Il est apparu qu'à cette question, les clients de l'étude nommaient plutôt les différences qu'ils percevaient entre la relation thérapeutique et les autres relations dans leur vie, que les ressemblances. Ils abordaient notamment le fait qu'ils percevaient pouvoir réellement être eux-mêmes dans la relation thérapeutique, comparativement à d'autres relations dans leur vie. La catégorie *Sentiment du client d'être simplement lui-même avec le thérapeute*, de l'arbre, et la sous-composante *Authenticité, ouverture et honnêteté envers l'autre*, qui fait partie de la composante *Relation personne-à-personne* de la grille, reflètent cette réalité. Ces éléments rejoignent l'une des sous-dimensions de la composante « relation vraie » de Gelso et Carter (1994), soit l'authenticité. Ces résultats semblent suggérer que les clients de l'étude auraient davantage conscience des moments où ils sont réellement et authentiquement eux-mêmes, que des moments où il y a présence de distorsions dans la relation, comme c'est le cas dans la composante *Relation transférentielle*. Les différents éléments de la composante *Relation personne-à-personne* seront discutés dans la sous-section suivante.

Le tableau suivant (voir Tableau 34) permet de constater que l'arbre apporte une nuance pour une seule des sous-composantes de la *Relation transférentielle*.

Tableau 34

Tableau comparatif entre la composante Relation transférentielle et l'arbre des catégories émergentes

<b>RELATION TRANSFÉRENTIELLE</b>		Éléments d'approfondissement de l'arbre des catégories émergentes
	Sous-composantes	
Définition :  C'est à l'intérieur de cette relation que se répètent dans le présent les schémas d'interactions précoces. Comprend les répétitions de conflits passés avec les figures d'attachement, ce qui fait que les sentiments, attitudes et comportements qui appartiennent à ces relations antérieures sont déplacés sur l'autre personne. Il y a donc présence de distorsions dans la relation.  (Gelso et Carter, 1994)	<b>A) Perception, par le client, du thérapeute comme ayant les attributs d'un parent</b>	—
	<b>B) Expérience, par le client ou le thérapeute, de sentiments et/ou de cognitions envers l'autre, qui sont provoqués par la répétition d'interactions passées</b>	—
	<b>C) Attentes inexactes du thérapeute ou du client par rapport à la manière d'agir ou de réagir de l'autre</b>	—
	<b>D) Compréhension et acceptation, par le thérapeute, de sentiments, d'attitudes et de comportements du client à son égard qui appartiennent à des relations passées</b>	—
	<b>E) Modification du comportement, des cognitions et/ou des sentiments du client pour se conformer aux attentes perçues du thérapeute</b>	- Neutralité volontaire du thérapeute bénéfique pour le client

Ainsi, la catégorie *Neutralité volontaire du thérapeute bénéfique pour le client* de l'arbre apporte un élément de discussion concernant la sous-composante *Modification du comportement, des cognitions et/ou des sentiments du client pour se conformer aux attentes perçues du thérapeute* de la grille. En effet, cette catégorie suggère que le fait que le thérapeute ne donne pas de signaux au client par rapport à ce qui est attendu de lui

peut faire en sorte que ce dernier ne se conforme pas à une manière d'être particulière. Par exemple, un client qui chercherait des indices dans les propos ou dans le non-verbal de son thérapeute pour savoir comment interagir avec lui, mais qui n'en trouverait pas, pourrait alors être davantage amené à agir selon ce qu'il ressent que selon ce qu'il perçoit qui est attendu de lui. Les clients de l'étude ont rapporté percevoir que cette attitude de neutralité du thérapeute les aidait à ne pas répéter certaines manières d'être qu'ils ont et qui peuvent être problématiques. Il semble que, selon la perception des clients de l'étude, l'attitude de neutralité du thérapeute les encourage à être eux-mêmes plutôt qu'à répéter des schémas d'interaction appris ou à répondre aux exigences perçues du thérapeute. Contrairement à ce que propose la sous-composante *Modification du comportement, des cognitions et/ou des sentiments du client pour se conformer aux attentes perçues du thérapeute*, qui exprime l'idée que le client change sa façon d'agir, de penser ou de se sentir pour correspondre aux demandes imaginées du thérapeute, la position de neutralité du thérapeute perçue par les participants leur permet plutôt, selon eux, d'agir en suivant leurs propres repères internes. Toutefois, étant donné que, traditionnellement, il n'y a pas de travail clinique effectué par rapport au transfert dans la thérapie d'approche humaniste, et même si certains thérapeutes d'approche humanistes font un tel travail, il se pourrait également que les clients de l'étude n'aient pas eu l'opportunité de prendre conscience des moments où ils ont effectivement modifié leurs comportements, leurs cognitions ou leurs sentiments pour se conformer aux attentes perçues de leur thérapeute. Il se pourrait aussi qu'ils aient pu en prendre conscience à certains moments, mais que, étant donné que ce contenu n'a pas été

travaillé avec le thérapeute, ces clients n'ont pas jugé qu'il était suffisamment significatif pour l'aborder lors de l'entrevue de collecte des données. En ce sens, il aurait pu être pertinent, lors de l'entrevue, de poser certaines sous-questions afin de communiquer aux clients que ce contenu pouvait être pertinent. Par exemple, il aurait été intéressant de leur demander : « Même si c'est arrivé peu fréquemment, y a-t-il eu des moments, avec votre thérapeute, pendant lesquels vous avez eu envie de modifier un peu votre comportement pour lui faire plaisir ? ».

En conclusion, la composante *Relation transférentielle* est la composante ayant le moins ressorti dans les propos des participants, et les résultats de l'arbre amènent peu de précisions concrètes à propos de ses sous-composantes. Les réponses des clients aux questions posées en lien avec la *Relation transférentielle* suggèrent que les éléments de la composante *Relation personne-à-personne* font davantage partie de la perception qu'ont les clients de l'étude d'une relation thérapeutique positive que les éléments de la composante *Relation transférentielle*. Il est toutefois possible de nuancer ce résultat en soulignant que les clients de l'étude ne prennent probablement pas part à une thérapie dans laquelle un travail clinique du transfert est effectué. Cette absence de travail clinique pourrait avoir pour effet qu'ils ont peu conscience des éléments constituant la *Relation transférentielle*, ce qui fait que ces éléments ne font pas partie de leur perception de la relation thérapeutique. En conséquence, ces clients n'ont pas abordé ces éléments lors de l'entrevue de collecte de données. Par ailleurs, il se peut également que la question choisie pour susciter du contenu en lien avec la composante *Relation*

*transférentielle* n'ait pas permis d'avoir accès à ce contenu. Il est possible de penser que cette question n'était pas formulée d'une manière qui amenait les clients à considérer les éléments en lien avec le transfert. Il aurait peut-être pu être plus pertinent d'aborder directement, par des questions, les sous-composantes de la *Relation transférentielle*. Par exemple, en lien avec la sous-composante *Perception, par le client, du thérapeute comme ayant les attributs d'un parent*, des questions à poser lors de l'entrevue auraient pu être : « Vous arrive-t-il de trouver que votre thérapeute a certaines caractéristiques qui vous font penser à des figures du passé? Vous arrive-t-il parfois de vous sentir, avec votre thérapeute, comme vous vous sentez avec votre père ou votre mère? ». Il aurait également été possible de poser une question en lien avec la sous-composante *Attentes inexactes du thérapeute ou du client par rapport à la manière d'agir ou de réagir de l'autre*, comme : « Vous êtes-vous rendus compte, à certains moments, que vous aviez idéalisé votre thérapeute? ».

**Relation personne-à-personne.** Tout d'abord, de façon générale, plusieurs ressemblances ont été observées entre la composante *Relation personne-à-personne*, qui est la troisième composante de la grille, et la méga-catégorie *Création d'une relation véritable entre deux personnes humaines au-delà de leurs rôles respectifs* de l'arbre. En effet, toutes deux mettent de l'avant le lien affectif, la relation plus personnelle qui s'établit entre le client et le thérapeute. Des similarités sont présentes entre plusieurs éléments de la grille et de l'arbre, comme le montre le Tableau 35.

Tableau 35

*Similitudes entre la composante Relation personne-à-personne et la mégacatégorie Création d'une relation véritable entre deux personnes humaines*

<b>Relation personne-à-personne</b>	<b>Création d'une relation véritable entre deux personnes humaines</b>
A) Authenticité, ouverture et honnêteté envers l'autre	1.2 Sentiment du client d'être simplement lui-même avec le thérapeute 3.3 Fidélité du thérapeute à ce qu'il est comme personne
D) Attachement ressenti par rapport à l'autre I) Existence de l'appréciation de l'autre personne	2.1 Appréciation réciproque entre le client et le thérapeute
E) Regard nuancé sur l'autre, comprenant ses forces et ses limites	3.2.1 Perception du thérapeute comme humain ayant des forces et des faiblesses
H) Présence d'un climat positif	4.3.2 Climat détendu et agréable

Entre autres, la sous-composante *Authenticité, ouverture et honnêteté envers l'autre* de la grille des composantes préexistantes recoupe la catégorie *Sentiment du client d'être simplement lui-même avec le thérapeute* ainsi que la grande catégorie *Fidélité du thérapeute à ce qu'il est comme personne*, toutes deux dans l'arbre. De même, les sous-composantes *Attachement ressenti par rapport à l'autre* et *Existence de l'appréciation de l'autre personne* de la grille sont similaires à la grande catégorie *Appréciation réciproque entre le client et le thérapeute* de l'arbre. Encore une fois, les nombreuses ressemblances entre ces éléments, bien qu'elles n'apportent pas de nuances ou de précisions, suggèrent que plusieurs des sous-composantes de la *Relation personne-à-personne*, issues des écrits scientifiques, feraient effectivement partie de la perception qu'ont les clients de l'étude de leur expérience d'une relation thérapeutique positive.

Les résultats de l'arbre permettent toutefois d'amener des éléments nouveaux et des précisions quant à ce lien affectif qui est présent entre le client et le thérapeute. Le tableau suivant (voir Tableau 36) présente les éléments d'approfondissement qu'amène l'arbre aux sous-composantes de la *Relation personne-à-personne*.

***Engagement émotionnel envers l'autre et Établissement du contrat thérapeutique dans ses aspects concrets.*** Tout d'abord, les grandes catégories *Intimité professionnelle entre le client et le thérapeute* et *Distance relationnelle optimale entre le client et le thérapeute* de l'arbre témoignent d'un paradoxe vécu dans la relation thérapeutique par les clients de l'étude. En effet, la première grande catégorie amène l'idée de la perception par les clients d'une proximité du client avec le thérapeute, et même de l'établissement d'une connexion profonde entre eux. Cette notion d'intimité vient ajouter davantage de nuances à la sous-composante *Engagement émotionnel envers l'autre* de la composante *Relation personne-à-personne*, en témoignant d'une grande proximité émotionnelle entre client et thérapeute. Cette présence d'intimité entre le client et le thérapeute est également ressortie comme faisant partie de la perception des clients de la relation thérapeutique, dans l'étude de Levitt et al. (2006). La deuxième grande catégorie, soit *Distance relationnelle optimale entre le client et le thérapeute*, traite plutôt d'une distance émotionnelle entre le client et le thérapeute et d'une

Tableau 36

Tableau comparatif entre la composante Relation personne-à-personne et l'arbre des catégories émergentes

<b>RELATION PERSONNE-À-PERSONNE</b>		Éléments d'approfondissement de l'arbre des catégories émergentes
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Sous-composantes</div>		
<p>Définition :</p> <p>Reflète le lien affectif qui existe dans toutes les relations et qui existe au-delà des aspects de travail de la relation. Ses deux caractéristiques principales sont l'authenticité (l'habileté et le désir d'être réellement soi-même dans la relation) et le réalisme (perceptions de l'autre qui ne comportent pas de distorsions; qui sont justes et réalistes).</p> <p>(Gelso et Carter, 1994; Rogers, 1957; Horvath &amp; Greenberg, 1989; St-Arnaud, 2003)</p>	<b>A) Authenticité, ouverture et honnêteté envers l'autre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentiment du client d'être simplement lui-même dans la relation</li> <li>- Fidélité du thérapeute à ce qu'il est comme personne</li> <li>- Accès partiel du client aux aspects personnels du thérapeute</li> </ul>
	<b>B) Dévoilement de soi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dévoilement de soi unilatéral inhérent à la relation</li> <li>- Existence d'une zone uniquement accessible au thérapeute</li> </ul>
	<b>C) Engagement émotionnel envers l'autre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développement graduel d'un lien de confiance               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proactivité du thérapeute à instaurer une relation de confiance</li> <li>• Façon d'être du thérapeute qui inspire confiance</li> </ul> </li> <li>- Intimité professionnelle entre le client et le thérapeute</li> </ul>
	<b>D) Attachement ressenti par rapport à l'autre</b>	—
	<b>E) Regard nuancé sur l'autre, comprenant ses forces et ses limites</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indulgence du client devant la faillibilité du thérapeute</li> <li>- Perception du thérapeute comme humain ayant une vie personnelle</li> <li>- Sentiment du client d'être vu correctement par le thérapeute</li> </ul>
	<b>F) Compréhension empathique du client par le thérapeute</b>	—
	<b>G) Acceptation inconditionnelle du client par le thérapeute</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liberté allouée au client d'avancer à son propre rythme</li> <li>- Ouverture authentique du thérapeute à tout entendre</li> </ul>
	<b>H) Présence d'un climat positif</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Familiarité grandissante entre client et thérapeute</li> <li>- Accueil chaleureux du thérapeute</li> <li>- Respect spontané du client pour le thérapeute</li> </ul>
	<b>I) Existence de l'appréciation de l'autre personne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Complicité manifeste entre le client et le thérapeute</li> </ul>
	<b>J) Possibilité d'un dialogue concernant la relation dans l'ici et maintenant</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Événements relationnels comme source d'apprentissage pour le client</li> <li>- Espace thérapeutique ouvert aux rétroactions du client</li> </ul>



impression, pour le client, de ne pas réellement connaître le thérapeute. Cette notion de distance émotionnelle vient nuancer la sous-composante *Établissement du contrat thérapeutique dans ses aspects concrets*, de la composante *Relation coopérative* qui comporte, dans sa définition, l'idée que les limites relationnelles sont implicites dans le contrat thérapeutique entre le client et le thérapeute. Les résultats de l'étude de Levitt et al. (2006) vont dans le même sens que ceux de la présente étude. En effet, les clients de leur étude percevaient également la pertinence d'une certaine distance émotionnelle entre eux et le thérapeute afin de favoriser le travail thérapeutique.

Ce paradoxe entre, à la fois, une proximité et une distance émotionnelle perçues, semble toutefois être vécu positivement par les clients de l'étude. En effet, ceux-ci percevraient la nécessité d'avoir une relation thérapeutique caractérisée par un certain niveau d'intimité et de proximité, et de développer un lien plus personnel avec leur thérapeute, afin de faciliter les échanges et de se sentir à l'aise de se dévoiler. Par ailleurs, ils percevraient qu'il est tout aussi nécessaire qu'il y ait une certaine distance relationnelle et émotionnelle entre leur thérapeute et eux, afin que tous deux soient libres dans leur rôle respectif. En effet, les clients de l'étude ont rapporté avoir l'impression que cette distance fait en sorte qu'ils peuvent s'exprimer sans se soucier de l'impact de leurs propos sur leur relation thérapeutique. Ils ont également mentionné croire que cette distance donne au thérapeute l'espace nécessaire pour faire son travail adéquatement, en plus de lui permettre d'adopter une attitude de neutralité qui est à leur service, en ne l'influençant pas d'un côté ou d'un autre dans leur processus.

Par ailleurs, il est possible de faire un lien entre ces grandes catégories, soit *Intimité professionnelle entre le client et le thérapeute* et *Distance relationnelle optimale entre le client et le thérapeute*, et les notions de cadre thérapeutique et de limites professionnelles. Ces notions ont été davantage discutées dans les écrits de l'approche psychodynamique. En effet, selon Gutheil et Gabbard (1993), les limites professionnelles créent l'espace physique, psychologique et social occupé par le client dans la relation thérapeutique. Ces cliniciens d'orientation psychodynamique suggèrent que les attentes des clients par rapport à la relation thérapeutique pourraient être plus naïves, permissives et flexibles que celles établies par le thérapeute. Les résultats de la présente étude semblent toutefois ne pas aller dans le sens de cette affirmation. En effet, les clients de l'étude se disent être en accord avec les limites établies par le thérapeute, notamment la distance relationnelle et émotionnelle qui est présente, et les vivre de manière positive. Les résultats de l'étude de Levitt et al. (2006) vont dans le même sens que ceux de la présente étude. En effet, pour les clients de leur étude, le fait que la thérapie soit structurée de manière claire et constante permettait le développement d'un sentiment de sécurité en thérapie. Les résultats de cette étude suggèrent également que le fait que le thérapeute ou le client se préoccupent trop du bien-être de l'autre ou ressentent un trop grand attachement à lui pouvait perturber le travail thérapeutique. Ces résultats sont cohérents avec ceux de la présente étude, qui font ressortir la perception par les clients de la nécessité d'un équilibre entre proximité et distance. Il est toutefois possible de supposer que ces clients voient la distance relationnelle et émotionnelle de manière positive, car ils ont pu l'expérimenter au fil des rencontres. En effet, il se peut

qu'il soit nécessaire, pour les clients, de faire l'expérience des bénéfices des limites relationnelles et émotionnelles présentes dans la relation thérapeutique pour être en accord avec celles-ci. Il serait plausible d'émettre l'hypothèse que leur perception de la distance et des limites était différente au début du processus thérapeutique et que, par exemple, ils n'en saisissaient pas tout le bien-fondé.

*Attachement ressenti par rapport à l'autre et Existence de l'appréciation de l'autre personne.* Dans un autre ordre d'idées, les résultats de l'arbre permettent de qualifier de quelle manière sont perçues, par les clients, les sous-composantes *Attachement ressenti par rapport à l'autre* et *Existence de l'appréciation de l'autre personne* de la grille. Lors des entrevues, il a été remarqué qu'il semblait difficile, pour les clients, de nommer l'appréciation et l'attachement réciproques présents dans la relation thérapeutique. Cette difficulté, et même cette gêne, à nommer cette appréciation et cet attachement pourrait s'expliquer en partie par le paradoxe perçu entre proximité et distance, présenté précédemment. En effet, la relation thérapeutique est, d'une part, une relation professionnelle, pour laquelle le client paie. Toutefois, étant donné la nature du contenu abordé dans le cadre de la thérapie, une composante plus intime s'établit nécessairement dans la relation. Les clients semblaient avoir de la difficulté à intégrer ces deux éléments de manière à organiser leur expérience. Ce résultat témoigne de la complexité de la composante *Relation personne-à-personne* et amène une compréhension plus subtile de celle-ci. Les études portant sur la perception des clients de la relation thérapeutique ne semblent pas avoir mis l'emphase sur leur expérience de

l'intimité et de la distance émotionnelle, ni sur leur expérience de l'appréciation et de l'attachement réciproques présents dans la relation. Les résultats de la présente étude apportent donc un éclairage particulièrement novateur sur ces notions telles que perçues par les clients et permettent d'en avoir une compréhension plus nuancée.

De plus, la catégorie *Perplexité du client devant une relation thérapeutique hors des schèmes de référence habituels* de l'arbre amène une autre piste d'explication possible par rapport à la difficulté des clients de l'étude à reconnaître, à nommer et à assumer l'appréciation réciproque qui est vécue dans la relation thérapeutique. En effet, cette catégorie met en lumière la difficulté perçue par les clients à définir la relation thérapeutique, étant donné le caractère unique de celle-ci, qui se distingue de tout ce dont ils ont déjà fait l'expérience auparavant. Pour les clients de l'étude, cette relation possède certaines similarités, mais surtout plusieurs différences par rapport aux autres relations qu'ils connaissent. Ces particularités uniques de la relation thérapeutique peuvent donc aussi faire en sorte que les clients aient de la difficulté à réconcilier les notions de relation d'aide professionnelle, appréciation et attachement. Krause et al. (2011), en résumant les propos des clients de leur étude, identifient les caractéristiques qui différencient la relation thérapeutique des autres relations, notamment la présence d'asymétrie dans plusieurs aspects, comme les responsabilités de chacun et les bénéfices retirés de la relation. Toutefois, le vécu des clients face à ces particularités de la relation thérapeutique n'est pas abordé. En ce sens, les résultats de la présente étude amènent des

informations nouvelles, en identifiant le sentiment de perplexité dont les clients peuvent faire l'expérience devant ce nouveau type de relation.

Par ailleurs, l'une des manières dont les clients ont abordé la sous-composante *Existence de l'appréciation de l'autre personne* de la grille des composantes préexistantes est précisée par la grande catégorie *Complicité manifeste entre le client et le thérapeute* de l'arbre. Cette grande catégorie suggère qu'à mesure qu'ils apprennent à se connaître, le thérapeute et le client développent une complicité qui est appréciée par le client. Ce dernier ressentirait plus particulièrement cette complicité par la présence d'humour dans les rencontres. En effet, le fait de rire avec le thérapeute, de le taquiner et de se faire taquiner par lui seraient des indicateurs, pour les clients de l'étude, qu'une complicité s'est installée entre eux. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Richman (1996), qui suggère que l'humour a le potentiel d'approfondir et de solidifier la relation thérapeutique, car il peut amener de l'acceptation, de l'empathie, de la cohésion et un sentiment d'appartenance. Les résultats de la présente étude amènent une précision supplémentaire, en mettant l'accent sur le fait que l'humour peut également installer une forme de complicité entre le client et le thérapeute. Ainsi, il semble que l'humour fasse partie de la perception qu'ont les clients de l'étude de la relation thérapeutique, en tant qu'élément d'une relation thérapeutique positive ainsi qu'en tant que stratégie d'intervention, tel que mentionné précédemment.

***Dévoilement de soi.*** Un autre élément qu'il est possible de relier au paradoxe entre proximité et distance se retrouve dans la sous-composante *Dévoilement de soi* de la grille et est précisé davantage par la catégorie *Dévoilement de soi unilatéral inhérent à la relation* de l'arbre. En effet, le fait que le client soit le seul à se dévoiler complètement crée une sorte d'asymétrie dans la relation thérapeutique, où le thérapeute connaît en profondeur le client, alors que le client ne connaît presque rien du thérapeute. Ainsi, d'un côté, le dévoilement des aspects intimes du client amène une intimité et une proximité, alors que le non-dévoilement du thérapeute peut contribuer à une impression de distance dans la relation thérapeutique. Les clients de l'étude semblaient tout de même percevoir le bienfondé de cette distance, tel qu'énoncé plus haut. Ce déséquilibre perçu dans le dévoilement de soi va dans le même sens que l'étude de Krause et al. (2011) rapportée ci-haut, dans laquelle la présence d'asymétrie dans la relation thérapeutique était identifiée comme étant l'une des caractéristiques différenciant la relation thérapeutique des autres relations. Toutefois, ces chercheurs n'ont pas identifié spécifiquement le dévoilement de soi comme un élément illustrant cette asymétrie, contrairement à la présente étude.

***Authenticité, ouverture et honnêteté envers l'autre.*** Par ailleurs, malgré la distance émotionnelle et relationnelle perçue entre le client et le thérapeute, les clients de l'étude avaient tout de même l'impression de connaître leur thérapeute à un certain point, comme l'indique la catégorie principale *Accès partiel du client aux aspects personnels du thérapeute* de l'arbre. Cette catégorie principale précise davantage la

sous-composante *Authenticité, ouverture et honnêteté envers l'autre* de la grille des composantes préexistantes en fournissant des informations sur la manière dont le thérapeute met en œuvre ces attitudes, selon la perception des clients de l'étude. En effet, ceux-ci ont rapporté avoir le sentiment d'avoir accès à la personne qu'est leur thérapeute, notamment par sa manière de travailler. La manière de travailler du thérapeute est pour ces clients un indicateur de la personnalité ou des préférences du thérapeute, tel que le précise la catégorie *Accès à la personnalité du thérapeute par sa manière d'exercer son travail*. Selon les résultats de l'étude, les clients ont également l'intuition que certaines interventions du thérapeute, notamment certains exemples qu'il donne pour illustrer un propos, reflètent en partie qui le thérapeute est, comme l'indique la catégorie *Interventions du thérapeute puisant dans ce qu'il est*. Finalement, la grande catégorie *Fidélité du thérapeute à ce qu'il est comme personne* précise que les clients de l'étude ont le sentiment d'être en contact avec une personne vraie et authentique, même si le thérapeute ne parle pas ou peu de lui-même.

Ces catégories rejoignent la notion d'authenticité, qui est l'un des deux éléments présents dans la définition de la composante « relation vraie », selon Gelso et Carter (1994). L'authenticité renvoie à l'habileté d'être réellement soi-même, de ne pas être faux ou hypocrite et d'être authentique dans l'ici et maintenant. Ces catégories peuvent également être mises en parallèle avec la notion de congruence de Rogers (1957, 1970), pour qui la congruence se manifeste lorsque le thérapeute est ce qu'il est, sans « masque » ni façade, lorsqu'il est librement et profondément lui-même. Les résultats de

la présente étude précisent ce concept d'authenticité et de congruence en adoptant le point de vue des clients et en suggérant que leur perception d'authenticité passe par un ressenti global d'être en face d'une personne authentique et, plus précisément, est en lien avec les choix que fait le thérapeute dans sa manière d'exercer son travail.

*Regard nuancé sur l'autre, comprenant ses forces et ses limites.* Ensuite, la catégorie *Perception du thérapeute comme humain ayant des forces et des faiblesses* de l'arbre va dans le même sens que la sous-composante *Regard nuancé sur l'autre, comprenant ses forces et ses limites* de la grille. Cette catégorie et cette sous-composante rejoignent le deuxième élément présent dans la définition de la composante « relation vraie » de Gelso et Carter (1994). Ce deuxième élément est le réalisme, qui consiste à percevoir l'autre d'une façon juste et réelle plutôt que sur la base de projection de peurs ou de désirs. En effet, cette catégorie et cette sous-composante soulignent que les clients de l'étude auraient conscience que le thérapeute est lui aussi une personne humaine qui possède des forces, mais aussi des limites. La sous-catégorie *Indulgence du client devant la faillibilité du thérapeute* de l'arbre amène une nuance supplémentaire en indiquant que les clients se perçoivent comme faisant preuve d'une attitude conciliante, lorsque confrontés à une limite du thérapeute, plutôt que de s'y attarder ou de condamner le thérapeute. Ce résultat rejoint celui de Manthei (2007), qui a observé que les clients de son étude étaient remarquablement tolérants envers la performance de leur thérapeute, qu'ils jugeaient imparfaite. Les résultats de l'étude de Manthei et ceux de la présente étude suggèrent que les clients se perçoivent comme étant capables d'accepter, dans une



certaine mesure, le fait que leur thérapeute est un humain imparfait et d'être jusqu'à un certain point réalistes par rapport à ce qu'ils peuvent attendre de lui.

*Acceptation inconditionnelle du client par le thérapeute.* Un autre indicateur du lien affectif présent dans la relation thérapeutique est précisé par la sous-composante *Acceptation inconditionnelle du client par le thérapeute* de la grille des composantes préexistantes. Cette sous-composante comprend notamment, dans sa définition, la notion du respect profond du thérapeute pour la situation et les choix du client. Cette notion de respect du thérapeute envers le client est également ressortie dans l'arbre. La sous-catégorie *Liberté allouée au client d'avancer à son propre rythme* précise l'une des manières par laquelle le thérapeute peut manifester son respect, selon la perception des clients. Ainsi, cette sous-catégorie suggère que les clients de l'étude ne ressentiraient pas de pression quant au rythme auquel ils souhaitent progresser dans le travail thérapeutique. Ils se sentiraient libres de choisir quelles zones ils désirent aborder dans les rencontres, et à quel moment ils souhaitent le faire.

Ce respect profond du thérapeute pour le client concorde avec la notion de considération positive inconditionnelle de Rogers (1957), qui la définit comme l'acceptation, par le thérapeute, de chacun des aspects de l'expérience du client comme faisant partie du client. Il s'agit également d'un souci pour le bien-être du client, mais pas de manière possessive. Il est toutefois intéressant de noter que peu d'écrits théoriques et d'études empiriques s'attardent plus spécifiquement à la notion de respect

(Blass, 2006). Le respect est souvent nommé au passage, avec d'autres ingrédients reconnus comme importants pour la construction d'une relation thérapeutique positive, comme l'empathie, le souci pour le client et l'attitude chaleureuse, par exemple (Bachelor, 1995). Les résultats de la présente étude suggèrent toutefois que le respect serait un élément à part entière, faisant partie de la perception des clients d'une relation thérapeutique positive.

*Présence d'un climat positif.* Par ailleurs, la catégorie *Respect spontané du client pour le thérapeute* de l'arbre témoigne du respect dont les clients de l'étude perçoivent, eux aussi, faire preuve envers leur thérapeute. Cette catégorie fournit un élément d'approfondissement à la sous-composante *Présence d'un climat positif*. En effet, les clients de l'étude considèrent leur thérapeute comme étant digne de respect et ont de l'estime pour son travail, qu'ils s'imaginent être un travail assez difficile. De plus, ils se perçoivent comme faisant preuve de respect envers les interventions de leur thérapeute et dans leur manière de lui donner une rétroaction à ce sujet, comme le souligne la sous-catégorie *Considération respectueuse du client pour les interventions du thérapeute*. Encore une fois, il est intéressant de noter que peu d'écrits témoignent de ce respect du client pour le thérapeute. Rogers (1958) mentionne qu'une relation thérapeutique positive doit comprendre un respect et un souci mutuel, sans toutefois donner davantage d'indications sur ce respect. Ce résultat amènerait donc un éclairage nouveau sur l'un des ingrédients relationnels, tel que perçu par les clients, d'une relation thérapeutique

positive, en permettant d'identifier et de décrire le respect dont les clients de l'étude perçoivent faire preuve envers leur thérapeute.

