

Université de Montréal

Processus motivationnel en cours de traitement des toxicomanies
selon la perspective de la théorie de l'auto-détermination.

par

Hélène Simoneau

Département de Psychologie

Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en psychologie
option psychophysiologie/ergonomie

janvier, 2001

© Hélène Simoneau, 2001



BF

22

U54

2002

v. 002

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée:

Processus motivationnel en cours de traitement des toxicomanies
selon la perspective de la théorie de l'auto-détermination.

présenté par:

Hélène Simoneau

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes:

Présidente-rapporteuse	Louise Nadeau, Ph.D.
Directeur de recherche	Jacques Bergeron, Ph.D.
Membre du jury	Céline Mercier
Examineur externe	Robert Vallerand
Représentante du doyen	Pauline Morissette

Mémoire accepté le: ...23..octobre..2001.....

SOMMAIRE

L'abandon du traitement constitue un problème de taille, particulièrement dans le domaine de l'alcoolisme et des toxicomanies. Le manque de motivation est souvent considéré comme l'un des principaux motifs d'abandon de traitement (Miller, 1985; Ryan, Plant et O'Malley, 1995). Cependant, les résultats d'une revue de littérature démontrent que la motivation initiale ne prédit pas l'adhésion au traitement et favorise le blâme moraliste lorsque le traitement échoue (Miller, 1985). Les résultats de cette revue de littérature ont entraîné un changement conceptuel majeur: de caractéristique stable du client, le concept de motivation s'est transformé pour devenir le produit d'échanges interpersonnels (Miller et Sanchez, 1994). Ainsi, la motivation est un processus dynamique qui se modifie au fil des situations et des échanges interpersonnels.

Afin de mieux comprendre la dynamique du processus de motivation en cours de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies, la théorie de l'auto-détermination (Deci et Ryan, 1985) pourrait s'avérer fort utile. Ce projet a donc pour objectifs (1) de développer et valider, auprès des clients d'un centre de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, un questionnaire de motivation au traitement, (2) de vérifier si la théorie de l'auto-détermination de Deci et Ryan (1985a, 1987, 1990) permet d'expliquer la dynamique du processus de motivation en cours de traitement, (3) d'identifier des facteurs de rétention en traitement, c'est-à-dire des facteurs qui augmentent ou maintiennent la motivation initiale et, finalement, (4) de fournir aux intervenants des indices leur permettant d'adapter leurs stratégies d'intervention aux besoins du client.

Deux études permettent d'atteindre les objectifs pré-cités: la première, conduite auprès de 352 personnes recrutées dans un centre public de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, a permis de construire et de valider un instrument de mesure de la motivation au traitement basé sur la théorie de l'auto-détermination; la deuxième, effectuée auprès d'un sous-échantillon de 140 personnes qui ont persévéré en traitement pendant au moins six semaines, a permis de vérifier un modèle motivationnel, d'identifier certains facteurs qui influencent la motivation en cours de traitement.

Les résultats de la première étude permettent de constater que le "Questionnaire de Motivation au Traitement des Toxicomanies" (QMTT) possède des qualités psychométriques satisfaisantes. Cependant, des corrélations inattendues amènent à poser l'hypothèse d'un profil motivationnel caractéristique chez les personnes alcooliques et toxicomanes: la perception de perte de contrôle associée à la consommation d'alcool et de drogue entraînerait une pression interne à régler ces problèmes afin de reprendre le contrôle sur sa vie.

Les résultats de la deuxième étude soutiennent l'utilité de la théorie de l'auto-détermination dans le champ de la motivation au traitement des toxicomanies et permettent de suggérer des pistes d'intervention: les thérapeutes devraient être attentifs à la progression vers l'atteinte du but que le client s'est fixé et favoriser la perception de compétence de ce dernier. De plus, les centres de traitement devraient offrir un contexte qui soutient l'autonomie de la clientèle et impliquer davantage les gens de l'entourage.

En conclusion, cette thèse atteint les objectifs fixés et entraîne des retombées tant au plan théorique que clinique.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	i
TABLE DES MATIÈRES.....	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES FIGURES.....	viii
REMERCIEMENTS.....	ix
DÉDICACE.....	xi
INTRODUCTION.....	1
Les mythes.....	2
Motivation au changement, motivation au traitement.....	4
Les modèles attentes x valeurs.....	6
Théorie de l'apprentissage social.....	7
Les stades de changement.....	9
Interventions motivationnelles.....	11
Théorie de l'auto-détermination.....	13
Processus d'internalisation.....	16
Buts.....	18
Hypothèses de recherche.....	19
Originalité du projet.....	20
ARTICLE 1: "Motivation au traitement: de la validation d'un questionnaire à l'hypothèse d'un paradoxe motivationnel chez les personnes alcooliques et toxicomanes.".....	22
Résumé.....	22
Abstract.....	23
Théorie de l'auto-détermination.....	25
Méthodologie.....	28
Construction du questionnaire.....	28
Participants et participantes.....	29
Instruments de mesure.....	31
Déroulement.....	33
Résultats.....	33
Premier échantillon.....	35
Deuxième échantillon.....	38
Validité prédictive.....	39
Validité de construit.....	42
Discussion.....	46
Références.....	53

TABLE DES MATIÈRES (suite)

ARTICLE 2: “Factors affecting motivation during the first six weeks of treatment.”	61
Abstract.....	61
Introduction.....	62
Stages of change.....	63
Social learning theory.....	64
Motivational interventions.....	65
Other studies about motivation.....	66
Self-determination theory.....	66
Process of internalization.....	68
The present study.....	71
Method.....	73
Participants.....	73
Measures.....	74
Procedure.....	79
Results.....	80
Preliminary analyses.....	80
Path analysis.....	83
Discussion.....	88
Clinical implications.....	90
Limitations and concluding remarks.....	93
References.....	95
 DISCUSSION GÉNÉRALE.....	 107
Résumé des résultats du premier article.....	108
Résumé des résultats du deuxième article.....	110
Complémentarité des résultats obtenus dans les deux articles.....	112
Atteinte des objectifs de la présente thèse.....	115
Suggestions de recherches futures.....	116
 RÉFÉRENCES.....	 119
 APPENDICE A	
Formulaire de consentement (participants recrutés en 1998).....	xiii
Formulaire de consentement (participants recrutés en 1999).....	xix
 APPENDICE B	
Autorisation des auteurs pour l’utilisation de l’ÉOGC.....	xxiv

TABLE DES MATIÈRES (fin)**APPENDICE C**

Questionnaire de Motivation au Traitement des Toxicomanies ("Motifs de cheminement")	
Version 50 items.....	xxvi
Version 25 items.....	xxix
Échelle des Orientations Générales de Causalité.....	xxxii
Motifs de Consultation.....	xxxvi
Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT version abrégée).....	xl
Rétroactions de Compétence ("Commentaires de l'équipe de traitement" et "Commentaires des gens qui m'entourent") et Pressions externes.....	xlix
Perception du contexte ("Milieu de vie" et "Climat du Centre")	
Atteinte du but et Sentiments de compétence.....	lv

LISTE DES TABLEAUX

ARTICLE 1.

Tableau 1. Instruments de mesure complétés par les participants(es) selon la période de recrutement.....	34
Tableau 2. Résultats de l'analyse en composantes principales des items du QMTT pour l'échantillon 1 et pour l'échantillon 2.....	36
Tableau 3. Patron des corrélations de Pearson entre les sous-échelles du QMTT pour la version préliminaire et pour la version réduite.....	37
Tableau 4. Corrélations entre les sous-échelles du QMTT, l'âge, le sexe, certains antécédents motivationnels, l'indice de gravité d'une toxicomanie et l'échelle des orientations générales à la causalité.....	43

ARTICLE 2.

Table 1. Mean, standard deviation, and possible range for the variables of the expected model.....	81
Table 2. Correlations between time 1 variables.....	86
Table 3. Correlations between time 2 variables.....	87

LISTE DES FIGURES

INTRODUCTION

Figure 1. Processus motivationnel en cours de traitement.....21

ARTICLE 2.

Figure 1. Summary of hypothesis.....72

Figure 2. Distribution of change in motivation from time 1 to time 2.....82

Figure 3. Path diagram of the motivational model.....84

REMERCIEMENTS

Après quatre années et demi de dur labeur, voici enfin le moment des remerciements. Il va sans dire qu'un travail de si longue haleine ne peut être réalisé sans la collaboration de nombreuses personnes. Je voudrais tout d'abord remercier Jacques Bergeron, mon directeur de thèse, pour la confiance et la liberté qu'il m'a accordées. Il a su appliquer plusieurs concepts de la théorie de Deci et Ryan: pas de pressions ni de dates limites de production, liberté de choisir mon sujet de recherche, soutien du sentiment de compétence, etc.

Je voudrais aussi remercier Louise Nadeau ainsi que tous les étudiants et étudiantes qui ont participé aux séminaires ou "groupes de soutien" animés par Mme Nadeau. Ces rencontres se sont déroulées dans un climat d'entraide et ont permis d'éviter le sentiment d'isolement vécu par tant d'étudiant(es) aux études supérieures.

Je voudrais aussi souligner la collaboration de tous les membres et employé(es) du RISQ, particulièrement Lyne Desjardins pour sa contribution statistique et sa formation sur l'IGT. Cette équipe de chercheur(es) dynamiques m'a apporté tant au plan matériel (bourses FCAR-RISQ, soutien à la rédaction d'articles, soutien à la participation à des congrès) qu'intellectuel (modeling, séminaires, journée des partenaires, etc). Pour la contribution matérielle, je voudrais aussi mentionner le CQRS qui m'a octroyé une bourse d'études doctorales ainsi que le Département de Psychologie pour la bourse de fin de rédaction de thèse.

J'ai aussi beaucoup apprécié la précieuse collaboration des intervenant(es) du programme adulte du Centre Dollard-Cormier. Sans eux, pas de recrutement! Pas de recherche non plus sans la participation de la clientèle! Leur participation en grand nombre m'a beaucoup touchée: il faut une bonne dose de courage et de générosité pour accepter de compléter des questionnaires qui traitent de sujets qui nous blessent, nous font sentir coupables voire honteux et ce, au moment où l'on est le plus souffrant (en tout début de traitement). Chapeau! et merci encore en mon nom et au nom de ceux et celles qui bénéficieront des résultats de cette recherche!

Finalement, je voudrais profiter de l'occasion pour remercier mes parents de m'avoir transmis le goût des études. J'ai eu du plaisir à réaliser cette thèse et ce, malgré les multiples défis et obstacles qui se présentent inévitablement pendant un tel parcours. C'est ce goût des études qui m'a permis de persévérer. Merci papa! Merci maman!

P.S. À tous ceux et celles que j'aurais pu oublier, vous pouvez considérer ces remerciements comme personnels.

“Si vous traitez un individu tel qu’il est, il restera tel qu’il est,
mais si vous le traitez comme il devrait être et pourrait être,
il deviendra ce qu’il devrait être et pourrait être.”

(von Goethe)

À tous ceux et celles qui aident les autres à devenir ce qu’ils
devraient et pourraient être...

INTRODUCTION

L'abandon du traitement constitue un problème de taille, particulièrement dans le domaine de l'alcoolisme et des toxicomanies. Seulement 50% des gens poursuivent plus de quatre semaines le programme de traitement qui leur est offert (Baekeland et Lundwall, 1975; Laflamme-Cusson et Moisan, 1993). Même si les facteurs impliqués dans l'abandon du traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies ne sont pas spécifiques à ce domaine, les conséquences y sont généralement plus importantes: alors que quelques rencontres peuvent parfois suffire pour entraîner une amélioration chez des gens qui consultent pour un problème de santé mentale, ceux qui abusent de substances psychoactives ne manifestent de gains à long terme que s'ils persèverent pendant au moins plusieurs mois (Stark, 1992). Cependant, la technique brève d'intervention motivationnelle développée par Miller semble constituer une exception: quelques rencontres de ce type suffisent parfois pour entraîner une réduction significative de la consommation (Bien, Miller et Tonigan, 1993).

Ainsi, la réhabilitation est généralement reliée à la persévérance: les personnes alcooliques qui abandonnent le traitement avant d'avoir cumulé six mois d'abstinence ont une faible probabilité de maintenir le changement à long terme (Baekeland et Lundwall, 1975) et les symptômes de détresse psychologique ainsi que la consommation de substances psychoactives diminuent en fonction de la durée du traitement (Bergeron, Brochu et Landry, 1995; Brochu, Bergeron, Landry et Chiochio, 1995).

Le manque de motivation est l'un des motifs d'abandon de traitement les plus

fréquemment cités (Ryan, Plant et O'Malley, 1995). Cette vision est partagée tant par les thérapeutes que par les clients eux-mêmes (Miller, 1985). Une recension des écrits effectuée par Miller (1985) permet de constater que la motivation initiale, souvent définie comme un attribut stable du client, ne prédit pas l'adhésion au traitement et favorise le blâme moraliste lorsque le traitement échoue. De façon générale, le client est jugé comme étant motivé s'il accepte la vision du thérapeute (incluant le besoin d'aide et le diagnostic), s'il est en détresse et se conforme aux directives (Miller, 1985). Cette recension a aussi permis d'identifier plusieurs mythes omniprésents dans le traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies.

Les mythes

Malgré l'évolution de la compréhension de la toxicomanie¹, Miller (1999) constate que, quatorze ans après la publication de cette recension des écrits, certaines traditions persistent encore dans les systèmes de traitement. Quoique certaines d'entre elles ne soient que des anachronismes, d'autres peuvent être réellement néfastes pour le bien-être du client. Parmi les croyances les plus répandues, "la personnalité alcoolique" constitue la pierre angulaire de plusieurs traitements. Issu d'une vague croyance basée sur la théorie psychanalytique, ce stéréotype a donné lieu à un traitement de type confrontation agressive visant à briser la résistance et le déni du

¹ Le terme toxicomanie inclut l'alcoolisme comme il est d'usage courant de le faire au Québec et en Amérique du Nord. Il en sera ainsi tout au long de la description du présent projet.

toxicomane (Miller et Rollnick, 1991). Cependant, les recherches démontrent que la personnalité des personnes alcooliques est aussi variable que celle des personnes n'ayant pas de problèmes de consommation (Miller, 1995). Il s'agit donc d'une population hétérogène.

Miller (1999) suggère trois hypothèses pour tenter d'expliquer que les caractéristiques de déni, résistance, rationalisation et défenses soient si souvent attribuées à la clientèle toxicomane. Premièrement, il pourrait s'agir d'un biais perceptuel car les termes "déni" et "résistance" sont souvent utilisés pour caractériser les clients en désaccord avec leurs cliniciens, ceux qui refusent d'accepter le diagnostic ou le traitement tel que proposé. Deuxièmement, il est possible que les experts en toxicomanie, influencés par les stéréotypes courants dans la population, s'attendent tellement à trouver des mécanismes de défense pathologiques chez les toxicomanes qu'ils jugeraient anormaux des comportements considérés comme normaux dans la population générale. Finalement, les systèmes de traitement actuels pourraient être responsables de la réaction défensive des clients. Les stratégies de confrontation agressive et les étiquettes péjoratives dont on affuble les toxicomanes pourraient engendrer les réactions de défense attendues, confirmant ainsi les prédictions des "experts". Il s'agirait donc d'une manifestation de prophéties auto-réalisatrices (Jenner, 1990).

Alors que la motivation initiale du client ne prédit pas l'adhésion au traitement, les taux de rétention diffèrent d'un thérapeute à l'autre (Miller, 1995). Plus le thérapeute est confrontant, moins le client persévère. Plus le thérapeute démontre de

l'empathie, plus le client persévère (Miller, Benefield, et Tonigan, 1993). La motivation n'est donc pas un attribut exclusif du client. Depuis les années 1980, il est clairement reconnu que plusieurs facteurs contextuels affectent la motivation du client (Miller, 1995).

On a aussi cru pendant longtemps que la personne alcoolique devait se rendre au bout du rouleau, atteindre un bas-fond avant de pouvoir manifester un réel désir de changement. Cependant, les données de recherches récentes font état de gens qui effectuent des changements suite à des événements de vie sans s'être détériorés de façon désastreuse (Miller, 1995). Il est donc possible, et souhaitable, d'intervenir avant que la personne n'atteigne un tel niveau de détresse.

Motivation au changement, motivation au traitement

Tant en toxicomanie que dans le domaine plus large de la psychothérapie, de nombreuses études concernant la motivation au traitement ont été effectuées dans les années 1960 et 1970. Cependant, le concept de motivation demeure flou et varie d'une étude à l'autre à un point tel qu'à peu près toutes les variables qu'on peut imaginer peuvent être considérées pertinentes à l'étude de la motivation (Rosenbaum et Horowitz, 1983). Durant les années 1980 et 1990, parallèlement aux nouvelles études qui s'appuient sur des bases théoriques, plusieurs recherches continuent de s'intéresser à la motivation au traitement, sans cadre théorique, en évaluant les effets de nombreuses variables sur la persévérance et l'efficacité de traitement.

Cependant, certaines données recueillies au cours de ces études méritent qu'on

s'y attarde soit parce qu'elles ont été reproduites, soit parce qu'elles peuvent être prédites par des théories existantes. Parmi celles-ci, il faut souligner que plusieurs variables reliées au contexte de traitement ou à son utilité perçue (e.g. Fiorentine, Nakashima et Anglin, 1999; Pfeiffer, Feuerlien et Brenk-Schulte, 1991; Wilkinson et LeBreton, 1986; voir aussi Stark, 1992 pour une recension des écrits à ce sujet), les caractéristiques du thérapeute (e.g. Miller *et al.*, 1993; Nelson-Zlupko, Dore, Kauffman et Kaltenback, 1996; voir aussi Miller, 1985 pour une recension), le soutien social (e.g. Knight, Hood, Logan et Chatham, 1999; Lang, Davidson, Bailey et Levine, 1999; voir aussi Stark, 1992 pour une recension), les motifs de consultation (e.g. Cunningham, Sobell, Sobell et Gaskin, 1994; Krampen, 1989; Pfeiffer *et al.*, 1991), et, dans certaines conditions, la dépression, l'anxiété ou la détresse psychologique (Carroll, Power, Bryant et Rounsaville, 1993; Mc Murray, Nessman, Haviland et Anderson, 1987; Rogalski, 1990; Simoneau, Bergeron, Cournoyer, Landry et Brochu, 1999) prédisent toutes la persévérance en traitement.

En plus des problèmes reliés à la multiplicité des variables étudiées, les concepts de motivation au changement et motivation au traitement sont souvent confondus dans la littérature (Di Clemente, Bellino et Neavins, 1999). À titre d'exemple, dans un article ayant pour titre: "*Enhancing motivation for treatment...*", Horvath (1993) décrit une méthode d'analyse des coûts-bénéfices de la consommation! Comme la poursuite d'un traitement psychothérapeutique est un comportement instrumental permettant d'effectuer un changement, les deux concepts sont sûrement corrélés entre eux. Cependant, ils ne sont pas synonymes: une personne peut être

motivée à changer et ne pas être motivée à poursuivre le traitement qu'on lui offre dans une institution donnée. Elle peut effectuer le changement par elle-même, fréquenter un groupe d'entraide voire poursuivre le traitement dans une autre maison de thérapie. À l'inverse, une personne peut être motivée à persévérer parce qu'elle reçoit des pressions externes mais ne manifester aucune intention de changer.

Selon Vallerand et Thill (1993), la motivation est un construit hypothétique utilisé lorsque l'on décrit les forces internes ou externes produisant l'initiation, la direction, l'intensité et la persistance du comportement. Ainsi, la motivation au traitement pourrait être définie comme étant l'ensemble des forces qui déterminent l'entrée, l'engagement et la persévérance dans le traitement. De plus, la motivation est un processus dynamique et non pas une condition statique; la force des motifs fluctue en fonction du temps (Reeve, 1992).

Les modèles attentes x valeurs

Puisque la motivation au changement influence fort probablement la motivation au traitement, les modèles utilisés dans les deux champs de recherche seront présentés. Parmi les études de motivation qui s'appuient sur des bases théoriques, on retrouve fréquemment les modèles attentes x valeurs. Ces théories postulent que les gens sont plus susceptibles d'initier un comportement lorsqu'ils croient que celui-ci va leur permettre d'obtenir des récompenses ou renforcements désirables. Dans le domaine des toxicomanies, les chercheurs utilisent la théorie de la protection de la motivation (Rogers, 1975), la théorie de l'action raisonnée (Ajzen et Fishbein, 1980) la théorie de

l'action planifiée (Ajzen, 1985) et la théorie de l'apprentissage social (Bandura, 1977).

Les études empiriques basées sur les modèles attentes x valeurs rapportent des résultats contradictoires et ce, même lorsque les comparaisons sont effectuées en fonction d'un modèle spécifique. Certaines confèrent une valeur prédictive (par ex. Heller et Kraus, 1991; Miller, Mc Crady, Abrams et Labouvie, 1994; Rogers, Deckner et Mewborn, 1978; Rogers et Mewborn, 1976), d'autres ne supportent pas les modèles (par ex. Lennings, 1996; Meyer, J.E. et Sayer Koeningsmark, 1991) et d'autres ne confirment que partiellement les hypothèses (Jones et Mc Mahon, 1992; Major et Bergeron, 1997).

Schlegel, D'Avernas, Zanna, De Courville et Manske (1992) considèrent que, même si la théorie de l'action planifiée ajoute à la valeur prédictive de la théorie de l'action raisonnée, elle ne semble pas suffisante pour expliquer les résultats observés chez les buveurs problèmes. Ces auteurs signalent la possibilité que des modèles psychologiques différents puissent être nécessaires pour expliquer les comportements intentionnels et non intentionnels. De plus, selon Maddux (1991), les modèles attentes x valeurs se concentrent sur les facteurs cognitifs plutôt que sur les facteurs motivationnels comme tels et, à l'exception de la théorie de l'apprentissage social, peu de modèles distinguent les attentes de résultats des attentes d'auto-efficacité (Maddux, 1991).

Théorie de l'apprentissage social

Selon la théorie de l'apprentissage social (Bandura, 1977), les représentations

cognitives de résultats futurs peuvent générer la motivation au moment présent. En effet, la motivation augmente avec les attentes d'efficacité (évaluation subjective de notre capacité à effectuer un comportement) et les attentes de résultats (évaluation subjective de la probabilité que le comportement entraîne les résultats désirés). Quand je crois que je suis capable d'effectuer un comportement et que celui-ci sera utile, j'agis. Les attentes d'auto-efficacité déterminent si le comportement sera émis, la somme d'énergie qui sera fournie ainsi que la persistance du comportement devant l'adversité (Bandura, 1977). Bien que la théorie de l'apprentissage social intègre des facteurs situationnels, des habiletés d'adaptation et des facteurs cognitifs, les écrits dans le domaine des toxicomanies présentent souvent chaque élément de façon isolée (Maisto, Carey et Bradizza, 1999).

Le concept d'auto-efficacité est particulièrement en vogue dans le champ. Plusieurs chercheurs ont évalué l'auto-efficacité afin de mieux comprendre la motivation à consommer, la motivation à cesser de consommer et la rechute. Une revue de littérature sur l'effet de l'auto-efficacité sur la consommation d'alcool conclut que l'auto-efficacité semble être modifiée par le traitement. Par conséquent, l'auto-efficacité post-traitement prédit mieux les résultats que l'évaluation initiale (Maisto *et al.*, 1999).

De plus, l'auto-efficacité est reliée de façon prévisible aux stades de changement du modèle de Prochaska et DiClemente (1986): par exemple, les gens qui ont atteint le stade de maintien présentent une auto-efficacité supérieure à ceux qui sont encore dans des stades antérieurs (DiClemente, Fairhurst et Piotrowski, 1995).

Cependant, l'auto-efficacité peut être biaisée: surestimer sa capacité de s'en sortir peut conduire à un abandon prématuré (DiClemente *et al.*, 1995).

Malgré une quantité appréciable de soutien empirique en faveur de l'utilité du concept d'auto-efficacité dans le traitement des toxicomanies, plusieurs questions demeurent sans réponse: quels sont les médiateurs de l'auto-efficacité? Comment le traitement augmente-t-il l'auto-efficacité? (Maisto *et al.*, 1999). De plus, l'auto-efficacité se définit par rapport à un comportement spécifique. Ainsi, les études effectuées à ce sujet utilisent des types d'auto-efficacité variées: auto-efficacité envers les capacités d'adaptation, auto-efficacité reliée à la capacité de s'engager en traitement, auto-efficacité à se reprendre en main après une rechute, auto-efficacité à résister à la consommation, auto-efficacité à demeurer abstinent (DiClemente *et al.*, 1995). Cette variété conceptuelle rend les comparaisons difficiles entre les différentes études.

Les stades de changement

Le modèle de motivation au changement de Prochaska et DiClemente (1986) est certes l'un des plus populaires auprès des chercheurs et intervenants en toxicomanie. Ces auteurs proposent un modèle où la motivation au changement est conceptualisée comme une série dynamique de six stades à travers lesquels une personne progresse ou régresse. En pré-contemplation, les gens résistent au changement, ils attribuent leurs problèmes à des sources externes. Ils ne désirent pas changer bien que leur entourage remarque le problème. Pendant le stade dit de

contemplation, les gens sont conscients de leur problème mais ne sont pas prêts à poser des gestes pour changer la situation. C'est pendant la période de préparation que les gens prennent la décision de changer bien qu'ils n'aient pas toujours résolu l'ambivalence qui caractérise les «contempteurs». Le stade d'action est celui où les gens modifient leur comportement et leur environnement. Pendant la période de maintien, les gens consolident leurs acquis et agissent de façon à éviter la rechute. Le stade de terminaison est le but ultime: l'ancienne dépendance ne représente plus une tentation ou une menace, la crainte de la rechute se dissout.

Quelques chercheurs ont vérifié la valeur prédictive du modèle dans le champ des toxicomanies. Dans l'ensemble, les résultats appuient le modèle (Bergeron, Landry, Brochu et Cournoyer, 1997; DiClemente et Hughes, 1990; Isenhardt, 1994) bien qu'il reste des points à éclaircir (Provost, 1994). Cependant, le modèle de Prochaska et DiClemente (1986) ne renseigne pas sur les facteurs qui permettent de passer d'un stade à un autre. Davidson (1992) soutient que ce modèle est d'ordre taxonomique, une description d'états dispositionnels qui n'ajoute rien à la compréhension de la nature, de l'étiologie et du développement des comportements de dépendance. D'ailleurs, Prochaska et Di Clemente eux-mêmes reconnaissent qu'ils n'ont pas porté une attention suffisante aux facteurs qui pourraient expliquer pourquoi certains changent alors que d'autres évitent le changement (Prochaska et Di Clemente, 1986).

Récemment, De Leon (1996) a suggéré un autre modèle de stades de changement qui comprend six stades de changement pré-traitement et quatre stades de

progression qui se produisent en cours de traitement. Ce modèle, utilisé et évalué principalement dans les communautés thérapeutiques, obtient aussi un soutien empirique intéressant (De Leon, Melnick et Kressel, 1997; Joe, Simpson et Broome, 1998).

Interventions motivationnelles

Selon Miller et Sanchez (1994), un des plus importants changements de pensée récemment survenus consiste à considérer la motivation comme étant le produit d'échanges interpersonnels. Ce qui signifie que la motivation est influencée par les situations et les gens avec lesquels une personne interagit. Ainsi, une analyse du contenu d'une variété de stratégies efficaces pour augmenter la motivation des clients révèle six points en commun. Ces éléments peuvent être regroupés sous l'acronyme FRAMES:

- "F" (*feedback*): fournir une rétroaction sur la façon dont l'alcool détruit l'individu
- "R" (*responsibility*): placer l'accent sur la responsabilité et la liberté de choix du client
- "A" (*advice*): recommander un changement de façon empathique
- "M" (*menu*): offrir plusieurs options de traitement
- "E" (*empathy*): accueillir le client avec empathie
- "S" (*self-efficacy*): accroître les attentes d'auto-efficacité du client (Miller, 1995).

À partir de ces éléments, Miller a développé une brève technique d'intervention motivationnelle dont les résultats, compilés dans une recension des écrits (Bien *et al.*, 1993), sont particulièrement encourageants. Malgré que les données empiriques

appuient l'efficacité de cette technique, les mécanismes sous-jacents au changement et ce qui constitue la motivation au changement demeurent inconnus (Miller, 1996).

Bien que la motivation au changement demeure un processus énigmatique, les résultats prometteurs des interventions motivationnelles ont entraîné un intérêt croissant pour la motivation et provoqué plusieurs changements dans l'intervention destinée aux personnes ayant des problèmes de consommation. Alors qu'historiquement le traitement ciblait les déficits et les limites des clients, l'intervention actuelle tend à identifier et rehausser les forces et compétences du client. Les traitements sont de plus en plus adaptés aux besoins des individus plutôt qu'offert en "formule standard" (Miller, 1999).

De plus, les clients sont traités de façon plus humaine: nul besoin d'apposer une étiquette, un diagnostic pour que l'individu effectue un changement. Les thérapeutes adoptent une attitude empathique et délaissent la discipline, l'autorité et le pouvoir d'autrefois. Les clients sont partie prenante du processus, ils ne subissent plus passivement le traitement qui leur est prescrit mais fixent plutôt leurs buts en collaboration avec leurs cliniciens (Miller, 1999).

Enfin, la conception de la toxicomanie elle-même est aussi en constante évolution. De maladie progressive qui conduit inexorablement à une mort prématurée, le concept de toxicomanie est maintenant plus nuancé: les problèmes de consommation se situent sur un continuum qui s'étend de l'usage occasionnellement risqué à la dépendance physique sévère. On reconnaît de plus en plus l'importance de la polytoxicomanie. Face à un phénomène aux multiples visages, les équipes

interdisciplinaires se multiplient et les objectifs de traitement sont déterminés à l'intérieur d'un cadre holistique (Miller, 1999).

Suite à l'enthousiasme soulevé par les résultats des interventions motivationnelles et l'effervescence des nouvelles idées conceptuelles, les intervenants et les chercheurs sont de plus en plus motivés à comprendre le processus de motivation au changement et sont constamment à la recherche de nouvelles stratégies pour accroître la motivation.

Théorie de l'auto-détermination

Récemment appliquée à la prédiction de la persévérance en traitement des toxicomanies (Ryan *et al.*, 1995), la théorie de l'auto-détermination de Deci et Ryan (1985a, 1987, 1990) pourrait s'avérer fort utile pour comprendre la dynamique du processus de motivation en cours de traitement. Cette perspective a été adoptée dans de nombreuses recherches en milieu naturel au cours des dernières années: dans le domaine de l'éducation (voir Deci, Vallerand, Pelletier et Ryan, 1991 pour une recension des écrits à ce sujet), du travail (Blais, Brière, Lachance, Riddle et Vallerand, 1993), des sports (voir Frederick et Ryan, 1995 pour une recension des écrits), des relations de couple (Blais, Sabourin, Boucher et Vallerand, 1990), du gambling (Chantal, Vallerand et Vallières, 1995), des troubles de l'alimentation (Williams, Grow, Freedman, Ryan et Deci, 1996), du tabagisme (Curry, Wagner et Grothaus, 1990) et de la psychothérapie (Pelletier, Tuson et Haddad, 1997).

La position théorique de Deci et Ryan (1985a) établit une distinction entre la

motivation intrinsèque, la motivation extrinsèque et l'amotivation. Une personne intrinsèquement motivée agit par choix et pour le plaisir inhérent à l'activité elle-même. La motivation intrinsèque est associée à une plus grande productivité, créativité, spontanéité, flexibilité cognitive et persévérance. Elle est issue des besoins innés de compétence et d'auto-détermination des individus.

Une personne motivée extrinsèquement agit pour obtenir un résultat extérieur à l'activité elle-même, il s'agit d'une motivation instrumentale. Deci et Ryan (1985a) ont postulé l'existence de quatre types de motivation extrinsèque qu'on peut situer sur un continuum. Dans l'ordre croissant d'auto-détermination, on retrouve: la régulation externe, l'introjection, l'identification et l'intégration. Dans la régulation externe, l'individu émet un comportement en fonction de contraintes ou de récompenses extérieures à lui-même. Lorsque les contraintes jadis extérieures deviennent des sources de prescriptions internes, il s'agit de régulation introjectée. Dans ce cas, il ne s'agit pas d'auto-détermination car l'individu n'a pas l'impression de choisir librement l'activité. Même si la pression provient de l'intérieur, l'individu doit agir pour éviter le sentiment de culpabilité. Lorsqu'une personne a le sentiment de choisir un comportement, qu'elle le valorise et le trouve important, il s'agit de régulation identifiée. Même si le comportement est initié à des fins instrumentales, il est auto-déterminé. Finalement, lorsqu'un individu se sent auto-déterminé envers la régulation d'un certain comportement et que cette régulation est cohérente avec les autres schémas de sa personnalité, la régulation devient intégrée.

Une personne est amotivée lorsqu'elle ne perçoit plus de relation entre les

gestes qu'elle pose et les résultats obtenus (Deci et Ryan, 1985a). Elle se sent désabusée, se demande pourquoi elle continue d'agir et cesse éventuellement d'émettre le comportement. Deci et Ryan (1990) ont décrit un deuxième type d'amotivation: dans ce cas, la personne poursuit un comportement malgré son désir de cesser. Ce nouveau concept semble un apport intéressant dans l'étude des comportements de dépendance, souvent perçus comme non intentionnels.

De plus, des différences individuelles concernant l'initiation et la régulation du comportement ont été identifiées. En fonction des expériences passées, les individus adoptent une des trois orientations générales suivantes: autonome (l'individu agit en fonction de ses valeurs et besoins), hétéronome (l'individu est contrôlé par des événements extérieurs) ou impersonnelle (l'individu croit qu'il n'a pas de contrôle sur les événements et agit de façon imprévisible) (Deci et Ryan, 1985a).