*Engagement émotionnel envers l'autre.* Finalement, un autre ingrédient relationnel faisant partie de la perception qu'ont les clients de l'étude d'une relation thérapeutique positive est représenté par la grande catégorie *Développement graduel d'un lien de confiance* de l'arbre. Les résultats de la présente étude suggèrent que, pour les clients, la confiance qu'ils ont en leur thérapeute est un prérequis essentiel à un travail thérapeutique efficace et est une part essentielle de leur processus. La confiance est également perçue par ces clients comme un élément fondamental et indispensable au bon fonctionnement de la relation thérapeutique. Ce résultat concorde avec les résultats provenant de plusieurs études portant sur le point de vue des clients, qui pointent vers l'importance de la confiance du client envers le thérapeute pour l'établissement d'une relation positive (p.ex., Bachelor, 1995; Bowman & Fine, 2000; Brillhart, 2008).

Par ailleurs, les sous-catégories *Proactivité du thérapeute à instaurer une relation de confiance* et *Façon d'être du thérapeute qui inspire confiance* de l'arbre précisent comment l'établissement d'une telle confiance est perçu par les participants. Ainsi, la première sous-catégorie amène l'idée que le thérapeute utiliserait son savoir-faire et ses habiletés pour favoriser le lien de confiance entre le client et lui. Pour sa part, la deuxième sous-catégorie exprime le fait qu'une part de la confiance que le client accorde au thérapeute proviendrait de la manière d'être de ce dernier. Il apparaît qu'il est

difficile pour les clients de l'étude d'expliquer exactement en quoi consiste cette manière d'être qui inspire confiance, bien qu'ils la ressentent de manière positive. Ainsi, les clients de la présente étude perçoivent qu'une partie de la confiance qu'ils ont envers leur thérapeute se serait développée suite à des efforts conscients de celui-ci, mais qu'une autre partie de cette confiance relèverait davantage d'une façon d'être globale du thérapeute qui invite à la confiance.

Cette difficulté pour les clients de l'étude à identifier ce qui a initialement contribué à leur confiance en leur thérapeute est cohérente avec l'affirmation de Lecomte, Savard, Drouin et Guillon (2004) :

« Arriver à créer un climat de confiance et de sécurité pour mobiliser l'engagement du client est un processus complexe. (...) Les clients varient considérablement selon leur histoire de vie, dans leurs attentes et leurs perceptions de ce qui est aidant et utile. » (p.82).

Les résultats de la présente étude suggèrent que, bien que le savoir-faire du thérapeute soit nécessaire et utile pour établir la confiance, une partie de ce processus échapperait à ses efforts conscients et relèverait plutôt d'une façon d'être générale qui serait perçue de façon positive par le client.

En conclusion, la composante *Relation personne-à-personne* est la composante ayant le plus ressorti dans les entrevues. Plus précisément, les sous-composantes *Authenticité, ouverture et honnêteté envers l'autre, Engagement émotionnel envers l'autre, Acceptation inconditionnelle du client par le thérapeute* et *Présence d'un climat*

*positif* sont celles ayant été abordées le plus souvent par les clients. Ces sous-composantes semblent donc être au cœur de la perception qu'ont les clients de l'étude de leur expérience d'une relation thérapeutique positive. Par ailleurs, les résultats de l'arbre ont permis d'apporter plusieurs éléments de nuance et d'approfondissement aux diverses sous-composantes, permettant ainsi de comprendre en profondeur la nature de la composante *Relation personne-à-personne*. Entre autres, la notion de paradoxe entre distance et intimité dans la relation thérapeutique, telle que perçue par les clients de cette étude, apparaît être un élément novateur qui permet d'envisager la composante *Relation personne-à-personne* sous un angle différent, et qui semble avoir été peu étudié, jusqu'à maintenant, dans les études portant sur le point de vue des clients par rapport à la relation thérapeutique.

**Relation transpersonnelle.** Finalement, la quatrième composante de la grille, soit la *Relation transpersonnelle*, est peu ressortie dans les entrevues, tel que mentionné dans la section consacrée à la présentation des résultats. Il est possible d'avancer quatre pistes d'explication par rapport au fait que les sous-composantes de la *Relation transpersonnelle* aient été peu abordées par les clients. Premièrement, d'après Clarkson (1995), cette composante se manifeste plus rarement dans la relation thérapeutique. Il est possible de penser que la présence de la *Relation transpersonnelle* suppose un certain niveau de profondeur dans la relation entre le client et le thérapeute, qui peut ne pas être atteint par toutes les dyades client-thérapeute. Deuxièmement, il est possible d'émettre l'hypothèse que, de par leur nature intangible, les éléments de la *Relation*

*transpersonnelle* sont plus difficiles à mentaliser et à mettre en mots par les clients. En ce sens, Clarkson (1995) mentionne que cette composante est difficile à décrire, parce que sa nature ne permet pas d'utiliser le même type de description qui est utilisé pour les autres composantes. De plus, le fait de prendre conscience des éléments faisant partie de cette composante et d'arriver à les articuler clairement est un processus complexe qui demande une auto-observation approfondie. Il se peut que tous les clients n'en soient pas capables, ou encore que ce cheminement soit difficilement réalisable dans le cadre d'une entrevue. Troisièmement, il apparaît que, dans la société nord-américaine actuelle, les éléments en lien avec la composante transpersonnelle, tels l'amour universel et les expériences spirituelles et inexplicables, sont généralement peu abordés. Le peu de place qui est accordé à ces éléments dans l'environnement des clients contribue à ce que ceux-ci disposent de peu de mots pour en parler. De plus, il se pourrait que les clients craignent d'être jugés négativement s'ils parlaient de contenus ayant une connotation transpersonnelle, ayant peur d'avoir l'air étranges ou ésotériques, ou encore qu'ils s'imaginent que ces éléments n'ont pas leur place dans une relation thérapeutique. Finalement, une autre hypothèse pouvant expliquer le fait que la composante *Relation transpersonnelle* soit peu ressortie dans les propos des clients de l'étude concerne le canevas d'entrevue. En effet, il se peut que les questions visant à susciter du contenu en lien avec cette composante aient été formulées d'une façon qui ne permettait pas une réflexion sur celle-ci. Il est donc possible que les questions choisies n'aient pas contribué à ce que les clients abordent les éléments reliés à la *Relation transpersonnelle*. Étant donné les obstacles complexifiant l'accès à du contenu en lien avec la composante

*Relation transpersonnelle*, il aurait pu être pertinent d'ajouter d'autres questions, dans le canevas d'entrevue, visant cette composante. Par exemple, il aurait été possible de demander aux clients : « Y a-t-il des moments où vous avez senti une connexion plus forte ou plus profonde qu'à l'habitude, entre vous et votre thérapeute? ».

Malgré le fait que la composante *Relation transpersonnelle* soit peu ressortie dans les entrevues, il est tout de même possible d'observer des similarités entre cette composante et trois éléments de l'arbre. Ces éléments permettent d'apporter certaines nuances à la composante *Relation transpersonnelle*. Le tableau suivant (voir Tableau 37) présente les éléments d'approfondissement apportés par l'arbre aux sous-composantes de la composante *Relation transpersonnelle*.

***Connexion profonde entre client et thérapeute et Présence de moments significatifs inexplicables.*** Premièrement, un recoupement évident peut être fait entre les sous-composantes *Connexion profonde entre client et thérapeute* et *Présence de moments significatifs inexplicables* de la grille des composantes préexistantes et la catégorie *Établissement graduel d'une connexion profonde entre le client et le thérapeute* de l'arbre. Ces sous-composantes et cette catégorie suggèrent que les clients de l'étude perçoivent qu'un lien profond et inexplicable se développe entre eux et leur thérapeute. De plus, les résultats de l'arbre permettent de préciser, selon la perception des clients, en quoi peuvent consister les moments significatifs inexplicables qui surviennent dans la relation thérapeutique et qui sont qualitativement différents de ce qui

Tableau 37

*Tableau comparatif entre la composante Relation transpersonnelle et l'arbre des catégories émergentes*

<b>RELATION TRANSPERSONNELLE</b>		Éléments d'approfondissement de l'arbre des catégories émergentes
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">Sous-composantes</div>		
Définition : Dimension spirituelle et inexplicable de la relation, qui comprend les expériences impliquant une expansion de la conscience au-delà des limites habituelles de l'ego et au-delà des limites du temps et de l'espace. C'est la sensation subjective, chez le client et le thérapeute, que quelque chose de profondément, personnellement et émotionnellement significatif se produit.  (Clarkson, 1995; Rogers, 1980; Richards & Bergin, 2005)	<b>A) Connexion profonde entre client et thérapeute</b>	- <i>Établissement graduel d'une connexion profonde entre le client et le thérapeute</i>
	<b>B) Présence de moments significatifs inexplicables</b>	
	<b>C) Croyance profonde du thérapeute dans le potentiel du client</b>	_____
	<b>D) Présence guérissante du thérapeute</b>	_____
	<b>E) Amour bienveillant ressenti pour l'autre</b>	- <i>Vulnérabilité du client honorée par le thérapeute</i>

se produit habituellement. Ainsi, il semble qu'un sentiment momentané d'union ou de fusion inexplicable entre l'esprit du client et du thérapeute a pu être ressenti par les clients de l'étude à certains moments. Ces résultats vont dans le même sens que les écrits de plusieurs cliniciens d'orientation humaniste et existentielle. Notamment, Rogers (1980), en écrivant sur le concept de présence du thérapeute, mentionne que, dans les moments où il était profondément en contact avec son « centre », il lui semblait que « mon esprit touchait l'esprit de l'autre [le client]. Notre relation se transcendait et faisait alors partie de quelque chose de plus grand » [traduction libre] (p.129). Quant à lui, May



(1989), décrit des moments où une « unité psychique » est formée lorsque le thérapeute et le client « fusionnent » pour un instant. Pour sa part, Husserl (1967) parle de moments où la connexion à l'autre semble particulièrement profonde et où la séparation entre soi et l'autre disparaît. Finalement, Clarkson (1995) mentionne que la relation transpersonnelle est la relation entre l'inconscient du thérapeute et l'inconscient du client, relation directe qui ne passe pas par la conscience. Les grandes ressemblances entre les descriptions faites par les clients de cette étude et ces cliniciens, par rapport à ces moments particuliers de connexion, suggèrent que ce phénomène serait ressenti de manière très similaire par les clients et par les thérapeutes.

De plus, les résultats de la présente étude suggèrent que ces moments particuliers et significatifs de relation seraient considérés par les clients comme l'aboutissement d'un lien qui s'est développé sur plusieurs semaines. Cette réalité est également exprimée par Clarkson (1995), qui mentionne que « [ces moments] ne peuvent pas être forcés, (...) mais les conditions qui y mènent doivent être mises en place pour ensuite pouvoir saisir ces instants lorsqu'ils se présentent, souvent de façon inattendue. » [traduction libre] (p.159).

*Amour bienveillant ressenti pour l'autre.* Deuxièmement, une similarité peut être observée entre la sous-composante *Amour bienveillant ressenti pour l'autre* de la grille et la sous-catégorie *Vulnérabilité du client honorée par le thérapeute* de l'arbre. En effet, bien que cette sous-catégorie ne parle pas directement d'amour, elle pointe vers

la perception d'une considération profondément respectueuse du thérapeute pour les zones de fragilité du client, fragilités qui sont présentes chez chaque être humain. Cette sous-catégorie va dans le même sens que la définition de la sous-composante *Amour bienveillant ressenti pour l'autre* de la grille des composantes préexistantes, qui amène l'idée que le thérapeute ressent de l'amour pour le client parce que celui-ci est une personne digne d'amour, comme l'est tout être humain, et qu'il lui accorde une considération profondément respectueuse.

Il est possible de relier ce résultat, tout d'abord, au concept de considération positive inconditionnelle de Rogers (1957). En effet, ce concept renvoie à une acceptation, par le thérapeute, de tout ce qui est dans son client, c'est-à-dire de chacune de ses facettes. Le présent résultat suggère que, pour les clients de l'étude, l'une des manières dont la considération positive inconditionnelle du thérapeute peut se manifester serait par l'attitude dont celui-ci fait preuve lorsque le client se met à nu devant lui, c'est-à-dire en traitant la vulnérabilité comme quelque chose de précieux dont il faut prendre soin.

Ce résultat peut également être mis en lien avec l'étude de Gockel (2011), qui portait sur la perception des clients de la spiritualité dans la relation thérapeutique. En effet, les clients de cette étude ont décrit ressentir, de la part de leur thérapeute, « une sorte d'amour objectif, qui n'est pas personnel, ce n'est pas parce que le thérapeute te connaît, c'est seulement parce que l'amour existe. » [traduction libre] (p.160). Ce type

d'amour faisait partie, dans cette étude, d'un élément important pour la formation d'une relation thérapeutique positive. Dans la présente étude, le type d'amour décrit par la sous-composante *Amour bienveillant ressenti pour l'autre* et précisé par la sous-catégorie *Vulnérabilité du client honorée par le thérapeute* semble pointer vers la même notion d'universalité que celui décrit par l'étude de Gockel (2011) et apparaît également comme un élément faisant partie de la perception qu'ont les clients d'une relation thérapeutique positive.

En conclusion, les sous-composantes de la *Relation transpersonnelle* ont été abordées peu fréquemment par les participants, mais l'analyse des résultats a tout de même permis de faire émerger quelques éléments qui, d'une part, vont dans le même sens que ce que certains cliniciens ont écrit, et qui, d'autre part, amènent des nuances et un approfondissement de certaines sous-composantes. Étant donné que cette composante est rarement étudiée (Clarkson, 1995) et qu'il est difficile de formuler des questions suscitant du contenu en lien avec ses sous-composantes, il est précieux de pouvoir avoir accès à ces informations selon le point de vue des clients.

***Nature évolutive de la relation thérapeutique.*** L'analyse a permis de faire émerger un élément supplémentaire qui semble transversal à la codification en composantes, soit l'axe de la temporalité. En effet, l'analyse des résultats a fait ressortir l'idée que, pour les clients de l'étude, la relation thérapeutique s'inscrit dans une temporalité. Ainsi, la relation est délimitée dans le temps, ayant un début et une fin,

même si le moment exact de la terminaison n'est pas connu à l'avance. Cette délimitation dans le temps est représentée par les méga-catégories *Premiers contacts du client avec le thérapeute* et *Terminaison certaine de la relation thérapeutique*, qui sont respectivement la première et la dernière méga-catégorie de l'arbre. De plus, les clients de l'étude ont rapporté que leur perception de la relation thérapeutique n'était plus la même qu'au commencement de la thérapie, suggérant une évolution dans la manière dont les différentes composantes de la relation thérapeutique se déploient et dans la manière dont les clients perçoivent et vivent cette relation. Il semble donc que l'expérience que les clients de l'étude ont de la relation thérapeutique n'est pas fixe et se transformerait au fil du temps. Ce résultat va dans le même sens que l'étude de Krause et al. (2011), dans laquelle il a été observé que, du point de vue des clients, la relation thérapeutique était un phénomène qui évoluait et qui se transformait tout au long du processus thérapeutique. Cette perception d'évolution dans les composantes de la relation thérapeutique sera approfondie davantage lors de la discussion du troisième objectif.

Plusieurs éléments de l'arbre permettent de décrire et de comprendre en profondeur cette notion de temporalité dans la relation thérapeutique. Ainsi, la grande catégorie *Mise en contact du client avec le contexte particulier de la thérapie* suggère qu'au début de la thérapie, les clients peuvent se sentir déstabilisés lorsqu'ils entrent pour la première fois en contact avec ce nouvel univers qu'est la relation thérapeutique. Selon la perception des clients de l'étude, une période d'adaptation serait alors

nécessaire pour s'ajuster et se familiariser avec les différents éléments concernant le déroulement des rencontres et la posture relationnelle à adopter. Étant donné les différences entre, d'une part, la relation thérapeutique et, d'autre part, les autres relations connues du client, notamment les autres relations professionnelles, les clients de l'étude ont mentionné devoir se créer certains repères quant aux rôles et responsabilités de chacun. Ainsi, selon eux, ils auraient notamment à comprendre ce qui est attendu d'eux et ce qu'ils peuvent attendre de leur thérapeute. Ce sentiment d'être déstabilisé et cette recherche initiale de repères semblent être des éléments qui sont peu ressortis dans les études jusqu'à maintenant. Ils amènent un éclairage intéressant sur la perception des clients de leur vécu lors de la phase initiale de la thérapie. Il est intéressant de noter que certains clients de la présente étude ont mentionné qu'ils auraient apprécié être davantage informés par leur thérapeute du fonctionnement de certains aspects de la thérapie, par exemple sur les rôles et responsabilités de chacun. Ils ont expliqué que, selon leur perception, ces informations auraient permis d'être efficaces plus rapidement dans le travail thérapeutique.

Les résultats de la présente étude suggèrent également que les clients pourraient différer quant à la manière dont ils vivent les premières rencontres avec leur thérapeute, comme l'expriment les grandes catégories *Bon contact immédiat du client avec le thérapeute* et *Inconfort initial modéré du client au contact du thérapeute*. Dans les cas où les clients avaient perçu les premiers contacts de façon positive, ils notaient avoir apprécié certaines attitudes du thérapeute qui transparaissaient dans sa façon d'être. Ces

attitudes du thérapeute pouvaient représenter des manières d'être que les clients apprécient retrouver dans leurs relations en général. De plus, il semble que ces premiers contacts perçus positivement aient aussi été caractérisés par un arrimage naturel entre ce dont les clients percevaient qu'ils avaient besoin pour progresser et certaines caractéristiques du thérapeute, comme sa personnalité et son style d'intervention. Ce résultat est cohérent avec les résultats obtenus par Manthei (2007), qui a observé que l'un des principaux facteurs évoqués par les clients de son étude pour expliquer la présence d'un bon « match » avec leur thérapeute était le fait que ce dernier, d'une manière ou d'une autre, répondait aux besoins que le client percevait qu'il avait.

Dans d'autres cas, les clients de l'étude pouvaient ne pas s'être sentis, initialement, complètement à l'aise avec leur thérapeute, comme le suggère la catégorie *Légère inquiétude du client quant à certains aspects du thérapeute*. En effet, il semble que certains clients avaient eu une première impression du thérapeute qui les faisait se questionner, à savoir s'ils pourraient travailler adéquatement avec lui ou s'ils allaient se sentir bien dans la relation thérapeutique. Il semble toutefois que cette inquiétude ressentie les avait quittés après quelques rencontres, en apprenant à connaître leur thérapeute, et que leur perception initiale de celui-ci s'était modifiée à mesure qu'elle se confrontait à la réalité.

Ces résultats suggèrent, comme le mentionnent Manthei (2007) et Hill, Thompson, Cogar et Denman (1993), que les clients évaluent et examinent

minutieusement leur thérapeute, d'une manière assez similaire à celle dont les thérapeutes eux-mêmes évaluent et examinent leurs clients. Ce processus d'évaluation mutuelle est présent dans toutes les interactions sociales, mais il peut être facile pour les thérapeutes de l'oublier alors qu'ils focalisent leur attention sur le client et ses difficultés. Les résultats de la présente étude rappellent que les clients, eux aussi, se perçoivent comme étant attentifs à différents aspects de leur thérapeute lors des premières rencontres et se forment une opinion, qu'elle soit juste ou non, de ce dernier.

Par ailleurs, même si les clients étaient toujours en thérapie au moment de l'entrevue, plusieurs d'entre eux ont spontanément abordé la fin de la thérapie et de la relation thérapeutique. Ce résultat suggère que la fin de la relation est partie prenante de l'expérience que les clients ont de la relation thérapeutique et que, même s'ils ne savent pas encore à quel moment la relation va prendre fin, c'est tout de même une réalité avec laquelle ils savent qu'ils devront composer. Malgré que cette terminaison certaine soit l'une des caractéristiques de la relation thérapeutique, les études ne semblent pas avoir mis l'accent sur la perception qu'en ont les clients, alors qu'ils sont encore dans le processus thérapeutique. Les résultats de la présente étude suggèrent que la fin de la relation thérapeutique « habite » les clients, même si le moment de la fin n'a pas été établi et que la terminaison de la thérapie n'est pas encore envisagée.

Cette réflexion en lien avec la terminaison de la relation thérapeutique conclut la discussion des résultats se rapportant aux premier et deuxième objectifs généraux ainsi

qu'à leur sous-objectif respectif. Il sera maintenant question du troisième objectif général ainsi que de ses deux sous-objectifs.

**Objectif 3 : Comprendre comment les composantes et les autres éléments d'une relation thérapeutique positive sont reliés au processus de changement des clients, selon leur perception**

À elles seules, la grille des composantes préexistantes et l'arbre des catégories émergentes, de par leur nature descriptive, ne permettent pas de rencontrer le troisième objectif général, qui concerne les liens unissant les différents éléments d'une relation thérapeutique positive et leur rapport au processus de changement des clients. L'élaboration d'un cadre conceptuel, qui a été incluse dans le processus de l'analyse des données, tel qu'il est exposé dans la section présentant la méthodologie, a donc été nécessaire pour répondre à ce troisième objectif général et aux deux sous-objectifs qui en découlent. En effet, ce cadre conceptuel permet, d'une part, d'identifier, de décrire et de comprendre en profondeur les composantes et les éléments d'une relation thérapeutique positive qui, selon la perception des clients, ont un impact positif sur leur processus de changement (sous-objectif 3a). D'autre part, l'élaboration de ce cadre conceptuel s'est avérée nécessaire pour comprendre l'organisation des liens qui se dégagent entre les différentes composantes et les différents éléments d'une relation thérapeutique positive, et pour expliquer comment ce système de liens est relié au processus de changement des clients, toujours selon la perspective de ceux-ci (sous-objectif 3b). Ce cadre conceptuel a été réalisé sous la forme d'un schéma qui organise

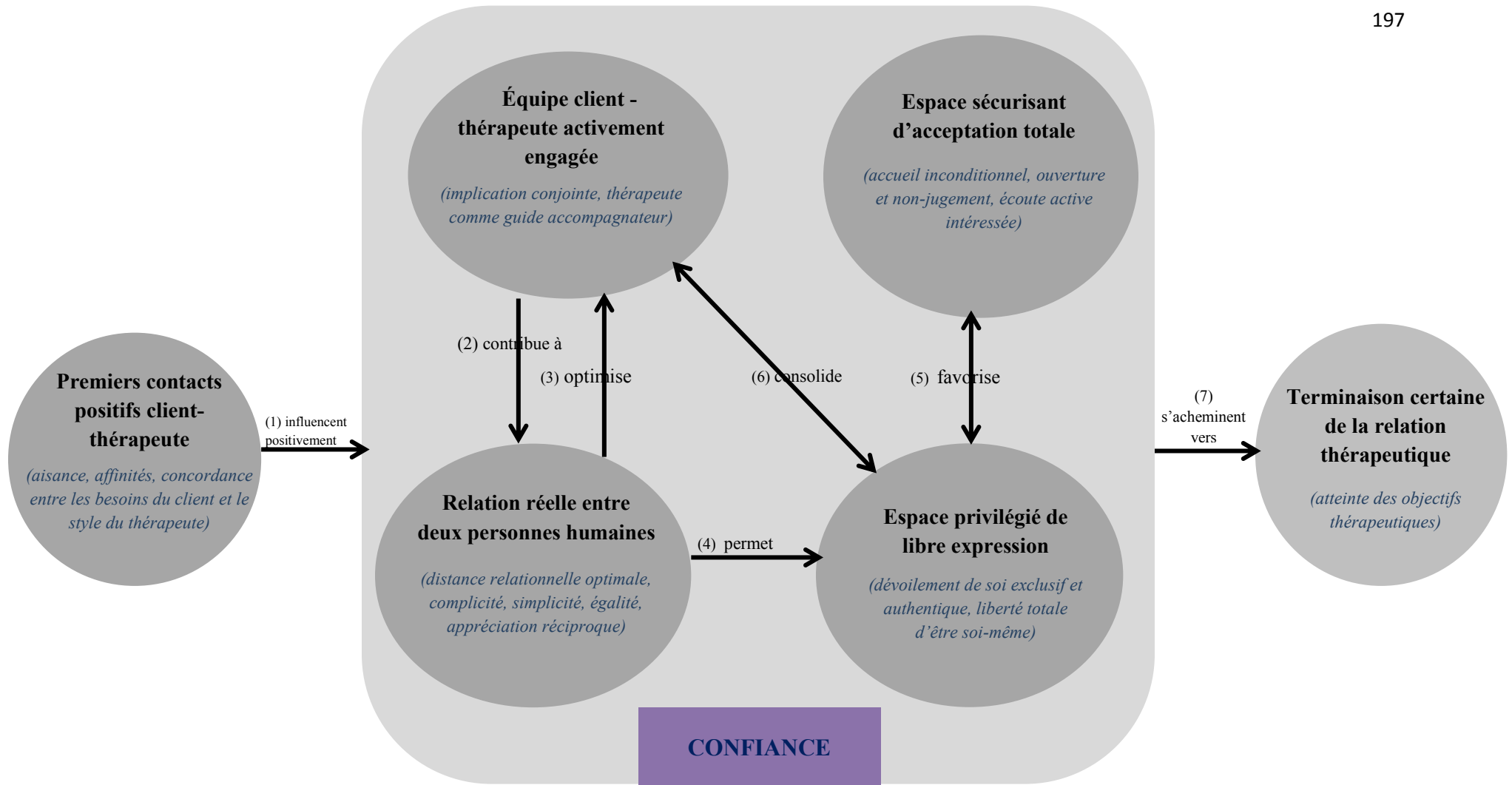


les liens entre les différentes méga-catégories de l'arbre (voir Figure 1). Le schéma et ses principaux liens seront maintenant exposés afin de discuter des deux sous-objectifs découlant du troisième objectif général. Des extraits d'entrevue seront également présentés pour illustrer les différents liens établis et leur relation au processus de changement des clients.

**Sous-objectif 3a: Identifier, décrire et comprendre en profondeur les éléments d'une relation thérapeutique positive perçus par les clients comme ayant un impact positif sur leur processus de changement.**

**Sous-objectif 3b: Comprendre et expliquer comment, selon les clients, les différents éléments d'une relation thérapeutique positive sont reliés entre eux et au processus de changement.**

Afin de discuter de ces deux sous-objectifs, le choix a été fait de regrouper dans la même sous-section les résultats permettant de leur apporter des éléments de réponses, étant donné que ces deux sous-objectifs sont étroitement reliés. Cette structure permettra une plus grande cohérence et moins de redondance pour le lecteur.



*Développement graduel de la relation thérapeutique vers un changement satisfaisant et significatif*

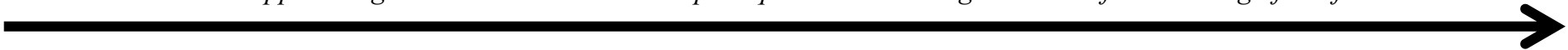


Figure 1. Schéma illustrant le cadre conceptuel organisant les liens entre les méga-catégories de l'arbre des catégories émergentes.

**Présentation générale du schéma illustrant le schéma conceptuel.** Tout d'abord, il est à noter que les noms (mots en caractère gras) de certaines méga-catégories dans le schéma ont été légèrement modifiés afin de faire ressortir davantage que le schéma représente une relation thérapeutique qui est positive. Le nom de certaines méga-catégories a également été raccourci, en raison du caractère bref exigé pour un schéma. Par ailleurs, les mots entre parenthèses et en caractère italique, sous les méga-catégories, représentent des catégories de niveau inférieur qui précisent davantage les éléments ayant un impact positif sur le processus de changement. Les noms de ces catégories ont également été modifiés et raccourcis pour assurer davantage de concision.

Ensuite, le schéma comporte une partie centrale dans laquelle sont regroupées quatre méga-catégories, qui constituent les quatre dimensions principales de la relation thérapeutique qui sont ressorties de l'analyse, soit *Équipe client-thérapeute activement engagée vers le cheminement du client*, *Relation réelle entre deux personnes humaines au-delà de leurs rôles respectifs*, *Espace sécurisant et apaisant d'acceptation totale* et *Espace privilégié de libre expression*. À la gauche du schéma, on retrouve la méga-catégorie *Premiers contacts positifs client-thérapeute* et, à la droite du schéma, la méga-catégorie *Terminaison certaine de la relation thérapeutique*. Ces deux méga-catégories témoignent de la notion de temporalité dans la relation thérapeutique. Il est également possible de voir le terme « confiance » dans un encadré. La notion de confiance, qui fait par ailleurs partie de la méga-catégorie *Relation réelle entre deux personnes humaines au-delà de nos rôles*, se retrouve également dans cet encadré afin de témoigner de son

rôle central dans la perception qu'ont les clients d'une relation thérapeutique positive et dans leur processus de changement. Cet aspect sera discuté à la fin de la présente portion de la discussion.