Selon le modèle hiérarchique de la motivation intrinsèque et extrinsèque (Vallerand, 1997), les trois types de motivation postulés par Deci et Ryan existent à trois niveaux de généralité qui s'influencent mutuellement: le niveau global (orientation générale à la causalité, tendance individuelle dans tous les domaines), contextuel (motivation envers un domaine particulier) et situationnel (l'«ici et maintenant» de la motivation). Cette extension de la théorie de l'auto-détermination implique que, par exemple, une personne ayant une orientation générale autonome sera plus fréquemment motivée intrinsèquement à effectuer un comportement spécifique tel que la poursuite d'un traitement pour la toxicomanie à un moment particulier de sa vie (motivation situationnelle).

Cependant, la façon dont une personne agit dans un environnement donné n'est pas seulement due aux différences individuelles, plusieurs variables contextuelles (ex.: autorité, coercition, récompenses, punitions, etc.) ont aussi une influence significative (Ryan, 1995). La théorie de l'évaluation cognitive de Deci et Ryan (1985a) prévoit que ce ne sont pas les facteurs contextuels en eux-mêmes qui déterminent le comportement, mais plutôt la signification fonctionnelle que l'individu leur accorde.

Contrairement aux autres théories de la motivation, la théorie de l'auto-détermination ne considère pas la motivation comme un phénomène unitaire. Ainsi, les individus peuvent posséder un niveau de motivation qui diffère tant au plan quantitatif (Quelle quantité de motivation?) que qualitatif (Quel type de motivation?) et chaque type de motivation entraîne des conséquences différentes (Ryan et Deci, 2000).

Processus d'internalisation

Selon Ryan (1995), la plupart des comportements humains ne sont pas motivés intrinsèquement. Plusieurs valeurs et régulations comportementales ne sont ni spontanées, ni plaisantes. L'acquisition de tels comportements est nécessaire à la socialisation et à l'intégration de l'individu à sa communauté. La théorie de l'auto-détermination (Deci et Ryan, 1985a) postule l'existence de besoins innés d'auto-détermination, de relations interpersonnelles (*relatedness*) et de compétence, au sens biologique large où l'organisme tend à s'adapter à son environnement. Ces besoins sont à la base du processus d'internalisation, processus qui permet à l'organisme de

s'approprier les contingences externes. Progressivement, l'individu apprend à émettre des comportements avec des contingences de plus en plus éloignées et éventuellement retirées. Puis, il comprend l'importance de produire le comportement pour obtenir le résultat désiré. Enfin, cette identification aux résultats est intégrée à la structure de la personne. À ce moment, les valeurs sociales sont acceptées comme siennes (Deci et Ryan, 1985a).

Certaines variables facilitent le processus d'internalisation. Deci, Eghrari, Patrick et Leone (1994) ont observé que (1) fournir un motif rationnel pour adopter un certain comportement, (2) reconnaître le conflit vécu par la personne (tendances habituelles vs adoption du nouveau comportement) à qui on suggère ce comportement et (3) laisser le droit de choisir promeut l'internalisation. Ces trois critères constituent l'essence d'un contexte qui soutient l'autonomie. Tandis qu'en contexte contrôlant (récompenses et punitions), le changement de comportement ne persiste qu'en présence des événements contrôlants, il est intégré à la personnalité et maintenu à long terme lorsque acquis en contexte de soutien à l'autonomie (Deci et Ryan, 1985a). Deci et Ryan mentionnent un troisième type de contexte: le contexte amotivant où il n'y a pas de contingence entre un comportement et ses conséquences, situation qui engendre un sentiment d'incompétence.

En plus des facteurs reliés à l'auto-détermination (orientation générale de causalité et facteurs contextuels), tout ce qui contribue à hausser la perception de compétence accroît la motivation intrinsèque (Deci et Ryan, 1985a). Le sentiment de compétence se développe suite à des rétroactions inhérentes à la tâche (l'individu

observe la réussite de façon objective), des rétroactions sociales (commentaires des autres ou comparaison à des normes) ou la progression vers l'atteinte d'un but distal (Harackiewicz, Manderlink et Sansone, 1992).

De façon très intéressante, Foote *et al.* (1999) ont observé que les six éléments communs aux programmes efficaces (FRAMES) identifiés par Miller et Sanchez (1994) sont très similaires aux facteurs qui facilitent le processus d'internalisation (tels que prédit par la théorie de l'auto-détermination). Il est tout à fait impressionnant de constater que les facteurs proposés par deux approches totalement différentes (une théorie générale de motivation et une approche dérivée de la clinique) convergent autant. Cette proximité théorie-clinique suggère fortement que la théorie de l'auto-détermination pourrait être très utile dans l'étude de la motivation au traitement.

Trois arguments militent en faveur de l'utilité de la théorie de l'auto-détermination. Premièrement, cette théorie fournit une base théorique solide pour comprendre la motivation conceptualisée comme le produit d'échanges interpersonnels (Foote, *et al.*, 1999). Deuxièmement, elle ne considère pas la motivation comme un phénomène unitaire. Ainsi, les gens peuvent non seulement présenter différents degrés de motivation mais aussi divers types de motivation, chacun entraînant des conséquences différentes (Ryan et Deci, 2000). Finalement, elle permet l'analyse des processus psychologiques responsables du changement (Foote, *et al.*, 1999).

Buts

Ce projet a pour objectifs (1) de développer et valider, auprès des clients d'un

centre de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, un questionnaire de motivation au traitement, (2) de vérifier si la théorie de l'auto-détermination de Deci et Ryan (1985a, 1987, 1990) permet d'expliquer la dynamique du processus de motivation en cours de traitement, (3) d'identifier des facteurs de rétention en traitement, c'est-à-dire des facteurs qui augmentent ou maintiennent la motivation initiale et, finalement, (4) de fournir aux intervenants des indices leur permettant d'adapter leurs stratégies d'intervention aux besoins du client.

Hypothèses de recherche

Les objectifs de ce projet sont regroupés dans deux études complémentaires. Chaque étude a donné lieu à un article: la première traite de la validation du questionnaire de motivation au traitement et la deuxième aborde l'aspect dynamique de la motivation. Voici donc les hypothèses de recherche vérifiées afin d'atteindre ces objectifs:

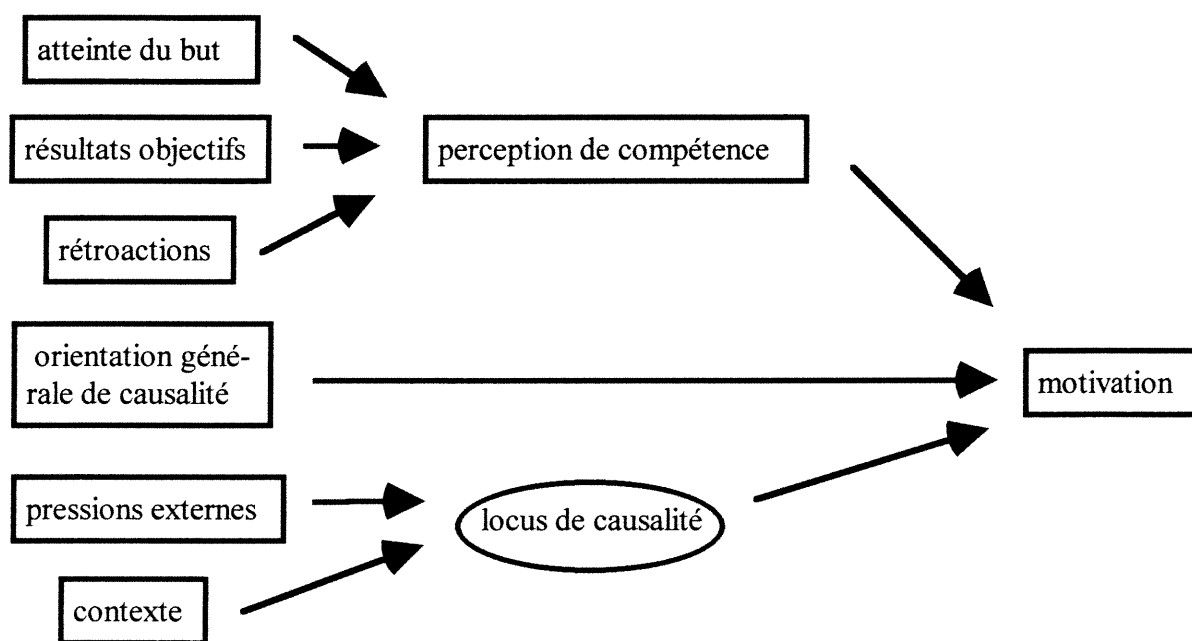
- 1^{er} article: L'index d'auto-détermination de la motivation, tel que mesuré par le questionnaire de motivation au traitement (QMT), prédit la persévérance en traitement des toxicomanies.
- 2^e article: Le modèle illustré à la figure 1, construit à partir de la théorie de l'auto-détermination (Deci et Ryan, 1985a), permet de prédire les fluctuations de la motivation en cours de traitement. Cette hypothèse principale peut être divisée en quatre hypothèses secondaires. Premièrement, plus la perception de compétence est élevée, plus la motivation devient auto-déterminée. Deuxièmement, obtenir des

résultats objectifs, progresser vers l'atteinte de ses buts et recevoir des rétroactions de compétence augmentent la perception de compétence de l'individu. Troisièmement, puisque le contexte, et la présence ou l'absence de motifs de consultation reliés à des pressions externes influencent le locus de causalité, ces variables prédisent la motivation. Enfin, l'orientation générale à la causalité (motivation au niveau global) prédit la motivation situationnelle.

Originalité du projet

Jusqu'à ce jour, les études portant sur la motivation en traitement des toxicomanies mesurent soit l'effet de la motivation initiale sur la persévérance (avec ou sans bases théoriques), soit l'effet de certaines variables sur la rétention (ou l'abandon) en traitement sans référence théorique. Tout en s'appuyant sur une théorie de la motivation, le présent projet vise la compréhension de la dynamique de la motivation en cours de traitement afin d'identifier des facteurs susceptibles de maintenir ou accroître la motivation initiale.

Figure 1. Processus motivationnel en cours de traitement.



Note: le locus de causalité n'a pas été évalué dans la présente étude.

ARTICLE 1.

**VALIDATION D'UN QUESTIONNAIRE DE MOTIVATION AU
TRAITEMENT DES TOXICOMANIES.**

(par Hélène Simoneau, Jacques Bergeron, Serge Brochu et Michel Landry)

RÉSUMÉ. Le but de la présente étude consiste à construire et valider un instrument de mesure de langue française basé sur la théorie de l'auto-détermination (Deci et Ryan, 1985). À cette fin, 352 personnes ont été recrutées dans un centre public de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes. Dans l'ensemble, les qualités psychométriques du Questionnaire de Motivation au Traitement des Toxicomanies (QMTT) sont plutôt satisfaisantes. De plus, la population étudiée semble présenter un profil motivationnel caractéristique. Les implications cliniques d'un tel profil sont discutées.

MOTS-CLÉS : ALCOOLISME - TOXICOMANIES - MOTIVATION -
INSTRUMENT DE MESURE.

MOTIVATION FOR TREATMENT OF ADDICTIONS: VALIDATION OF A QUESTIONNAIRE.

ABSTRACT. The aim of this study is to construct and validate a French-language questionnaire based on the theory of self-determination (Deci and Ryan, 1985). To do so, 352 people were recruited in a public readaptation center for alcoholic and drug addicted persons. Globally, the psychometric properties of the *Questionnaire de Motivation au Traitement des Toxicomanies (QMTT)* are quite satisfactory. In addition, the studied population seems to show a particular motivational profile. The clinical implications of such a profile are discussed.

KEY WORDS : ALCOHOLISM - DRUG ADDICTIONS - MOTIVATION - QUESTIONNAIRE.

L'abandon du traitement constitue un problème de taille, particulièrement dans le domaine de l'alcoolisme et des toxicomanies. Seulement 50% des gens poursuivent plus de quatre semaines le programme de traitement qui leur est offert (Baekeland et Lundwall, 1975; Laflamme-Cusson et Moisan, 1993; Stark, 1992). Même si les facteurs impliqués dans l'abandon du traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies ne sont pas spécifiques à ce domaine, les conséquences y sont plus importantes: alors que quelques rencontres peuvent parfois suffire pour entraîner une amélioration chez des gens qui consultent pour un problème de santé mentale, ceux qui abusent de substances psychoactives ne manifestent de gains à long terme que s'ils perséverent pendant au moins plusieurs mois (Stark, 1992).

Le manque de motivation est l'un des motifs d'abandon de traitement les plus fréquemment cités (Ryan, Plant et O'Malley, 1995). Cette vision est partagée tant par les thérapeutes que par les clients eux-mêmes (Miller, 1985). Une revue de littérature effectuée par Miller (1985) permet de constater que la motivation initiale, souvent définie comme un attribut stable du client, ne prédit pas l'adhésion au traitement et favorise le blâme moraliste lorsque le traitement échoue. Un des plus importants changements de pensée survenus récemment consiste à considérer la motivation comme étant le produit d'échanges interpersonnels (Miller et Sanchez, 1994). Ceci signifie que la motivation est influencée par les situations et les personnes avec lesquelles une personne interagit. D'ailleurs, des interventions motivationnelles sont pratiquées avec succès dans plusieurs établissements thérapeutiques afin d'augmenter la rétention en traitement (Miller et Rollnick, 1991).

Selon Vallerand et Thill (1993), la motivation est un construit hypothétique utilisé lorsque l'on décrit les forces internes ou externes produisant l'initiation, la direction, l'intensité et la persistance du comportement. Ainsi, la motivation au traitement pourrait être définie comme étant l'ensemble des forces qui déterminent l'entrée, l'engagement et la persévérance dans le traitement. De plus, la motivation est un processus dynamique et non pas une condition statique; la force des motifs fluctue en fonction du temps (Reeve, 1992).

Théorie de l'auto-détermination

Récemment appliquée à la prédiction de la persévérance en traitement de l'alcoolisme (Ryan, Plant et O'Malley, 1995), la théorie de l'auto-détermination de Deci et Ryan (1985a, 1987, 1990) pourrait s'avérer fort utile pour comprendre la motivation au traitement. Cette perspective a été adoptée dans de nombreuses recherches en milieu naturel au cours des dernières années: dans le domaine de l'éducation (voir Deci, Vallerand, Pelletier et Ryan, 1991 pour une revue de littérature à ce sujet), du travail (Blais, Brière, Lachance, Riddle et Vallerand, 1993), des sports (voir Frederick et Ryan, 1995 pour une recension des écrits), des relations de couple (Blais, Sabourin, Boucher et Vallerand, 1990), du gambling (Chantal, Vallerand et Vallières, 1995), des troubles de l'alimentation (Williams, Grow, Freedman, Ryan et Deci, 1996), du tabagisme (Curry, Wagner et Grothaus, 1990) et de la psychothérapie (Pelletier, Tuson et Haddad, 1997).

La position théorique de Deci et Ryan (1985a) établit une distinction entre la motivation intrinsèque, la motivation extrinsèque et l'amotivation. Une personne

intrinsèquement motivée agit par choix et pour le plaisir inhérent à l'activité elle-même. La motivation intrinsèque est associée à une plus grande productivité, créativité, spontanéité, flexibilité cognitive et persévérance. Elle est issue des besoins innés de compétence et d'auto-détermination des individus.

Une personne motivée extrinsèquement agit pour obtenir une récompense ou éviter une situation désagréable. Deci et Ryan (1985a) ont postulé l'existence de quatre types de motivation extrinsèque qu'on peut situer sur un continuum. Dans l'ordre croissant d'auto-détermination, on retrouve: la régulation externe, l'introjection, l'identification et l'intégration. Dans la régulation externe, l'individu émet un comportement en fonction de contraintes ou de récompenses extérieures à lui-même. Le comportement cesse habituellement lorsque les contingences sont retirées. Lorsque les contraintes jadis extérieures deviennent des sources de prescriptions internes, il s'agit de régulation introjectée. Dans ce cas, il ne s'agit pas d'auto-détermination car l'individu n'a pas l'impression de choisir librement l'activité. Même si la pression provient de l'intérieur, l'individu doit agir pour éviter le sentiment de culpabilité. Lorsqu'une personne a le sentiment de choisir un comportement, qu'elle le valorise et le trouve important, il s'agit de régulation identifiée. Même si le comportement est initié à des fins instrumentales, il est auto-déterminé. Finalement, lorsqu'un individu se sent auto-déterminé envers la régulation d'un certain comportement et que cette régulation est cohérente avec les autres schémas de sa personnalité, la régulation devient intégrée.

Une personne est amotivée lorsqu'elle ne perçoit plus de relation entre les

gestes qu'elle pose et les résultats obtenus (Deci et Ryan, 1985a). Elle se sent désabusée, se demande pourquoi elle continue d'agir et cesse éventuellement d'émettre le comportement. Deci et Ryan (1990) ont décrit un deuxième type d'amotivation: dans ce cas, la personne poursuit un comportement malgré son désir de cesser. Ce nouveau concept semble un apport intéressant dans l'étude des comportements de dépendance, souvent perçus comme non intentionnels. Même si Deci et Ryan ne se sont pas prononcés à ce sujet, il est loisible de croire qu'il existe un troisième type d'amotivation: l'amotivation due au succès qui pourrait se manifester lorsqu'une personne présentant une motivation de type instrumentale atteint le but fixé.

De plus, des différences individuelles concernant l'initiation et la régulation du comportement ont été identifiées. En fonction des expériences passées, les individus adoptent une des trois orientations générales suivantes: autonome (l'individu agit en fonction de ses valeurs et besoins), hétéronome (l'individu est contrôlé par des événements extérieurs) ou impersonnelle (l'individu croit qu'il n'a pas de contrôle sur les événements et agit de façon imprévisible) (Deci et Ryan, 1985a). Cependant, la façon dont une personne agit dans un environnement donné n'est pas seulement due aux différences individuelles, plusieurs variables contextuelles (ex.: autorité, coercition, récompenses, punitions, etc.) ayant aussi une influence significative (Ryan, 1995). La théorie de l'évaluation cognitive de Deci et Ryan (1985a) prévoit toutefois que ce ne sont pas les facteurs contextuels en eux-mêmes qui déterminent le comportement, mais plutôt la signification fonctionnelle que l'individu leur accorde.

Contrairement aux autres théories de la motivation, la théorie de l'auto-

détermination ne considère pas la motivation comme un phénomène unitaire. Ainsi, les individus peuvent posséder un niveau de motivation qui diffère tant au plan quantitatif (Quelle quantité de motivation?) que qualitatif (Quel type de motivation?) et chaque type de motivation entraîne des conséquences différentes (Ryan et Deci, 2000).

Puisqu'il n'existe à notre connaissance aucun instrument francophone spécifique à la population en traitement pour alcoolisme et toxicomanies basé sur la théorie de l'auto-détermination, le but de la présente étude est donc de construire et valider un tel instrument.

MÉTHODOLOGIE

Construction du questionnaire:

La version préliminaire du questionnaire de motivation au traitement des toxicomanies (QMTT) comprend 5 sous-échelles correspondant chacune à un type de motivation en accord avec la théorie de l'auto-détermination: motivation identifiée, motivation introjectée, motivation externe, amotivation primaire et amotivation due au succès. Les motivations intrinsèque et intégrée ne seront pas incluses dans le questionnaire car ces concepts semblent peu pertinents à la motivation au traitement des toxicomanies. En effet, il est difficile d'imaginer quelqu'un qui consulte pour le seul plaisir inhérent à la thérapie ou pour qui la thérapie fait partie d'un mode de vie. D'ailleurs, Ryan et al. (1995) n'ont pas inclus ces deux concepts dans leur étude. Deux types d'amotivation seront mesurés afin de distinguer les gens qui ne croient pas que la thérapie leur permettra d'atteindre leur but ou qui se sentent incapables de

réussir (amotivation primaire) de ceux qui n'ont plus de motif de persévérer en traitement parce qu'ils ont atteint le but qu'ils s'étaient fixé au départ (amotivation due au succès).

La version préliminaire contient dix items par sous-échelle. Les 50 items ont été sélectionnés à partir d'un pool d'items évalués pour leur validité écologique par un comité d'experts en toxicomanie (deux professeurs et 5 étudiant(es) aux études avancées, la majorité d'entre eux possèdent aussi une expertise clinique avec la clientèle alcoolique et toxicomane). Dans un premier temps, la version préliminaire a été administrée à des clients d'un centre de réadaptation public afin de réduire le nombre d'items de 10 à 5 par sous-échelle. Puis, la version réduite (25 items) a été administrée à d'autres clients du même centre de thérapie afin de vérifier la validité et la fidélité de l'instrument.

Au niveau des consignes, le répondant indique jusqu'à quel point, sur une échelle de type Likert en sept points, chacun des énoncés correspond au «Pourquoi êtes-vous présentement en thérapie au Centre Dollard-Cormier?».

Participants et participantes:

Le Centre Dollard-Cormier est un centre de réadaptation public pour personnes alcooliques et toxicomanes qui offre plusieurs programmes de traitement psychosociaux adaptés aux besoins de la clientèle. Après avoir été évalués, les gens sont orientés vers le programme qui sied le mieux à leurs besoins. Le programme adulte s'adresse aux clients âgés de 22 à 54 ans qui ne présentent pas de problème avec la justice ou au plan de la santé mentale. Participer au groupe d'intégration

constitue la première activité offerte par ce programme, et précède donc la thérapie proprement dite.

Cette étude a été réalisée auprès de 352 personnes orientées au programme adulte du Centre Dollard-Cormier (103 ont complété la version préliminaire et 249 la version réduite). Sollicitées lors des groupes d'intégration tenus à cet établissement entre le début de janvier 1998 et la mi-mai 1999, 422 personnes ont accepté de participer (soit 72,6%). Cependant, 57 personnes n'ont pu être rejointes et 13 sont exclues des analyses à cause de questionnaires non valides ou de données manquantes.

Les répondant(es) sont en majorité de sexe masculin (66,7%). Ils ont en moyenne 35,9 ans, 45% d'entre eux sont âgés de 22 à 34 ans et 40% se retrouvent dans la catégorie des 35 à 44 ans. En ce qui concerne l'état civil, 11% sont célibataires, 34,4% sont mariés ou vivent maritalement et 53,6% ont déjà vécu en couple (mariés ou conjoints de fait). La moitié des participant(es) possèdent entre huit et douze ans de scolarité et 47,3% ont poursuivi des études post-secondaires. Concernant la situation professionnelle, 56,7% des gens occupent un emploi à temps plein ou partiel et 26,7% des participant(es) reçoivent des prestations d'aide sociale. Chez 38% des gens recrutés, l'alcool est la principale substance qui leur cause des problèmes de consommation; chez 34%, il s'agit d'une ou plusieurs autres substances psychotropes (substances illicites ou médicaments prescrits); et 27% ont des problèmes avec la double toxicomanie (alcool et au moins une autre substance). Peu de participants sont en traitement parce que le système judiciaire (6%) ou l'employeur (3,7%) les y oblige.

Instruments de mesure:

L'indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) est la version française de l'Addiction Severity Index (Mc Lellan, Luborsky, Woody et O'Brien, 1980) traduite au Centre Domrémy-Montréal et validée par Bergeron, Landry, Ishak, Vaugois et Trépanier (1992). La version anglophone présente de bonnes qualités psychométriques (Kosten, Rounsaville et Kebler, 1985; Hendricks, Kaplan, Vanlimbeek et Geerlings, 1989; Mc Lellan *et al*, 1980). L'étude de Bergeron *et al* (1992) révèle que les qualités psychométriques de l'instrument traduit sont satisfaisantes et comparables à celles de la version originale. Ce questionnaire comprend les sept échelles suivantes afin de mesurer la gravité de problèmes souvent observés chez les personnes qui abusent d'alcool ou de drogue: alcool, drogue, état médical, relations familiales et sociales, état psychologique, emploi et ressources ainsi que situation légale. Pour chacune des échelles, un score composé variant de 0 à 1 est calculé. Alors que la version intégrale englobe toute la vie de l'individu, la version abrégée est conçue pour mesurer les changements survenus au cours des 30 derniers jours.

L'échelle des orientations générales à la causalité (EOGC) est la version canadienne-française du "General Causality Orientations Scale" développé par Deci et Ryan (1985b). Ce questionnaire présente 12 vignettes décrivant une situation (se trouver un emploi, aller à une fête, etc.). Chaque vignette est suivie de trois réponses: une dénote une orientation autonome, une autre est reliée à une orientation au contrôle (ou hétéronome) et la dernière représente l'orientation impersonnelle. Le répondant

indique pour chaque réponse dans quelle mesure, sur une échelle en sept points, le comportement, la pensée ou le sentiment décrit serait caractéristique de sa façon de réagir face à la situation proposée. Les 36 items (3 réponses pour chacune des 12 vignettes) permettent d'obtenir trois scores: l'orientation d'autonomie qui décrit à quel point la personne initie et règle son comportement avec choix et buts auto-déterminés, l'orientation de contrôle qui reflète la perception que le comportement est dirigé par des récompenses et des punitions et l'orientation impersonnelle qui décrit à quel point les gens n'ont pas d'impact sur leur environnement parce qu'ils se croient inefficaces dans l'atteinte de certains résultats. Dans l'ensemble, les résultats obtenus avec la version française quant à la validité de construit, à la consistance interne et à la stabilité temporelle sont satisfaisants et similaires à ceux de la version originale (Vallerand, Blais, Lacouture et Deci, 1987).

Le questionnaire des motifs de consultation est une adaptation française, effectuée dans le cadre de l'étude de Bergeron, Landry, Brochu et Cournoyer (1997), du "Reason for seeking treatment questionnaire" de Sobell (1991). Développé à l'"Addiction Research Foundation" de Toronto, l'outil vise l'identification des pressions internes et externes, vécues dans l'année précédente, qui ont conduit à la demande de traitement (pressions judiciaires, du conjoint, détresse psychologique, etc.) ainsi que l'importance relative de ces différents motifs. Dix items permettent d'identifier 3 motifs externes et 7 motifs plutôt internes.

La progression vers l'atteinte du but n'est pas un questionnaire proprement dit. Il s'agit plutôt d'une seule question demandant au participant d'indiquer, en

pourcentage, jusqu'à quel point il a progressé vers l'atteinte du but qu'il s'est fixé au départ.

Deux mesures de la persévérance sont utilisées: (1) nombre d'heures d'exposition au traitement et (2) nombre de jours en contact avec le centre, tels que consignés au dossier du client.

Déroulement:

Le recrutement a été effectué sur une base volontaire et la confidentialité des réponses était assurée aux participants. Après avoir signé une lettre de consentement permettant l'accès au dossier clinique, ils(elles) devaient compléter des questionnaires pendant environ une heure, en présence d'un agent de recherche et ce, à une ou deux reprises selon la période de recrutement. À chaque rencontre, on leur remettait \$10.00 pour leur participation.

Les instruments de mesure associés ainsi que la version du questionnaire de motivation au traitement des toxicomanies (QMTT) complétés par les participant(es) varient d'une période de recrutement à l'autre. Le Tableau 1 présente les dates de recrutement, le nombre de participant(es) recruté(es), la version du QMTT complétée ainsi que les questionnaires associés qui ont été administrés pour chaque période de recrutement.

RÉSULTATS

Dans un premier temps, les items de la version préliminaire du QMTT (premier échantillon) ont été soumis à une analyse en composantes principales afin de sélectionner les 5 items qui représentaient le mieux les construits motivationnels des

Tableau 1. Instruments de mesure complétés par les participant(es) selon la période de recrutement.

Période de recrutement	du 13/01/98 au 07/07/98	du 08/07/98 au 16/12/98	du 05/01/99 au 05/05/99
Nombre de participant(es)	114	115	136
Version du QMTT	préliminaire (50 items)	réduite (25 items)	réduite (25 items)
EOGC	NON	OUI	OUI
Motifs de consultation	OUI	OUI	OUI
atteinte du but	NON	OUI	OUI
IGT long (évaluation initiale)	OUI	OUI	OUI
IGT abrégé (1 an plus tard)	OUI	OUI	NON
nb de jours en contact avec le centre	OUI	OUI	NON
nb d'heures d'exposition au traitement	OUI	OUI	NON

sous-échelles correspondantes et l'existence d'une structure simplex a été vérifiée. Dans ce type de structure, les corrélations sont ordonnées en fonction de leur similarité conceptuelle, c'est-à-dire que les variables les plus rapprochées conceptuellement corréleront plus fortement entre elles qu'avec les variables plus éloignées (Guttman, 1954). Ainsi, les corrélations entre les scores des différentes sous-échelles devraient présenter une structure simplex car les différents types de motivation sont situés sur un continuum d'auto-détermination. Par exemple, la motivation identifiée devrait présenter une plus grande corrélation avec la motivation introjectée qu'avec la motivation externe.

Dans un deuxième temps, les analyses précédentes ont été reprises avec les items de la version réduite du QMTT (deuxième échantillon). Enfin, après avoir vérifié qu'il n'existait pas de différence significative au niveau des variables socio-démographiques entre les participants et participantes des deux échantillons, ces derniers ont été fusionnés afin de vérifier la validité prédictive et la validité de construit des items retenus pour la version finale.

Premier échantillon

Avant de soumettre les données à l'analyse en composantes principales (ACP), 7 items ont été retirés à cause d'une distribution anormale c'est-à-dire qu'ils présentaient un coefficient d'aplatissement ou un coefficient d'asymétrie trop élevé (>2). Le Tableau 2 présente les résultats des saturations obtenues par l'ACP à l'aide d'une rotation varimax. Les 5 items qui ont été retenus pour chaque sous-échelle présentent une saturation supérieure à 0.50 sur le facteur correspondant sauf un item

Tableau 2. Résultats de l'analyse en composantes principales des items du QMTT pour l'échantillon 1 (E1) n= 103 et pour l'échantillon 2 (E2) n= 249.

	IDEN	INTRO	EXT	AMSUC	AMPRI
	<u>E1</u> <u>E2</u>	<u>E1</u> <u>E2</u>	<u>E1</u> <u>E2</u>	<u>E1</u> <u>E2</u>	<u>E1</u> <u>E2</u>
Parce que c'est le moyen que je préfère pour apprendre à vivre d'une manière plus équilibrée.	.85	.75			
Parce que j'essaie tout ce qui peut m'aider à m'améliorer.	.77	.68			
Parce que le fonctionnement du Centre Dollard-Cormier me convient très bien.	.72	.79			
Parce que je crois que c'est la meilleure façon de m'en sortir.	.72	.57			
Parce que régler mes problèmes de consommation, c'est comme un cadeau que je me fais.	.71				
Parce qu'il faut que je reprenne le contrôle de ma vie.		.81			
Parce qu'il faut que je fasse quelque chose, ma vie n'a plus de sens.		.70	.73		
Parce que je veux enfin pouvoir être fier(ère) de moi.		.64			
Parce qu'il faut que j'arrête de tout détruire autour de moi.		.63	.69		
Parce que je suis fatigué(e) de me sentir incorrect(e).		.61	.64		
Parce que je suis obligé(e) (par exemples: par mon conjoint, mon employeur, la cour, la DPJ, etc.).			.73	.61	
Parce que je veux regagner la confiance des personnes importantes pour moi.			.70		
Parce que je ne veux pas perdre quelque chose qui me tient à coeur (par exemples: mon travail, ma maison, etc.).			.69	.65	
Parce que je veux éviter d'avoir des problèmes avec mon entourage, mon employeur ou la justice.			.62	.62	
Parce que ça fait plaisir à quelqu'un que j'aime.			.53	.60	
Je ne sais pas ce qui me retient ici car je me sens beaucoup mieux.				.75	.67
J'ai déjà eu de bonnes raisons mais, maintenant, j'ai atteint mon but.				.71	.66
Parce que j'ai pris l'habitude de venir: au fond, j'ai réglé tout ce que je voulais régler.				.67	
Parce que j'avais besoin d'aide pour m'en sortir mais je crois que je peux continuer par moi-même.				.66	.70
Je n'en ai plus pour longtemps parce que j'ai déjà reçu ce dont j'avais besoin.				.48	.76
Au cas où ça m'aiderait mais je n'y crois pas tellement.					.81
Je ne sais pas: les thérapies ne m'ont jamais aidé.					.75
Parce que je suis un cas désespéré: il me faut un thérapeute extraordinaire pour m'en sortir.					.72
Je ne sais pas: on dirait que jamais rien ne fonctionne pour moi.					.70
Il y a des jours où je me le demande.					.67

Note: IDEN: motivation identifiée, INTRO: motivation introjectée, EXT: motivation externe, AMSUC: amotivation due au succès, AMPRI: amotivation primaire.

de l'échelle amotivation due au succès (saturation = 0.48) et aucun item ne présente une saturation supérieure à 0.50 avec un autre facteur. La solution préliminaire à 5 facteurs (25 items) explique 56,7% de la variance et toutes les racines latentes (Eigen Value) sont supérieures à 1.

La cohérence interne des 5 sous-échelles a été vérifiée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach. Les valeurs se situent entre 0.62 et 0.75 (motivation identifiée: 0.75, motivation introjectée: 0.71, motivation externe: 0.62, amotivation due au succès: 0.73 et amotivation primaire: 0.64). Dans l'ensemble, ces résultats sont acceptables bien que deux sous-échelles soient un peu moins homogènes que les autres.

Tableau 3. Patron des corrélations de Pearson entre les sous-échelles du QMTT pour la version préliminaire (échantillon 1) (sous la diagonale) et pour la version réduite (échantillon 2) (au-dessus de la diagonale).