**Développement graduel de la relation thérapeutique vers un changement satisfaisant et significatif.** Le schéma met également en évidence la présence du développement graduel de la relation thérapeutique à travers le temps, représentée par la flèche dans la partie inférieure du schéma. Ainsi, chacune des quatre méga-catégories au centre du schéma se déploie graduellement et évolue, vers un changement satisfaisant et significatif, à mesure que la relation thérapeutique progresse. Voici un extrait d'entrevue qui illustre cette perception, par les clients de l'étude, d'une évolution dans la relation thérapeutique :

C'est évolutif, la relation thérapeutique, donc je pense que si cette entrevue avait eu lieu il y a six mois ou un an, je n'aurais pas eu la même vision de ma relation, et la relation n'aurait pas été au même point non plus. Donc, ce que je trouve intéressant, c'est que, justement, ce n'est pas une relation qui est figée. Et en ce sens-là, elle se rapproche aussi de toutes les relations qu'on a avec les autres personnes de notre vie. C'est une relation qui évolue avec le temps, qui se construit et s'enrichit.

De façon plus précise, voici un extrait qui illustre de quelle manière il y a présence d'une évolution dans la méga-catégorie *Équipe client-thérapeute activement engagée dans mon cheminement*, plus particulièrement dans la grande catégorie *Implication conjointe dans le travail thérapeutique* :

À mesure que le temps avance, on voit une évolution dans notre capacité à résoudre ou à défaire les nœuds. C'est comme si, ensemble, on devient de plus en plus habile pour les défaire. Les premières fois, peut-être que le nœud n'était pas si gros que ça, pas si complexe, mais on avait deux paires de mains autour du nœud et ce n'était pas toujours évident à défaire. Et là, avec la pratique, on arrive à se coordonner mieux, et même si on tombe à un bout de la corde sur des nœuds qui sont plutôt complexes, on arrive à les défaire assez aisément malgré tout.

Voici un autre extrait qui met en lumière la présence d'une évolution dans la méga-catégorie *Espace privilégié de libre expression*, plus précisément dans la grande catégorie *Dévoilement de soi du client exclusif à la relation thérapeutique* :

On n'a pas commencé dans ce coin-là, dans la partie cachée de mon jardin secret. C'est comme si mon jardin secret, on l'a visité ensemble, tranquillement, pas vite. On a commencé à côté de la billetterie, on a fait un petit tour, puis on en est revenu. On s'est aventuré un petit peu plus loin, on a regardé d'autres types de fleurs, tranquillement, pas vite. Et un moment donné, on est arrivé dans cette partie-là de mon jardin secret.

Ainsi, selon la perception des clients de l'étude, les différentes composantes de la relation thérapeutique semblent être en évolution. Du point de vue de ces clients, il semble que cette évolution puisse être liée à leur processus de changement, en ce que certaines composantes pourraient avoir besoin de se déployer et d'évoluer pour qu'un changement puisse survenir. Selon eux, par exemple, il est possible pour le client et le thérapeute de devenir de plus en plus efficaces dans leur travail thérapeutique et pour le client de pouvoir aller plus loin dans son dévoilement de soi, à mesure que la thérapie progresse.

Ces résultats vont dans le même sens que ceux de l'étude de Krause et al. (2011), dans laquelle les clients ont décrit la relation thérapeutique et ses composantes comme un phénomène qui se développe et qui change au cours du processus thérapeutique. Notamment, les clients de cette étude ont exprimé que l'importance qu'ils accordaient à l'expertise du thérapeute avait varié au fil de la thérapie. En effet, ils avaient au départ l'attente que l'expertise du thérapeute servirait à solutionner leurs problèmes. Cette attente s'est transformée à mesure que le processus thérapeutique a progressé. Ainsi, les clients ont rapporté avoir graduellement eu le sentiment que l'expertise du thérapeute leur servait surtout à apprendre à mieux se comprendre et à mieux comprendre leurs difficultés. De plus, les clients de cette étude (Krause et al., 2011) ont également identifié un changement dans leur perception de l'asymétrie présente dans la relation thérapeutique. En effet, vers la fin du processus thérapeutique, ces clients se sentant davantage experts de leur processus, ils ont nommé remarquer un changement dans la manière dont les rôles et les responsabilités étaient distribués, diminuant ainsi la présence d'asymétrie dans la relation thérapeutique.

Les résultats de la présente étude, bien qu'ils mettent également en évidence la perception, par les clients, d'une évolution des composantes de la relation thérapeutique, semblent faire ressortir des éléments différents de ceux de l'étude de Krause et al. (2011). Ainsi, la nature évolutive des composantes, dans la présente étude, est davantage exprimée par des éléments tels que l'efficacité grandissante du travail thérapeutique et le dévoilement de soi graduel du client. Ces résultats semblent avoir peu

été mis de l'avant, jusqu'à maintenant, dans les études portant sur la relation thérapeutique, selon la perspective des clients, ce qui en fait un résultat original et intéressant.

Les principaux liens entre les méga-catégories seront maintenant présentés<sup>1</sup>.

**Lien 1 : Les *Premiers contacts positifs client-thérapeute* influencent positivement les quatre méga-catégories centrales de la relation thérapeutique.** Tout d'abord, le schéma permet d'observer un lien entre, d'une part, la méga-catégorie *Premiers contacts positifs client-thérapeute* et, d'autre part, les quatre méga-catégories au centre du schéma. En effet, il apparaît que la qualité des interactions entre le client et le thérapeute lors des premières rencontres a un effet sur le développement de la relation thérapeutique. Lorsque les premiers contacts sont vécus positivement par le client, ceux-ci influenceraient positivement le développement des composantes de la relation thérapeutique, tel qu'illustré dans l'extrait suivant :

Mon thérapeute est très peu intervenu dans les premières rencontres, ce qui fait que ça m'a permis de m'exprimer beaucoup, de parler beaucoup, et d'avoir le sentiment que j'avais le contrôle sur où je m'en allais avec tout ça. Ce sentiment-là a fait en sorte que ç'a été plus facile par la suite de me laisser aller et de lui faire confiance. C'est comme si j'avais senti, peut-être que c'était de l'ouverture, je ne sais pas...

Ainsi, il semble que, pour les clients de l'étude, le fait d'apprécier la manière

---

<sup>1</sup> Les numéros des liens présentés correspondent aux numéros des liens présents dans le schéma.

dont se déroulent les premières rencontres a un effet positif sur l'établissement de différents éléments dans les composantes de la relation thérapeutique. En effet, tel qu'illustré dans l'extrait ci-haut, le client peut sentir qu'il a sa place dans l'équipe client-thérapeute, car le contrôle lui est laissé sur la direction qu'il souhaite prendre. La catégorie *Perception du thérapeute comme guide accompagnateur* exprime bien la manière dont les clients de l'étude perçoivent que le thérapeute leur laisse la place qui leur revient. En effet, cette catégorie indique que le rôle du thérapeute est d'accompagner le client dans sa démarche, sans prendre de décision pour lui et en reconnaissant qu'ultimement, le client est libre de ses choix. Ce rôle d'accompagnateur a été perçu positivement par les clients en tant que facteur contribuant à l'établissement de la confiance, un aspect de la méga-catégorie *Relation réelle entre deux personnes humaines*, ainsi qu'au dévoilement de soi du client, un élément de la méga-catégorie *Espace privilégié de libre expression*.

Plus précisément, tel qu'indiqué dans le schéma, les catégories *Aisance confortable du client avec le thérapeute*, *Affinités inexplicables entre le client et le thérapeute* et *Concordance indispensable entre les besoins du client et le style global du thérapeute* caractérisent les éléments des premiers contacts qui influencent positivement le développement des composantes de la relation thérapeutique, selon la perception des clients de l'étude. Ainsi, le fait de se sentir à l'aise en présence du thérapeute, de trouver qu'il est facile d'interagir avec lui et de sentir que « ça clique » entre le client et lui, aideraient à établir un contact positif et contribueraient à l'établissement de la relation



thérapeutique, selon la perception des clients. De plus, le fait de percevoir un arrimage naturel entre, d'une part, ce dont le client perçoit qu'il a besoin pour progresser dans les aspects qu'il désire travailler et, d'autre part, certaines caractéristiques du thérapeute, tels que sa personnalité et son style d'intervention, aurait également un effet positif, selon les clients de l'étude.

La majorité des études portant sur la perception qu'ont les clients des premières rencontres avec leur thérapeute se sont principalement concentrées sur l'impact des comportements du thérapeute et des incidents critiques survenus sur la qualité de l'alliance (Duff & Bedi, 2010; MacFarlane et al., 2015). L'une des exceptions est l'étude réalisée par Bachelor (1995), dans laquelle les clients étaient libres de s'exprimer sur la relation thérapeutique en général. Ceux-ci ont exprimé apprécier une relation amicale, dans laquelle ils se sentent à l'aise et confortable avec le thérapeute. Toutefois, les clients de l'étude ont été questionnés à trois moments de leur processus thérapeutique, et la manière dont les résultats de l'étude sont rapportés fait en sorte qu'il n'est pas toujours possible d'identifier quelles données ont été récoltées en début de thérapie. Il n'est donc pas possible de savoir si les caractéristiques ci-haut mentionnées étaient présentes dès les premiers contacts entre le client et le thérapeute, ou si elles se sont plutôt déployées plus tard dans le processus.

Il existe donc peu d'informations, dans les écrits scientifiques, sur la manière dont les clients perçoivent la nature de la relation thérapeutique lors des premiers

contacts entre le client et le thérapeute. Il existe également peu d'informations sur la perception qu'ils ont des liens qui unissent les éléments qui caractérisent ces premiers contacts et la relation thérapeutique globale qui se bâtit ensuite. Les résultats de la présente étude amènent donc un nouvel éclairage intéressant à ce sujet en identifiant certains éléments et en reconnaissant leur influence positive sur le développement des composantes de la relation thérapeutique.

**Lien 2 : L'Équipe client-thérapeute activement engagée vers le cheminement du client contribue à la Relation réelle entre deux personnes humaines au-delà de leurs rôles respectifs.** Ensuite, il y a un lien entre les méga-catégories *Équipe client-thérapeute activement engagée vers le cheminement du client* et *Relation réelle entre deux personnes humaines au-delà de leurs rôles respectifs*. Plus particulièrement, il semble que la grande catégorie *Implication conjointe dans le travail thérapeutique* contribue à l'établissement de la grande catégorie *Développement graduel d'un lien de confiance*. Voici un extrait qui illustre ce lien : « Je sens que mon thérapeute s'implique avec moi. Qu'on travaille tous les deux, qu'on fait ça ensemble. Je le sens impliqué et, d'après moi, la confiance que j'ai en lui doit venir de là ».

Ainsi, il apparaît que, pour les clients de l'étude, le fait de sentir l'implication et l'engagement du thérapeute dans le travail thérapeutique contribuerait à installer la confiance qu'ils ont en lui. Il semble que peu d'études se sont attardées directement à ce lien entre l'implication du thérapeute et la confiance. Gelso et Carter (1994), de manière

générale, proposent qu'à mesure que l'alliance de travail (similaire à la méga-catégorie *Équipe client-thérapeute*) se consolide, les participants vont davantage faire l'expérience de réactions positives l'un envers l'autre. Ils avancent que le client, par exemple, va davantage percevoir les qualités du thérapeute, tel que sa loyauté ou son sens de l'humour. De plus, Krause et al. (2011) mentionnent que l'efficacité du travail thérapeutique a pour effet de consolider l'alliance, un lien qui peut s'apparenter aux résultats de la présente étude. Le lien de la présente étude est toutefois plus précis, en ciblant plus particulièrement un élément de la méga-catégorie *Équipe client-thérapeute*, soit l'implication du thérapeute, et un élément de la méga-catégorie *Relation réelle entre deux personnes humaines*, soit la confiance.

La catégorie *Flexibilité naturelle du thérapeute dans ses interactions avec le client* caractérise l'une des manières, perçue positivement par les clients de l'étude, dont la contribution et l'implication du thérapeute peut s'actualiser. Ainsi, une manière d'être souple et conciliante du thérapeute, ajustée aux besoins du client et qui tient compte de sa personnalité et de ses intérêts, contribuerait au processus de changement, notamment en rendant le travail thérapeutique plus efficace, car plus personnalisé. L'étude d'Owen et Hilsenroth (2014) et la méta-analyse de Horvath et al. (2011) ont obtenu un résultat similaire. En effet, ces chercheurs ont observé que le fait de s'adapter aux besoins et aux attentes du client influence de manière positive les résultats thérapeutiques. Les résultats de la présente étude ajoutent également un élément-clé, à savoir qu'au-delà des besoins

et des attentes, le fait de s'adapter à la personnalité et aux intérêts du client serait un facteur contribuant au processus de changement, selon la perception des clients.

**Lien 3 : La *Relation réelle entre deux personnes humaines au-delà de leurs rôles respectifs* optimise l'*Équipe client-thérapeute activement engagée vers le cheminement du client*.** Le lien entre ces deux méga-catégories, soit *Équipe client-thérapeute* et *Relation réelle entre deux personnes humaines*, est également présent dans l'autre direction. En effet, il semble que la présence d'une relation affective positive entre le client et le thérapeute, soit la relation décrite par la méga-catégorie *Relation réelle entre deux personnes humaines*, optimise le travail thérapeutique au cœur de la méga-catégorie *Équipe client-thérapeute*. Voici deux extraits qui illustrent ce lien :

Je pense que, plus la relation est bonne avec son thérapeute, plus on lui donne les moyens de nous aider. Et plus on se donne les moyens d'avancer aussi, parce que l'équipe est de plus en plus efficace. Donc, plus l'équipe est efficace, plus on a de chances d'atteindre l'objectif, et plus on a de chances de l'atteindre vite.

La relation s'enrichit un moment donné, on apprend à se connaître, ce qui fait qu'on perd ces risques de perte de temps. Les pertes de temps s'amenuisent, on peut aller plus directement aux enjeux de l'entrevue, de la séance, ou tomber dans le ton de l'entrevue.

Ces extraits mettent en lumière que les clients de l'étude perçoivent la qualité et l'approfondissement de la relation thérapeutique, notamment le fait de mieux se connaître mutuellement, comme des éléments contribuant au changement, en ce qu'ils permettent de travailler ensemble de manière plus efficace. Gelso et Carter (1994)

abondent dans le même sens lorsqu'ils avancent que, de façon générale, plus la relation vraie est positive, plus l'alliance thérapeutique est forte. Ainsi, les réactions positives ressenties par chacun des participants par rapport à l'autre tendent à résulter en une alliance thérapeutique plus solide. Toutefois, ces chercheurs demeurent vagues quant à la manière dont ce lien se manifeste concrètement. Les résultats de la présente étude permettent de comprendre davantage en profondeur le lien perçu entre ces deux méga-catégories.

Ainsi, de façon plus précise, il apparaît qu'il y a un lien entre les catégories *Simplicité dans la manière d'être ensemble* et *Perception agréable du client d'être l'égal du thérapeute*, qui proviennent de la méga-catégorie *Relation véritable entre deux personnes humaines*, et la méga-catégorie *Équipe client-thérapeute*. En effet, pour les clients de l'étude, la présence d'un climat détendu et agréable ainsi que d'une certaine camaraderie entre le client et le thérapeute rendrait le travail thérapeutique plus productif, comme l'exprime l'extrait suivant :

Être au même niveau. Ne pas se sentir en thérapie, ne pas se sentir dominé ou contrôlé. Jaser comme si on était autour d'une bière. Je pense qu'il faut atteindre ce niveau-là pour être efficace dans nos discussions et dans notre travail ensemble.

Ce résultat concorde avec celui de Bachelor (1995), qui a observé que les clients de son étude ont identifié la présence d'un climat amical comme étant un élément favorisant leur engagement dans la thérapie ainsi que le travail thérapeutique. Ces clients ont également mentionné vivre positivement le fait que le thérapeute agisse davantage

comme un allié que comme un spécialiste, c'est-à-dire qu'il ne se positionne pas comme étant supérieur au client. En ce sens, les grandes catégories *Appréciation réciproque entre le client et le thérapeute* et *Complicité manifeste entre le client et le thérapeute* de la présente étude amènent certaines précisions à ce climat amical perçu. En effet, le fait que le thérapeute et le client apprécient réellement d'être en présence l'un de l'autre et ressentent un certain attachement l'un envers l'autre, ainsi que la complicité et la familiarité qui s'installent entre eux, décrivent les éléments d'un climat qui optimise l'efficacité du travail thérapeutique, selon la perception des clients de l'étude.

Ces résultats peuvent être mis en lien avec la notion d'authenticité chez le thérapeute (Rogers, 1957), dans le sens où le thérapeute agit avec le client d'une manière qui n'est pas fausse ou forcée, et sans se cacher derrière sa façade professionnelle (Meador & Rogers, 1973). Ainsi, les clients de l'étude semblent ressentir l'appréciation et la complicité comme étant authentiques et non forcées.

Par ailleurs, bien qu'un climat agréable caractérisé par une forme de camaraderie et de complicité entre le client et le thérapeute semble permettre un travail thérapeutique plus efficace, les résultats suggèrent par ailleurs que certaines limites relationnelles optimiseraient la méga-catégorie *Équipe client-thérapeute*, comme l'illustre la grande catégorie *Distance relationnelle optimale entre le client et le thérapeute*. Ainsi, les clients de l'étude considèrent que cette distance permet au thérapeute d'être libre dans son rôle et lui donne l'espace nécessaire pour faire son travail adéquatement. Plus

précisément, les catégories *Posture objective du thérapeute par rapport au contenu abordé* et *Neutralité volontaire du thérapeute bénéfique pour le client* illustrent de quelle façon cette distance relationnelle est mise en œuvre par le thérapeute. Du point de vue des clients de l'étude, cette position du thérapeute lui permet de ne pas avoir de parti pris dans le contenu qui est amené par le client dans les rencontres, ce qui amènerait au client une liberté dans son cheminement, car le thérapeute ne lui démontre pas quelle direction il souhaite le voir prendre. Encore une fois, il est possible de faire le pont entre ces résultats et les règles de non-ingérence et de responsabilisation proposées par St-Arnaud (2003). En effet, le fait d'utiliser une posture objective et neutre semble avoir comme effet, pour les clients de l'étude, de prendre les responsabilités qui leur reviennent dans leur processus thérapeutique, sans que le thérapeute ne le fasse pour eux. Ainsi, les résultats de la présente étude amènent un éclairage intéressant sur la manière dont les clients perçoivent que le thérapeute peut favoriser leur processus de responsabilisation, soit en adoptant une attitude perçue comme neutre et objective.

Ensuite, toujours concernant l'influence de la méga-catégorie *Relation réelle entre deux personnes humaines* sur la méga-catégorie *Équipe client-thérapeute*, il semble que la grande catégorie *Développement graduel d'un lien de confiance* influencerait positivement la catégorie *Ouverture curieuse du client à se comprendre*. Ainsi, selon les clients de l'étude, la confiance du client envers le thérapeute amènerait le client à être plus ouvert à ses interventions. L'extrait suivant illustre de quelle manière ces grandes catégories sont liées :

Si on n'a pas confiance, on n'écoute pas ce que le thérapeute nous amène, et si on n'écoute pas, je pense qu'il manque quelque chose. La confiance en l'autre, c'est être capable de lui livrer des choses, mais c'est aussi être capable d'en recevoir.

Il semble donc que, pour les clients de l'étude, la confiance joue un rôle important pour qu'ils puissent bénéficier des interventions du thérapeute. Ainsi, il est possible de penser que la confiance, en créant chez le client un état d'esprit d'ouverture à ce que le thérapeute propose, peut rendre le travail thérapeutique plus efficace et ainsi contribuer au processus de changement du client.

Par ailleurs, l'ouverture du client à se comprendre et son ouverture à intégrer les interventions du thérapeute correspondent à des contributions de la part du client à son processus thérapeutique. Une autre manière dont les clients de l'étude perçoivent qu'ils impliquent dans leur processus est représentée par la catégorie *Efforts soutenus du client entre les rencontres*. En effet, ils ont mentionné travailler sur eux-mêmes, de manière volontaire et spontanée, en dehors des rencontres, majoritairement sous la forme de réflexions, d'auto-observations et d'actions posées. Ce résultat va dans le même sens que l'étude de Levitt et al. (2006), dans laquelle les clients ont rapporté être très activement engagés dans leur processus thérapeutique entre les séances. Ces clients ont expliqué que la thérapie leur donnait la force de maintenir une posture réflexive tout au long de la semaine et ont mentionné lire des livres de croissance personnelle, réfléchir aux discussions qu'ils avaient eues avec le thérapeute et prendre du temps pour se questionner sur eux-mêmes. Levitt et al. (2006) ont énoncé, à partir de ces résultats, un



principe de changement, soit le fait que les activités transitoires qui permettent l'intégration des prises de conscience, pendant la semaine, peuvent contribuer aux progrès des clients. Les résultats de la présente étude semblent concorder avec ceux de l'étude de Levitt et al. (2006), dans le sens où les clients reconnaissent l'importance de leur implication active dans leur processus et ce, même en dehors des séances.

**Lien 4 : La Relation réelle entre deux personnes humaines au-delà de leurs rôles respectifs permet l'Espace privilégié de libre expression.** Ensuite, un lien existe entre les méga-catégories *Relation réelle entre deux personnes humaines au-delà de leurs rôles respectifs* et *Espace privilégié de libre expression*. Plus précisément, un lien est observé entre les grandes catégories *Développement graduel d'un lien de confiance* et *Responsabilité du client de s'ouvrir au thérapeute*. Il semble en effet que, pour les clients de l'étude, le lien de confiance entre le client et le thérapeute permet le dévoilement de soi du client, tel qu'exprimé dans l'extrait suivant :

C'est vraiment la confiance qui me permet d'aller dans des zones qui me font peur, parce que c'est confrontant, aller dans des choses que tu as enterrées depuis que tu es tout petit enfant! Un moment donné, tu dis : « Ok, on va laisser tomber toutes les protections et on va y retourner ». Je pense que si je n'avais pas eu mon thérapeute pour m'accompagner, et que je n'avais pas eu confiance en cette personne-là, je ne l'aurais pas fait.

Ce résultat va dans le même sens que l'étude de Bachelor (1995), dans laquelle les clients ont rapporté que la confiance qu'ils ont envers leur thérapeute est la toile de fond nécessaire au dévoilement de soi. De plus, la sous-catégorie *Liberté allouée au*

*client d'avancer à son propre rythme*, dans la présente étude, met l'emphasis sur le respect qu'a le thérapeute pour le rythme auquel le client souhaite progresser et aborder des zones qu'il considère comme étant plus sensibles ou plus fragiles, tel que perçu par les clients. Selon eux, le fait de ne pas sentir de pression de la part du thérapeute faciliterait le processus du dévoilement de soi et contribuerait à leur confiance envers le thérapeute. Ce résultat a également été observé dans l'étude de Levitt et al. (2006), dans laquelle les clients ont indiqué que le respect du thérapeute pour le rythme qu'ils souhaitaient maintenir en thérapie participait au renforcement de leur confiance en lui.

Deux autres éléments permettant le dévoilement de soi du client sont représentés par les grandes catégories *Intimité professionnelle entre le client et le thérapeute* et *Distance relationnelle optimale entre le client et le thérapeute*. En effet, tel qu'exposé précédemment, les clients de l'étude ont rapporté percevoir la nécessité d'avoir une relation thérapeutique dans laquelle un certain niveau d'intimité et de proximité est présent afin de se sentir à l'aise de se dévoiler à leur thérapeute. Ils percevaient également la nécessité qu'une certaine distance relationnelle et émotionnelle soit présente entre eux afin qu'ils se sentent libres de s'exprimer sans se soucier de l'impact de leurs propos sur leur thérapeute et sur la relation thérapeutique. Donc, il semblerait que, pour ces clients, un équilibre soit nécessaire entre une intimité et une distance émotionnelle afin que le dévoilement de soi du client soit favorisé. Ce résultat peut être mis en lien avec une recommandation formulée par Rogers (1970), qui mentionne l'importance pour le thérapeute, dans sa position empathique, de ne pas perdre de vue

qu'il doit ressentir le monde interne du client « comme si » c'était le sien. Le fait de perdre de vue ce « comme si » peut, selon Rogers, compromettre la distance professionnelle nécessaire au travail thérapeutique. Les résultats de la présente étude amènent un éclairage novateur sur cette recommandation de Rogers, en permettant de mieux comprendre comment, du point de vue des clients, la nécessité d'une saine distance émotionnelle et relationnelle est perçue.

**Lien 5 : L'Espace sécurisant et apaisant d'acceptation totale favorise l'Espace privilégié de libre expression, et vice-versa.** Par ailleurs, un lien réciproque existe entre les méga-catégories *Espace sécurisant et apaisant d'acceptation totale* et *Espace privilégié de libre expression*. En effet, les clients de l'étude perçoivent que certaines attitudes du thérapeute, notamment les attitudes présentes dans la grande catégorie *Accueil inconditionnel du thérapeute*, comme l'ouverture et le non-jugement, favorisent le dévoilement de soi du client. En retour, si le client, lorsqu'il se dévoile au thérapeute, est bien accueilli par celui-ci, il perçoit qu'il sera plus enclin à le faire à nouveau. Voici un extrait qui illustre le lien entre ces méga-catégories :

Je pense qu'une des choses qu'on a réussi à bien faire, c'est de faire en sorte que je puisse me livrer vraiment entièrement, ne pas avoir peur d'aller dans des zones qui me font peur. Je pense que c'est en sentant que l'ouverture de mon thérapeute était là, et que je pouvais aller dans cette zone-là sans être jugé, que j'ai réussi à y aller.

Ce résultat concorde avec l'étude de Bachelor (1995), qui a observé que les caractéristiques facilitatrices du thérapeute, en particulier le respect et le non-jugement,

la compréhension empathique et l'écoute attentive, étaient nommées par les clients comme favorisant l'expression et le dévoilement de soi. Ce résultat va également dans le même sens que l'étude de Levitt et al. (2006), dans laquelle les clients ont affirmé que les qualités du thérapeute, comme l'acceptation, la présence attentive et une bienveillance empathique les ont aidés à s'ouvrir et à faire des progrès. Dans la présente étude, une écoute active intéressée du thérapeute a également été perçue comme un élément favorisant le dévoilement de soi du client. Plus particulièrement, les catégories *Présence attentive soutenue du thérapeute*, *Rétroaction pertinente du thérapeute aux propos du client* et *Sentiment du client d'être véritablement entendu* sont perçues comme caractérisant une écoute du thérapeute qui favorise l'expression du client. De plus, l'ouverture du thérapeute est précisée par les catégories *Ouverture authentique du thérapeute à tout entendre* et *Ouverture du thérapeute au-delà de ses valeurs personnelles*. Ces catégories amènent des nuances supplémentaires aux éléments qui ont déjà été observés dans les études précédentes et permettent de comprendre plus en profondeur quel type d'écoute et quel type d'ouverture du thérapeute favorisent le dévoilement de soi du client, selon la perception des clients.

Les attitudes facilitatrices du thérapeute, comme son ouverture, son non-jugement et son écoute active intéressée, ont également été perçues comme favorisant la grande catégorie *Liberté totale du client d'être lui-même à l'intérieur du cadre*. En effet, ces attitudes permettraient au client de sentir qu'il est dans des conditions favorables pour se montrer tel qu'il est dans sa relation avec le thérapeute, sans porter de masque ni

chercher à lui plaire. Ce résultat rejoint une citation de Rogers (1970), dans laquelle il se place dans la peau d'un client : « Si quelqu'un comprend ce que cela fait d'être moi sans chercher à m'analyser ni à me juger, alors je peux m'épanouir et me développer dans cette atmosphère » (p. 49). Il mentionne également que la considération positive inconditionnelle, qui rejoint les notions d'ouverture et de non-jugement de la présente étude, favorise le changement dans la mesure où elle contribue à l'établissement d'un climat de sécurité permettant au client de laisser émerger, de façon graduelle, ce qu'il est véritablement. Selon Rogers, le fait de constater que ce qui émerge de lui n'est pas jugé, mais plutôt vécu comme ayant de la valeur, permet au client de découvrir de plus en plus qui il est. Ainsi, dans la présente étude, les clients ont perçu que l'accueil inconditionnel du thérapeute et son écoute active intéressée favorisaient leur libre expression de ce qu'ils sont. Selon eux, lorsque le thérapeute réagit à cette expression en maintenant une attitude d'accueil inconditionnel, ils sont encouragés à demeurer eux-mêmes.

**Lien 6 : L'Équipe client-thérapeute activement engagée vers le cheminement du client consolide l'Espace privilégié de libre expression, et vice-versa.** Ensuite, un lien réciproque existe entre les méga-catégories *Espace privilégié de libre expression* et *Équipe client-thérapeute activement engagée vers le cheminement du client*. Plus particulièrement, les grandes catégories *Dévoilement de soi du client exclusif à la relation thérapeutique* et *Reconnaissance nuancée par le client des apports significatifs du thérapeute au processus* se consolident mutuellement. Ainsi, selon les clients de l'étude, lorsqu'ils se dévoilent et que le thérapeute arrive à utiliser le contenu amené

pour faire avancer le travail, ils sont en retour plus enclins à se dévoiler à nouveau.

L'extrait suivant illustre ce lien :

C'est comme s'il y a un renforcement positif, dans le sens où, oui c'est difficile d'aller dans ces émotions-là, mais tu sens que ça a fait débloquer quelque chose et que ça a avancé. Alors après, tu n'as pas peur de retourner dans une zone où ça va être difficile, parce que tu sais que, même si c'est difficile, ça va être bien reçu, et que les rétroactions que le thérapeute va te donner vont t'aider à comprendre quelque chose, ou à passer à autre chose. Alors ça m'amène justement à aller vers ça.