	1	2	3	4	5
Motivation identifiée (1)	---	.37***	.30***	.12	n.a.
Motivation introjectée (2)	.46***	---	.25***	.03	n.a.
Motivation externe (3)	.17	.24**	---	.21***	n.a.
Amotivation due au succès (4)	.10	.06	.22*	---	n.a.
Amotivation primaire (5)	-.08	.19*	.15	.36***	---

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, n.a : non applicable

Le Tableau 3 illustre le patron des corrélations de Pearson entre les sous-échelles du QMTT. Les résultats obtenus pour le premier échantillon sont présentés sous la diagonale. Dans l'ensemble, les résultats sont conformes à une structure simplex et soutiennent le continuum d'auto-détermination tel que postulé par Deci et Ryan (1985). Les corrélations les plus positives se retrouvent généralement entre les sous-échelles adjacentes. Par exemple, la motivation identifiée est plus fortement corrélée avec la motivation introjectée ($r=0.46$, $p<.001$) qu'avec la motivation externe ($r=0.17$, $p=.08$) et encore plus qu'avec les deux types d'amotivation ($r=0.10$, $p=.31$ et $r=-0.08$, $p=.38$). Tel que prévu, les deux types d'amotivation sont corrélés positivement ($r=0.36$, $p<.001$). La seule exception à un patron simplex concerne l'amotivation primaire qui corrèle plus fortement avec la motivation introjectée ($r=0.19$, $p<.05$) qu'avec la motivation externe ($r=0.15$, $p=.12$).

Donc, les résultats obtenus à l'aide du premier échantillon sont très satisfaisants: structure factorielle conforme aux prévisions, cohérence interne acceptable et validité de construit (structure simplex) du QMTT. Ces analyses ont ainsi permis la réduction de la version préliminaire de 50 items à une version de 25 items qui semblait prête à être évaluée plus en profondeur.

Deuxième échantillon

L'analyse en composantes principales des items de la version réduite du QMTT dans le deuxième échantillon n'a pas permis de répliquer totalement la structure factorielle en 5 facteurs obtenue dans le premier échantillon. La sous-échelle amotivation primaire a dû être retirée car 2 des 5 items saturaient sur le facteur

motivation introjectée et 2 des 5 autres sur le facteur amotivation due au succès. De plus, 1 item de la motivation introjectée saturait sur le facteur motivation identifiée; il a aussi été retiré. Finalement, 4 items (1 par sous-échelle) ont dû être éliminés à cause d'une distribution qui s'éloignait trop d'une distribution normale: par exemple, l'item «Parce qu'il faut que je reprenne le contrôle de ma vie» se distribue selon un coefficient d'aplatissement de 6.97 et un coefficient d'asymétrie de -2.54. En effet, 216 des 249 participant(es), soit 87% d'entre eux, ont répondu 6 ou 7 à cet item. Le tableau 2 présente les résultats de l'ACP pour la solution finale du QMTT, c'est-à-dire la solution en 15 items (4 facteurs) retenue afin de vérifier la validité prédictive et la validité de construit des différentes sous-échelles du questionnaire. Cette solution explique 52,9% de la variance et toutes les valeurs Eigen sont supérieures à 1.

La cohérence interne des 4 sous-échelles a été vérifiée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach. Les valeurs se situent entre 0.56 et 0.72 (motivation identifiée: 0.72, motivation introjectée: 0.59, motivation externe: 0.56 et amotivation due au succès: 0.65). Dans l'ensemble, ces valeurs sont semblables à celles obtenues dans le premier échantillon, quoique légèrement inférieures.

Le Tableau 3 illustre le patron des corrélations de Pearson entre les sous-échelles du QMTT. Les résultats obtenus pour le deuxième échantillon sont présentés au-dessus de la diagonale. Dans l'ensemble, les résultats sont similaires à ceux observés dans le premier échantillon et soutiennent le continuum d'auto-détermination.

Validité prédictive

Puisque les types de motivations les plus auto-déterminées sont associés à une

plus grande persévérance et à de meilleurs conséquences au plan psychologique (Deci et Ryan, 1985a), on peut s'attendre à ce que les clients qui présentent ces types de motivation persévèrent plus longtemps en traitement et, par conséquent, s'améliorent plus. Inversement, les clients qui sont amotivés parce qu'ils ont déjà atteints leur but devraient demeurer peu de temps en traitement. Afin de vérifier ces hypothèses, un score global, le coefficient d'internalisation, a été calculé ainsi: le score de l'échelle de motivation identifiée multiplié par +2, celui de la motivation introjectée par +1 (préalablement multiplié par 4/3 afin de compenser le fait qu'il n'y a que 3 items au lieu de 4 dans cette sous-échelle), celui de la motivation externe par -1, amotivation au succès par -2 et les produits de ces multiplications ont été additionnés. Ainsi, un score positif indique une motivation internalisée alors qu'un score négatif reflète une motivation externe ou l'amotivation. Un index calculé de façon similaire a été utilisé et reconnu comme étant un indicateur valide et fidèle de l'auto-détermination (e.g. Brière, Vallerand, Blais et Pelletier, 1995; Chantal, Vallerand et Vallières, 1995).

Afin d'obtenir le plus grand échantillon possible, les échantillons 1 et 2 ont été fusionnés pour vérifier la validité prédictive du QMTT version finale (15 items). Comme les mesures de persévérance ne sont disponibles que pour les participant(es) recruté(es) en 1998, les corrélations entre le QMTT et les mesures de persévérance ont été effectuées chez 220 répondant(es). En moyenne, ceux-ci sont demeurés pendant 165 jours en contact avec le centre de traitement (écart-type = 122) et ont été exposés à 15,8 heures de traitement (écart-type = 17,1).

Tel qu'attendu, le coefficient d'internalisation prédit les deux mesures de

persévérance: le nombre de jours en contact avec le centre de traitement ($r = .14$, $p < .05$) et le nombre d'heures d'exposition au traitement ($r = .16$, $p < .05$). Ryan, Plant et O'Malley (1995) rapportent une corrélation de 0.20 entre la motivation internalisée et le nombre de sessions de traitement, à l'intérieur d'une période de huit semaines, auxquelles ont assisté leurs répondants (population en traitement pour des problèmes d'alcool). Même si les mesures de persévérance ne sont pas identiques dans les deux études, les corrélations observées sont du même ordre de grandeur. Les corrélations inverses observées entre l'échelle d'amotivation au succès et les mesures de persévérance permettent aussi de confirmer l'hypothèse: le score de cette échelle prédit négativement le nombre de jours en contact avec le centre ($r = -.14$, $p < .05$) et le nombre d'heures d'exposition au traitement ($r = -.14$, $p < .05$). De plus, le score de l'échelle de motivation externe prédit aussi négativement le nombre d'heures d'exposition au traitement ($r = -.15$, $p < .05$) mais ne prédit pas de façon significative le nombre de jours en contact avec le centre. Aucun autre score d'échelle ne prédit significativement la persévérance en traitement.

Parmi les 229 participant(es) recruté(es) en 1998, 121 ont été rejoints 1 an plus tard soit 52,8%. La version abrégée de l'IGT leur a été administrée à ce moment afin de pouvoir évaluer si les problèmes qu'ils présentaient au moment de l'évaluation initiale avaient changé et si ces changements étaient reliés à la motivation initiale. Tel que prévu, le coefficient d'internalisation prédit significativement une réduction des problèmes psychologiques un an plus tard ($r = -.18$, $p < .05$) et il en est ainsi pour les scores de motivation identifiée ($r = -.19$, $p < .05$) et introjectée ($r = -.22$, $p < .05$). Par

contre, la motivation initiale, telle que mesurée par le QMTT, n'est associée à aucune autre mesure d'efficacité de traitement (IGT un an plus tard). Il semble donc que la motivation initiale n'ait pas d'impact sur la réduction des problèmes de consommation. Par contre, les motivations les plus auto-déterminées entraînent les conséquences les plus positives au plan psychologique.

Validité de construit

Le Tableau 4 présente les corrélations entre les sous-échelles du QMTT et plusieurs variables potentiellement associées à la motivation initiale au traitement. Ce tableau permet de constater que plus les gens qui consultent sont âgés, plus ils présentent une motivation identifiée et plus ils sont jeunes, plus leur motivation introjectée est élevée. Cette constatation soutient l'idée d'un processus développemental (internalisation) par lequel la motivation à effectuer un comportement déplaisant devient de plus en plus auto-déterminée avec le temps et, par conséquent, avec l'âge. Une étude effectuée auprès d'enfants de 5 à 13 ans soutient aussi l'hypothèse de ce processus d'internalisation (Chandler et Connell, 1987). En effet, lorsqu'il s'agissait d'effectuer un comportement qui leur déplaisait, les enfants les plus âgés présentaient plus souvent une motivation internalisée et moins fréquemment une motivation extrinsèque que leurs pairs plus jeunes. Par contre, aucune différence d'âge n'a été observée lorsqu'il s'agissait d'effectuer un comportement qu'ils aimaient. Il semble donc que les adultes, du moins l'échantillon de la présente étude, agissent de la même façon que les enfants: leur motivation envers un comportement déplaisant (le traitement) devient de plus en plus internalisée avec

Tableau 4. Corrélations entre les sous-échelles du QMTT, l'âge, le sexe, certains antécédents motivationnels, l'indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) et l'échelle des orientations générales à la causalité (EOGC).

	IDEN	INTRO	EXT	AMSUC	COEF
âge ^a	.12*	-.16**	.01	-.00	.00
sexe ^{ad} (M=0, F=1)	.11*	.03	.01	.01	.07
nb de traitements antérieurs ^a	.03	.07	-.15**	-.04	.12*
atteinte du but ^b	.11	-.20**	.04	.20**	-.15*
pressions dans l'année précédente ^{ad}	-.01	.14**	.30***	.06	-.09
IGT (alcool) ^a	.04	-.05	.02	-.05	.03
IGT (drogue) ^a	-.08	.13**	-.03	-.05	.05
IGT (médical) ^a	.05	-.03	-.09	-.04	.09
IGT (famille) ^a	.10	.14**	.06	-.00	.11*
IGT (psychologique) ^a	.07	.17***	.01	-.12*	.17***
IGT (emploi et ressources) ^a	.06	.06	.01	.07	.02
IGT (légal) ^a	.02	.03	-.01	.04	.01
EOGC (autonomie) ^c	.29***	.12	.02	-.04	.24***
EOGC (contrôle) ^c	.19**	.21***	.16**	.13*	.06
EOGC (impersonnelle) ^c	.05	.21***	.11	.09	.02

Note: IDEN: motivation identifiée, INTRO: motivation introjectée, EXT: motivation externe, AMSUC: amotivation due au succès, COEF: coefficient d'internalisation.

a: n=354, b: n=238, c: n=247, d: variable dichotomique donc corrélation bi-sériale au lieu de Pearson.

* p<.05, **p<.01, ***p<.001

l'âge.

Le sexe est aussi relié à une plus grande motivation identifiée. Comme un certain nombre d'études l'ont déjà démontré (e.g.: Brière, *et al.* 1995; Vallerand et Bissonnette, 1992; Williams et Deci, 1996), les femmes présentent un profil motivationnel plus autodéterminé que les hommes. Parmi les antécédents motivationnels, le nombre de traitements antérieurs est associé à une motivation plus internalisée et inversement corrélé à la motivation externe.

À partir des réponses obtenues au questionnaire "Motifs de consultation", une variable a été créée afin de vérifier l'effet des pressions externes vécues dans l'année précédant la demande d'aide. Cette variable est dichotomique: elle prend la valeur "0" lorsque les gens n'ont subi aucune pression externe et la valeur "1" lorsqu'ils ont vécu des pressions de la part de l'entourage, du système judiciaire ou de l'employeur. Cette variable corrèle de façon significative avec la motivation externe, soutenant ainsi la validité de construit de cette sous-échelle.

Puisque la motivation au traitement constitue une motivation instrumentale qui permet d'atteindre un but, on s'attend à ce que plus les gens sont près de leur but, moins ils ont de motifs internes à poursuivre le traitement et plus ils se sentent loin de leur but, plus ils sont motivés à persévérer. De façon générale, le patron des corrélations observées entre l'atteinte du but et les sous-échelles du QMTT tend à confirmer cette hypothèse. Bien que la motivation identifiée ne présente pas de corrélation significative, la tendance est aussi dans la direction attendue.

On peut aussi supposer que la gravité des problèmes associés à la

consommation d'alcool et de drogue soit associée à un plus haut niveau de motivation interne. Cette hypothèse est confirmée pour les problèmes psychologiques et, dans une moindre mesure, pour les problèmes familiaux et les problèmes de consommation de drogue. Ces résultats sont similaires à ceux rapportés par Ryan, Plant et O'Malley (1995). Cependant, ces derniers rapportent aussi des corrélations significatives avec les problèmes d'emploi et de consommation d'alcool, corrélations inexistantes dans la présente étude.

Un autre instrument de mesure, l'échelle des orientations générales à la causalité (EOGC), s'avère utile pour vérifier la validité de construit du QMTT. En effet, les personnes qui ont tendance à suivre une orientation autonome devraient obtenir un score élevé de motivation identifiée, celles qui ont tendance à présenter une orientation au contrôle devraient présenter un niveau de motivation externe ou introjectée élevé et celles qui ont tendance à agir de façon impersonnelle devraient présenter un niveau élevé d'amotivation primaire (échelle absente du QMTT) (Vallerand, 1997). Bien que l'EOGC semble valide dans la population étudiée (les coefficients alpha de Cronbach obtenus sont tout à fait semblables à ceux observés par Vallerand et al. (1987) dans la population générale: autonomie .74 vs .76, contrôle .67 vs .63 et impersonnelle .73 vs .73), certains résultats sont plutôt surprenants. L'échelle d'autonomie se comporte de façon prévisible et corrèle positivement avec la sous-échelle de motivation identifiée et avec le coefficient d'internalisation. Tel que prévu, l'échelle de contrôle prédit les motivations externe et introjectée mais est aussi associée à la motivation identifiée et à l'amotivation due au succès. Plus étonnant

encore, l'échelle impersonnelle corrèle de façon significative avec la motivation introjectée.

DISCUSSION

La présente étude visait à construire et valider un questionnaire de motivation au traitement spécifique à la clientèle alcoolique et toxicomane. Globalement, les résultats suggèrent que la version finale en 15 items du QMTT possède une structure factorielle qui correspond à quatre types de motivations postulés par la théorie de l'auto-détermination et les corrélations observées entre les différentes sous-échelles forment un patron simplex soutenant l'idée d'un continuum d'auto-détermination. Cependant, la cohérence interne des sous-échelles de motivation externe et introjectée pourrait être un peu plus élevée. L'homogénéité de la population étudiée pourrait être en partie responsable de cette situation. En effet, moins de 10% de la population étudiée a été référée en traitement par le système judiciaire ou l'employeur et tou(tes) les participant(es) ont été recruté(es) à l'intérieur d'un seul programme offert par le Centre Dollard-Cormier. D'ailleurs, plusieurs items devant refléter la motivation introjectée ont dû être retirés car ils présentaient une distribution qui s'écartait trop de la normale.

Tout comme le questionnaire de motivation au traitement de l'alcoolisme construit et validé par Ryan, Plant et O'Malley (1995), le QMTT présente une validité prédictive faible mais significative. Les données recueillies dans la présente étude corroborent donc les résultats des recherches précédentes: la motivation initiale n'est qu'un faible prédicteur de la persévérance en traitement (Miller, 1985). Puisque la

force des motifs fluctue avec le temps (Reeve, 1992), les situations et les personnes avec lesquelles une personne interagit (Miller et Sanchez, 1994; Williams et al., 1996), la nécessité de conduire des études qui permettront de mieux comprendre la dynamique de la motivation en cours de traitement s'avère de plus en plus indispensable.

D'autre part, puisque les différents types de motivation entraînent des conséquences variables, les scores obtenus pour chaque sous-échelle d'un questionnaire de motivation doivent être analysés indépendamment du score global afin d'identifier les meilleurs prédicteurs des diverses conséquences (Vallerand, 1997). Ainsi, deux sous-échelles du QMTT prédisent la persévérance: motivation externe et amotivation due au succès. La sous-échelle de motivation externe prédit le nombre d'heures d'exposition au traitement sans toutefois prédire le temps en contact avec le centre de traitement. Il semble donc que les clients se conforment de façon minimale aux exigences du milieu: ils n'abandonnent pas le traitement mais ne font pas de zèle. Les données de la présente étude ne permettent pas de préciser la cause du faible nombre d'heures d'exposition au traitement car le Centre Dollard-Cormier offre, en plus de la thérapie individuelle, la possibilité de s'inscrire à des groupes de thérapies thématiques. Il est donc possible que les gens motivés de façon externe s'inscrivent moins à ces groupes facultatifs mais il est tout aussi plausible qu'ils manquent souvent leurs rendez-vous.

La sous-échelle d'amotivation due au succès représente le meilleur prédicteur de persévérance en traitement: plus les gens obtiennent un score élevé à cette échelle,

moins ils persévèrent. Ce résultat concorde avec les données d'une revue de littérature qui rapporte que le fait d'avoir résolu, selon eux, leurs problèmes constitue l'un des motifs de fin de traitement les plus souvent évoqués par les clients (Stark, 1992). Ceci implique que, pour augmenter la rétention en traitement, il est important de bien comprendre la notion de "succès" du point de vue du client. D'ailleurs, les données de la présente étude permettent de constater que la sous-échelle d'amotivation due au succès corrèle positivement avec la perception de progresser vers l'atteinte du but et négativement avec les problèmes psychologiques tels que mesurés par l'IGT. De plus, cette sous-échelle n'est pas associée aux problèmes d'alcool ou de drogue, ce qui laisse supposer que le but poursuivi par les clients serait la réduction des problèmes psychologiques plutôt que des problèmes de consommation en eux-mêmes. Cette hypothèse est aussi appuyée par le fait que les grands buveurs qui présentent un niveau élevé de détresse psychologique sont proportionnellement plus nombreux à avoir recours à une aide professionnelle que ceux dont la détresse est moindre (Légaré, Lebeau, Boyer et St-Laurent, 1995) et par le fait que l'ampleur des corrélations entre l'alcoolisme et les symptômes dépressifs au sein de la communauté est plus faible que celle qu'on observe dans les populations cliniques (Merikangas et Gelernter, 1990).