À la lumière de ces résultats, il serait plausible d'avancer que, selon la perception des clients de l'étude, il y a présence d'un processus circulaire ayant un impact positif sur le changement. En effet, le client, lorsqu'il se sent en confiance, arriverait à se dévoiler au thérapeute. Si le contenu apporté est travaillé de manière satisfaisante et qu'il est bien reçu par le thérapeute, c'est-à-dire si le thérapeute fait preuve d'ouverture, de non-jugement et d'une écoute active intéressée, le client serait alors ouvert à se dévoiler à nouveau. La confiance du client dans le thérapeute favoriserait également l'ouverture du client aux interventions du thérapeute, ce qui optimiserait le travail thérapeutique et le rendrait plus efficace. Bachelor (1995) décrit un processus similaire. Selon les résultats de son étude, l'écoute attentive et le non-jugement du thérapeute ainsi qu'une relation amicale favoriseraient la confiance du client et son sentiment d'être à l'aise avec le thérapeute, ce qui faciliterait le dévoilement de soi. Les résultats de la présente étude vont un peu plus loin en montrant de quelle façon ce processus se répète, permettant d'une fois à l'autre le dévoilement de soi du client.

Le dévoilement de soi apparaît donc, dans la présente étude, comme un élément important ayant un impact positif sur le processus de changement. L'étude de Levitt et al. (2006) a observé un résultat similaire, à savoir que l'expression de soi était l'un des mécanismes dominants du changement décrit par les clients.

**Lien 7 : Les quatre composantes de la relation thérapeutique s'acheminent vers la *Terminaison certaine de la relation thérapeutique*.** Finalement, les quatre méga-catégories du centre du schéma sont liées à la méga-catégorie *Terminaison certaine de la relation thérapeutique*. En effet, il semble que l'enrichissement et la consolidation de la relation entre le client et le thérapeute contribuent en quelque sorte à les rapprocher de la fin de la relation. L'extrait suivant exprime de quelle manière ce lien entre ces méga-catégories se manifeste :

C'est une relation qu'on doit nourrir pour arriver à faire avancer son processus, mais plus cette relation-là va être aboutie, plus le processus va finir par se dénouer et plus ça va amener à la fin de cette relation-là. Finalement, plus elle va être bonne, plus on se rapproche de la fin. On investit dans une relation pour qu'elle se termine, en quelque sorte.

Ainsi, pour les clients de l'étude, il semble qu'il soit nécessaire d'enrichir la relation thérapeutique pour avancer dans le processus et arriver à atteindre les changements désirés, ce qui correspond souvent à l'étape de la terminaison de la thérapie. Pour ces clients, la fin de la relation thérapeutique est liée au processus de changement, comme en témoigne la catégorie *Fin de la relation lors de l'atteinte des objectifs thérapeutiques*. En effet, le moment de la fin de la relation correspond au

moment où les changements désirés par le client sont atteints. Lorsque c'est le cas, il n'est plus pertinent de continuer la relation thérapeutique.

Il est possible de faire l'hypothèse que, pour les clients de l'étude, la qualité de la relation thérapeutique globale est intimement associée au processus de changement et y contribue positivement, puisqu'ils ont identifié la pertinence de l'enrichir et d'investir en elle pour progresser. Ce résultat rejoint entre autres l'étude de Krause et al. (2011), dans laquelle les clients ont exprimé que la relation thérapeutique était le terrain sur lequel le travail thérapeutique se déroulait et pouvait devenir efficace et productif. Les résultats de la présente étude laissent toutefois sous-entendre que certains clients perçoivent qu'ils ont un rôle actif à jouer pour que la relation soit positive et s'enrichisse, ce qui amène une précision intéressante.

**Importance de la confiance.** La confiance est un élément qui a été nommé par l'ensemble des participants comme faisant partie de leur perception d'une relation thérapeutique positive et, pour plusieurs, comme jouant un rôle central dans leur processus de changement. Les extraits suivants illustrent cette place importante qui est donnée à la confiance : « J'ai l'impression que, s'il n'y a pas de confiance, il ne peut pas y avoir de travail ensemble. Je pense que c'est beaucoup dans la confiance qu'est la clé. » et « Je pense que c'est la confiance qui est la base du déroulement des choses et du fait que mon processus évolue, et évolue dans le bon sens. C'est parce qu'il y a une confiance. ».



Ce résultat va dans le même sens que plusieurs études portant sur la relation thérapeutique selon la perspective des clients (Bachelor, 1995; Bowman & Fine, 2000; Brillhart, 2008; Levitt et al., 2006), qui ont également observé l'importance de la confiance pour les clients. Par exemple, les résultats de l'étude de Brillhart (2008) montrent que, pour les clients, la confiance était le deuxième élément contribuant le plus au processus de changement, après l'écoute du thérapeute. De plus, l'étude de Bachelor (1995) a révélé que, pour certains des clients, la confiance était essentiellement ce qui constituait la relation thérapeutique, alors que pour d'autres, la confiance était perçue comme une condition préalable à l'atteinte des objectifs thérapeutiques. Dans la présente étude, une observation similaire peut être faite. En effet, pour certains clients, la confiance était perçue comme étant l'essence de la relation thérapeutique, alors qu'elle était plutôt vécue comme un élément en toile de fond pour d'autres. Bien qu'il s'agisse de perspectives différentes, elles renvoient toutes deux à la centralité de la confiance dans le processus de changement, selon la perception des clients.

De plus, dans la présente étude, la confiance était plus particulièrement en lien avec le respect de la confidentialité, c'est-à-dire que les clients avaient confiance que ce qu'ils confiaient à leur thérapeute allait demeurer entre eux. La confiance était également en lien avec les compétences du thérapeute, c'est-à-dire que les clients nommaient avoir confiance que le thérapeute allait réussir à les aider. Dans la plupart des études sur les éléments de la relation thérapeutique ayant un impact positif sur le processus de changement, selon le point de vue des clients, la confiance est souvent

nommée, mais sans être davantage élaborée, ce qui fait que peu d'informations sont disponibles par rapport à la perception et à l'expérience plus précises de la confiance chez les clients. La présente étude apporte donc un éclairage intéressant, plus précis, sur la confiance. Deux autres études ont tout de même été recensées, dans lesquelles des résultats similaires ont été observés. En effet, dans l'étude de Bachelor (1995), la notion de confiance était, pour les clients, en lien avec le choix des stratégies utilisées par le thérapeute et la crédibilité professionnelle de celui-ci. Dans l'étude de Krause et al. (2011), la confiance était intimement liée à l'expertise du thérapeute et à ses compétences ainsi qu'à son respect de la confidentialité. Les résultats de la présente étude concordent donc avec ceux de ces deux études. Toutefois, la présente étude permet d'apporter d'autres précisions quant à la confiance, par le biais de certaines sous-catégories, soit *Confiance optimiste du client dans la voie empruntée par le thérapeute* et *Foi du client en la capacité du thérapeute à utiliser adéquatement ses propos*. Cette première sous-catégorie fait référence à la conviction du client que, même s'il ne comprend pas tout ce qui se passe dans la thérapie ou même s'il ne sait pas exactement où le thérapeute veut l'amener, ce dernier sait ce qu'il fait et agit dans son intérêt. La deuxième sous-catégorie indique que le client a le sentiment que le thérapeute est en mesure de transformer le contenu qu'il amène en quelque chose d'utile pour son cheminement, qu'il ne sera pas démuni devant ses propos et que ceux-ci ne seront pas ignorés. Ces deux sous-catégories amènent donc davantage de précisions sur la confiance qu'ont les clients dans les compétences de leur thérapeute, de leur point de vue.

En résumé, selon la perception des clients de la présente étude, les premiers contacts positifs entre le client et le thérapeute, caractérisés par le sentiment du client d'être à l'aise en présence du thérapeute, de ressentir des affinités entre eux et d'observer une concordance entre ses besoins et le style du thérapeute, influenceraient positivement le développement de la confiance. L'engagement et l'implication active du thérapeute dans le travail thérapeutique serait un autre élément qui favoriserait la confiance. Cette confiance aurait pour effet de générer une ouverture, chez le client, aux interventions du thérapeute, ainsi qu'une ouverture à se dévoiler. Selon la perception des clients de l'étude, lorsque le thérapeute manifeste une écoute attentive, de l'ouverture, du non-jugement et du respect pour leur rythme, ils seraient alors plus enclins à se dévoiler à nouveau et leur confiance envers le thérapeute serait renforcée. Finalement, la confiance des clients de cette étude envers leur thérapeute serait plus particulièrement en lien avec les compétences perçues du thérapeute et son respect de la confidentialité.

En somme, cette discussion a permis de faire l'interprétation des résultats de la présente étude en lien avec les trois objectifs et les sous-objectifs en découlant. Plus précisément, il a été possible de constater que les quatre composantes préexistantes de la grille font partie, à divers degrés, de la perception qu'ont les clients d'une relation thérapeutique positive. De plus, il ressort que l'arbre des catégories émergentes amène plusieurs éléments d'approfondissement à ces composantes préexistantes et contribue à en dresser un portrait plus nuancé. Par ailleurs, la nature évolutive de la relation thérapeutique a été présentée comme un élément permettant de décrire et de comprendre

en profondeur la relation thérapeutique, selon la perception des clients. Finalement, le cadre conceptuel élaboré et présenté sous la forme d'un schéma a permis d'illustrer comment les composantes et les autres éléments d'une relation thérapeutique positive sont reliés au processus de changement des clients, selon leur perception, rencontrant ainsi le troisième sous-objectif et ses deux sous-objectifs.

Ce résumé conclut la discussion des résultats. Il sera maintenant question des forces et des limites de l'étude, de ses retombées scientifiques et cliniques ainsi que des recommandations par rapport aux pistes d'investigation futures.

### **Les forces et les limites de l'étude**

#### **Les forces de l'étude**

Tout d'abord, la présente étude a permis une compréhension en profondeur de la nature des composantes d'une relation thérapeutique positive, telles qu'elles sont vécues et perçues par les clients. Elle a également permis d'identifier, de décrire et de comprendre en profondeur les composantes de la relation thérapeutique perçues par les clients comme ayant un impact positif sur leur processus de changement, ainsi que les liens entre elles. La force première de cette étude est donc d'avoir traité un sujet jusqu'ici peu documenté, à savoir les composantes de la relation thérapeutique, telles qu'elles sont comprises et expérimentées par les clients. De plus, l'étude ciblait directement la relation thérapeutique, contrairement à d'autres études qui se sont plutôt intéressées à la thérapie de façon plus globale. Le fait de se concentrer uniquement sur la

relation thérapeutique a donc permis d'étudier le sujet de façon spécifique et de l'approfondir, ce qui a donné accès à un contenu riche. L'accès à la richesse du contenu a également été facilité par la méthode de collecte de données par entrevue semi-dirigée. Le canevas d'entrevue, composé de plusieurs questions larges et ouvertes, laissait place à une grande variété de réponses de la part des clients, ce qui a permis de mettre en lumière plusieurs composantes et éléments d'une relation thérapeutique positive ainsi que plusieurs éléments qui contribuent au processus de changement, selon la perspective des clients. La pertinence du contenu ainsi recueilli est d'ailleurs confirmée à travers la discussion, qui a permis d'établir de nombreux liens avec les écrits scientifiques sur la relation thérapeutique.

Ensuite, les clients de l'étude étaient actuellement en thérapie à moyen ou long terme, ce qui répondait à des lacunes présentes dans les études précédentes, soit le fait que les participants étaient souvent des clients en thérapie à court terme et que l'étude se déroulait parfois plusieurs mois après la fin de leur thérapie. Les psychologues contactés avaient un minimum de cinq années d'expérience en psychothérapie, donc une certaine habileté dans la création et le maintien d'une relation thérapeutique positive.

Par ailleurs, l'analyse de contenu a été menée avec rigueur et confidentialité, et une démarche pour calculer l'accord inter-juges a été effectuée, ce qui a permis d'augmenter la validité du processus d'analyse.

L'étude, telle que menée, a donc permis de rencontrer les objectifs de recherche, notamment par le choix judicieux de la méthode et son utilisation rigoureuse et flexible.

### **Les limites de l'étude**

Tout d'abord, la présente étude est une étude qualitative exploratoire, ce qui ne permet pas de généraliser les conclusions obtenues. Une autre limite à la généralisation des résultats est la petite taille de l'échantillon (Gauthier, 2004). Il semble qu'un nombre plus élevé de participants aurait permis d'atteindre avec plus d'assurance le seuil de saturation recherchée en recherche qualitative. Le petit nombre de participants a également contribué à ce qu'il y ait peu de diversité dans l'échantillon, tant au niveau de la provenance des participants (à l'exception d'un participant, ils proviennent tous de la même ville) qu'au niveau de leur nationalité. Il est très probable que des différences significatives pourraient exister avec des participants provenant d'une autre ville et d'une nationalité différente.

Toujours en lien avec les participants, le facteur d'exclusion concernant les problématiques sévères pourrait avoir entraîné un biais. En effet, il est possible de penser qu'en raison, entre autres, de ce critère d'exclusion, les clients de l'étude font partie d'une population clinique qui présente une sévérité moins grande au niveau des problèmes relationnels. De plus, étant donné que la participation se faisait de façon volontaire, les clients ayant décidé de participer sont peut-être ceux qui ont une relation thérapeutique plus positive. Les résultats ne sont donc pas représentatifs des clients

présentant une problématique plus sévère ou ayant une relation thérapeutique moins positive. De plus, le motif de consultation de la psychothérapie n'a pas été demandé aux clients de l'étude. Il se pourrait que la problématique soit une variable importante qui affecte la manière dont les clients perçoivent la relation thérapeutique.

Une autre limite en lien avec les participants concerne le fait que les clients de l'étude étaient tous en thérapie avec des psychologues d'orientation humaniste au moment de la collecte de données. Bien que ce critère ait été établi étant donné l'importance accordée à la relation thérapeutique par l'approche humaniste, ce choix limite également la généralisation des résultats aux psychothérapies faites selon d'autres approches théoriques.

Étant donné le cadre humaniste choisi pour la présente étude et afin de respecter celui-ci, il aurait pu être décidé de ne pas inclure la composante *Relation transférentielle* dans la collecte et l'analyse des données. Bien que le fait de retenir cette composante ait permis de mettre en lumière certains résultats intéressants, il est pertinent de se demander si le fait de l'exclure aurait apporté davantage de cohérence à la présente étude.

Ensuite, en ce qui concerne le processus d'analyse des données, il est à noter que l'analyse de contenu repose sur la subjectivité de la personne qui effectue la codification. Bien qu'une mesure d'accord inter-juges ait été calculée afin d'augmenter

la validité du processus, il est certain que la subjectivité inhérente à l'intervention humaine vient biaiser les résultats (Mayer et al., 2000). Ainsi, bien que la chercheuse ait fait l'effort conscient de mettre de côté les composantes préexistantes ainsi que les théories existantes sur la relation thérapeutique lors de l'analyse inductive, il est possible que celles-ci aient influencé l'analyse des données à son insu. Il se peut également que la subjectivité de la chercheuse ait affecté la collecte des données. Ainsi, il est possible que la formulation de certaines questions du canevas d'entrevue ait pu avoir pour conséquence de suggérer ou d'orienter certaines réponses des clients, malgré les précautions prises.

Finalement, l'analyse des données a révélé que les propos des clients de l'étude ne portaient pas toujours de façon spécifique sur la relation thérapeutique. En effet, au fil de l'analyse, la chercheuse s'est aperçue que les clients abordaient également d'autres aspects, comme les caractéristiques du thérapeute et les outils utilisés par celui-ci, ce qui ne renvoie pas directement à la relation thérapeutique, bien qu'ils y soient reliés de très près. Il est possible que le canevas d'entrevue et la conduite des entrevues n'aient pas suffisamment permis de faire ressortir du contenu associé de façon directe à la relation thérapeutique.

En résumé, la présente étude comporte certaines limites qui ont un impact sur la généralisation des résultats et qui peuvent avoir entraîné certains biais. Cette étude a tout de même permis d'investiguer un point de vue qui, jusqu'à maintenant, a été peu



documenté et répond à certaines lacunes présentes dans les études empiriques précédentes portant sur la perception qu'ont les clients d'une relation thérapeutique positive.

### **Les retombées de l'étude**

Certaines retombées positives de la présente étude peuvent être envisagées, tant au plan scientifique que clinique. Tout d'abord, au plan scientifique, la présente étude contribue à l'avancement des connaissances, jusqu'ici peu nombreuses, sur les composantes de la relation thérapeutique selon le point de vue des clients. Plus spécifiquement, elle participe à l'enrichissement des découvertes sur la nature des composantes d'une relation thérapeutique positive ainsi que sur les composantes et les éléments qui, selon les clients, ont un impact positif sur leur processus de changement.

Ensuite, au plan clinique, les résultats de la présente étude pourront fournir aux psychologues cliniciens une porte d'entrée pour amorcer ou poursuivre une réflexion quant aux composantes de la relation thérapeutique pouvant recevoir une attention particulière en psychothérapie. Les psychologues cliniciens pourront, possiblement, réfléchir à l'intégration de ces composantes dans leur pratique afin d'avoir un plus grand impact sur le risque d'abandon thérapeutique et sur le processus de changement de leurs clients. Cet apport de l'étude est cohérent avec la recommandation du groupe de travail (*task force*) de l'American Psychological Association (APA) sur les relations thérapeutiques fondées sur les données probantes (Norcross & Wampold, 2011). En

effet, cette recommandation est à l'effet que l'un des buts premiers de la psychothérapie devrait être l'établissement et l'entretien de la relation thérapeutique, en se basant sur les éléments démontrés comme étant efficaces par la recherche.

De plus, comme le mentionne Gros-Louis (2003), étant donné l'inutilité de chercher à démontrer la supériorité d'une approche théorique par rapport à une autre, l'attention des psychologues devrait se tourner vers la compréhension des facteurs communs aux approches, dont la relation thérapeutique fait partie (Lambert, 1992; Lecomte, Savard, Drouin, & Guillon, 2004). La formation en psychothérapie devrait donc, elle aussi, porter sur l'apprentissage de moyens pour favoriser la relation thérapeutique. Les responsables des programmes de formation à la psychothérapie et les superviseurs pourraient s'inspirer des résultats de la présente étude pour sensibiliser les étudiants ou les jeunes professionnels à l'importance de la relation thérapeutique et au fait de considérer la perception de leurs clients à ce propos. Le fait de tenir compte davantage de la perception des clients par rapport aux composantes d'une relation thérapeutique positive et des éléments qui contribuent positivement à leur processus de changement peut demander aux chercheurs, aux cliniciens et aux superviseurs de revisiter leurs schèmes de référence et de modifier certaines de leurs façons de faire. Bien que ces changements puissent être confrontants, ils seront faits au profit des clients, afin de toujours mieux leur venir en aide.

Finalement, les résultats de la présente étude pourront également être utiles aux clients qui sont en psychothérapie ou à ceux qui envisagent d'entreprendre une démarche. En effet, ces résultats pourraient leur permettre d'avoir une meilleure idée de certains aspects, propres à la relation thérapeutique, qui peuvent avoir un impact positif sur leur processus de changement. Les clients ont, tout comme les thérapeutes, une influence sur certains de ces éléments. Ainsi, en prenant connaissance des résultats de la présente étude, ils pourraient devenir de meilleurs « partenaires » dans la relation thérapeutique et, ainsi, influencer positivement leur processus de changement.

En résumé, la présente étude contribue à l'avancement des connaissances scientifiques au sujet des composantes de la relation thérapeutique, selon le point de vue des clients. Cette étude pourra également être utile aux cliniciens, aux responsables des programmes de formation à la psychothérapie et aux superviseurs, afin d'amorcer ou de poursuivre une réflexion par rapport aux composantes de la relation thérapeutique à prioriser avec les clients. Finalement, les clients ou les futurs clients en psychothérapie pourront, eux aussi, bénéficier des résultats de la présente étude en ayant de meilleures connaissances sur les aspects qui ont un impact positif sur leur processus de changement et sur le rôle qu'ils peuvent jouer dans ce processus.

### **Des pistes d'investigation futures**

Les résultats de la présente étude ainsi que ses forces, limites et retombées, permettent de formuler certaines suggestions et recommandations quant aux pistes d'investigation futures.

Tout d'abord, étant donné l'observation, dans la présente étude, selon laquelle le contenu amené par les participants ne ciblait pas toujours directement la relation thérapeutique, il serait important, dans les études à venir, de cibler plus précisément les éléments qui font partie de la relation thérapeutique et ceux qui n'en font pas, et d'orienter le canevas d'entrevue en conséquence dans les études qualitatives.

Ensuite, il serait pertinent de refaire la présente étude, en recrutant cette fois les clients par le biais de psychologues d'autres orientations théoriques, soit psychodynamique et cognitive-comportementale. Des comparaisons pourraient ainsi être effectuées avec les résultats de la présente étude, afin de vérifier à quel point ils y ressembleraient ou différeraient. Dans le même ordre d'idées, l'étude pourrait être refaite avec un plus grand nombre de participants, afin de pouvoir effectuer des comparaisons selon différentes caractéristiques, comme l'âge, l'ethnie, le motif de consultation, etc. Ces comparaisons entre des clients de différents sous-groupes permettraient de formuler certaines hypothèses quant aux ressemblances et aux différences dans leurs perceptions des composantes d'une relation thérapeutique positive.

Par ailleurs, comme la présente étude a mis en lumière que, pour les clients de l'étude, la relation thérapeutique se développe graduellement et que la perception qu'ils en ont évolue, il pourrait être intéressant de réaliser une étude longitudinale pour réaliser des entrevues avec les clients à différents moments de leur thérapie. Ce type d'étude pourrait permettre de mieux comprendre de quelle manière la perception qu'ont les clients des composantes de la relation thérapeutique et des éléments contribuant à leur processus de changement évoluent et quels composantes et éléments font partie de leur expérience, à différents moments de leur cheminement. Une étude longitudinale permettrait également de comprendre en profondeur comment les différentes composantes se développent, selon les clients. Il pourrait aussi être pertinent d'effectuer une étude qualitative qui comporterait différents sous-groupes, selon la durée du suivi, afin de comparer leur perception de la relation thérapeutique.

Ensuite, trois thèmes plus précis ayant émergé de l'analyse des données, il pourrait être intéressant de les explorer davantage lors d'études futures. Premièrement, le paradoxe entre l'intimité avec le thérapeute et la distance relationnelle et émotionnelle, identifié par les participants comme faisant partie de leur perception d'une relation thérapeutique positive et comme étant l'un des éléments ayant un impact positif sur leur processus de changement, serait un thème pertinent à étudier, étant donné le peu d'études qui s'y sont intéressées. Ainsi, des entrevues semi-structurées portant sur l'expérience des clients en lien avec ce paradoxe permettraient de comprendre davantage comment ils le vivent.

Un deuxième thème pouvant être exploré dans des études futures est la confiance mutuelle entre le thérapeute et le client. En effet, les résultats de la présente étude ont permis de mettre en lumière que la confiance qu'ont les clients en leur thérapeute est une expérience complexe qui peut être différente d'une personne à l'autre, étant, entre autres, l'essence de la relation thérapeutique pour certains, et une condition préalable au travail thérapeutique pour d'autres. Étant donné, d'une part, l'importance centrale que la confiance revêt dans la relation thérapeutique et dans le processus de changement des clients et, d'autre part, la diversité des expériences et des définitions qui y sont associées, il serait pertinent de réaliser des études qualitatives qui se pencheraient spécifiquement sur l'expérience de la confiance du point de vue des clients.

Troisièmement, les résultats de la présente étude ont fait ressortir que la finalité de la relation thérapeutique était partie prenante de l'expérience des clients de l'étude. En effet, même si les clients étaient toujours en thérapie au moment de l'entrevue, plusieurs d'entre eux ont spontanément abordé la fin de la thérapie et de la relation thérapeutique. Comme il s'agit d'un sujet ayant été peu étudié jusqu'à maintenant, il serait intéressant de pouvoir comprendre plus en profondeur de quelle manière les clients composent avec le fait de savoir que la relation thérapeutique va prendre fin éventuellement, alors qu'ils sont encore en thérapie.

Finalement, afin d'obtenir des résultats plus largement généralisables, il serait intéressant de réaliser une étude quantitative, de type descriptif, sur les composantes de

la relation thérapeutique ayant un impact positif sur le processus de changement des clients auprès d'un large échantillon de clients. Le portrait global des résultats de la présente étude et le cadre conceptuel présentant les liens entre les méga-catégories pourraient servir de base pour la création d'un questionnaire quantitatif. Il serait intéressant de vérifier empiriquement si ce cadre conceptuel, mettant en relation les composantes de la relation thérapeutique et leur lien avec le processus de changement, s'applique à la réalité des clients en thérapie. Un autre questionnaire quantitatif auto-rapporté pourrait être élaboré en se basant sur la grille des catégories préexistantes de la présente étude. Cette grille pourrait être enrichie et nuancée en y ajoutant les éléments qui sont ressortis de l'arbre des catégories émergentes lors de l'analyse inductive. Ce questionnaire auto-rapporté ainsi élaboré pourrait être utilisé auprès d'un large échantillon de clients dans le cadre d'une étude quantitative tenant compte des limites de la présente étude.

En résumé, il pourrait être intéressant et pertinent de refaire la présente étude avec un échantillon plus grand et plus diversifié, de mener une étude longitudinale afin de mieux comprendre la nature évolutive de la relation thérapeutique et d'étudier trois thèmes ayant émergé de la présente étude, soit le paradoxe entre intimité et distance émotionnelle, la confiance mutuelle entre le client et le thérapeute et l'expérience de la fin de la relation thérapeutique. Des études quantitatives pourraient également être effectuées, en se basant sur les résultats de la présente étude.

Ce résumé complète la présentation des forces, des limites et des retombées de la présente étude ainsi que des recommandations pour des études futures, terminant ainsi la discussion des différents résultats obtenus.



## **Conclusion**

La présente étude s'est intéressée à la perception qu'ont les clients des composantes d'une relation thérapeutique positive, afin de les identifier, les décrire et les comprendre en profondeur, ainsi qu'aux composantes ayant un impact positif sur leur processus de changement. Les données ont été recueillies à l'aide d'entrevues semi-structurées avec six clients en psychothérapie à moyen ou long terme auprès de psychologues d'orientation humaniste.

L'analyse des données par l'analyse de contenu a permis, tout d'abord, de décrire et d'enrichir la compréhension des quatre composantes préexistantes de la relation thérapeutique issues des écrits scientifiques, soit la *Relation coopérative*, la *Relation transférentielle*, la *Relation personne-à-personne* et la *Relation transpersonnelle*, selon le point de vue des clients. Ces composantes et leurs sous-composantes ont été abordées à des fréquences diverses par les clients de l'étude. De plus, plusieurs ressemblances ont été observées entre les sous-composantes préexistantes et les catégories émergentes, suggérant que plusieurs éléments provenant des écrits scientifiques, basés sur la perspective des chercheurs, semblent coïncider avec la perspective des clients de la présente étude.

Par ailleurs, l'arbre des catégories émergentes a permis de mettre en lumière plusieurs éléments d'approfondissement aux différentes composantes préexistantes, ce qui amène un portrait plus complet et plus nuancé de la perception qu'ont les clients d'une relation thérapeutique positive. Notamment, l'analyse a permis de faire ressortir plusieurs particularités de la *Relation personne-à-personne*, qui met de l'avant la relation plus personnelle qui s'établit entre le client et le thérapeute. Entre autres, le paradoxe entre l'intimité et la distance émotionnelle et relationnelle a émergé comme faisant partie de la perception des clients de l'étude de leur expérience d'une relation thérapeutique positive. De plus, la présence d'une appréciation et d'un attachement réciproques a également émergé, bien qu'il ait été observé que les clients semblaient ressentir une certaine difficulté et une gêne à en parler.

Ensuite, l'axe de la temporalité est un autre des résultats de la présente étude. En effet, l'analyse de contenu a permis de faire ressortir que, selon la perception des clients de l'étude, la relation thérapeutique s'inscrit dans une temporalité, qu'elle évolue et qu'elle se transforme au fil du temps. Il est apparu que, selon leur point de vue, un certain effort d'adaptation était nécessaire de leur part afin de s'acclimater au contexte thérapeutique. De plus, l'idée que la relation thérapeutique aura nécessairement une fin, bien que le moment de cette fin soit inconnu, faisait également partie de la perception des clients de cette étude.

En ce qui concerne les composantes d'une relation thérapeutique positive ayant un impact positif sur le processus de changement des clients, le cadre conceptuel élaboré et illustré sous la forme d'un schéma a permis de mettre en relation les différents éléments qui influencent le cheminement des clients, selon leur perception. La confiance mutuelle entre le client et le thérapeute est apparue comme un élément central dans le processus de changement, selon les clients de l'étude. De plus, le dévoilement de soi et les nombreux éléments le favorisant, dont les attitudes facilitatrices du thérapeute, ont émergé comme étant des véhicules de changement perçus par les clients. Différents aspects de la *Relation réelle entre deux personnes humaines au-delà de leurs rôles respectifs* contribueraient également au processus de changement, notamment le respect du thérapeute pour le rythme du client, l'égalité, la complicité et l'intimité. Selon les clients de l'étude, ces aspects optimiseraient un travail thérapeutique dans lequel client et thérapeute s'investissent selon leurs ressources propres. Il semblerait par ailleurs que, même si le travail thérapeutique est au cœur de la relation thérapeutique et est la raison pour laquelle le client et le thérapeute se réunissent, il demeure que le lien affectif est très présent dans la perception qu'ont les clients d'une relation thérapeutique positive et de ce qui a un impact positif sur leur processus de changement.