Quant à l'efficacité du traitement, le QMTT n'a aucune valeur prédictive sur la réduction des problèmes de consommation d'alcool et de drogue. Cependant, tel que prédit par Deci et Ryan (1985a), les motivations les plus auto-déterminées entraînent les conséquences psychologiques les plus positives. En effet, le coefficient

d'internalisation et les sous-échelles de motivation identifiée et introjectée (motivation initiale) prédisent une réduction significative des problèmes psychologiques un an plus tard. Cette constatation appuie aussi l'idée que le but poursuivi par les gens lorsqu'ils consultent consisterait à réduire leurs problèmes psychologiques plutôt que leur consommation.

De façon générale, la validité de construit des différentes sous-échelles du QMTT s'avère très satisfaisante: les pressions subies au cours de l'année précédant la demande d'aide, l'atteinte du but et la gravité des problèmes associés à la consommation d'alcool et de drogue présentent tous des patrons de corrélations avec les sous-échelles du QMTT conformes aux prédictions de la théorie de l'auto-détermination (Deci et Ryan, 1985a).

Par contre, la corrélation inattendue entre l'échelle impersonnelle de l'ÉOGC (indice d'un faible sentiment de compétence généralisé) et la sous-échelle de motivation introjectée (reflet de culpabilité et de pression interne à poursuivre le traitement) commande une analyse plus approfondie du comportement de la sous-échelle de motivation introjectée au sein de la population en traitement pour alcoolisme. Cette analyse révèle les faits suivants: (1) Ryan, Plant et O'Malley (1995) n'ont pas réussi à distinguer la motivation introjectée de la motivation identifiée. Ils ont alors émis l'hypothèse que la honte et la culpabilité pourraient être la norme chez les gens qui font une demande d'aide dans un centre de traitement pour l'alcoolisme et que ces sentiments pourraient être enchevêtrés et indissociables de l'importance et de la valeur accordées au traitement, (2) dans la présente étude, plusieurs items de cette

sous-échelle ont dû être retirés car ils présentaient des distributions qui s'éloignaient de la normale, e.g. 87% des gens ont répondu qu'ils sont en traitement "Parce qu'il faut que je reprenne le contrôle de ma vie.", phénomène qui semble confirmer l'hypothèse émise par Ryan, Plant et O'Malley (1995), (3) dans le premier échantillon, la sous-échelle d'amotivation primaire corrélait plus fortement avec la motivation introjectée qu'avec la motivation externe et (4) dans le deuxième échantillon, certains items qui représentaient l'amotivation primaire saturaient sur le facteur motivation introjectée (lien similaire à la corrélation observée entre l'échelle impersonnelle de l'ÉOGC et la sous-échelle de motivation introjectée). Ce dernier fait ne peut être comparé avec le questionnaire élaboré par Ryan, Plant et O'Malley car celui-ci ne contient pas d'échelle d'amotivation.

Ces constatations nous amènent à poser l'hypothèse d'un profil motivationnel caractéristique chez les personnes alcooliques et toxicomanes: haute régulation introjectée accompagnée d'un faible sentiment de compétence. La perception de perte de contrôle associée à la consommation d'alcool et de drogue entraînerait une pression interne à régler ces problèmes afin de reprendre le contrôle sur sa vie. La personne se présenterait donc en traitement avec un dilemme: *"Il faut que je reprenne le contrôle sur ma vie mais j'en suis incapable"*.

En plus des constatations mentionnées précédemment, d'autres données soutiennent l'idée d'un tel profil. Il est depuis longtemps reconnu que l'individu aux prises avec des problèmes d'alcool et de drogue a souvent la sensation subjective de ne pas pouvoir contrôler sa consommation et de ressentir de la honte devant sa propre

incapacité de maîtriser sa vie (Kurtz, 1982). De plus, une étude effectuée afin de valider une échelle de motivation à consommer de l'alcool rapporte que le meilleur prédicteur d'alcoolisme est l'amotivation, c'est-à-dire le fait de consommer malgré son désir de cesser (Vallerand et Brière, 1995). Ce désir de cesser pourrait donc se manifester par une pression interne, une perception d'incompétence accompagnée d'un sentiment de culpabilité et de honte à ne pas réussir par soi-même, sentiment qui pousserait à consulter, à effectuer une demande d'aide professionnelle.

Si un tel profil motivationnel caractérise vraiment cette population, la meilleure façon d'accroître la motivation des gens en traitement d'alcoolisme et de toxicomanie consisterait alors à augmenter leur perception de compétence, à les aider à croire qu'ils sont capables de s'en sortir. Sinon, les échecs vécus en début de traitement (e.g. rechute) pourraient entraîner des conséquences dramatiques: renforcer la perception d'incompétence et de honte et ainsi conduire à l'abandon précoce du traitement. D'ailleurs, Miller (1995) va jusqu'à dire qu'il n'y a pas de motivation possible sans un certain degré d'optimisme, sans croire que le changement est possible.

Afin de vérifier si un tel profil motivationnel distingue effectivement la population en traitement pour alcoolisme et toxicomanie de la population générale en psychothérapie, l'utilisation d'un questionnaire préalablement validé auprès d'une population en psychothérapie et comportant toutes les 6 sous-échelles prévues par la théorie de l'auto-détermination (e.g. le "Client Motivation for Therapy Scale" développé par Pelletier, Tuson et Haddad, 1997) pourrait s'avérer profitable. D'ici là, le QMTT demeure un instrument utile pour étudier la motivation en traitement car il

possède plusieurs qualités psychométriques intéressantes et il est, de plus, spécifique à la population alcoolique et toxicomane.

RÉFÉRENCES

Baekeland, F. et Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: a critical review. Psychological Bulletin, 82(5), 738-783.

Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S. et Cournoyer, L.G. (1997). Les déterminants de la persévérance des clients dans les traitements de réadaptation pour l'alcoolisme et toxicomanie: une approche multidimensionnelle. Rapport de recherche # RS2308-093 subventionné par le CQRS. 108pp.

Bergeron, J., Landry, M., Ishak, A., Vaugeois, P. et Trépanier, M. (1992). Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et alcool: l'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT). Rapport présenté à la Direction générale de la planification et de l'évaluation. Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec.

Blais, M.R., Brière, N.M., Lachance, L., Riddle, A.S. et Vallerand, R.J. (1993). L'inventaire des motivations au travail de Blais. Revue québécoise de psychologie, 14, 185-215.

Blais, M.R., Sabourin, S., Boucher, C. et Vallerand, R.J. (1990). A motivational model of couple happiness. Journal of Personality and Social Psychology, 59, 1021-1031.

Brière, N.M., Vallerand, R.J., Blais, M.R. et Pelletier, L.G. (1995).

Développement et validation d'une mesure de motivation intrinsèque, extrinsèque et d'amotivation en contexte sportif: l'Échelle de motivation dans les sports (ÉMS). International Journal of Sport Psychology, 26, 465-489.

Chandler, C.L. et Connell, J.P. (1987). Children's intrinsic, extrinsic and internalized motivation: A developmental study of children's reasons for liked and disliked behaviours. British Journal of Developmental Psychology, 5, 357-365.

Chantal, Y., Vallerand, R.J. et Vallières, E.F. (1995). Motivation and gambling involvement. The Journal of Social Psychology, 135(6), 755-763

Curry, S., Wagner, E.D. et Grothaus, L.C. (1990). Intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58(3), 310-316.

Deci, E.L. et Ryan, R.M. (1985a). Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New-York: Plenum.

Deci, E.L. et Ryan, R.M. (1985b). The General Causality Orientations Scale: self-determination in personality. Journal of Research in Personality, 19, 109-134.

Deci, E.L. et Ryan, R.M. (1987). The support of autonomy and the control of behavior. Journal of Personality and Social Psychology, 53, 1024-1037.

Deci, E.L. et Ryan, R.M. (1990). A motivational approach to self: integration in personality. In Dienstbier (Ed.), Nebraska Symposium, vol. 38. Perspectives on motivation (pp. 237-288). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.

Deci, E.L., Vallerand, R.J., Pelletier, L.G. et Ryan, R.M. (1991). Motivation and education: the self-determination perspective. Educational Psychologist, 26(3 & 4), 325-346.

Frederick, C.M. et Ryan, R.M. (1995). Self-determination in sport: a review using cognitive evaluation theory. International Journal of Sport Psychology, 26, 5-23.

Guttman, L. (1954). A new approach to factor analysis: The radex. In P.Lazarfeld (Ed.), Mathematical thinking in the social sciences (pp.258-348). New York: Free Press of Glence.

Hendricks, U.M., Kaplan, C.D., Vanlimbeek, J. et Geerlings, P. (1989). The Addiction Severity Index: reliability and validity in a dutch addict population. Journal of Substance Treatment, 6, 133-141.

Kosten, T.R., Rounsaville, B.J. et Kebler, H.D. (1985). Concurrent validity of the Addiction Severity Index. Journal of Nervous and Mental Disease, 171, 606-610.

Kurtz, E. (1982). Why A.A. works: The intellectual significance of Alcoholics Anonymous. Journal of Studies on Alcohol, 43(1), 38-80.

Laflamme-Cusson, S. et Moisan, C. (1993). Le cheminement de la clientèle adulte des établissements publics de réadaptation de la toxicomanie. Étude conjointe du Ministère de la Santé et des Services Sociaux et de l'équipe Recherche et Intervention sur les Substances Psychoactives-Québec (RISQ), 124 pp.

Légaré, L., Lebeau, A., Boyer, R. et St-Laurent, D. (1995). Santé mentale. In C. Lavallée, C. Bellerose, J. Camirand et R. Caris (sous la direction de), Aspects sociaux reliés à la santé. Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993. volume 1, pp. 217-255. Montréal, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec.

McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, C.E. et O'Brien, C.P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Journal of Nervous and Mental Disease, 168, 26-33.

Merikangas, K.R., & Gelernter, C.S. (1990). Comorbidity for alcoholism and depression. Psychiatric Clinics of North America, 13(4), 613-632.

Miller, W.R. (1985). Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. Psychological Bulletin, 98, 84-107.

Miller, W.R. (1995). Increasing motivation for change. In R.K. Hester (Éd.), Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives, 2^e éd. (pp.89-104). Boston, MA : Allyn & Bacon.

Miller, W.R. et Rollnick, S. (1991). Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford.

Miller, W.R. et Sanchez, V.C. (1994). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In G.S. Howard et P.E. Nathan (Eds.), Alcohol use and misuse by young adults (pp. 55-81). Notre-Dame, Indiana: University of Notre-Dame Press.

Pelletier, L.G., Tuson, K.M. et Haddad, N.K. (1997). Client motivation for therapy scale: a measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation for therapy. Journal of Personality Assessment, 68(2), 414-435.

Reeve, J. (1992). Understanding motivation and emotion. Montréal: HBJ Publishers.

Ryan, R.M. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. Journal of Personality, 63(3), 397-427.

Ryan, R.M. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: classic definitions and new directions. Contemporary Educational Psychology, 25, 54-67.

Ryan, R.M., Plant, R.W. et O'Malley, S. (1995). Initial motivation for alcohol treatment: relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. Addictive Behaviors, 20(3), 279-297.

Stark, M.J. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: a clinically oriented review. Clinical Psychology Review, 12, 93-116.

Vallerand, R.J. (1997). Toward a hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation. Advances in experimental social psychology, 29, 271-360.

Vallerand, R.J., Blais, M.C., Lacouture, Y. et Deci, E.L. (1987). L'Échelle des Orientations Générales à la Causalité: validation canadienne française du General Causality Orientations Scale. Revue canadienne des sciences du comportement, 19(1), 1-15.

Vallerand, R.J. et Brière, N. (1995). Développement et validation de l'Échelle de Motivation à la Consommation d'Alcool (ÉMCA). Rapport de recherche # RS 1763 subventionné par le CQRS. 46 pp.

Vallerand, R.J. et Bissonnette, R. (1992). Intrinsic, extrinsic, and amotivational styles as predictors of behavior: a prospective study. Journal of Personality, 60, 599-620.

Vallerand, R.J. et Thill, E. (1993). Introduction à la psychologie de la motivation. Montréal: Étude Vivante.

Williams, G.C. et Deci, E.L. (1996). Internalization of biosychosocial values by medical students: a test of self-determination theory. Journal of Personality and Social Psychology, 70(4), 767-779.

Williams, G.C., Grow, V.M., Freedman, Z.R., Ryan, R.M. et Deci, E.L.
(1996). Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. Journal of Personality and Social Psychology, 70(1), 115-126.

ARTICLE 2.

**FACTORS AFFECTING MOTIVATION DURING THE FIRST SIX WEEKS
OF TREATMENT.**

(by H el ene Simoneau and Jacques Bergeron)

ABSTRACT. Since the new conceptualization of motivation as a product of interpersonal exchanges, clinicians and researchers have shown a growing interest in understanding the process of and identifying factors increasing motivation for treatment. Elaborated from the self-determination theory, a motivational model was tested among 140 participants (recruited in a public outpatient readaptation center for substance-related disorders) who persevered in treatment for at least six weeks. The results support the usefulness of the self-determination theory in the field of motivation for treatment of substance-related disorders, and suggest some recommendations to enhance motivation: therapists must pay attention to the progression toward goal attainment and foster the perception of competence of their clients; treatment centers should offer a context that supports autonomy and that involves significant others.

KEYWORDS: Motivation for treatment, Self-determination theory, Substance abuse, Perseverance, Retention factors.

“Motivation is the key to success”. Who never heard such a statement? Part of our daily life, motivation also plays an important role in the treatment of substance-related disorders. It influences patients to seek, complete, and comply with treatment as well as to sustain long-term change in their consumption (DiClemente, Bellino, & Neavins, 1999). Not surprisingly, therapists and clients often cite lack of motivation as the main cause for dropping out of treatment (Miller, 1985; Ryan, Plant, & O’Malley, 1995). However, a literature review (Miller, 1985) concluded that initial motivation, often defined as a stable characteristic of the client, does not predict perseverance in treatment and favors moralistic blame attributions when treatment fails. Consequently, one of the most important shifts in thinking during recent years has been the conceptualization of motivation as the product of interpersonal exchanges (Miller, & Sanchez, 1994). So, settings and people someone interacts with affect motivation.

This new conceptualization of motivation implies that, when faced with poorly motivated clients, clinicians are not helpless anymore. Logically following, a need to better understand motivation and especially how to enhance it emerged, and fostered many studies. However, these studies are difficult to compare because researchers used different definitions, models or theories, and various tools to assess motivation. Furthermore, the concepts of motivation for change and motivation for treatment are sometimes confounded (DiClemente *et al.*, 1999). Though these concepts are surely correlated, they are not synonymous: someone may be motivated to change without any intention to pursue a particular treatment. One can change by oneself, attend self-

help groups, or choose another treatment setting. Conversely, another person can be very motivated to persevere in treatment because of external pressures without showing any intention to change.

According to Vallerand and Thill (1993), motivation is a hypothetical construct used to describe the internal or external forces producing the initiation, direction, intensity, and persistence of a behavior. Thus, motivation for treatment can be defined as the whole set of forces that determine entry, commitment, and perseverance in treatment. Moreover, motivation is a dynamic process, not a static condition; the strengths of motives fluctuate over time (Reeve, 1992). Accordingly, assessment of motivation should be done more than once during treatment (Kludt, & Perlmutter, 1999; Yahne, & Miller, 1999).

1.1 Stages of change

In the field of substance-related disorders, three main perspectives directed the research on motivation during the last decade: stages of change (Prochaska, & DiClemente, 1986), social learning theory (Bandura, 1977), and motivational interventions (Bien, Miller, & Tonigan, 1993; Miller, & Sanchez, 1994).

The model of motivation proposed by Prochaska and DiClemente (1986) is certainly one of most popular among researchers and clinicians in substance-related disorders. This dynamic model described five stages through which change takes place: from being unaware of the problem to considering change, to making the decision to change, to following the planned action into sustained recovery. Overall, empirical studies support the model (Bergeron, Landry, Brochu, & Cournoyer, 1997;

DiClemente, & Hughes, 1990; Isenhart, 1994). However, this model does not explain why some people change whereas others do not (Davidson, 1992; Prochaska, & DiClemente, 1986).

More recently, De Leon (1996) proposed another model of stages of change, specific to the treatment of substance-related disorders, that includes six pre-treatment and four during-treatment stages. Mainly tested in therapeutic communities, this model is also supported by empirical data (De Leon, Melnick, & Kressel, 1997; Joe, Simpson, & Broome, 1998).

1.2 Social learning theory

According to social learning theory (Bandura, 1977), cognitive representations of future outcomes, which are elaborated from environmental events, can generate current motivation. For example, expectations of self-efficacy, a construct referring to the belief in one's own capacity to enact a specific behavior, determines whether coping behavior will be initiated, how much effort will be expended, and how long it will be sustained in the face of adversity (Bandura, 1977). Although social learning theory integrates situational factors, coping skills, and cognitive factors, the literature on substance-related disorders often presents each topic as if it stands alone (Maisto, Carey, & Bradizza, 1999).

Self-efficacy seems to be a favorite topic in this field: many researchers trying to understand the motivation to drink, to stop drinking, and to relapse all evaluate self-efficacy as a means to better understand the phenomenon (see Maisto *et al.*, 1999 for a literature review). Some data show that self-efficacy can be biased: an overconfidence

in the capacity to cope can lead to premature dropout from treatment (DiClemente, Fairhurst, & Piotrowski, 1995). Despite a fair amount of empirical support for the utility of self-efficacy in the treatment of substance-related disorders, several problems remain unsolved: the conceptual and definitional heterogeneity of the construct, the existence of factors moderating the influence of self-efficacy, and the enhancement of self-efficacy by participation in treatment (Maisto *et al.*, 1999).

1.3 Motivational interventions

Motivational interventions have been studied and developed mainly by Miller and his colleagues. In order to enhance initial motivation, Miller developed a brief technique of intervention that yielded promising results (Bien *et al.*, 1993). Comparing this technique with other efficient treatments, Miller and Sanchez (1994) identified six common elements that may induce change. These elements can be grouped under the acronym FRAMES:

- F for feedback: personal feedback regarding risk status
- R for responsibility: emphasis on liberty of choice
- A for advice: empathic advice for change
- M for menu: choices of treatment approaches
- E for empathy: reflective listening and accurate understanding
- S for self-efficacy: increasing the client's beliefs about their ability to change.

Although empirical data support the efficacy of the technique (Bien *et al.*, 1993; Noonan, & Moyers, 1997; Project Match Research Group, 1997; 1998), the underlying mechanisms for change remain unknown (Miller, 1996).

1.4 Other studies about motivation

In addition to these three main perspectives, many studies addressed motivation for treatment without any theoretical frame, and assessed the influence of numerous disparate variables on perseverance and outcomes. Nonetheless, because they have been replicated or can be explained by existing theories, some findings deserve consideration. Among the interesting findings, many variables have been found to predict perseverance in treatment: the treatment environment or the perceived utility (e.g. Fiorentine, Nakashima, & Anglin, 1999; Pfeiffer, Feuerlein, & Brenk-Schulte, 1991; Wilkinson, & LeBreton, 1986; see also Stark, 1992 for a review), the characteristics of the therapist (e.g. Miller, Benefield, & Tonigan, 1993; Nelson-Zlupko, Dore, Kauffman, & Kaltenback, 1996; see also Miller, 1985 for a review), social support (e.g. Knight, Hood, Logan, & Chatham, 1999; Lang, Davidson, Bailey, & Levine, 1999; see also Stark, 1992 for a review), and the motives for seeking treatment (e.g. Cunningham, Sobell, Sobell, & Gaskin, 1994; Krampen, 1989; Pfeiffer *et al.*, 1991).

1.5 Self-determination theory

Recently used to predict perseverance in the treatment of substance-related disorders (Ryan *et al.*, 1995; Simoneau, Bergeron, Brochu, & Landry, submitted for publication), the self-determination theory (Deci, & Ryan, 1985a, 1987, 1990) should be useful in understanding the dynamics of the process of motivation during the course of treatment. This perspective has been applied in numerous studies in natural settings: in the field of education (see Deci, Vallerand, Pelletier, & Ryan, 1991 for a

literature review), work (Blais, Brière, Lachance, Riddle, & Vallerand, 1993), sports (see Frederick, & Ryan, 1995 for a literature review), gambling (Chantal, Vallerand, & Vallières, 1995), eating disorders (Williams, Grow, Freedman, Ryan, & Deci, 1996), smoking (Curry, Wagner, & Grothaus, 1990), and psychotherapy (Pelletier, Tuson, & Haddad, 1997).

Deci and Ryan (1985a) distinguish intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation. Intrinsic motivation refers to doing something for its own sake. When someone is intrinsically motivated, his activity represents his one and only source of motivation. He does not care about the results. He does it just to do it. Intrinsic motivation is linked to greater productivity, creativity, spontaneity, cognitive flexibility, and perseverance.

Extrinsic motivation means doing a behavior to gain something external to the activity itself. Deci and Ryan (1985a) postulated four types of extrinsic motivation which can be located on a self-determination continuum. External regulation is at the lower end of the continuum. It means doing something in order to get a reward or to avoid a punishment. Introjected regulation involves an internal feeling of obligation, a need to act in order to avoid feeling guilty. So, even though the pressure stems from inside, the individual does not feel free regarding the behavior. Identified regulation pertains to doing something not for the activity itself but for the consequences that result directly from the behavior. In this case, the individual feels free to act, and valorizes the result. Finally, when somebody feels self-determined toward a specific behavior and when this regulation is coherent with the others schemas of his

personality, the regulation is said to be integrated. In short, the types of extrinsic motivation are, from the lowest to the highest level of self-determination: external regulation, introjected regulation, identified regulation, and integrated regulation.

Amotivation means acting without knowing why (Deci, & Ryan, 1985a) or against one's own will (Deci, & Ryan, 1990). The latter concept seems particularly pertinent to the study of addictive behaviors, often perceived as unintentional.

1.6 Process of internalization

According to Ryan (1995), most human behaviors are not intrinsically motivated. Many values and behavioral regulations are neither spontaneous nor pleasant. Nonetheless, the acquisition of such behaviors are necessary to the socialization and integration of the individual to his community. The self-determination theory (Deci, & Ryan, 1985a) postulates the existence of innate needs of self-determination, relatedness, and competence, in a biological manner meaning that the organism tends to adapt to his environment. These needs allow the process of internalization which offers the organism the possibility to integrate external contingencies. Progressively, individuals learn to enact behaviors with contingencies more and more distal, and eventually removed. Then, they understand the importance of doing the behavior to get the desired result. Finally, this identification to the results is integrated to the structure of the self. At that moment, social values are accepted as personal values.

Support for autonomy, competence, and relationship is a pre-requisite to an optimal functioning of the process of internalization (Ryan, 1995). Depending on the

type of support received during his first experiences, the child adopts a general orientation toward behavioral regulation: autonomous, heteronomous (controlled by external events), or uncontrollable and unexpected (impersonal) (Deci, & Ryan, 1985a). These three relatively stable orientations explain individual differences concerning initiation and behavioral regulation.

According to the hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation (Vallerand, 1997), the three types of motivation postulated by Deci and Ryan exist at three levels of generality that influence each other: global (general causality orientations), contextual (toward a specific context), and situational (the “here and now” of motivation). This extension of self-determination theory implies that, for example, a person with an autonomous general orientation will be more often intrinsically motivated to do a specific behavior, such as pursuing a treatment for alcoholism at a particular moment in his life (situational motivation).

However, the way a person acts in a particular setting cannot be attributed only to individual differences: contextual variables also exert a significant influence (Ryan, 1995). Some of these facilitate the process of internalization. Deci, Eghari, Patrick, and Leone (1994) observed three points that promote internalization: (1) offering a rationale to adopt a specific behavior, (2) recognizing the internal conflict (usual tendencies vs adoption of a new behavior), and (3) letting the person be free to choose. These three criteria constitute the characteristics of a context supporting autonomy. Whereas a change of behavior done in a controlling context (rewards and punishments) lasts only till the controlling events have disappeared, changes acquired

in a context supporting autonomy are integrated to the personality and sustained (Deci, & Ryan, 1985a). Deci and Ryan also mention a third kind of context: an amotivating context in which there is no contingency between a behavior and its consequences, situation that fosters a feeling of incompetence. The theory of cognitive evaluation (Deci, & Ryan, 1985a) predicts that, more than the contextual factors *per se*, the functional significance of these factors for the individual determines the behavior.

In addition to the factors linked to the locus of causality (internal or external motives), everything that enhances the perception of competence increases intrinsic motivation (Deci, & Ryan, 1985a). The feeling of competence grows from feedbacks inherent in the task (cues for objective success), social feedbacks (comments from others or comparisons to standards), and progression toward a distal goal (Harackiewicz, Manderlink, & Sansone, 1992).

Interestingly, Foote *et al.* (1999) noticed that the FRAMES elements identified by Miller and Sanchez (1994) are very similar to the factors facilitating the process of internalization (as predicted by the theory of self-determination). It is quite amazing to realize that two different approaches, the empirical method used by Miller and Sanchez and the theoretical frame proposed by Deci and Ryan, converge that much. These features suggest that self-determination theory should be very useful in the study of motivation for treatment. First, it provides a cogent theoretical basis for understanding motivation as an interpersonally mediated process (Foote *et al.*, 1999). Second, this theory does not consider motivation as a unitary phenomenon. So,

people can show not only different levels of motivation but also different types of motivation, each type leading to different consequences (Ryan, & Deci, 2000). Third, the theory allows for an analysis of the psychological process of motivation as a mediator of change (Foote *et al.*, 1999).

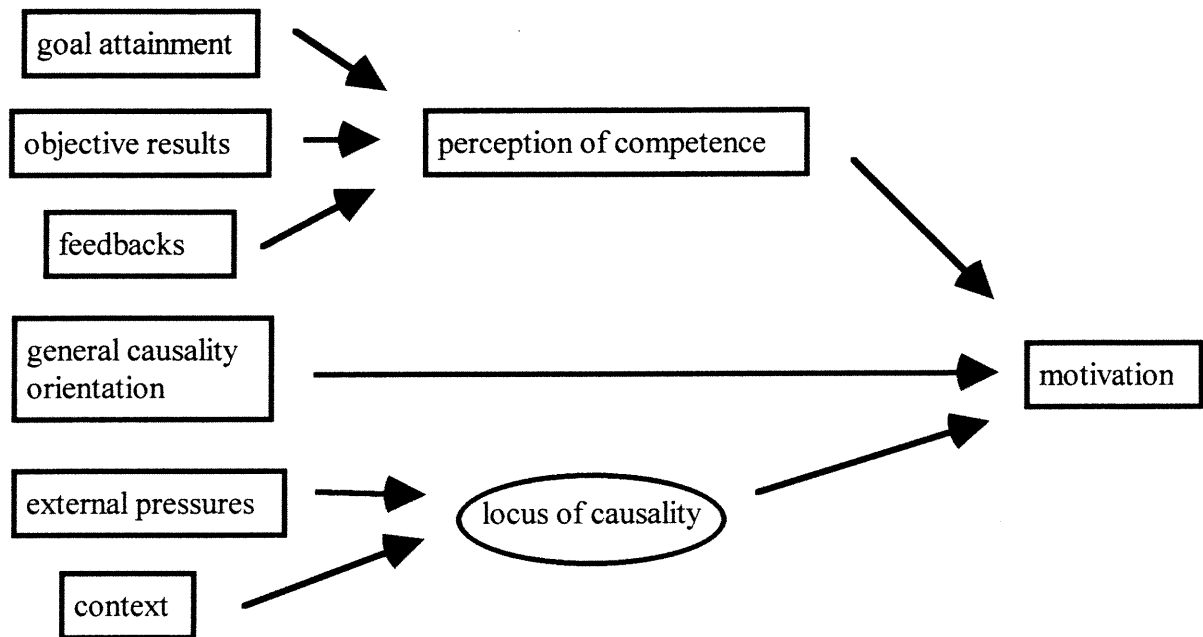
1.7 The present study

The objectives of the present study consist of: (1) meeting the need to assess motivation more than once during the course of treatment (Kludt, & Perlmutter, 1999; Yahne, & Miller, 1999), (2) testing the usefulness of the self-determination theory to understand the dynamics of the process of motivation, (3) identifying retention factors (factors enhancing or sustaining initial motivation), and (4) helping clinicians adapt their interventions to the client's needs.

Elaborated from the theory of self-determination, figure 1 summarizes the hypothesis of the present study: (1) progression toward goal attainment, objective results, and feedbacks from others all predict the perception of competence, (2) along with the perception of competence, external pressures and the type of context predict motivation because these two factors are imputed to affect the locus of causality, and (3) general causality orientation (motivation at the general level) also predicts contextual motivation.

Note that the locus of causality has not been assessed in the present study. Because the addicted clients are aware that they need to seek treatment for themselves if they want to get through, a measure of the locus of causality has a high probability to be biased in such a sample. Thus, a measure of social desirability should also

Figure 1. Summary of hypothesis.



been added to the battery of tests. However, the addition of two questionnaires in the present study would have overwhelmed the participants, so this variable was not assessed.

2.0 METHOD

2.1 Participants

Participants were recruited at an outpatient public readaptation center for substance-related disorders located in Montreal, Canada. This center offers many psychosocial programs to match their French-speaking client's needs. Following an evaluation, the client is oriented toward the most appropriate program. The "adult program", for example, addresses the needs of the clients aged between 22 and 54 years who have neither legal nor mental health problems. In this program, an integration group precedes the beginning of the therapy itself.

Recruited during the integration groups of the "adult program" held between July 1998 and May 1999, 280 clients (72.5%) volunteered to participate in the present study. Since 29 were not reached, 251 actually completed the Time 1 battery of questionnaires. However, the data from one participant were rejected because they were incoherent. Except for a higher level of education, the sociodemographic characteristics of the present sample are very similar to those of a representative sample of the clients attending any program of the same center during the same period of recruitment (Guyon, Landry, & Desjardins, 2000).

The participants of the present sample ranged in age from 22 to 53 years, with a mean age of 35.6 years. Most of them (64.8%) were male, and all of them spoke

French. Over half (53%) were divorced or had lived maritally, 36% were currently married or living maritally, and 11% were single, never married. Over half (57.9%) were full-time or part-time workers, and 27.9% reported income from public assistance. Several participants indicated income levels of less than \$12,000 per year (39.7%), 38% reported yearly income between \$12,000 and \$30,000, and 22.3% earned over \$30,000. Half of them had between 8 and 12 years of education, and 47.6% had education beyond high school (compared with 42.7% for the general sample mentioned above). For 38.5% of the respondents, alcohol was the main problem substance, 37.2% reported that the consumption of one or more psychoactive drugs (licit or illicit) was problematic, and 23.5% had problems with both alcohol and at least one other drug. Reflecting the selection criteria of the adult program, most of them were in the program voluntarily: only 8.1% were legally referred, and 3.6% were coerced into treatment by their employers.

By time 2 (six weeks after initial assessment), 59 individuals (23.5%) had dropped out of treatment. Among the 191 eligible persons (still pursuing treatment), 50 were not reached in time (see the procedure section), and one decided to stop participating. Finally, 140 out of 191 (73.3%) completed the time 2 battery of questionnaires, and they did so in an average of 48.35 days (S.D. = 9.55) after the initial assessment.

2.2 Measures

2.2.1 Objective results. Problems associated with alcohol and drug misuse were assessed through *L'indice de Gravité d'une toxicomanie (ASI/IGT)*, a French version

of the Addiction Severity Index (McLellan, Luborsky, Woody, & O'Brien, 1980), which is a structured clinical interview translated and validated by Bergeron, Landry, Ishak, Vaugeois, and Trépanier (1992). The Bergeron *et al.*'s study (1992) reveals that the psychometric properties of the translated instrument are satisfactory and similar to those of the original version. The index yields composite scores from 0 to 1 in each of seven areas: (1) alcohol abuse, (2) drug abuse, (3) medical condition, (4) psychiatric condition, (5) legal problems, (6) family functioning, and (7) employment and financial support. Whereas the integral version addresses the whole life of an individual and the last 30 days, the short version (mostly used for follow up) measures change that happened during the last 30 days.

2.2.2 Feedbacks of competence. Elaborated especially for the present study, this questionnaire comprises two scales: one addresses the feedbacks offered by significant others, and the other refers to feedbacks from the treatment staff. Each scale contains six items such as: "The treatment staff helps me realize that I have what is needed to persevere in treatment", "People around me believe that I won't never get through". The respondent indicates on a five-point scale how much the item reflects his own situation. By adding the scores of items fostering competence and the reverse scores of the items fostering incompetence, a global score is calculated for each scale. Cronbach's alpha were 0.72 for the feedbacks from significant others, and 0.46 for those from the treatment staff.

2.2.3 General causality orientations. The general causality orientations were assessed through *L'échelle des orientations générales à la causalité (ÉOGC)*, a French version

of the General Causality Orientations Scale (Deci, & Ryan, 1985b)). This questionnaire presents 12 vignettes describing a situation (finding a job, going to a party, etc.). Three responses followed each vignette: one that is believed to be autonomy oriented, one control oriented, and one impersonally oriented. The respondents indicate on a seven-point scale the extent to which the response would be characteristic of them in that situation. The 36 items (3 responses for each of 12 vignettes) yield three scores: (1) autonomy orientation, which reflects the extent to which a person initiates and regulates his behavior with a feeling of choice and self-determined goals, (2) control orientation, which reflects the perception that behaviors are directed by rewards and punishments, and (3) impersonal orientation, which describes the extent to which people believe they are unable to attain some goals. Globally, construct validity, internal consistency, and temporal stability of the translated version are satisfactory and similar to those of the original version (Vallerand, Blais, Lacouture, & Deci, 1987).