En résumé, la présente étude contribue à l'avancement des connaissances scientifiques au sujet des composantes de la relation thérapeutique, selon le point de vue des clients, perspective jusqu'ici peu étudiée. Les résultats de cette étude ciblent plus précisément certains éléments et certains processus considérés par les clients comme

ayant un impact positif sur leur processus de changement. Ces résultats pourront être profitables pour les clients et les futurs clients en psychothérapie, en leur permettant de prendre conscience des aspects qui peuvent contribuer à leur processus de changement, notamment ceux sur lesquels ils peuvent avoir une influence. Ces résultats pourront également être utiles aux psychologues cliniciens, aux responsables des programmes de formation à la psychothérapie et aux superviseurs, afin d'amorcer ou de poursuivre une réflexion par rapport aux composantes de la relation thérapeutique à privilégier avec les clients. En effet, il apparaît qu'afin d'avoir un impact sur les abandons thérapeutiques ainsi que sur le processus de changement des clients, il est primordial de prendre en considération leur point de vue.

Ainsi, la présente étude montre que les clients, lorsqu'ils sont questionnés sur le sujet, ont beaucoup d'informations à partager sur la manière dont ils perçoivent la relation thérapeutique. Étant donné que ce sont eux qui consultent et qui reçoivent de l'aide, il apparaît indispensable d'obtenir leur point de vue sur ce qui constitue une relation thérapeutique positive et sur ce qui a un impact positif sur leur processus de changement. Les clients abordent la relation thérapeutique d'un angle qui est différent des théoriciens, des chercheurs et des cliniciens, mais qui a tout autant de valeur et d'importance. Sans leur perspective, la vision de la relation thérapeutique n'est pas complète et il devient difficile de savoir quoi faire pour prévenir les abandons thérapeutiques et pour leur venir en aide de façon optimale. Afin de prévenir les terminaisons prématurées et d'avoir un impact positif sur le processus de changement

des clients, il est important de questionner les clients sur leur perception de la relation thérapeutique, de faire confiance à cette perception et de la valoriser, même si elle ne concorde pas exactement avec celle des chercheurs et des cliniciens. En effet, malgré que de nombreuses théories par rapport à la relation thérapeutique et au processus de changement des clients existent, si celles-ci n'ont pas de sens pour les clients ou ne sont pas importantes pour eux, elles seront peu utiles pour les garder en thérapie et pour leur venir en aide d'une manière qui est significative pour eux.

En conclusion, Rogers affirme : « Les clients ont en eux de vastes ressources pour se comprendre et changer de manière constructive leur façon d'être et de se comporter. » (Rogers & Sanford, 1985). En ce sens, il apparaît que les clients ont également en eux des ressources considérables pour faire avancer les connaissances sur la psychothérapie et sur la relation thérapeutique. Les clients semblent disposés à partager la richesse de leur perception et de leur expérience et ils sont tout à fait aptes à le faire. Il importe donc d'avoir confiance dans le fait qu'ils sont de bons juges de ce qui est aidant pour eux dans leur processus de changement et de s'intéresser à leur perception, afin d'ainsi avoir accès à de précieuses informations.

## Références

- Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999) The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. Dans M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Éds), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 23-55). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bachelor, A. (1991). Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist. *Psychotherapy*, 28, 534-549.
- Bachelor, A. (1995). Clients' perception of the therapeutic alliance: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 323-337.
- Bachelor, A., & Horvath, A. O. (1999). The therapeutic relationship. Dans M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Éds), *The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy?* (pp. 133-178). Washington, DC : American Psychological Association.
- Baillargeon, P., Pinsof, W. M., & Leduc, A. (2005). L'alliance thérapeutique : La création et la progression du lien. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 55, 225-234.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 842-852.
- Baynon, C. M., Bellis, M. A., & McVeigh, J. (2006). Trends in dropout, drug free discharge and rates of re-presentation: A retrospective cohort study of drug treatment clients in the North West of England. *BMC Public Health*, 6, 205.
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : Description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26, 1-18.
- Blass, O. (2006). Respect for clients in the therapeutic relationships: A phenomenological analysis. Thèse de doctorat inédite, State University of New Jersey. Repérée à <http://search.proquest.com.ezproxy.usherbrooke.ca/docview/304938874/BF83505E658549AAPQ/1?accountid=13835>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252-260.



- Bouchard, S., & Cyr, C. (1998). *Recherche psychosociale. Pour harmoniser recherche et pratique*. Sainte-Foy, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Bowman, L., & Fine, M. (2000). Client perceptions of couples therapy: Helpful and unhelpful aspects. *The American journal of family therapy*, 28, 295-310.
- Brilhart, J. E. (2008). Clients' perceptions of the most helpful aspects of the client-therapist relationship. Thèse de doctorat inédite, University of the Rockies. Repérée à <http://search.proquest.com.ezproxy.usherbrooke.ca/docview/304362900/138822C05B214809A75/1?accountid=13835>
- Castonguay, L.G., Boswell, J.F., Zack, S.E., Baker, S., Boutselis, M.A., Chiswick, N.R., ... Holtforth, M.G. (2010). Helpful and hindering events in psychotherapy: A practice research network study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47, 327-344.
- 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.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., McAleavey, A. A., & Godfried, M. R. (2010). The alliance in Cognitive-Behavioral Therapy. Dans J. C. Muran & J. P. Barber (Éds), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (pp.150-172). New York, NY : Guilford.
- Castonguay, L.G., Goldfried, M.R., Wiser, S., Raue, P.J., & Hayes, A.M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression : A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497-504.
- Clarkson, P. (1995). *The therapeutic relationship in psychoanalysis, counselling psychology and psychotherapy*. London, Angleterre : Whurr.
- Clarkin, J.F., & Levy, K.N. (2004). Influence of client variables on psychotherapy. Dans M.J. Lambert (Éd), *Handbook of addressing treatment length expectations psychotherapy and behavior change* (5e éd., pp.194-226). New York, NY : Wiley & Sons.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K.C., Miranda, R., & Chemtob, C.M. (2004). Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72, 411-416.

- Cowle, R.M. (2003). Therapist and client perceptions of the therapeutic alliance : Different frames of reference and other sources of discordance. Thèse de doctorat inédite, University of Minnesota. Repérée à <http://search.proquest.com.ezproxy.usherbrooke.ca/docview/305321202/fulltextPDF/1113374B53EA4279PQ/1?accountid=13835>
- Detweiler, J. B., & Whisman, M. A. (1999). The role of homework assignments in cognitive therapy for depression: Potential methods for enhancing adherence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 267-282.
- Duff, C.T., & Bedi, R.P. (2010). Counsellor behaviours that predict therapeutic alliance: From the client's perspective. *Counseling psychology quarterly*, 23, 91-110.
- Duquette, P. (2010). Reality matters: Attachment, the real relationship, and change in psychotherapy. *American journal of psychotherapy*, 64, 127-151.
- Flückiger, C., Del Re, A.C., Wampold, B.E., Symonds, D., & Horvath, A.O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of counseling psychology*, 59, 10-17.
- Fuertes, J. N., Mislouack, A., Brown, S., Gur-Arie, S., Wilkinson, S., & Gelso, C. J. (2007). Correlates of the real relationship in psychotherapy: A study of dyads. *Psychotherapy Research*, 17, 423-430.
- Frank, K.A. (2005). Toward conceptualizing the personal relationship in therapeutic action: Beyond the "real" relationship. *Psychoanalytic Perspectives*, 3, 15-56.
- Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. Dans A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Éds), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 190-228). New York, NY : Wiley.
- Gauthier, B. (2004). *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données*. Ste-Foy, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Gelso, C. J. (2002). Real relationship: The "something more" of psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32, 35-40.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 296-306.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities*. Mahwah, NJ : Erlbaum.

- Gelso, C.J., Kelley, F.A., Fuertes, J.N., Marmarosh, C., Holmes, S.E., Costa, C., & Hancock, G.R. (2005). Measuring the real relationship in psychotherapy: Initial validation of the therapist form. *Journal of counseling psychology, 52*, 640-649.
- Gockel, A. (2011). Client perspectives on spirituality in the therapeutic relationship. *The humanistic psychologist, 39*, 154-168.
- Greenson, R.R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *The psychoanalytic quarterly, 34*, 155-179.
- Gros-Louis, Y. (2003, Septembre). Sous le match nul entre les approches en psychothérapie : les facteurs communs. *Psychologie Québec, 26-31*.
- Gutheil, T.G. & Gabbard, G.O. (1993). The concept of boundaries in clinical practice: theoretical and risk-management dimensions. *The American journal of psychiatry, 150*, 188-196.
- Hanna, F.J. (2002). *Therapy with difficult clients: Using the precursors model to awaken changes*. Washington, DC: American psychological association.
- Hansenne, M. (2013). *Psychologie de la personnalité* (4e éd.). Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Hayes, A.F., & Krippendorff, K. (2007). Answering the call for a standard reliability measure for coding data. *Communication methods and measures, 1*, 77-89.
- Henkelman, J., & Paulson, B. (2006). The client as expert: Researching hindering experiences in counselling. *Counselling psychology quarterly, 19*, 139-150.
- Hill, C. E., & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research, 19*, 13-29.
- Hill, C. E., Thompson, B. J., Cogar, M. C., & Denman, D. W. (1993). Beneath the surface of long-term therapy: Therapist and client report of their own and each other's covert processes. *Journal of Counseling Psychology, 40*, 278-287.
- Hill, C.E., Thompson, B.J., & Williams, E.N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist, 25*, 517-572.
- Høglend, P., Bøgwald, K. P., Amlø, S., Marble, A., Ulberg, R., Sjaastad, M. C., ... Johansson, P. (2008). Transference interpretations in dynamic psychotherapy: Do they really yield sustained effects? *American Journal of Psychiatry, 165*, 763-771.
- Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship: From transference to alliance. *JCLP/In Session: Psychotherapy in Practice, 56*, 163-173.

- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy, 38*, 365-372.
- Horvath, A.O, & Bedi, R.P. (2002). The alliance. Dans J.C. Norcross (Éd), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). New York, NY: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*, 9-16.
- Horvath, A.O., & Greenberg, L. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*, 223-233.
- Horvath, A. O., & Marx, R. W. (1990). The development and decay of the working alliance during time-limited counselling. *The Canadian Journal of Counselling, 24*, 240-259.
- 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.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Husserl, E. (1967). *The Paris lectures*. Hague, Pays-Bas: Nijhoff.
- Israel, T., Gorcheva, R., Burnes, T.R., & Walther, W.A. (2008). Helpful and unhelpful therapy experiences of LGBT clients. *Psychotherapy research, 18*, 294-305.
- Johansson, H., & Eklund, M. (2006). Helping alliance and early dropout from psychiatric out-patient care: The influence of patient factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41*, 140–147.
- Kelley, F.A., Gelso, C.J., Furtés, J.N., Marmarosh, C., & Lanier, S.H. (2010). The Real Relationship Inventory: Development and psychometric investigation of the client form. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, 47*, 540-553.
- Keijsers, G. P. J., Kampman, M., & Hoogduin, C. A. L. (2001). Dropout prediction in cognitive behavior therapy for panic disorder. *Behavior Therapy, 32*, 739-749.
- Klein, E.B., Stone, W.N., Hicks, M.W., & Pritchard, I.L. (2003). Understanding dropouts. *Journal of mental health counseling, 25*, 89-100.

- Krause, M., Altimir, C., & Horvath, A. (2011). Deconstructing the therapeutic alliance: Reflections on the underlying dimensions of the concept. *Clínica y salud, 22*, 267-283.
- Kvale, S. (1996). *InterViews: An introduction to qualitative research interviewing*. London, Angleterre : Sage.
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu. Méthode GPS et concept de soi*. Sillery, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Lambert, M.J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. Dans J.C. Norcross, & M.R. Goldstein (Éds), *Handbook of psychotherapy integration*. New York, NY : Basic Books.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. Dans J. C. Norcross (Éd.), *Psychotherapy relationship that work* (pp. 17-32). Toronto, ON : Oxford University Press.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics, 33*, 159-174.
- Lecomte, C., & Lecomte, T. (1999). Au-delà et en deçà des thérapies cognitives pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves : Les facteurs communs. *La Revue de Santé Mentale au Québec, 21*, 5-12.
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M.-S., & Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces : Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie, 25*(3), 73-102.
- Levitt, H., Butler, M., & Hill, T. (2006). What clients find helpful in psychotherapy: Developing principles for facilitating moment-to-moment change. *Journal of Counseling Psychology, 53*, 314-324.
- Llewelyn, S. P. (1988). Psychological therapy as viewed by clients and therapists. *British Journal of Clinical Psychology, 27*, 223-237.
- Lo Coco, G., Gullo, S., Prestano, C., & Gelso, C. J. (2011). Relation of the real relationship and the working alliance to the outcome of brief psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 48*, 359-367.
- Lombard, M., Snyder-Duch, J., Bracken, C.C. (2002). Content analysis in mass communication. Assessment and reporting on intercoder reliability. *Human communication research, 28*, 587-604.

- Luborsky, L., McLellan, A. T., Diguier, L., Woody, G., & Seligman, D. (1997). The psychotherapist matters: Comparison of outcome across twenty-two therapists and seven patient samples. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 53-63.
- MacFarlane, P., Anderson, T., & McClintock, A. S. (2015, Février). The early formation of the working alliance from the client's perspective: A qualitative study. *Psychotherapy*, 1-10.
- Manthei, R.J. (2007). Clients talk about their experience of the process of counselling. *Counselling psychology quarterly*, 20, 1-26.
- Maples, J.L., & Walker, R.L. (2014). Consolidation rather than termination: rethinking how psychologists label and conceptualize the final phase of psychological treatment. *Professional psychology: Research and practice*, 45, 104-110.
- Marmarosh, C. L., Gelso, C. J., Markin, R. D., Majors, R., Mallery, C., & Choi, J. (2009). The real relationship in psychotherapy: Relationships to adult attachments, working alliance, transference, and therapy outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 337-350.
- 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, 438-50.
- May, R. (1989). *The art of counseling*. New York, NY: Gardner.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C., Turcotte, D., et collaborateurs. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Montréal, QC : Gaëtan Morin.
- McDonagh, A., Friedman, M., Mc Hugo, G., Ford, J., Sengupta, A., Mueser, K., ... Descamps, M. (2005). Randomized trial of cognitive-behavioral therapy for chronic posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 515-524.
- Meador, B., & Rogers, C. (1973). Client-centered therapy. Dans R. Corsini (Éd.), *Current psychotherapies* (pp. 119-165). Itasca, ILL : Peacock.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., & Hubble, M. A. (1997). *Escape from Babel*. New York, NY : Norton.
- Morin, K. (2015). Le processus de conscience réflexive dans la pratique de psychothérapie d'une doctorante en psychologie. Thèse de doctorat inédite, Université de Sherbrooke, repérée à <http://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/7540>

- Mucchielli, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris, France : Armand Collin/Masson.
- Mucchielli, A. (2007). Les processus intellectuels fondamentaux sous-jacents aux techniques et méthodes qualitatives. *Recherches qualitatives*, 3, 1-27.
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationship that work. Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York, NY : Oxford University Press.
- Norcross, J.C., & Wampold, B.E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48, 98-102.
- Noyes, B.B. (2007). A qualitative examination of men's therapy decision-making processes and therapy experiences. Thèse de doctorat inédite, University of Utah. Repérée à <http://search.proquest.com.ezproxy.usherbrooke.ca/docview/304786306/fulltextPDF/69E3A4CE38E54DBFPQ/1?accountid=13835>
- Olivera, J., Braun, M., Gómez Penedo, J.M., & Roussos, A. (2013). A qualitative investigation of former clients' perception of change, reasons for consultation, therapeutic relationship, and termination. *Psychotherapy*, 50, 505-516.
- Owen, J., & Hilsenroth, M.J. (2014). Treatment adherence: The importance of therapist flexibility in relation to therapy outcomes. *Journal of counseling psychology*, 61, 280-288.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147- 181.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (2<sup>e</sup> éd.). Paris, France : Armand Colin.
- Patton, M., & Jackson, A. (1991). Theory and meaning in counseling research. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 214- 216.
- Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative research in counseling psychology : A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 126-136.
- QDA Miner. Manuel de l'utilisateur*. (2004). Montréal, QC : Recherches Provalis.
- Racker, H. (2002). *Transference and countertransference* (5e éd.). Londres, Royaume-Uni: Karnac.

- Rasmussen, B., & Angus, L.E. (1996). Metaphor in psychodynamic psychotherapy with borderline and non-borderline clients: A qualitative analysis. *Psychotherapy, 33*, 521-530.
- Richards, P. S., & Bergin, A. E. (2005). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy* (2e éd.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Richman, J. (1996). Points of correspondence between humor and psychotherapy. *Psychotherapy, 33*, 560-566.
- Ritter, A., Bowden, S., Murray, T., Ross, P., Greeley, J., & Pead, J. (2002). The influence of the therapeutic relationship in treatment for alcohol dependency. *Drug and alcohol review, 21*, 261-268.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 95-103.
- Rogers, C. R. (1958). The characteristics of a helping relationship. Dans H. Kirchenbaum, & V. L. Henderson (Éds), *The Carl Rogers Reader*. (1989, pp. 108-126). Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Rogers, C.R. (1970). *Le développement de la personne*. Paris, France: Dunod.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Rogers, C.R., & Sanford, R.C. (1985). Person-centered psychotherapy. Dans H.I. Kaplan, B.J. Sadock, & A.M. Friedman (Éds), *Comprehensive textbook of psychiatry* (4e éd., pp.1374-1388). Baltimore, MD: Williams & Walkins.
- Rogers, C.R., & Wood, J.K. (1974). Client-centered theory: Carl Rogers. Dans A. Burton (Éd), *Operational theories of personality* (pp.211-258). New York, NY: Brunner/Mazel.
- Rennie, D.L. (2006). The grounded theory method: Application of a variant of its procedure of constant comparative analysis to psychotherapy research. Dans C.T. Fischer (Éd), *Qualitative research methods for psychologists: Introduction through empirical studies* (pp. 59-78). San Diego, CA: Elsevier.
- Scheel, M.J., Hanson, W.E., & Razzhavaikina, T.I. (2004). The process of recommending homework in psychotherapy: A review of therapist delivery methods, client acceptability, and factors that affect compliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 1*, 38-55.



- Sexton, T. L., & Whiston, S. C. (1994). The status of the counselling relationship: An empirical review, theoretical implications, and research directions. *The Counseling Psychologist, 22*, 6-78.
- Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training, 47*, 637–645.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American psychologist, 65*, 98-109.
- St-Arnaud, Y. (1996). *S'actualiser par des choix éclairés et une action efficace*. Montréal, QC : Gaëtan Morin.
- St-Arnaud, Y. (2003). *L'interaction professionnelle: Efficacité et coopération* (2<sup>e</sup> éd.). Montréal, QC : Les presses de l'Université de Montréal.
- St-Arnaud, Y. (2009). *L'autorégulation : Pour un dialogue efficace*. Montréal, QC : Les presses de l'Université de Montréal.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Strick, M., Holland, R.W., Van Baaren, R.B., & Van Knippenberg, A. (2009). Finding comfort in a joke: Consolatory effects of humor through cognitive distraction. *Emotion, 9*, 574-578.
- Sultanoff, S.M. (2013). Integrating humor into psychotherapy : Research, theory and the necessary conditions for the presence of therapeutic humor in helping relationships. *The humanistic psychologist, 41*, 388-399.
- Swift, J. K., & Callahan, J. L. (2011). Decreasing treatment dropout by addressing expectations for treatment length. *Psychotherapy Research, 21*, 193–200.
- Thomas, D.R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation, 27*, 237-246.
- Tryon, G.S., Blackwell, S.C., & Hammel, E.F. (2007). *Psychotherapy research, 17*, 629-642.
- Westen, D., & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 875–899.

- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice, 24*, 190-195.
- Yeomans, F.E., Levy, K.N., & Caligor, E. (2013). Transference focused psychotherapy. *Psychotherapy, 50*(3), 449-453.
- Zuroff, D.C., & Blatt, S.J. (2006). The therapeutic relationship in the brief treatment of depression: Contributions to clinical improvement and enhanced adaptive capacities. *Journal of consulting and clinical psychology, 74*, 130-140.

## **Appendice A**

Canevas téléphonique de recrutement

## Canevas téléphonique de recrutement

Bonjour!

Mon nom est Émilie Lamontagne et je suis étudiante en troisième année au doctorat en psychologie clinique à l'Université de Sherbrooke. Je fais appel à vous aujourd'hui dans le but de recruter des participants dans le cadre de mon projet de thèse doctoral qui porte sur la relation thérapeutique, du point de vue des clients.

Pour réaliser ce projet, je sollicite votre aide afin de trouver des clients qui pourraient participer à l'étude. Je voudrais avant tout vérifier quelques informations avec vous. Vous identifiez-vous comme étant majoritairement d'approche humaniste ? Pratiquez-vous la psychothérapie individuelle depuis au moins 5 ans ? Oeuvrez-vous en pratique privée? *[Si la réponse à ces questions est positive, l'entretien téléphonique se poursuit. Si la réponse à l'une de ces questions est négative, l'entretien se termine ici en remerciant le psychologue et en lui demandant s'il pense à un collègue qui correspond à ces critères qu'il pourrait référer.]*

Je voulais savoir si vous accepteriez de transmettre une lettre d'invitation à participer à l'étude à vos clients qui correspondent selon vous aux critères que je vous présenterai. Votre tâche consisterait simplement à transmettre la lettre à vos clients, qui pourront par la suite décider de me contacter s'ils le désirent, sans que vous en soyez avisé et sans qu'ils me disent qui est leur psychologue.

Pour vous remercier de votre aide, les sections des résultats et de la discussion de la thèse, lorsqu'elles seraient complétées, vous seraient acheminées afin que vous puissiez en prendre connaissance. Le sujet général de ma thèse est la relation thérapeutique. Je ne peux pas vous en dire plus pour ne pas influencer le recrutement.

J'aimerais venir vous rencontrer à votre bureau afin de vous expliquer votre rôle plus en détail, de répondre à vos questions, de vous faire signer un formulaire d'engagement et de vous remettre des exemplaires de la lettre d'invitation à participer à l'étude à

transmettre à vos clients. Auriez-vous environ 30 minutes à me consacrer? À quel moment seriez-vous disponible?

Je vous laisse mon numéro de téléphone au cas où vous devriez me contacter avant notre rencontre : \*\*\*-\*\*\*-\*\*\*\*.

Avant de terminer, j'aimerais savoir si vous connaissez d'autres psychologues qui sont d'approche humaniste, qui ont au moins 5 ans d'expérience et qui travaillent en bureau privé dans votre région?

Merci beaucoup de m'aider dans mon projet de thèse et au plaisir de vous rencontrer!

## **Appendice B**

Lettre d'invitation à participer à l'étude

## Lettre d'invitation à participer à l'étude

Madame, Monsieur,

Je sollicite aujourd'hui votre participation à mon projet de thèse doctoral qui porte sur la relation thérapeutique, c'est-à-dire sur la relation client-thérapeute, telle que perçue par les clients.

Une entrevue individuelle d'environ 90 minutes est prévue afin d'obtenir votre point de vue sur la relation que vous entretenez avec votre psychologue. L'entrevue aura lieu à l'Université de Sherbrooke [ou à l'Université Laval], au département de psychologie, à un moment qui sera déterminé selon votre préférence. Vous recevrez à l'avance le formulaire de Consentement éclairé, qui explique en détail les étapes et les modalités de participation à l'étude, afin que vous puissiez en prendre connaissance. Une compensation financière de 20\$ vous sera versée au moment de l'entrevue en guise de dédommagement et afin de tenir compte de vos frais de déplacement.

Votre participation à ce projet de recherche aura l'avantage de vous permettre d'avoir une réflexion en profondeur sur votre relation client-thérapeute en plus de vous permettre de mettre en mots ce que vous vivez dans cette relation. De plus, vous contribuerez à l'avancement des connaissances sur la perception qu'en ont les clients, point de vue jusqu'ici peu étudié. Il se peut que vous vous inquiétiez du fait que votre psychologue soit informé de votre participation et du contenu de l'entrevue. Soyez assuré que votre psychologue ne sera en aucun cas avisé de votre décision de participer ou non à la présente étude et que toutes les données vous concernant demeureront confidentielles. Prenez note par ailleurs que votre psychologue n'est d'aucune façon affilié à cette étude; il a seulement aidé au recrutement.

Si vous êtes intéressé(e) à participer ou à obtenir davantage d'information sur le projet, vous pouvez me contacter par courriel ou par téléphone en me laissant vos coordonnées téléphoniques et les meilleurs moments pour vous rejoindre. Il est important de ne pas me mentionner le nom de votre psychologue. Vous pouvez parler de lui ou d'elle en disant « mon thérapeute » ou « mon psychologue ».

Je vous remercie de votre attention et au plaisir de vous rencontrer!

Émilie Lamontagne  
Doctorante en psychologie clinique  
Département de psychologie - Université de Sherbrooke

\*\*\*\_\*\*\*\_\*\*\*\*

\*\*\*@USherbrooke.ca

Recherche dirigée par Marie Papineau, Ph.D.  
Professeure agrégée et psychologue  
Département de psychologie - Université de Sherbrooke  
\*\*\*\_\*\*\*\_\*\*\*\* (poste \*\*\*) ou sans frais au 1 800 \*\*\*\_\*\*\*\*, poste \*\*\*  
\*\*\*@USherbrooke.ca

## **Appendice C**

Document informatif sur la recherche et sur la participation du psychologue



## DOCUMENT INFORMATIF SUR LA RECHERCHE ET SUR LA PARTICIPATION DU PSYCHOLOGUE

### **Thème de l'étude**

La relation thérapeutique selon le point de vue des clients.

### **Responsable du projet**

Émilie Lamontagne, étudiante au doctorat professionnel en psychologie clinique, est responsable de ce projet. Vous pouvez la rejoindre au \*\*\*-\*\*\*-\*\*\*\* ou à l'adresse courriel \*\*\*@USherbrooke.ca. Elle est dirigée par Marie Papineau (\*\*\*@Usherbrooke.ca), professeure au département de psychologie de l'Université de Sherbrooke.

### **Critères pour l'admissibilité des clients**

Pour réaliser ce projet, je sollicite votre aide afin de trouver des clients qui correspondent selon vous aux critères suivants :

- Être âgé entre 18 et 65 ans.
- Être actuellement en psychothérapie avec vous depuis un minimum de 15 séances et un maximum de 2 ans, et la fin de la thérapie n'est pas prévue pour les deux mois qui suivent.
- Ne pas présenter :
  - au niveau de la problématique, un trouble psychotique, une dépendance à une substance et un trouble de personnalité qui entraîne des obstacles importants à l'établissement et au maintien de la relation thérapeutique.
  - un niveau sévère de trouble de l'humeur.
  - de la dangerosité suicidaire ou homicidaire.
- Avoir une certaine capacité à bien communiquer et à faire preuve d'introspection.

### **Description de votre rôle**

Dix exemplaires de la lettre d'invitation à participer à l'étude se trouvent dans l'enveloppe qui vous a été remise. Vous êtes invité à en remettre un à vos clients qui rencontrent selon vous les critères nommés ci-haut.

Il est important que vous ne donniez pas d'informations supplémentaires sur l'étude. Si vos clients ont des questions, vous pouvez leur dire de contacter la chercheuse responsable de la recherche, aux coordonnées fournies sur la lettre d'invitation à participer à l'étude. Il est également très important que vous n'incitez pas vos clients à participer d'aucune façon. Ceci permettra de diminuer le risque que les clients ressentent

une pression à participer à l'étude et contribuera à ce qu'ils se sentent libres quant à leur décision de participer ou non.

**Bénéfices liés à votre participation**

Pour vous remercier de votre aide, les sections des résultats et de la discussion de la thèse, lorsqu'elles seront complétées, vous seront acheminées afin que vous puissiez bénéficier des connaissances découlant de la présente étude au sujet de la relation thérapeutique.

N'hésitez pas à me contacter si vous avez des questions.

Je vous remercie beaucoup de m'aider dans mon projet de thèse!

Émilie Lamontagne

Doctorante en psychologie clinique (Université de Sherbrooke)

\*\*\*\_\*\*\*\_\*\*\*\*

\*\*\*@Usherbrooke.ca

## **Appendice D**

Formulaire d'engagement au respect des consignes liées à l'étude pour les psychologues  
qui participent au recrutement

**FORMULAIRE D'ENGAGEMENT AU RESPECT DES CONSIGNES LIÉES À  
L'ÉTUDE POUR LES PSYCHOLOGUES QUI PARTICIPENT AU  
RECRUTEMENT**

**Consignes liées à la participation à l'étude**

1. Mon rôle consiste à remettre à mes clients, clientes, la lettre d'invitation à participer à l'étude.
2. Je tenterai au meilleur de mon jugement de respecter les critères établis pour déterminer les clients, clientes, à qui je remettrai la lettre d'invitation.
3. Je ne donnerai pas d'information sur la recherche, ni ne tenterai d'inciter mes clients, clientes, à participer à l'étude d'aucune façon, afin qu'ils et elles se sentent libres de prendre une décision quant à leur participation.

Je, \_\_\_\_\_ (*nom en lettres moulées*),  
déclare avoir lu et compris le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser des questions, auxquelles on a répondu à ma satisfaction. Par la présente, je m'engage à respecter les consignes ci-haut mentionnées.

Signature du psychologue : \_\_\_\_\_

Signature de la responsable du projet : \_\_\_\_\_

Signé à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 20\_\_.

## **Appendice E**

Formulaire d'information et de consentement pour les participants à l'étude



## FORMULAIRE D'INFORMATION ET CONSENTEMENT POUR LES PARTICIPANTS À L'ÉTUDE

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à adresser vos questions à la responsable du projet. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.

### **Titre du projet**

Perception par les clients de la relation client-thérapeute

### **Responsables du projet**

Émilie Lamontagne, B.A., étudiante au doctorat professionnel en psychologie clinique, est responsable de ce projet. Vous pouvez rejoindre Mme Lamontagne au \*\*\*-\*\*\*-\*\*\*\* ou à l'adresse courriel \*\*\*@USherbrooke.ca pour toute information supplémentaire ou tout problème relié au projet de recherche.

Mme Marie Papineau, Ph.D., professeure au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke, supervise le projet. Vous pouvez rejoindre Mme Papineau au \*\*\*-\*\*\*-\*\*\*\* (poste \*\*\*) [*sans frais au 1 800 \*\*\*-\*\*\*\*, poste \*\*\**]<sup>1</sup> ou à l'adresse courriel \*\*\*@USherbrooke.ca.

### **Objectifs du projet**

L'objectif du projet est de décrire la relation client-thérapeute selon la perspective des clients.

---

<sup>1</sup> Les informations entre crochets, en caractère italique, renvoient aux informations qui ont été modifiées dans le formulaire de consentement remis aux participants de la région de Québec.

### **Raison et nature de ma participation**

Comme l'étude vise précisément à recueillir les perceptions des clients en lien avec la relation client-thérapeute, il est essentiel de recourir directement à vous pour atteindre cet objectif.

Il est entendu que votre participation à ce projet est requise pour une entrevue d'environ 90 minutes. Cette entrevue aura lieu à l'Université de Sherbrooke [*au Carrefour Jeunesse-emploi Charlesbourg-Chauveau*], selon vos disponibilités. Vous aurez à répondre à des questions ouvertes au sujet de la relation que vous avez avec votre psychologue. Cette entrevue sera enregistrée sur dictaphone numérique, puis retranscrite.

### **Avantages pouvant découler de la participation**

Votre participation à ce projet de recherche vous offrira l'opportunité de réfléchir en profondeur à la relation que vous entretenez avec votre psychologue et pourrait vous permettre de mieux comprendre et de mettre en mots ce que vous vivez dans cette relation. À cela s'ajoute le fait que vous pourriez éprouver de la satisfaction à savoir que votre participation contribuera à l'avancement des connaissances sur la relation client-thérapeute en psychothérapie et plus particulièrement sur la perception qu'en ont les clients, point de vue jusqu'ici peu étudié.

### **Inconvénients et risques pouvant découler de la participation**

Vous aurez à consacrer un certain temps pour l'entrevue. Si vous ressentez de la fatigue lors de l'entrevue, vous pourrez demander une pause. Il est également possible que vous sentiez un malaise à partager certaines informations. Dans ce cas, vous pourrez refuser de répondre à certaines questions à tout moment et en toute liberté. Vous pourrez également mentionner pendant ou à la fin de l'entrevue s'il y a des informations que vous souhaitez retirer du contenu qui sera analysé. Pendant ou suite à l'entrevue, il est possible que le fait de parler de la relation que vous avez avec votre psychologue vous fasse vivre certains sentiments inconfortables. Vous êtes invité(e) à en discuter avec votre psychologue dès que possible. Si vous choisissez de ne pas le faire ou que cela ne vous est pas possible pour quelque raison que ce soit, vous pouvez contacter le Centre d'intervention psychologique de l'Université de Sherbrooke au 819-821-8000, poste 63191 [*le Service de consultation de l'École de psychologie de l'Université Laval au 418-656-5490*], où un interne au doctorat en psychologie clinique pourra vous rencontrer dans un délai raisonnable, afin de vous accompagner dans les émotions que vous pourriez vivre et de vous aider à en parler à votre psychologue. Au moment de

vosre appel, vous devrez mentionner que vous êtes un participant de l'étude d'Émilie Lamontagne.

Il se peut aussi que vous ressentiez une pression à participer à l'étude étant donné que c'est votre psychologue qui vous a transmis la lettre d'invitation. Soyez assuré que votre psychologue ne sera en aucun cas informé de votre participation à la présente étude. Il n'est par ailleurs pas affilié à la présente étude d'aucune façon, sauf pour le recrutement des participants.

### **Droit de retrait de participation sans préjudice**

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Advenant que vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que les documents audio ou écrits vous concernant soient détruits?

Oui  Non

Il vous sera toujours possible de revenir sur votre décision. Le cas échéant, la chercheuse vous demandera explicitement si vous désirez la modifier.

### **Compensations financières**

Une compensation financière de 20\$ vous est versée au moment de l'entrevue en guise de dédommagement et afin de couvrir vos frais de déplacement.

### **Confidentialité, partage, surveillance et publications**

Durant votre participation à ce projet de recherche, la chercheuse responsable recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant (par exemple, nom et prénom, adresse postale et courriel, enregistrements audio et transcription des entrevues). Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite de ce projet de recherche seront recueillis.

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, pour la poursuite de l'étude, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la chercheuse responsable du projet de recherche, Émilie Lamontagne.



Les données seront utilisées strictement à des fins de recherche dans le but de rencontrer les objectifs scientifiques du projet décrit dans ce formulaire d'information et de consentement.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec les membres de l'équipe de recherche lors de discussions scientifiques. Il est notamment possible que des collaborateurs de la recherche puissent avoir accès aux enregistrements pour les retranscriptions verbatim et l'analyse des données. Aucune discussion, publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de vous identifier.

Les données recueillies et les enregistrements audio seront conservés, sous clé, pour une période n'excédant pas cinq ans, dans le laboratoire de recherche de la directrice de recherche, Marie Papineau, au département de psychologie. Après cette période, les données et les enregistrements audio seront détruits. Aucun renseignement permettant d'identifier les personnes ayant participé à l'étude n'apparaîtra dans aucun rapport. À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, ou par des organismes gouvernementaux mandatés par la loi. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

**Surveillance des aspects éthiques et identification du président du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines**

Le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche.

Vous pouvez parler de tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet avec le responsable du projet ou expliquer vos préoccupations à **Mme Dominique Lorrain**, présidente du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines en communiquant par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro suivant : 819-821-8000 poste 62644, ou par courriel à : [cer\\_lsh@USherbrooke.ca](mailto:cer_lsh@USherbrooke.ca).

**Consentement libre et éclairé**

Je, \_\_\_\_\_ (*nom en lettres moulées*),  
 déclare avoir lu et compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Je  
 comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser  
 des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature du participant ou de la participante :

\_\_\_\_\_

Signé à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 201\_\_.

**Déclaration du responsable**

Je, ÉMILIE LAMONTAGNE, chercheuse principale de l'étude, certifie avoir expliqué à  
 la participante ou au participant intéressé(e) les termes du présent formulaire, avoir  
 répondu aux questions qu'il ou qu'elle m'a posées à cet égard et lui avoir clairement  
 indiqué qu'il ou qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation  
 au projet de recherche décrit ci-dessus. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de  
 l'étude et à respecter la confidentialité.

Signature de la responsable du projet : \_\_\_\_\_

Signé à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 201\_\_.

## **Appendice F**

Grille des composantes préexistantes de la relation thérapeutique

## Grille des composantes préexistantes de la relation thérapeutique

<b>1) RELATION COOPÉRATIVE</b>	
<p style="text-align: center;"><u>Définition :</u></p> <p style="text-align: center;">Relation de travail qui inclut l'aspect collaboratif du travail thérapeutique. Elle consiste à se donner une cible commune et à accorder une place à chacune des personnes impliquées dans la psychothérapie.</p> <p>(Bordin, 1979; Horvath &amp; Greenberg, 1989; St-Arnaud, 2003)</p>	<p><b>A) Accord commun quant aux objectifs de la thérapie</b></p> <p><i>Entente explicite ou implicite entre le thérapeute et le client quant à ce qui est à travailler dans les rencontres, quant au(x) but(s) à atteindre. Concordance entre ce qui est visé par le thérapeute et ce que le client conçoit qu'il a à travailler.</i></p>
	<p><b>B) Accord commun quant aux stratégies pour atteindre les objectifs de la thérapie</b></p> <p><i>Entente explicite ou implicite entre le thérapeute et le client quant aux moyens à utiliser pour atteindre le(s) but(s) visé(s). Concordance entre les méthodes et les façons de faire utilisées dans les rencontres et ce que le client perçoit comme aidant et utile.</i></p>
	<p><b>C) Ajustement concerté continu des objectifs de la thérapie et des stratégies</b></p> <p><i>Ajustement explicite ou implicite des cibles du travail, soit les buts à atteindre, et des moyens à utiliser pour les atteindre, soit les stratégies mises en place dans les rencontres, à mesure que la thérapie progresse et que le client évolue. Objectifs et stratégies qui sont modifiées lorsqu'un changement est nécessaire, soit naturellement, soit lors d'une discussion à ce sujet.</i></p>
	<p><b>D) Établissement du contrat thérapeutique dans ses aspects concrets</b></p> <p><i>Contrat thérapeutique qui comprend les éléments tels que la confidentialité, l'horaire et le paiement, et différentes règles en lien avec ces éléments. Ce contrat sous-entend que le client et le thérapeute acceptent de respecter les règles qui ont été établies. Les limites relationnelles sont également implicites dans le contrat thérapeutique, à savoir le respect du rôle de chacun et de la distance appropriée entre le client et le thérapeute.</i></p>
	<p><b>E) Engagement et implication de chacun dans le travail thérapeutique</b></p> <p><i>Participation active et concrète du client et du thérapeute dans les rencontres afin d'assurer la progression du client. Le client et le thérapeute démontrent plus particulièrement leur engagement par une attitude proactive par rapport au travail thérapeutique.</i></p>
	<p><b>F) Valorisation des compétences et des ressources de chacun</b></p> <p><i>Place et valeur accordée aux habiletés et aux forces de chacun des membres de la dyade client-thérapeute, afin de maximiser la progression du client. Les compétences de chacun sont perçues sur le même pied d'égalité, les compétences de l'un n'étant pas supérieures à celles de l'autre. Renvoie également à la perception qu'a le client de la compétence générale du thérapeute.</i></p>
	<p><b>G) Perception partagée de former une équipe</b></p> <p><i>Partenariat entre le client et le thérapeute, qui se perçoivent comme un « nous ». Ce partenariat peut se traduire pour le client par le sentiment de ne pas être seul à porter son cheminement et par le sentiment que le thérapeute et lui sont ensemble dans l'aventure thérapeutique. Le thérapeute peut parfois avoir le rôle d'un « coach » qui encourage le client.</i></p>
	<p><b>H) Co-construction de la compréhension de la réalité subjective du client</b></p> <p><i>Développement graduel d'une manière commune de comprendre le fonctionnement et les dynamiques du client. Connaissance qu'a le thérapeute du client qui s'approfondit et qui fait en sorte qu'il saisit de plus en plus à quoi le client fait référence lorsqu'il lui parle de certaines choses.</i></p>

<b>2) RELATION TRANSFÉRENTIELLE</b>	
<p style="text-align: center;"><u>Définition :</u></p> <p>C'est à l'intérieur de cette relation que se répètent dans le présent les schémas d'interactions précoces. Comprend les répétitions de conflits passés avec les figures d'attachement, ce qui fait que les sentiments, attitudes et comportements qui appartiennent à ces relations antérieures sont déplacés sur l'autre personne. Il y a donc présence de distorsions dans la relation.</p> <p>(Gelso et Carter, 1994)</p>	<p><b>A) Perception, par le client, du thérapeute comme ayant les attributs d'un parent</b></p> <p><i>Le client peut percevoir le thérapeute comme possédant certaines caractéristiques de l'un de ses parents ou de ses deux parents. Selon son histoire relationnelle avec ses parents, il pourra, p.ex., percevoir le thérapeute comme étant un parent sévère et critique, maternant, exigeant, le prenant en charge, rejetant, etc.</i></p>
	<p><b>B) Expérience, par le client ou le thérapeute, de sentiments et/ou de cognitions envers l'autre, qui sont provoqués par la répétition d'interactions passées</b></p> <p><i>Manière de se sentir du client ou du thérapeute envers l'autre membre de la dyade client-thérapeute, qui ressemble à la manière de se sentir dont il fait habituellement l'expérience avec les gens de son entourage, à l'extérieur de la thérapie, et qui découle implicitement de ses interactions passées avec ses figures d'attachement. Pensées ou croyances que le client ou le thérapeute a par rapport à l'autre et qui s'apparentent à des pensées ou croyances qu'il a généralement par rapport aux autres personnes.</i></p>
	<p><b>C) Attentes inexactes du thérapeute ou du client par rapport à la manière d'agir ou de réagir de l'autre</b></p> <p><i>Le client ou le thérapeute anticipe que l'autre membre de la dyade client-thérapeute va avoir certains comportements ou certaines réactions lors de leurs rencontres, à cause de son histoire relationnelle avec les personnes significatives pour lui. Attentes qui sont erronées et qui ne reflètent pas de manière juste les comportements ou réactions de l'autre.</i></p>
	<p><b>D) Compréhension et acceptation, par le thérapeute, de sentiments, d'attitudes et de comportements du client à son égard qui appartiennent à des relations passées</b></p> <p><i>Le thérapeute comprend que le client ressent parfois certaines émotions, et qu'il réagit ou qu'il agit d'une façon qui ne semble pas être directement en lien avec leur relation ou leur interaction dans l'ici-maintenant, mais qui est plutôt reliées aux interactions du client avec des figures significatives de son histoire relationnelle. Le thérapeute accepte ces sentiments, réactions et comportements, même s'ils ne sont pas réellement ajustés à la relation thérapeutique comme telle.</i></p>
	<p><b>E) Modification du comportement, des cognitions et/ou des sentiments du client ou du thérapeute pour se conformer aux attentes perçues de l'autre</b></p> <p><i>Attentes envers l'autre qui découlent de l'histoire relationnelle de la personne avec des figures significatives. Le client ou le thérapeute s'imagine que l'autre membre de la dyade client-thérapeute a des attentes envers lui et se met donc à agir et à réagir de manière à être cohérent avec ces attentes et à satisfaire l'autre.</i></p>

### 3) RELATION PERSONNE-À-PERSONNE

<p><u>Définition :</u></p> <p>Reflète le lien affectif qui existe dans toutes les relations et qui existe au-delà des aspects de travail de la relation. Ses deux caractéristiques principales sont l'authenticité (l'habileté et le désir d'être réellement soi-même dans la relation) et le réalisme (perceptions de l'autre qui ne comportent pas de distorsions; qui sont justes et réalistes).</p> <p>(Gelso et Carter, 1994; Horvath &amp; Greenberg, 1989; Rogers, 1957; St-Arnaud, 2003)</p>	<p><b>A) Authenticité, ouverture et honnêteté envers l'autre</b></p> <p><i>Le client et le thérapeute sont réellement et naturellement eux-mêmes dans la relation, ils ne présentent pas de façade et ne jouent pas de rôle. Ils sont fidèles à qui ils sont vraiment. Ils communiquent avec franchise et sincérité ce qu'ils perçoivent et ressentent par rapport à l'autre, sans chercher à dissimuler la vérité. Finalement, ils ont une attitude d'ouverture envers l'autre, ils sont ouverts à ce qui se passe dans la rencontre et aux propos de l'autre.</i></p>
	<p><b>B) Dévoilement de soi</b></p> <p><i>Libre expression du client de ses difficultés ou d'autres aspects intimes de lui-même au thérapeute, sans rien lui cacher. Pour ce qui est du thérapeute, le dévoilement de soi concerne les révélations qu'il fait au client sur certains aspects plus ou moins personnels de lui-même, ce qui permet à celui-ci d'avoir davantage accès à la personne qu'est le thérapeute.</i></p>
	<p><b>C) Engagement émotionnel envers l'autre</b></p> <p><i>Investissement du client et du thérapeute dans la relation, souci mutuel pour que la relation fonctionne bien et s'enrichisse. Pour le client, cet investissement se manifeste aussi plus particulièrement par la confiance envers le thérapeute qui se développe graduellement et qui s'approfondit de plus en plus. Pour le thérapeute, cet investissement est davantage en lien avec le soutien qu'il apporte au client et la perception de celui-ci qu'il peut compter sur le thérapeute.</i></p>
	<p><b>D) Attachement ressenti par rapport à l'autre</b></p> <p><i>Affection que le client ressent pour le thérapeute et que le thérapeute ressent pour le client. Sentiment du client et du thérapeute qu'il aime bien l'autre.</i></p>
	<p><b>E) Regard nuancé sur l'autre, comprenant ses forces et ses limites</b></p> <p><i>Perception réaliste que le client et le thérapeute ont de l'autre membre de la dyade client-thérapeute, sans l'idéaliser et sans s'attendre à ce qu'il soit parfait. Vision de l'autre comme étant une personne humaine qui a des qualités et des défauts.</i></p>
	<p><b>F) Compréhension empathique du client par le thérapeute</b></p> <p><i>Compréhension, par le thérapeute, de la globalité de l'expérience du client et de sa situation, manifestée plus particulièrement par son écoute active, qui témoigne du fait qu'il vise à comprendre le client du mieux qu'il peut. Il saisit réellement ce dont le client fait l'expérience, plus particulièrement ses émotions. En retour, le client se sent compris et entendu dans ce qu'il vit.</i></p>
	<p><b>G) Acceptation inconditionnelle du client par le thérapeute</b></p> <p><i>Acceptation véritable du thérapeute de chacun des aspects de l'expérience du client, des émotions positives comme des émotions négatives, des cohérences comme des incohérences, ce qui donne au client la permission d'être complètement lui-même. Non jugement du thérapeute envers l'expérience du client et respect profond pour sa situation et ses choix.</i></p>
	<p><b>H) Présence d'un climat positif</b></p> <p><i>Relation thérapeutique qui est chaleureuse, cordiale, simple et plaisante. Présence, dans les rencontres, d'une légèreté sous-jacente malgré le sérieux et la profondeur du contenu abordé et possibilité de l'utilisation d'humour par le thérapeute et le client.</i></p>
	<p><b>I) Existence de l'appréciation de l'autre personne</b></p> <p><i>Sentiment du client ou du thérapeute qu'il aime être avec l'autre membre de la dyade client-thérapeute et qu'il se sent à l'aise avec lui. Contact entre le client et le thérapeute qui est bon, affinités qui font en sorte que « ça clique » entre eux.</i></p>
	<p><b>J) Possibilité d'un dialogue concernant la relation dans l'ici et maintenant</b></p> <p><i>Espace thérapeutique disponible pour aborder ce qui se passe dans la relation thérapeutique et dans le processus thérapeutique en général. Ouverture du client et du thérapeute à avoir une discussion à ce sujet.</i></p>

#### 4) RELATION TRANSPERSONNELLE

<p style="text-align: center;"><u>Définition :</u></p> <p style="text-align: center;">Dimension spirituelle et inexplicable de la relation, qui comprend les expériences impliquant une expansion de la conscience au-delà des limites habituelles de l'ego et au-delà des limites du temps et de l'espace. C'est la sensation subjective, chez le client et le thérapeute, que quelque chose de profondément, personnellement et émotionnellement significatif se produit.</p> <p style="text-align: center;">(Clarkson, 1995; Richards &amp; Bergin, 2005; Rogers, 1980)</p>	<p><b>A) Connexion profonde entre client et thérapeute</b></p> <p><i>Sentiment que le client et le thérapeute connectent réellement, sans pouvoir expliquer pourquoi. Développement d'une relation profonde, qui va au-delà d'une simple appréciation mutuelle.</i></p>
	<p><b>B) Présence de moments significatifs inexplicables</b></p> <p><i>Moments qui se produisent dans la relation thérapeutique et qui sont qualitativement différents de ce qui se produit habituellement dans les rencontres. Impression que quelque chose de « plus » ou de plus profond est en train de se produire, sans pouvoir nécessairement le mettre en mots ou l'expliquer.</i></p>
	<p><b>C) Croyance profonde du thérapeute dans le potentiel du client</b></p> <p><i>Sentiment du client que le thérapeute croit réellement en lui, en ses forces et en son potentiel de changement, malgré les blocages et les difficultés actuelles et malgré que le client lui-même n'y croit pas ou en doute.</i></p>
	<p><b>D) Présence guérissante du thérapeute</b></p> <p><i>Présence réconfortante du thérapeute, qui fait du bien au client et qui a un potentiel réparateur pour ses blessures. Le simple fait que le thérapeute soit complètement présent peut guérir, transmettre quelque chose de spécial au client et être aidant pour lui.</i></p>
	<p><b>E) Amour bienveillant ressenti pour l'autre</b></p> <p><i>Amour du client ou du thérapeute pour l'autre membre de la dyade client-thérapeute qui est ressenti non pas pour ce que l'autre est, mais parce que c'est une personne qui est digne d'amour, comme tout être humain. Considération profondément respectueuse pour l'autre.</i></p>

**Appendice G**  
Canevas d'entrevue



## Canevas d'entrevue

### *Introduction à l'entrevue*

Tout d'abord, je vous remercie beaucoup d'avoir accepté de participer à mon projet de recherche. Avant d'entrer dans le vif du sujet, je voudrais vérifier avec vous si vous avez bien lu le formulaire de consentement et si vous avez des questions en lien avec ce que vous avez lu [*réponses et clarifications, au besoin, et signatures*]. Ne vous gênez pas pour poser des questions tout au long de l'entrevue s'il y a des éléments qui vous apparaissent moins clairs ou pour demander une pause si vous en ressentez le besoin.

Je vous poserai aujourd'hui des questions ouvertes sur votre relation client-thérapeute, c'est-à-dire sur la relation que vous avez avec votre thérapeute. Je vous invite à y réfléchir de la même façon que vous pourriez réfléchir à d'autres relations présentes dans votre vie. Il se peut que vous trouviez difficile de demeurer uniquement sur le sujet de la relation et que vous ayez envie de parler de la thérapie en général, ou que les questions vous amènent à parler de vos difficultés. Si c'est le cas, ne vous inquiétez pas, je vous ramènerai au sujet plus précis de la relation client-thérapeute. Par ailleurs, c'est votre perception qui m'intéresse, il n'y a donc pas de bonne ou de mauvaise réponse aux questions.

### *Questions générales (catégories émergentes)*

1. Nous allons commencer avec une question plus générale. Comment décririez-vous ou qualifieriez-vous votre relation avec votre thérapeute?
2. Quand vous pensez à la relation que vous avez avec votre thérapeute, quels aspects, quels éléments vous viennent à l'esprit?
3. Que percevez-vous que votre thérapeute fait pour contribuer à établir une bonne relation avec vous?
4. De votre côté, avez-vous l'impression de faire des choses pour qu'il y ait une bonne relation entre vous et votre thérapeute? Pouvez-vous m'en parler?

5. Quels aspects de votre relation client-thérapeute contribuent, selon vous, à votre changement, à votre cheminement?

*Question relative à la première composante (**Relation coopérative**<sup>1</sup>)*

6. Si c'est le cas dans votre relation client-thérapeute, de quelle manière avez-vous l'impression que vous faites équipe, vous et votre thérapeute? Y aurait-il une image différente qui vous viendrait pour décrire la manière dont vous êtes ensemble?

*Question relative à la deuxième composante (**Relation transférentielle**)*

7. Y a-t-il, dans votre relation client-thérapeute, quelque chose qui se répète et qui ressemble à vos modes habituels de relation avec les autres personnes de votre vie? Comment cela se manifeste-t-il? Si c'est le cas, de quelle manière cela est-il aidant pour vous?

*Question relative à la troisième composante (**Relation personne-à-personne**)*

8. Pouvez-vous me parler de votre lien émotif ou affectif à votre psychologue ?

8a. Comment percevez-vous ce lien émotif ou affectif?

9. Pensez-vous que votre psychologue aussi ressent un certain attachement à vous?

9a. Comment percevez-vous ce lien émotif ou affectif?

*Question relative à la quatrième composante (**Relation transpersonnelle**)*

10. Intuitivement, sans nécessairement vous baser sur un exemple concret, diriez-vous qu'il y a quelque chose de plus dans cette relation que ce que vous m'avez dit, quelque chose de peut-être intangible, de plus difficile à mettre en mots? Pouvez-vous m'en parler?

11. Si vous pensez à un (des) moment(s) fort(s) ou significatifs qui sont survenus dans votre thérapie, s'il y en a eu, que se passait-il à ce moment-là dans la relation avec votre thérapeute?

---

<sup>1</sup> Le nom des composantes n'était pas transmis aux participants.

*Autre*

12. Y a-t-il autre chose qui vous vient par rapport à la relation que vous entretenez avec votre psychologue et dont vous n'auriez pas parlé encore?

13. Que diriez-vous qui est l'essence de votre relation client-thérapeute?

*Terminaison de l'entrevue*

Je vous remercie énormément d'avoir consacré de votre temps à ma recherche. Avez-vous des commentaires sur le déroulement de l'entrevue ou sur les questions qui vous ont été posées ? Comment vous êtes-vous senti ?<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Les réponses à ces questions n'ont pas été codées lors de l'analyse des données.

## **Appendice H**

Équations, calculs et résultats du processus d'accord inter-juges

## Équations, calculs et résultats du processus d'accord inter-juges

### 1. Équations, calculs et résultats pour les composantes préexistantes

#### 1.1 Équation et résultat du calcul du pourcentage d'accord

$$\frac{\text{Nombre d'accords}}{\text{Nombre total d'observations}} = \frac{101}{128} = 0,7890 = \mathbf{0,79}$$

#### 1.2 Équation du coefficient alpha de Krippendorff

$$\alpha = \frac{p_a - p_e}{1 - p_e}$$

où  $p_a$  = pourcentage pondéré de concordance

$p_e$  = pourcentage pondéré de concordance liée à la chance

## 1.2.1 Grille de résultats du calcul du coefficient Alpha de Krippendorff au moyen du logiciel QDA Miner

Code	ACCORD ABSENT	ACCORD PRÉSENT	DÉSACCORD	ALPHA
Acceptation inconditionnelle du client par le thérapeute	78	5	4	0,809
Accord commun quant aux objectifs de la thérapie	85	0	2	-0,006
Accord commun quant aux stratégies pour atteindre les objectifs de la thérapie	76	5	6	0,733
Attachement ressenti par rapport à l'autre	84	3	0	1
Attentes inexactes du thérapeute ou du client par rapport à la manière d'agir ou de réagir de l'autre	86	1	0	1
Authenticité, ouverture et honnêteté envers l'autre	76	6	5	0,797
Co-construction de la compréhension de la réalité subjective du client	85	0	2	-0,006
Compréhension empathique du client par le thérapeute	85	2	0	1
Dévoilement de soi	83	4	0	1
Engagement émotionnel envers l'autre	80	4	3	0,825
Engagement et implication de chacun dans le travail thérapeutique	82	2	3	0,711
Établissement du contrat thérapeutique dans ses aspects concrets	81	5	1	0,947
Existence de l'appréciation de l'autre personne	80	4	3	0,825
Expérience, par le client ou le thérapeute, de sentiments et/ou de cognitions envers l'autre, qui sont provoquées par la répétition d'interactions passées	83	2	2	0,789
Modification du comportement, des cognitions et/ou des sentiments du client ou du thérapeute pour se conformer aux attentes perçues de l'autre	86	1	0	1
Perception partagée de former une équipe	83	2	2	0,789
Possibilité d'un dialogue concernant la relation dans l'ici et maintenant	84	1	2	0,657
Présence d'un climat positif	84	3	0	1
Regard nuancé sur l'autre, comprenant ses forces et ses limites	82	3	2	0,846
Valorisation des compétences et des ressources de chacun	81	4	2	0,877
<b>TOTAL</b>	<b>1644</b>	<b>57</b>	<b>39</b>	<b>0,733</b>

**Alpha de Krippendorff = 0,73**

## 2. Équations, calculs et résultats pour les catégories émergentes

### 2.1 Équation et résultat du calcul du pourcentage d'accord

$$\frac{\text{Nombre d'accords}}{\text{Nombre total d'observations}} = \frac{99}{130} = 0,7615 = \mathbf{0,76}$$

### 2.2 Grille de résultats du calcul du coefficient Krippendorff au moyen du logiciel QDA Miner

Code	ACCORD ABSENT	ACCORD PRÉSENT	DÉSACCORD	ALPHA
Accord concerté concernant le moment de la terminaison	129	1	0	1
Accueil chaleureux du thérapeute	128	2	0	1
Aisance confortable du client avec le thérapeute	129	1	0	1
Appréciation authentique du thérapeute pour le client	127	3	0	1
Attitude du thérapeute totalement dénuée de jugement	127	1	2	0,66
Attitude globale respectueuse du client envers le thérapeute	128	2	0	1
Attitude souple et conciliante du thérapeute	129	1	0	1
Climat détendu et agréable	128	2	0	1
Co-construction dynamique de la réalité complexe du client	129	0	1	0
Complicité manifestée par la présence d'humour dans les rencontres	126	3	1	0,919
Compréhension globale du client par le thérapeute	127	2	1	0,885
Concordance indispensable entre les besoins du client et le style global du thérapeute	127	2	1	0,885
Confiance dans les compétences du thérapeute	128	2	0	1

Confiance indispensable au dévoilement de soi	129	1	0	1
Confidences faites uniquement au thérapeute	128	1	1	0,797
Conscience du client de la faillibilité du thérapeute	128	1	1	0,797
Détachement sain du client envers la relation thérapeutique	125	1	4	0,486
Développement graduel de la confiance du client	128	0	2	-0,004
Dévoilement de soi authentique du client	129	1	0	1
Dévoilement de soi du client fondamental pour son cheminement	129	0	1	0
Dévoilement de soi du thérapeute au service du client	128	2	0	1
Écoute attentive soutenue du thérapeute	127	2	1	0,885
Effet miroir des interventions du thérapeute	128	1	1	0,797
Efforts soutenus du client entre les rencontres	127	2	1	0,885
Espace relationnel au service du travail thérapeutique	128	1	1	0,797
Espace sécuritaire pour déposer le trop-plein	129	0	1	0
Établissement graduel d'une connexion entre client et thérapeute	128	0	2	-0,004
État d'ouverture du thérapeute face aux rétroactions du client	129	0	1	0
Événements relationnels comme source d'apprentissage pour le client	126	2	2	0,793
Identification autonome de solutions par le client	129	0	1	0
Importance indéniable du thérapeute aux yeux du client	128	1	1	0,797
Indulgence du client face aux interventions inexactes du thérapeute	129	0	1	0
Insatisfactions du client exprimées librement	129	0	1	0
Intégration créative d'aspects uniques au client	124	5	1	0,949
Intériorisation progressive par le client du rôle de guide	127	2	1	0,885
Légère inquiétude du client quant à certains aspects du thérapeute	129	1	0	1
Liberté assurée du client de prendre les décisions qui lui conviennent	128	0	2	-0,004
Ne s'applique pas	116	12	2	0,952
Normalisation apaisante du client par le thérapeute	126	2	2	0,793
Ouverture résolue du client à se livrer	129	0	1	0
Ouverture véritable du thérapeute à tout entendre	129	1	0	1
Partage spontané du thérapeute de ses réflexions personnelles	124	3	3	0,789
Perception agréable du client d'être l'égal du thérapeute	129	1	0	1
Perception de la relation thérapeutique en arrière-plan	128	2	0	1
Perception du thérapeute comme filet de sécurité	129	1	0	1
Perception du thérapeute comme guide accompagnateur	126	3	1	0,919
Perception du thérapeute comme humain ayant une vie personnelle	129	1	0	1
Perception du thérapeute comme humain profondément vrai	128	1	1	0,797
Perspective divergente mise sur la table par le thérapeute	129	0	1	0
Posture objective du thérapeute par rapport au contenu abordé	129	0	1	0



Préoccupation anxieuse du client pour le regard du thérapeute sur lui	129	1	0	1
Présence totale continue du thérapeute	128	2	0	1
Proactivité du thérapeute à instaurer une relation de confiance	128	0	2	-0,004
Recherche conjointe de pistes de solution ajustées au client	129	0	1	0
Réciprocité dans ce qui est retiré de la relation	128	2	0	1
Reconnaissance humble du thérapeute de ses lacunes	125	4	1	0,937
Reflets bienveillants du thérapeute des incohérences manifestes du client	129	0	1	0
Relation d'intimité circonscrite aux objectifs de la thérapie	129	1	0	1
Retenue initiale du client dans son rapport au thérapeute	129	1	0	1
Sentiment d'être réellement épaulé par le thérapeute	129	0	1	0
Sentiment du client d'être amené vers l'inconnu	129	0	1	0
Sentiment du client d'être simplement lui-même avec le thérapeute	126	1	3	0,561
Sentiment du client d'être véritablement entendu	128	0	2	-0,004
Suggestion bienvenue de devoirs pour la semaine	127	3	0	1
Terminaison éventuelle et inévitable de la relation thérapeutique	129	1	0	1
Tutoiement mutuel qui amène une proximité relationnelle	127	3	0	1
Volonté sincère du client de travailler sur les aspects difficiles	129	0	1	0
Aisance grandissante du client à être lui-même dans la relation	129	0	1	0
Complicité développée au fil des expériences partagées	128	1	1	0,797
Confiance absolue que le thérapeute respecte la confidentialité	128	2	0	1
Frontière délimitant le rôle du thérapeute de sa vie personnelle	128	1	1	0,797
Reconnaissance lucide des difficultés du client	129	0	1	0
Respect profond du thérapeute pour ce que le client est	127	2	1	0,885
Validation du thérapeute des actions posées par le client	129	0	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>9458</b>	<b>98</b>	<b>64</b>	<b>0,75</b>

**Alpha de Krippendorff = 0,75**

**3. Échelle de Landis et Koch (1977, p.165, traduction libre)**

<b>Valeur du coefficient</b>	<b>Force de l'accord</b>
< 0,00	Pauvre
0,00-0,20	Légère
0,21-0,40	Correcte
0,41-0,60	Modérée
0,61-0,80	Substantielle
0,81-1,00	Presque parfaite

## **Appendice I**

Arbre des catégories émergentes

## Arbre des catégories émergentes

# RELATION CLIENT-THÉRAPEUTE : ESPACE SÉCURISANT DE CONTACTS AUTHENTIQUES EN TOUTE LIBERTÉ, AXÉ VERS LE DÉVELOPPEMENT DU CLIENT

## A) PREMIERS CONTACTS DU CLIENT AVEC LE THÉRAPEUTE

### **1. Bon contact immédiat du client avec le thérapeute**

Sentiment du client, apparaissant dès la première rencontre, qu'il apprécie le thérapeute et que celui-ci correspond à ce qu'il a besoin en termes de thérapeute.

#### **1.1 Sentiment immédiat d'avoir trouvé le bon thérapeute**

Ressenti du client, dès la première rencontre, que le thérapeute est la bonne personne pour l'aider. Conviction que le thérapeute possède certains aspects importants que le client recherche chez un thérapeute.

#### **1.2 Appréciation positive du client de la manière d'être globale du thérapeute**

Appréciation, par le client, de certaines attitudes du thérapeute qui transparaissent dans sa façon d'être. Manières d'être qu'il peut également retrouver dans ses relations en général et qu'il juge positivement.

#### **1.3 Aisance confortable du client avec le thérapeute**

Sentiment du client d'être à l'aise dans son rapport au thérapeute et de se sentir bien avec lui, de trouver qu'il est facile d'interagir avec lui.

#### **1.4 Affinités inexplicables entre le client et le thérapeute**

Sentiment du client que « ça clique » entre le thérapeute et lui, sans pouvoir réellement expliquer pourquoi. Affinités ressenties par ce que le thérapeute est et non par ce qu'il fait.

#### **1.5 Concordance indispensable entre les besoins du client et le style global du thérapeute**

Nécessité d'un arrimage naturel entre, d'une part, ce dont le client perçoit qu'il a besoin pour progresser dans les aspects qu'il désire travailler et, d'autre part, certaines caractéristiques du thérapeute, tels que sa personnalité et son style d'intervention. Arrimage qui est essentiel et qui ne peut pas être forcé.

### **2. Inconfort initial modéré du client au contact du thérapeute**

Lors des premières rencontres, le client ne se sent pas complètement à l'aise avec le thérapeute et ressent certaines inquiétudes par rapport à leur relation

### **2.1 Légère inquiétude du client quant à certains aspects du thérapeute**

Première impression du client par rapport au thérapeute qui le questionne à savoir s'il pourra travailler adéquatement avec ce thérapeute ou s'il va se sentir bien dans la relation. Aspects de la personnalité du thérapeute ou de son style d'intervention qui sèment un doute à ce sujet dans l'esprit du client.

### **2.2 Préoccupation anxieuse du client pour le regard du thérapeute sur lui**

Questionnements intérieurs fréquents du client sur la manière dont le thérapeute le perçoit. Importance majeure accordée initialement à l'opinion que le thérapeute pourrait avoir du client.

### **2.3 Retenue initiale du client dans son rapport au thérapeute**

Manière d'être du client moins naturelle en début de relation. Impression de se censurer ou de se retenir d'agir comme à l'habitude, d'être moins spontané.

## **3. Mise en contact du client avec le contexte particulier de la thérapie**

La thérapie est un univers nouveau pour le client, qui comporte ses particularités et qui demande une certaine période d'adaptation.

### **3.1 Perplexité du client devant une relation thérapeutique hors des schèmes de référence habituels**

Difficulté perçue par le client à définir la relation thérapeutique, étant donné le caractère unique de celle-ci, qui se distingue de tout ce dont il a déjà fait l'expérience. Relation qui possède certaines similarités, mais également beaucoup de différences par rapport aux autres relations connues par le client.

### **3.2 Apprivoisement graduel par le client du contexte thérapeutique**

Familiarisation progressive du client avec une réalité qui est nouvelle et inconnue. Apprentissages à faire par rapport à différents éléments du déroulement des rencontres et de la posture relationnelle à adopter.

### **3.3 Compréhension progressive des rôles de chacun**

Découverte graduelle, par le client, de ce qui est attendu de lui et de ses responsabilités en tant que client, ainsi que du rôle et des responsabilités du thérapeute.

## **B) ÉQUIPE CLIENT-THÉRAPEUTE : ENSEMBLE VERS LE CHEMINEMENT DU CLIENT**

### **1. ENGAGEMENT COMMUN DU CLIENT ET DU THÉRAPEUTE DANS LE PROCESSUS DE CHANGEMENT DU CLIENT**

Le client et le thérapeute sont tous les deux impliqués de manière active dans la démarche qui vise l'évolution du client. Ce dernier ne se sent pas seul; au contraire, il sent qu'il est réellement accompagné et soutenu dans son processus.

## **1.1 Implication conjointe dans le travail thérapeutique**

Tâches de la thérapie qui sont accomplies grâce à des interactions dynamiques entre le client et le thérapeute, qui se penchent ensemble sur un travail qui est à faire.

### **1.1.1 Entente explicite concernant le but à atteindre**

Le client et le thérapeute ont défini ensemble et de manière claire l'objectif commun qui est visé; ils se sont entendus sur la cible générale à atteindre.

### **1.1.2 Accord concerté sur des cibles de travail en changement**

Entente explicite, entre le client et le thérapeute, sur l'objectif qui est à travailler lorsque celui-ci change en cours de thérapie. Lors de l'atteinte d'un objectif qui avait été préalablement déterminé, se demander ensemble quel sera le prochain objectif à atteindre.

### **1.1.3 Recherche conjointe de pistes de solution ajustées au client**

Processus interactif de recherche de solutions, dans lequel le client et le thérapeute cherchent et bâtissent ensemble des solutions adaptées au client. Proactivité de chacun dans l'identification de pistes de solutions.

### **1.1.4 Co-construction dynamique de la réalité complexe du client**

Réflexions de l'un stimulant les réflexions de l'autre, ce qui résulte en une compréhension mutuelle approfondie et nuancée du client. Perception du client que le thérapeute n'a pas plus les réponses que lui, mais qu'il cherche plutôt avec lui.

### **1.1.5 Capacité grandissante à progresser efficacement dans le travail thérapeute**

Le client et le thérapeute deviennent, au fil des rencontres, de plus en plus habiles à travailler ensemble. Même lorsqu'ils sont confrontés à des aspects plus complexes, la manière de travailler qu'ils ont développée fait en sorte qu'ils peuvent y faire face plus facilement.

## **1.2 Conception positive du thérapeute comme guide professionnel**

Perception, par le client, que le thérapeute joue un rôle de guide non directif dans son processus, ce qu'il apprécie et ce qu'il ressent comme étant aidant pour lui.

### **1.2.1 Perception du thérapeute comme guide accompagnateur**

Le client conçoit que l'un des rôles du thérapeute est de l'aider à cheminer et à s'orienter dans sa démarche en lui montrant les différentes avenues disponibles dans son processus ou dans les situations qu'il lui expose, sans toutefois prendre de décision pour lui; ultimement, le client est libre de ses choix.

### **1.2.2 Sentiment du client d'être amené vers l'inconnu**

Impression du client qu'une certaine direction est parfois amenée dans le travail thérapeutique par le thérapeute et qu'elle se situe hors de la zone de confort du client. Mise en contact du client, par le thérapeute, avec des éléments qui lui sont moins familiers, p.ex., son monde émotif.

### **1.2.3 Intériorisation progressive par le client du rôle de guide**

Entre les rencontres, le client a l'impression « d'entendre » ce que le thérapeute lui

conseillerait lorsque certaines situations surviennent dans son quotidien, et se sent ainsi guidé par lui, même en son absence.

### **1.3 Soutien véritable du thérapeute dans la démarche du client**

Le client sent que le thérapeute est réellement engagé avec lui dans son processus et qu'il se sent concerné par sa démarche et son bien-être. Il a l'impression de pouvoir compter sur l'appui du thérapeute, peu importe ce qui arrive.

#### **1.3.1 Souci bienveillant du thérapeute pour le bien-être du client**

Attitude du thérapeute témoignant d'une authentique préoccupation pour l'amélioration de l'état du client. Sentiment du client que le thérapeute veut réellement son bien.

#### **1.3.2 Encouragements bénéfiques par le thérapeute dans des moments propices**

Reconnaissance explicite ou implicite, par le thérapeute, des progrès du client. Interventions qu'il fait pour souligner les changements qu'il perçoit et qui ont pour effet d'encourager le client à continuer d'avancer, surtout dans les moments où il peut vivre du découragement.

#### **1.3.3 Appui sécurisant du thérapeute continuellement disponible**

Soutien du thérapeute présent pour le client lorsqu'il est nécessaire pour lui d'être soutenu; comme un filet de sécurité sur lequel le client peut se reposer. Sentiment de sécurité ressenti par le client du fait de ne pas être seul à porter ses difficultés et sa démarche, de se sentir réellement épaulé et accompagné par le thérapeute.

## **2. MISE EN COMMUN FRUCTUEUSE DES FORCES ET DES RESSOURCES PARTICULIÈRES DU CLIENT ET DU THÉRAPEUTE**

Le client et le thérapeute ont chacun des compétences et des habiletés qui leur sont propres et le fait de les mettre au service du processus thérapeutique contribue de manière optimale au changement du client.

### **2.1 Reconnaissance nuancée par le client des apports significatifs du thérapeute au processus**

Le client arrive à nommer différentes interventions propres au thérapeute qui ont des impacts positifs sur sa démarche de changement.

#### **2.1.1 Outils thérapeutiques divers déployés par le thérapeute**

Le thérapeute utilise une variété de stratégies d'intervention, plus ou moins concrètes, pour aider le client dans son processus.

##### ***2.1.1.1 Proposition spontanée d'exercices par le thérapeute***

Suggestions du thérapeute d'exercices à faire pendant les rencontres. Attitude proactive et directive du thérapeute, notamment lorsque le client se sent bloqué dans son exploration ou dans son cheminement, ou ne sait pas quoi faire pour continuer à progresser.

### ***2.1.1.2 Suggestion bienvenue de pistes de réflexion pour la semaine***

Proposition, par le thérapeute, d'éléments auxquels le client peut porter attention ou d'une position à adopter par le client entre les rencontres. Appréciation par le client de ces suggestions.

### ***2.1.1.3 Partage spontané du thérapeute de ses réflexions personnelles***

Communication du thérapeute, au client, de ses idées, ses hypothèses, ses associations, etc. Présentation de son point de vue, qui peut diverger de celui du client, sans toutefois chercher à l'imposer ou sans l'énoncer comme une vérité absolue

### ***2.1.1.4 Compréhension globale du client par le thérapeute***

Connaissance juste, par le thérapeute, du fonctionnement général du client, soit sa manière de penser et d'appréhender le monde, ses difficultés principales, etc. Rôle du thérapeute d'être dans un mode d'analyse pour arriver à cette compréhension du client et de la lui communiquer pour l'aider à progresser.

### ***2.1.1.5 Métaphores qui résonnent pour le client***

Images données au client par le thérapeute pour illustrer certains aspects de ses difficultés ou pour l'aider à avoir une perspective différente. Images qui ont du sens pour le client et qui demeurent vivantes dans son esprit entre les rencontres

### ***2.1.1.6 Humour utilisé au service du client***

Le thérapeute se sert de l'humour comme levier d'intervention dans des moments spécifiques et appropriés.

#### **2.1.1.6a) Dé dramatisation d'une situation difficile par l'humour**

Utilisation de l'humour par le thérapeute pour aider le client à prendre du recul et à avoir une autre perspective par rapport à sa situation. Rires de part et d'autre, à propos d'une situation, qui ont un effet dédramatisant pour le client.

#### **2.1.1.6b) Utilisation ajustée de l'humour par le thérapeute**

Utilisation de l'humour par le thérapeute dans des moments qui sont adaptés à ce qui est en train de se passer dans la rencontre. Utilisation d'un contenu approprié, qui n'est pas déplacé.

### ***2.1.1.7 Dévoilement de soi du thérapeute au service du client***

Présence d'un partage limité d'informations personnelles par le thérapeute sur lui-même. Ce dévoilement de soi du thérapeute est toutefois toujours dans l'intention d'aider le client et de lui être utile, et demeure dans une zone qui n'est pas excessivement personnelle.

## **2.1.2 Interventions du thérapeute aidant le client à se voir de manière réaliste**

Certaines interventions du thérapeute contribuent à ce que le client puisse intégrer une image de lui-même qui soit davantage ajustée à la réalité et qui soit plus nuancée. Par ces



interventions, le thérapeute fait voir au client différents éléments de lui-même qu'il ne pouvait pas voir seul.

#### ***2.1.2.1 Interventions justes du thérapeute stimulantes pour le travail thérapeutique***

Bonnes questions du thérapeute, posées au bon moment, qui amènent le client à remettre certaines de ses perceptions en question, alors qu'il croyait avoir des certitudes. Interventions qui lui permettent d'accéder à des perspectives différentes de la sienne.

#### ***2.1.2.2 Reflets bienveillants du thérapeute des incohérences manifestes du client***

Recadrage des propos du client par le thérapeute, avec une attitude témoignant de son intention de l'aider et d'être à son service. Interventions qui visent à soulever et à souligner les contradictions exprimées ou mises en scène par le client dans la rencontre.

#### ***2.1.2.3 Interventions bénéfiques à la construction du client d'une image plus positive de lui-même***

Recadrage des propos du client ou reflets de certains aspects positifs du client par le thérapeute, qui l'aident à les voir, à en prendre conscience et à les intégrer dans sa perception de lui-même.

#### ***2.1.2.4 Reconnaissance lucide des difficultés du client***

Regard réaliste du thérapeute sur les difficultés du client, que ce soit par rapport à des situations qu'il a vécues ou qu'il vit, ou sur certains aspects de sa dynamique. Reconnaissance juste de ces difficultés et de leurs conséquences, sans chercher à les minimiser ou à les dramatiser.

#### ***2.1.2.5 Effet miroir des interventions du thérapeute***

Reflets, reformulations ou questions du thérapeute qui amènent le client à se voir tel qu'il est. Impression du client que les interventions du thérapeute le forcent à se regarder en face et à se voir réellement.

### **2.1.3 Flexibilité naturelle du thérapeute dans ses interactions avec le client**

Le thérapeute s'adapte de plusieurs façons dans son rapport au client et dans sa manière d'intervenir afin de tenir compte de ses particularités et de l'aider de manière optimale.

#### ***2.1.3.1 Attitude souple et conciliante du thérapeute***

Souplesse du thérapeute en ce qui a trait aux aspects techniques/pratiques de la thérapie. Lorsque le client oublie un paiement ou doit modifier l'heure de sa rencontre, p.ex., attitude du thérapeute qui démontre au client qu'il ne lui en veut pas et qui ne le fait pas sentir coupable.

#### ***2.1.3.2 Équilibre juste du thérapeute entre légèreté et profondeur***

Ton du thérapeute qui est parfois plus léger et parfois plus sérieux, selon ce qui

est approprié dans le contexte. Perception par le client que le thérapeute pressent quel ton il doit utiliser et qu'il sait le faire habilement.

### ***2.1.3.3 Manière d'être du thérapeute ajustée aux besoins du client***

Le thérapeute comprend ce dont le client a besoin pour que la thérapie lui soit profitable et adapte sa manière de travailler et d'agir en conséquence.

### ***2.1.3.4 Intégration créative d'aspects uniques au client***

Utilisation, par le thérapeute, de certains aspects de la personnalité du client ou de ses intérêts dans ses interventions. Adaptation de ses interventions, p.ex. dans les exemples qu'il donne, afin de tenir compte des particularités du client avec qui il se trouve.

## **2.2 Contribution essentielle du client à son cheminement**

Le client reconnaît qu'il est lui aussi un acteur important dans son processus de changement et qu'il a plusieurs ressources qu'il peut mettre à profit.

### **2.2.1 Implication active du client indispensable à son processus**

Rôle perçu du client de mettre les efforts nécessaires dans les rencontres pour pouvoir obtenir des résultats satisfaisants. Compréhension par le client qu'il a un rôle important à jouer dans sa démarche s'il désire progresser.

### **2.2.2 Identification autonome de solutions par le client**

Capacité du client de trouver par lui-même des solutions et des moyens concrets pour aller mieux, et à les mettre en application. Aptitude spontanée du client à identifier ce qu'il peut mettre en place pour progresser.

### **2.2.3 Ouverture curieuse du client à se comprendre**

État d'esprit dans lequel le client arrive aux rencontres et qui lui permet de s'intéresser à son monde intérieur ainsi que de mieux saisir ce qui s'y passe. Impression que cette disposition contribue à ce qu'il puisse arriver à trouver certaines réponses et à faire sens de ses expériences.

### **2.2.4 Connaissance intuitive par le client des zones à explorer**

Confiance du client dans son sentiment qu'il doit s'attarder à tel aspect de lui-même plutôt qu'à tel autre afin de progresser dans son cheminement. Impression qu'il sait dans quelle zone aller afin d'arriver à dénouer certaines de ses difficultés.

### **2.2.5 Volonté sincère du client de travailler sur les aspects difficiles**

Disposition du client à affronter certains aspects qu'il redoute ou qui sont ardues pour lui, car il est conscient de la nécessité de le faire pour faire progresser son processus. Résolution de faire face aux enjeux qu'il perçoit comme étant plus menaçants ou désagréables pour lui.

### **2.2.6 Efforts soutenus du client entre les rencontres**

Travail du client sur lui-même qui se fait en dehors des rencontres, volontairement et spontanément. Réflexions qui se poursuivent pendant la semaine et qui peuvent ensuite être ramenées dans les rencontres subséquentes.

## **C) CRÉATION D'UNE RELATION VÉRITABLE ENTRE DEUX PERSONNES HUMAINES AU-DELÀ DE LEURS RÔLES RESPECTIFS**

### **1. IMPORTANCE ACCORDÉE PAR LE CLIENT À LA RELATION**

Les clients varient quant à la perception qu'ils ont de la place que joue la relation dans leur cheminement, dans la contribution qu'elle peut leur apporter.

#### **1.1 Qualité de la relation essentielle à la progression du client**

La relation est perçue par le client comme faisant partie intégrante de son processus et comme étant centrale dans le travail thérapeutique qui est effectué.

##### **1.1.1 Investissement conscient du client dans la relation essentiel à son cheminement**

Sentiment du client qu'il est primordial qu'il nourrisse la relation et qu'il s'investisse émotionnellement avec le thérapeute afin que celui-ci puisse l'aider de manière optimale. Opportunités supplémentaires de changement amenées par l'investissement du client dans la relation.

##### **1.1.2 Qualité de la relation favorisant un travail efficace**

Perception du client que plus la relation est bonne, riche et qu'elle fonctionne bien, plus le thérapeute et le client peuvent travailler ensemble de manière efficace et obtenir les résultats désirés.

**1.2 Vision de la relation en toile de fond du processus thérapeutique** Pour certains clients, la relation est secondaire et ils considèrent qu'il est même préférable pour leur cheminement qu'ils ne s'en soucient pas trop.

##### **1.2.1 Perception de la relation en arrière-plan**

Perception de la relation comme étant un élément secondaire. Impression du client qu'il n'a pas d'efforts à faire pour que la relation soit bonne, que cela va venir naturellement.

##### **1.2.2 Détachement sain du client envers le regard posé sur lui par le thérapeute**

Absence de préoccupation du client par rapport à l'opinion que le thérapeute a de lui, ce qu'il perçoit comme étant bénéfique à son cheminement.

### **2. PRÉSENCE POSITIVE D'UN LIEN AFFECTIF INDÉNIABLE ENTRE LE CLIENT ET LE THÉRAPEUTE**

Bien qu'ils soient engagés dans une relation professionnelle, le client et le thérapeute développent tout de même une relation plus personnelle, tout en demeurant dans les limites du cadre thérapeutique.

## **2.1 Appréciation réciproque entre le client et le thérapeute**

Le client et le thérapeute apprécient d'être en présence de l'autre et ressentent un certain attachement l'un à l'autre.

### **2.1.1 Affection réelle du client pour le thérapeute**

Sentiment du client qu'il aime bien le thérapeute, que cette affection est authentiquement ressentie et véhiculée, mais qu'elle se limite au cadre de la thérapie.

### **2.1.2 Importance indéniable du thérapeute aux yeux du client**

Perception du thérapeute comme une personne significative et irremplaçable, qui est présente dans des moments importants pour le client, ce qui rend également les rencontres importantes pour lui. Place particulière accordée au thérapeute dans la vie du client.

### **2.1.3 Appréciation authentique du thérapeute pour le client**

Ressenti du client que le thérapeute se sent bien avec lui, qu'il aime être en sa compagnie pendant les rencontres et qu'il éprouve du plaisir à travailler avec lui. Appréciation qui est ajustée au type de relation dans laquelle ils se trouvent.

## **2.2 Complicité manifeste entre le client et le thérapeute**

À mesure qu'ils apprennent à se connaître, le thérapeute et le client développent une complicité qui est appréciée par le client.

### **2.2.1 Complicité développée au fil des expériences partagées**

Présence d'une complicité entre le client et le thérapeute qui s'établit à mesure que le client et le thérapeute apprennent à se connaître et que leur vécu relationnel grandit. Compréhension implicite mutuelle qui peut se manifester, notamment, par certaines réactions non verbales telles qu'un sourire, et qui peut également être en lien avec la découverte d'intérêts mutuels communs.

### **2.2.2 Complicité manifestée par la présence d'humour dans les rencontres**

Présence d'une complicité, entre le client et le thérapeute, exprimée par des taquineries amicales de part et d'autre. Taquineries perçues positivement par le client et témoignant pour lui du lien positif qui l'unit au thérapeute.

### **2.2.3 Familiarité grandissante entre client et thérapeute**

Manière qu'ont le client et le thérapeute de se parler et d'être ensemble qui est de plus en plus teintée de camaraderie. Façon d'être ensemble qui témoigne du fait de mieux se connaître l'un et l'autre.

### **2.2.4 Présence momentanée d'un sentiment de réussite partagé**

Lors de brefs moments, le client et le thérapeute ressentent, en même temps, de la fierté par rapport au travail accompli. Pendant quelques secondes, ils partagent une joie, non dite, d'avoir accompli quelque chose ensemble.

### **2.3 Intimité professionnelle entre le client et le thérapeute**

Le client et le thérapeute développent une relation empreinte d'intimité et de proximité qui est appropriée au contexte dans lequel ils sont.

#### **2.3.1 Présence d'une grande proximité émotionnelle**

Sentiment du client d'être proche du thérapeute, de par le contenu qui est abordé dans les rencontres. Perception du client que la relation est de plus en plus personnelle et intime au fil des séances, bien qu'elle demeure dans les limites du cadre thérapeutique. Degré d'intimité que le client ne retrouve généralement pas dans d'autres relations.

#### **2.3.2 Perception agréable du client d'être l'égal du thérapeute**

Sentiment du client d'être au même niveau que le thérapeute et de ne pas être regardé de haut par celui-ci, même si le client est celui qui demande de l'aide. Perception du thérapeute comme n'étant pas supérieur au client et ne se positionnant pas comme tel.

#### **2.3.3 Vulnérabilité du client qui touche réellement le thérapeute**

Le client sent ou remarque que le thérapeute, à certains moments, est touché plus directement et plus profondément par ce que le client vit. Émotions suscitées chez le thérapeute par certains propos du client.

#### **2.3.4 Établissement graduel d'une connexion profonde entre le client et le thérapeute**

Développement d'un lien profond entre le client et le thérapeute. Sentiment du client que « ça connecte » réellement entre eux, au-delà des mots. Connexion qui peut se traduire par un sentiment momentané d'union ou de fusion inexplicables entre le client et le thérapeute.

### **2.4 Distance relationnelle optimale entre le client et le thérapeute**

Bien qu'une forme de proximité et d'intimité entre le client et le thérapeute est souhaitable, une certaine distance entre eux est également indispensable au bon fonctionnement du travail thérapeutique.

#### **2.4.1 Distance émotionnelle au service du travail thérapeutique**

Distance émotionnelle entre le client et le thérapeute, instaurée par celui-ci, qui est nécessaire à ce que, d'une part, le thérapeute puisse faire son travail adéquatement, en ayant suffisamment de liberté et de recul pour aider le client. D'autre part, elle est nécessaire à ce que le client puisse s'exprimer librement sans se soucier de son impact sur le thérapeute.

#### **2.4.2 Posture objective du thérapeute par rapport au contenu abordé**

Le thérapeute est une personne extérieure à la vie du client; il ne connaît pas les personnes qui font partie de sa vie. Le thérapeute n'a donc pas de parti pris par rapport aux situations qui sont racontées par le client, ce qui est apprécié par celui-ci.

#### **2.4.3 Neutralité volontaire du thérapeute bénéfique pour le client**

Attitude intentionnellement neutre du thérapeute, qui est vigilant à ne pas donner de signaux, verbaux ou non verbaux, qui pourraient laisser entrevoir son opinion ou qui pourraient influencer le client quant à la direction à suivre pour son cheminement.

Impartialité du thérapeute, qui ne cherche pas à défendre un point de vue quelconque.

#### **2.4.4 Frontière délimitant le rôle du thérapeute de sa vie personnelle**

Limite claire entre le travail du thérapeute et sa vie privée. Coupure qui fait en sorte que ce qu'il vit dans sa vie personnelle ne vient pas entraver le travail et la relation thérapeutique.

### **3. ACCÈS PARTIEL DU CLIENT AUX ASPECTS PERSONNELS DU THÉRAPEUTE**

De manière directe ou indirecte, le client entrevoit que le thérapeute, au-delà de son rôle, est aussi un être humain et il accède à des aspects de celui-ci qui sont davantage liés à la personne qu'il est qu'à son rôle de thérapeute.

#### **3.1 Connaissance du thérapeute en tant que personne**

Connaissance qu'a le client du thérapeute non pas dans son rôle de thérapeute, mais comme personne humaine dans sa globalité.

##### **3.1.1 Connaissance limitée du thérapeute comme personne**

Connaissance qu'a le client du thérapeute qui reste en surface, c'est-à-dire qu'il a très peu ou pas d'informations sur lui quant à ses intérêts, ses valeurs, son histoire et sa vie en général.

##### **3.1.2 Accès à la personnalité du thérapeute par sa manière d'exercer son travail**

Approche thérapeutique utilisée par le thérapeute et manière générale de celui-ci d'appréhender les choses qui donnent des indices au client de certaines caractéristiques personnelles du thérapeute, tels que des aspects de son caractère ou certains intérêts personnels, sans que cela soit explicitement nommé.

##### **3.1.3 Interventions du thérapeute laissant entrevoir son univers**

Exemples donnés par le thérapeute au client pour lui illustrer quelque chose, et dont le contenu permet à ce dernier de saisir dans une certaine mesure une partie de la réalité du thérapeute, de s'imaginer ce qui constitue son monde.

#### **3.2 Perception nuancée du thérapeute en tant qu'humain**

Conscience du client que le thérapeute, au-delà de son métier, est une personne humaine et qu'il possède différentes caractéristiques associées à cette humanité, comme tout être humain.

##### **3.2.1 Perception du thérapeute comme humain ayant des forces et des faiblesses**

Conscience du client que le thérapeute est aussi une personne humaine et qu'il a des forces et des limites. Regard nuancé du client sur la pratique du thérapeute.

### ***3.2.1.1 Indulgence du client devant la faillibilité du thérapeute***

Compréhension par le client que le thérapeute, en tant qu'humain, est susceptible de faire des erreurs et de se tromper à différents niveaux dans les rencontres. Attitude conciliante du client, qui choisit de s'en accommoder plutôt que de s'y attarder ou de condamner le thérapeute.

### **3.1.2 Perception du thérapeute comme humain pouvant faire écho**

Impression du client que le thérapeute peut réellement raisonner à ce qu'il dit; qu'il n'est pas un professionnel détaché et impassible, mais une personne humaine qui peut comprendre de l'intérieur ce que le client vit et être touchée par ses propos.

**3.1.3 Perception du thérapeute comme humain ayant une vie personnelle** Conscience du client que le thérapeute a une vie en dehors de la thérapie et qu'il peut y vivre toute sorte d'événements, positifs ou négatifs, ainsi que des difficultés.

## **3.3 Fidélité du thérapeute à ce qu'il est comme personne**

Même s'il connaît très peu le thérapeute, le client pressent que le thérapeute est authentique et congruent lors des rencontres.

### **3.3.1 Interventions du thérapeute puisant dans ce qu'il est**

Intuition du client que le thérapeute fait des interventions qui lui ressemblent et qui sont cohérentes avec qui il est comme personne. Impression que le style d'intervention du thérapeute s'inspire nécessairement de certains aspects de sa personnalité, p.ex., avoir le sens de l'humour.

### **3.3.2 Perception du thérapeute comme humain profondément vrai**

Ressenti du client que le thérapeute est authentiquement lui-même dans les échanges, qu'il ne joue pas un rôle et qu'il ne dit pas quelque chose parce que c'est la bonne chose à dire. Sentiment du client d'être en contact avec une personne vraie, même si le thérapeute ne parle pas de lui-même.

## **4. INGRÉDIENTS RELATIONNELS DE LA RELATION DE PERSONNE À PERSONNE**

Certaines composantes relationnelles sont essentielles à l'établissement d'une relation personnelle satisfaisante entre deux humains et sont également des indicateurs qu'une telle relation existe entre le client et le thérapeute.

### **4.1 Relation thérapeutique établie sur la base d'un respect mutuel**

L'un des ingrédients importants de la relation thérapeutique est le respect présent entre le client et le thérapeute, qui va dans un sens comme dans l'autre.

#### **4.1.1 Respect authentique du thérapeute pour le client**

Considération respectueuse du thérapeute envers le client, ressenti par celui-ci comme n'étant pas forcé.

***4.1.1.1 Respect profond du thérapeute pour ce que le client est***

Respect authentique du thérapeute pour l'ensemble de l'être du client, entre autres pour ses forces, ses faiblesses et ses émotions, sans rien vouloir y changer.

***4.1.1.2 Liberté allouée au client d'avancer à son propre rythme***

Attitude du thérapeute qui est exempte de pression quant au rythme auquel le client souhaite progresser; respect pour le rythme auquel le client désire avancer dans son cheminement. Le client se sent libre de choisir quelles zones il souhaite aborder et à quel moment il souhaite le faire.

***4.1.1.3 Vulnérabilité du client honorée par le thérapeute***

Respect profond du thérapeute pour le client lorsque celui-ci se dévoile dans ses zones de fragilité. Impression que le thérapeute perçoit cette vulnérabilité comme étant précieuse et qu'il en prend soin.

**4.1.2 Respect spontané du client pour le thérapeute**

Le client a lui aussi du respect à l'égard du thérapeute et le lui manifeste de différentes façons. Ce respect lui vient naturellement, sans qu'il ait à y penser.

***4.1.2.1 Attitude globale respectueuse du client envers le thérapeute***

Considération et souci du client pour le thérapeute. Perception du thérapeute comme quelqu'un qui est digne de respect.

***4.1.2.2 Estime ressentie par le client pour le travail du thérapeute***

Respect du client envers le travail du thérapeute, qu'il perçoit comme étant difficile. Considération admirative pour la manière dont celui-ci exerce son travail, présente plus particulièrement lorsque le client s'imagine à la place du thérapeute.

***4.1.2.3 Considération respectueuse du client pour les interventions du thérapeute***

Le client prend le temps d'écouter ce que le thérapeute lui dit et considère que c'est digne d'attention.

**4.1.2.3a) Rétroaction respectueuse du client aux interventions du thérapeute**

Considération du client pour le thérapeute dans sa manière de lui communiquer que l'une de ses interventions n'était pas totalement ajustée à sa réalité. Façon de le dire qui est polie qui témoigne d'un souci pour le thérapeute.

***4.1.2.4 Respect par le client des règles présentées par le thérapeute***

Procédures entourant les éléments techniques du cadre thérapeutique, soit le paiement, les absences, etc., qui sont suivies par le client tel qu'expliqué et demandé par le thérapeute. Le client se fait un point d'honneur de respecter ses engagements par respect pour le thérapeute.



## **4.2 Développement graduel d'un lien de confiance**

Le lien de confiance entre le client et le thérapeute s'installe au fil du temps et est caractéristique d'une relation thérapeutique positive et efficace.

### **4.2.1 Rôle actif du thérapeute à bâtir une relation de confiance**

Le thérapeute joue un rôle important dans l'établissement de la confiance que le client a envers lui.

#### ***4.2.1.1 Proactivité du thérapeute à instaurer une relation de confiance***

Efforts volontaires de la part du thérapeute pour établir un climat de confiance. Utilisation des outils qu'il possède pour contribuer à l'établissement de la confiance.

#### ***4.2.1.2 Façon d'être du thérapeute qui inspire confiance***

Attitude du thérapeute et manière d'agir qui portent le client à lui faire confiance, sans qu'il puisse réellement identifier les éléments qui y contribuent. Ressenti inexplicable du client qu'il peut accorder sa confiance au thérapeute.

### **4.2.2 Confiance du client en un thérapeute compétent et professionnel**

La confiance que le client a envers le thérapeute passe entre autres par une confiance que le thérapeute possède les capacités nécessaires pour bien aider le client.

#### ***4.2.2.1 Confiance absolue que le thérapeute respecte la confidentialité***

Conviction du client que le thérapeute ne révèle à personne, et en aucune occasion, ce qui est dit par le client dans les rencontres; conviction que ses propos demeurent exclusivement entre lui et le thérapeute

#### ***4.2.2.2 Confiance solide dans les compétences du thérapeute***

Sentiment du client que le thérapeute possède les habiletés, le savoir et l'expérience nécessaires pour l'aider dans son cheminement; qu'il est un professionnel compétent qui est habilité à lui venir en aide.

#### ***4.2.2.3. Confiance optimiste du client dans la voie empruntée par le thérapeute***

Conviction du client que, même s'il ne comprend pas tout ce qui se passe dans la thérapie ou même s'il ne sait pas exactement où le thérapeute veut l'amener, ce dernier sait ce qu'il fait et agit dans son intérêt.

#### ***4.2.2.4 Foi du client en la capacité du thérapeute à utiliser adéquatement ses propos***

Conviction du client que le thérapeute est en mesure de transformer le contenu qu'il amène en quelque chose d'utile pour son cheminement. Sentiment que le thérapeute ne sera pas démuni devant ses propos et que ceux-ci ne tomberont pas dans le vide.

### **4.3 Simplicité dans la manière d'être ensemble**

Il est simple et facile pour le client et le thérapeute d'être en présence l'un de l'autre et de communiquer.

#### **4.3.1 Relation thérapeutique globale empreinte de simplicité**

Sentiment du client que la relation est facile et qu'elle n'est pas compliquée. Impression qu'elle va de soi, que « ça coule ».

#### **4.3.2 Climat détendu et agréable**

Atmosphère des rencontres qui est décontractée et agréable. Manière d'être ensemble qui est exempte de pression et d'obligations.

#### **4.3.3 Échanges en toute simplicité**

Manière du client et du thérapeute de se parler qui est simple, facile, qui n'utilise pas de mots élaborés ou compliqués. Façon d'interagir qui est plutôt spontanée; présence possible du tutoiement, de part et d'autre.

## **D) ESPACE SÉCURISANT ET APAISANT D'ACCEPTATION TOTALE DU CLIENT DANS LA GLOBALITÉ DE SON EXPÉRIENCE**

### **1. Accueil inconditionnel du thérapeute**

Façon d'être globale du thérapeute qui témoigne d'une acceptation réelle du client dans toutes les parties de son être.

#### **1.1 Accueil chaleureux du thérapeute**

Manière d'être du thérapeute, notamment en début de rencontre, qui est accueillante, affable et bienveillante. Paroles ou messages non verbaux du thérapeute qui contribuent à ce que le client se sente accueilli.

#### **1.2 Ouverture authentique du thérapeute à tout entendre**

Réceptivité du thérapeute par rapport à n'importe quel contenu qui est amené par le client. Sentiment du client que, peu importe ce qu'il a à dire, le thérapeute est réellement ouvert à le recevoir.

#### **1.3 Attitude du thérapeute totalement dénuée de jugement**

Attitude du thérapeute qui fait en sorte que le client ne se sent pas jugé dans ce qu'il est, dans le contenu qu'il aborde et dans ses choix. Acceptation réelle du thérapeute de l'ensemble de l'être du client.

#### **1.4 Ouverture du thérapeute au-delà de ses valeurs personnelles**

Attitude d'ouverture du thérapeute qui dépasse les croyances, les opinions et les valeurs qu'il peut incarner dans sa propre vie. Ouverture qui se centre uniquement sur la vision du monde du client, en faisant fi de sa propre vision.

## **2. Écoute active intéressée du thérapeute**

Le thérapeute a une manière particulière d'écouter le client et d'être présent à celui-ci qui a des impacts positifs sur le client.

### **2.1 Présence attentive soutenue du thérapeute**

Manière du thérapeute d'écouter le client avec sérieux et avec une attention ininterrompue qui donne la conviction au client d'être réellement et sincèrement écouté. Façon d'être du thérapeute qui donne au client le sentiment qu'il est complètement présent à lui, qu'il n'est pas préoccupé par autre chose et qu'il se consacre uniquement à lui pendant toute la durée de la rencontre.

### **2.2 Rétroaction pertinente du thérapeute aux propos du client**

Interventions du thérapeute, suite à un moment d'écoute d'une durée variable, qui correspondent à l'expérience du client, qui ont du sens pour lui. Reflets ou reformulations qui sont « collés » à ce que le client vit et à ce qu'il vient d'exprimer.

### **2.3 Sentiment du client d'être véritablement entendu**

Impression du client que ce qu'il dit est réellement considéré par le thérapeute et ne tombe pas à plat; que c'est reçu et véritablement entendu par quelqu'un. Sentiment que le thérapeute saisit réellement ce qu'il dit et ce qu'il vit lorsqu'il l'exprime.

## **3. Manière d'être réconfortante du thérapeute**

Certaines attitudes et interventions du thérapeute rassurent et apaisent le client, même si cela n'est pas nécessairement le but directement visé par le thérapeute.

### **3.1 Présence sécurisante du thérapeute**

Manière d'être du thérapeute qui est rassurante pour le client. Sentiments de réconfort et de sécurité amenés par l'idée que le thérapeute est présent physiquement et que le client n'est pas seul.

### **3.2 Réconfort du thérapeute empreint de bienveillance**

Interventions du thérapeute qui ont pour effet de consoler le client. Impression que ces interventions visent le bien-être du client, et non l'apaisement de l'impuissance du thérapeute, p.ex.

### **3.3 Réconfort lucide du thérapeute**

Interventions du thérapeute qui apaisent le client tout en tenant compte d'une vision réaliste et ajustée de ses difficultés, sans chercher à minimiser les problèmes ou à projeter l'illusion qu'ils n'existent pas.

## **4. Légitimation bienfaisante du client par le thérapeute**

Le client a parfois besoin de repères pour savoir s'il est correct, normal et s'il est sur la bonne voie. Certaines interventions du thérapeute lui apportent cette validation et sont positives pour le client.

#### **4.1 Légitimation des émotions du client par le thérapeute**

Reconnaissance, par le thérapeute, des émotions du client et validation explicite de celles-ci comme étant normales et comme ayant le droit d'exister.

#### **4.2 Validation par le thérapeute des actions posées par le client**

Interventions du thérapeute qui valident explicitement le client quant à des actions qu'il a posées, que ce soit dans les rencontres ou à l'extérieur de la thérapie. Interventions qui rassurent le client quant au fait qu'il est sur la bonne voie ou qu'il a pris la bonne décision pour être cohérent avec son cheminement actuel.

#### **4.3 Normalisation apaisante du client par le thérapeute**

Interventions du thérapeute qui aident le client à se sentir normal, alors qu'il avait l'impression de ne pas l'être ou qu'il en doutait. Repères qui lui sont donnés pour distinguer ce qui est sain de ce qui est problématique par rapport à des aspects de sa personnalité ou à ses comportements.

### **5. Espace relationnel au service du client**

La thérapie est perçue comme un contenant qui est bénéfique pour le client, tant au plan émotionnel qu'au plan des apprentissages qu'il peut y faire.

#### **5.1 Espace accordé au client pour qu'il se raconte**

Place accordée au client pour qu'il puisse tout simplement se dire, nommer ce qui est présent pour lui, ce qu'il vit, raconter son histoire, etc.

#### **5.2 Espace sécuritaire pour déposer le trop-plein**

Endroit disponible pour que le client puisse déverser tout ce qui l'habite intérieurement et qui déborde actuellement. Le fait de pouvoir le déposer à quelque part lui permet de s'en dégager un peu.

#### **5.3 Espace disponible pour que le client observe son monde intérieur**

Vision de la thérapie comme un lieu où le client peut apprendre à regarder à l'intérieur de lui et où il peut constater ce qui s'y passe.

#### **5.4 Événements relationnels au sein de la relation thérapeutique comme source d'apprentissage pour le client**

Interactions de toutes sortes – échanges, incidents, malentendus, etc. – qui se déroulent entre le client et le thérapeute dans l'ici-maintenant de la relation et qui peuvent amener le client à approfondir sa compréhension de sa dynamique ou à changer certaines de ses manières d'être en relation de façon générale.

## **E) ESPACE PRIVILÉGIÉ DE LIBRE EXPRESSION DU CLIENT**

### **1. Liberté totale du client d'être lui-même à l'intérieur du cadre**

Le client sent qu'il est dans des conditions favorables pour se montrer tel qu'il est dans sa relation avec le thérapeute et pour être perçu de manière juste.

#### **1.1 Aisance grandissante du client à être lui-même dans la relation**

Sentiment du client qu'il est de plus en plus à l'aise d'agir avec naturel avec le thérapeute, d'agir de la manière dont il agit habituellement dans ses autres relations. Impression que plus la relation se bâtit, plus il arrive à se le permettre.

#### **1.2 Sentiment du client d'être simplement lui-même avec le thérapeute**

Sentiment du client de pouvoir seulement « être » avec le thérapeute, sans porter de masque et sans se soucier des conventions habituelles de la vie de tous les jours. Impression qu'il n'a pas besoin de chercher à être d'une certaine façon pour plaire au thérapeute.

#### **1.3 Sentiment du client d'être vu correctement par le thérapeute**

Sentiment du client d'être réellement reconnu par le thérapeute pour ce qu'il est vraiment, dans ses forces comme dans ses limites. Sentiment que le thérapeute le voit avec justesse, tel qu'il est.

### **2. Dévoilement de soi du client exclusif à la relation thérapeutique**

La manière qu'a le client de s'ouvrir au thérapeute comporte certaines particularités qui ne se retrouvent pas dans d'autres types de relation qui ne sont pas des relations thérapeutiques.

#### **2.1 Dévoilement de soi unilatéral inhérent à la relation**

Confidences et partage d'informations personnelles qui vont dans un sens seulement, soit du client vers le thérapeute. Aspect de la relation thérapeutique considéré comme normal et comme étant intrinsèque à celle-ci.

#### **2.2 Existence d'une zone uniquement accessible au thérapeute**

Révélations par le client d'informations sur lui-même qu'il n'a jamais dites à personne - ou à très peu de personnes; confidences faites uniquement au thérapeute. Partage de certains aspects de lui-même qu'il ne confie pas - ou très peu - aux gens autour de lui.

#### **2.3 Libre expression libératrice par le client de ses émotions**

Sentiment du client qu'il peut laisser libre cours à ses émotions, sans crainte d'être réprimandé par le thérapeute; permission explicite ou implicite accordée au client d'exprimer et de vivre n'importe quelle émotion dans les rencontres, qu'elles soient positives ou négatives. Expression émotionnelle qui peut avoir comme effet de libérer le client de quelque chose et de faire avancer son processus.

### **3. Responsabilité du client de s'ouvrir au thérapeute**

Le client doit par lui-même choisir de se dévoiler au thérapeute et considère que c'est l'un des éléments importants pour son processus.

#### **3.1 Ouverture résolue du client à se livrer**

Volonté du client de se confier au thérapeute, de partager avec lui des aspects intimes de lui-même, même lorsque cela est difficile. Conscience que s'il ne fait pas l'effort de se dévoiler, le thérapeute ne pourra pas l'aider adéquatement).

#### **3.2 Dévoilement de soi authentique du client**

Transparence du client dans sa manière de se confier, sans rien cacher volontairement au thérapeute. Manière de se dévoiler du client qui donne accès au thérapeute à tout, ou presque tout, ce qui l'habite.

### **4. Espace thérapeutique ouvert aux rétroactions du client**

Lorsque certaines insatisfactions se présentent pour le client, il sait qu'il a la possibilité d'en parler sans que cela ait des impacts négatifs.

#### **4.1 Insatisfactions du client exprimées librement**

Espace disponible pour que le client puisse nommer les aspects de la thérapie ou de la relation qui ne lui conviennent pas, qui lui déplaisent ou qu'il aimerait voir changer. Insatisfactions que le client se sent à l'aise d'exprimer et qu'il peut dire sans avoir à se censurer.

#### **4.2 État d'ouverture du thérapeute face aux rétroactions du client**

Attitude et réaction positives du thérapeute face aux commentaires du client sur ses interventions ou sur les insatisfactions générales que le client ressent. Capacité du thérapeute à en parler sans être sur la défensive, sans chercher à se justifier et sans se fermer.

## **F) TERMINAISON CERTAINE DE LA RELATION THÉRAPEUTIQUE**

### **1. Terminaison éventuelle et inévitable de la relation thérapeutique**

Perception de la relation comme ayant nécessairement une fin, sans que le client ou le thérapeute puissent prédire le moment exact où elle se terminera. Fin de la relation perçue comme une réalité inévitable faisant partie de ce type de relation.

### **2. Fin de la relation lors de l'atteinte des objectifs thérapeutiques**

Terminaison de la relation déterminée par l'atteinte des buts préalablement identifiés par

le client et le thérapeute. Non pertinence de poursuivre la relation lorsque les besoins du client sont répondus.

### **3. Accord concerté concernant le moment de la terminaison**

Décision de mettre fin au processus thérapeutique qui résulte, idéalement, d'une discussion entre le client et le thérapeute à ce sujet. Vision partagée du fait que le client est prêt à mettre fin à la thérapie.

### **4. Relation profonde qui subsiste au-delà des rencontres**

Intuition du client que la relation thérapeutique est une relation qu'il n'oubliera pas, même lorsqu'elle sera terminée; qu'elle va laisser son empreinte à l'intérieur de lui. Impression du client que le niveau d'intimité auquel le thérapeute et lui ont accédé sera facilement accessible si le client consulte le thérapeute à nouveau dans le futur.

## **Appendice J**

Tableau comparatif de la grille des composantes préexistantes et de l'arbre des catégories émergentes



**Tableau comparatif de la grille des composantes préexistantes et de l'arbre des catégories émergentes**

<b>RELATION COOPÉRATIVE</b>		Éléments d'approfondissement de l'arbre des catégories émergentes
Sous-composantes		
<p>Définition :</p> <p>Relation de travail qui inclut l'aspect collaboratif du travail thérapeutique. Elle consiste à se donner une cible commune et à accorder une place à chacune des personnes impliquées dans la psychothérapie.</p> <p>(Bordin, 1979; Horvath &amp; Greenberg, 1989; St-Arnaud, 2003)</p>	<b>A) Accord commun quant aux objectifs de la thérapie</b>	—
	<b>B) Accord commun quant aux stratégies pour atteindre les objectifs de la thérapie</b>	—
	<b>C) Ajustement concerté continu des objectifs de la thérapie et des stratégies</b>	—
	<b>D) Établissement du contrat thérapeutique dans ses aspects concrets</b>	- Distance relationnelle optimale entre le client et le thérapeute
	<b>E) Engagement et implication de chacun dans le travail thérapeutique</b>	<p>- Conception positive du thérapeute comme guide professionnel</p> <p>- Mise en commun fructueuse des forces et des ressources particulières du client et du thérapeute</p>
	<b>F) Valorisation des compétences et des ressources de chacun</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Outils thérapeutiques divers déployés par le thérapeute <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Suggestion bienvenue de pistes de réflexion pour la semaine</li> <li>○ Métaphores qui résonnent pour le client</li> <li>○ Humour utilisé au service du client</li> </ul> </li> <li>• Flexibilité naturelle du thérapeute dans ses interactions avec le client</li> <li>• Contribution essentielle du client à son cheminement <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ouverture curieuse du client à se comprendre</li> <li>○ Volonté sincère du client de travailler sur les aspects difficiles</li> <li>○ Connaissance intuitive par le client des zones à explorer</li> <li>○ Efforts soutenus du client entre les rencontres</li> </ul> </li> </ul>
	<b>G) Perception partagée de former une équipe</b>	- Soutien véritable du thérapeute dans la démarche du client
	<b>H) Co-construction de la compréhension de la réalité subjective du client</b>	—

<b>RELATION TRANSFÉRENTIELLE</b>		Éléments d'approfondissement de l'arbre des catégories émergentes
Sous-composantes		
<p>Définition :</p> <p>C'est à l'intérieur de cette relation que se répètent dans le présent les schémas d'interactions précoces. Comprend les répétitions de conflits passés avec les figures d'attachement, ce qui fait que les sentiments, attitudes et comportements qui appartiennent à ces relations antérieures sont déplacés sur l'autre personne. Il y a donc présence de distorsions dans la relation.</p> <p>(Gelso et Carter, 1994)</p>	<b>A) Perception, par le client, du thérapeute comme ayant les attributs d'un parent</b>	—
	<b>B) Expérience, par le client ou le thérapeute, de sentiments et/ou de cognitions envers l'autre, qui sont provoqués par la répétition d'interactions passées</b>	—
	<b>C) Attentes inexactes du thérapeute ou du client par rapport à la manière d'agir ou de réagir de l'autre</b>	—
	<b>D) Compréhension et acceptation, par le thérapeute, de sentiments, d'attitudes et de comportements du client à son égard qui appartiennent à des relations passées</b>	—
	<b>E) Modification du comportement, des cognitions et/ou des sentiments du client ou du thérapeute pour se conformer aux attentes perçues de l'autre</b>	- Neutralité volontaire du thérapeute bénéfique pour le client

<b>RELATION PERSONNE-À-PERSONNE</b>		Éléments d'approfondissement de l'arbre des catégories émergentes
Sous-composantes		
<p>Définition :</p> <p>Reflète le lien affectif qui existe dans toutes les relations et qui existe au-delà des aspects de travail de la relation. Ses deux caractéristiques principales sont l'authenticité (l'habileté et le désir d'être réellement soi-même dans la relation) et le réalisme (perceptions de l'autre qui ne comportent pas de distorsions; qui sont justes et réalistes).</p> <p>(Gelso et Carter, 1994; Rogers, 1957; Horvath &amp; Greenberg, 1989; St-Arnaud, 2003)</p>	<b>A) Authenticité, ouverture et honnêteté envers l'autre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentiment du client d'être simplement lui-même dans la relation</li> <li>- Fidélité du thérapeute à ce qu'il est comme personne</li> <li>- Accès partiel du client aux aspects personnels du thérapeute</li> </ul>
	<b>B) Dévoilement de soi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dévoilement de soi unilatéral inhérent à la relation</li> <li>- Existence d'une zone uniquement accessible au thérapeute</li> </ul>
	<b>C) Engagement émotionnel envers l'autre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développement graduel d'un lien de confiance               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proactivité du thérapeute à instaurer une relation de confiance</li> <li>• Façon d'être du thérapeute qui inspire confiance</li> </ul> </li> <li>- Intimité professionnelle entre le client et le thérapeute</li> </ul>
	<b>D) Attachement ressenti par rapport à l'autre</b>	—
	<b>E) Regard nuancé sur l'autre, comprenant ses forces et ses limites</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indulgence du client devant la faillibilité du thérapeute</li> <li>- Perception du thérapeute comme humain ayant une vie personnelle</li> <li>- Sentiment du client d'être vu correctement par le thérapeute</li> </ul>
	<b>F) Compréhension empathique du client par le thérapeute</b>	—
	<b>G) Acceptation inconditionnelle du client par le thérapeute</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liberté allouée au client d'avancer à son propre rythme</li> <li>- Ouverture authentique du thérapeute à tout entendre</li> </ul>
	<b>H) Présence d'un climat positif</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Familiarité grandissante entre client et thérapeute</li> <li>- Accueil chaleureux du thérapeute</li> <li>- Respect spontané du client pour le thérapeute</li> </ul>
	<b>I) Existence de l'appréciation de l'autre personne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Complicité manifeste entre le client et le thérapeute</li> </ul>
	<b>J) Possibilité d'un dialogue concernant la relation dans l'ici et maintenant</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Événements relationnels comme source d'apprentissage pour le client</li> <li>- Espace thérapeutique ouvert aux rétroactions du client               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insatisfactions du client exprimées librement</li> <li>• État d'ouverture du thérapeute face aux rétroactions du client</li> </ul> </li> </ul>

<b>RELATION TRANSPERSONNELLE</b>		Éléments d'approfondissement de l'arbre des catégories émergentes
	Sous-composantes	
<p>Définition :</p> <p>Dimension spirituelle et inexplicable de la relation, qui comprend les expériences impliquant une expansion de la conscience au-delà des limites habituelles de l'ego et au-delà des limites du temps et de l'espace. C'est la sensation subjective, chez le client et le thérapeute, que quelque chose de profondément, personnellement et émotionnellement significatif se produit.</p> <p>(Clarkson, 1995; Richards &amp; Bergin, 2005; Rogers, 1980)</p>	<b>A) Connexion profonde entre client et thérapeute</b>	- <i>Établissement graduel d'une connexion profonde entre le client et le thérapeute</i>
	<b>B) Présence de moments significatifs inexplicables</b>	
	<b>C) Croyance profonde du thérapeute dans le potentiel du client</b>	—
	<b>D) Présence guérissante du thérapeute</b>	—
	<b>E) Amour bienveillant ressenti pour l'autre</b>	- <i>Vulnérabilité du client honorée par le thérapeute</i>