2.2.4 External pressures. External pressures are identified with a French adaptation of the Reason for seeking Treatment Questionnaire, developed at the Addiction Research Foundation (now the Center for Addiction and Mental Health) of Toronto, Canada (Sobell, 1991). This tool identifies 3 external and 7 internal motives, which represent situations experienced during the preceding year, that led the client to seek treatment. At time 2, a short modified version is used to assess only the three external pressures for the period included between the two assessments (last six weeks).

2.2.5 Context. The perception of the context is also evaluated by a two-scale new

questionnaire. Each scale (context of the treatment center, and context of life settings) is subdivided into three subscales: autonomy supporting context, controlling context, and amotivation context. The respondents indicate on a five-point scale the extent to which each of the 5 items of every six subscale corresponds to their situation. The following examples provide an illustration of the kind of items found in each scale: (1) autonomy supporting context: "The treatment staff let me free to define my objectives in treatment", (2) controlling context: "The treatment staff tries to convince me that my problem is more severe than I believe", and (3) amotivating context: "People around me believe that therapy is useless". By adding the score of the five items, a score is obtained for every six subscales, and a global score is calculated for each scale (context of the treatment center, and context of the life settings) in the following way: the score of autonomy supporting context times three, minus the score of controlling context, minus twice the score of the amotivation context scale. So, a positive score indicates a positive context, and a negative score a negative one (controlling or amotivating). For the context of the treatment center, Cronbach's alpha were: 0.68 (autonomy supporting), 0.53 (controlling context), and 0.51 (amotivating context). For the life context, these coefficients were: 0.60 (autonomy supporting), 0.64 (controlling context), and 0.61 (amotivating context).

2.2.6 Goal attainment. Goal attainment is evaluated by a single question asking the participant to indicate, in percentage, to what extent he has progressed toward the objectives he had setted when seeking treatment.

2.2.7 Perception of competence. As previously done elsewhere (Vallerand, & Reid,

1988), a questionnaire dealing with competence-related affects is utilized to assess the perception of competence. While thinking of the possibility to stay in treatment till they reach their goal, the respondents indicate on a nine-point scale to what extent they currently experience the following affects: ashamed/proud, insecure/confident, stupid/intelligent, strong/weak, incompetent/competent, inadequate/adequate, and ineffective/effective. A global score is obtained by summing the results of the seven affects. Cronbach's alpha were 0.90 for time 1, and 0.88 for time 2.

2.2.8 Motivation. Motivation was assessed by the "*Questionnaire de Motivation au Traitement des Toxicomanies*" (Simoneau *et al.*, submitted for publication). Elaborated according to the self-determination theory, this 15-items questionnaire measures four types of motivation: identified regulation (e.g. "I am here because I believe that it is the best way to get through"), introjected regulation (e.g. "I have to do something, my life does not make sense anymore"), external regulation (e.g. "I want to avoid problems with people surrounding me, my employer, or the legal system"), and amotivation due to success ("I had good reasons but, now, I have already reached my goal). The psychometric properties of the instrument are quite satisfactory: the QMTT shows a factor structure corresponding to the types of motivation postulated by the self-determination theory, a good construct validity, a fair predictive validity, and an acceptable internal consistency. A global score, the coefficient of internalization, is calculated in the following way: (twice the score of the identified regulation), plus (the score of the introjected regulation multiplied by 4/3 to compensate the fact that this scale comprises only 3 items instead of 4), minus

(external regulation), minus (twice the score of amotivation due to success). So, a positive score indicates an internalized motivation whereas a negative score reflects externalized motivation or amotivation. Although a single score does not indicate which type of motivation is the best predictor of various consequences, Vallerand (1997) recommends using this kind of coefficient to test a theoretical model with several variables.

2.3 Procedure

At the end of the integration group meeting, a research assistant explained the goals of the research, and asked for voluntary participants. People were told that the research team was independent of the treatment center, that a refusal would not change their current treatment, and that their answers would be kept confidential (even the staff will not have access to their answers). Respondents signed a consent form and, if they could, completed the first battery of questionnaires immediately after the end of the group meeting. If unable to stay at that time, they took an appointment to complete the first assignment during the following week.

Six weeks later, they were contacted by telephone. If they were still in treatment, they were asked to take an appointment to complete the second battery. If participants were not reached after four weeks (10 weeks after they completed the first battery), the research assistant stopped trying to reach them. A six-week interval was adopted because: (1) the dropout rate is high among clients in treatment for substance-related disorders, the greater the delay the less participants would still be in treatment, (2) many treatment groups offered by the center where the participants were recruited

last between four and six weeks, and (3) results from motivational interventions show that changes occur within a six-week delay (Miller *et al.*, 1993).

Participants were paid \$10.00 canadian for each assessment. At time 1 (after the integration group meeting), they completed the ÉOGC, the QMTT, the goal attainment, the perception of competence, and the Reasons for Seeking Treatment. Since the ASI/IGT is part of the evaluation of this treatment center, the results of the ASI/IGT were taken from the file of the clients, with their authorization. At time 2, they completed the QMTT, the goal attainment, the perception of competence, a short modified version of the Reasons for Seeking Treatment, the Feedback of Competence, the Perception of the Context, and the short version of the ASI/IGT administered by a trained interviewer. Each time, they completed additional questionnaires for another study. The time 1 assessment lasted about an hour and a half, and the time 2 around an hour.

3.0 RESULTS

3.1 Preliminary analyses

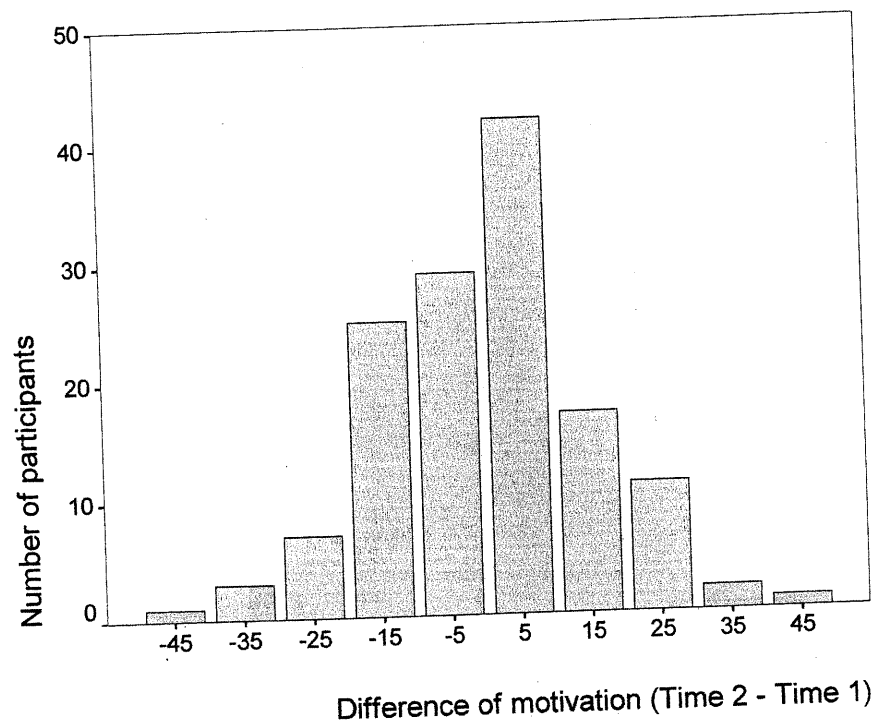
Before testing the hypothesis, some preliminary analyses were done. Table 1 presents, for the two moments of assessment, the mean, standard deviation, and the possible range for all the variables of the expected model. Although the mean of the coefficient of internalization of the QMTT (global score of motivation) seems to decrease six weeks after the first assessment (33.84 vs 32.57), this difference was not significant: $t(137) = -.093$, $p = .93$. However, the distribution of frequencies of this difference, illustrated in figure 2, indicates that as many clients increase as decrease

Table 1. Mean, standard deviation, and possible range for the variables of the expected model.

Questionnaire	Scale	Range	Time 1 (n= 250)		Time 2 (n= 138)	
			Mean	S.D.	Mean	S.D.
QMTT	Identified	4-28	22.09	4.71	22.54	4.27
	Introjected	4-28	20.55	5.65	17.93	6.41
	External	4-28	12.90	5.49	11.75	5.45
	Amotivation due to success	4-28	9.01	4.78	9.35	4.62
	Global Score	-72 to 72	33.84	15.27	32.57	16.66
Perception of Competence		7-63	48.06	8.91	49.79	7.16
ASI	Alcohol	0-1	0.38	0.28	0.28	0.23
	Drug	0-1	0.15	0.12	0.10	0.10
	Psychiatric	0-1	0.25	0.20	0.24	0.22
	Medical	0-1	0.15	0.26	0.19	0.30
	Family	0-1	0.29	0.24	0.19	0.21
	Employment	0-1	0.53	0.33	0.46	0.34
	Legal	0-1	0.04	0.11	0.02	0.08
GCOS	Autonomy	12-84	66.82	8.6		
	Control	12-84	50.22	9.8		
	Impersonal	12-84	41.12	10.8		
External Pressure	0 or 1 (dichotomous)	0.72	0.45	0.28	0.45	
Goal Attainment	0-100%	41.53	23.2	48.41	20.38	
Feedback	Center	6-30			23.28	2.49
	Significant others	6-30			22.69	4.46
Context of the Center	Autonomy supporting	5-25			20.12	3.35
	Controlling	5-25			8.98	3.27
	Amotivating	5-25			7.25	2.70
	Global Score	-60 to 60			36.90	13.58
Life Context	Autonomy supporting	5-25			17.35	4.04
	Controlling	5-25			8.97	3.60
	Amotivating	5-25			8.13	3.06
	Global Score	-60 to 60			26.81	15.99

their motivation for treatment. So, the mean score of the difference leaves the false impression that nobody changes. A t-test of the absolute value of the difference confirms that, either positive or negative, a real change occurs: $t(137) = 14.96$, $p < 0.001$, with a 95% confidence interval that the difference stands within 10.22 and 13.34.

Figure 2. Distribution of change in motivation from time 1 to time 2 (six weeks later).



Several t-tests on demographic, and time 1 variables were conducted to search for differences between the participants who were still in treatment six weeks after the initial assessment and those who had quit by that time. Since there were 23 tests to do, an alpha of 0.01 was considered to be a significant difference. No significant difference was found, but the scale of amotivation due to success, which is the best predictor of perseverance (Simoneau *et al.*, submitted for publication), almost reaches significance, $t(78.9)$, $p < .02$. Three variables distinguished the participants who were still in treatment and reached on time from those not reached for the time 2 assessment: the individuals not reached show a higher perception of competence, $t(189) = 3.80$, $p < 0.001$, less medical problems (ASI/IGT), $t(145.5) = -3.46$, $p < 0.001$, and received less external pressure during the preceding year, $t(76.9) = -3.06$, $p < 0.01$.

3.2 Path analysis

To test the proposed model, a path analysis consisting of a series of multiple regression analyses was conducted (see Jude, & Kenny, 1981; Li, 1975 for a description of the method). Figure 3 shows the results of these analyses. As expected, progression toward goal attainment, objective results (reduction of drug problems), and feedbacks from significant others all predict the perception of competence. In addition to the initial perception of competence, which explains 29% of the variance, these three variables account for an extra 12% of the variance (adjusted R square). Yet, neither the other objective results (the 6 other scales of the ASI/IGT) nor the

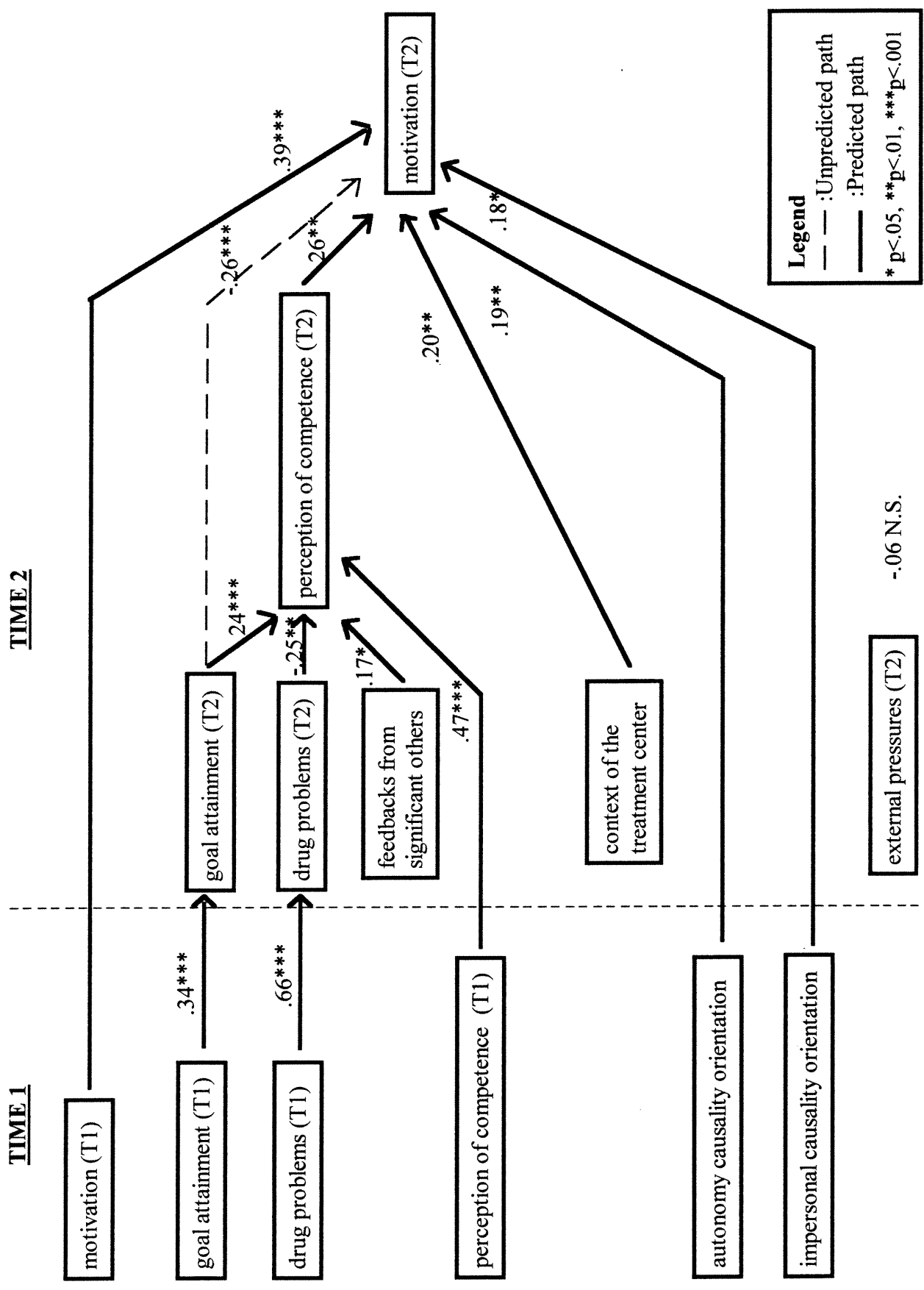


Figure 3. Path diagram of the motivational mode. Standardized regression coefficients are written above path arrows.

feedbacks from the treatment staff add to the prediction of the perception of competence.

Also confirming the hypothesis, perception of competence, context of the treatment center, autonomy and impersonal causality orientations all predict motivation. Nevertheless, the impersonal orientation (tendency to act as if life was uncontrollable and unpredictable) is positively linked to motivation, which is in the opposite direction of the prediction. Also contrary to the hypothesis, external pressures, context of life settings, and control orientation do not predict motivation. Furthermore, goal attainment at time 2 presents a direct negative path to motivation that was not predicted. Elaborated from the results of 133 participants out of 140 (7 had data missing), the whole model explains 46% of the variance of motivation at time 2 (adjusted R square): initial motivation accounts for 29%, the indirect variables add 5%, and the five direct variables (goal attainment, perception of competence, context of the treatment center, autonomy and impersonal orientations) add 11%. No demographic variable adds to the percentage of explained variance.

Table 2 presents the correlations between time 1 variables, and table 3 between time 2 variables. These data show that most of the variables not included in the model correlate with variables showing significant path. For example, context of life settings (table 3) correlate with 4 out of the 7 scales of the ASI/IGT, with the perception of competence, the context of the treatment center, and feedbacks from significant others as well as feedbacks from the treatment staff. Another clear example comes from the ASI/IGT scales (tables 2 and 3) which present many intercorrelations, especially at

Table 2. Correlations between time 1 variables (participants still in treatment at time 2, n= 151)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Coefficient of internalization	---													
2. Goal attainment	.13	---												
3. Perception of competence	.15	.33***	---											
4. Alcohol problems	.06	-.14	-.04	---										
5. Drug problems	.06	-.23**	-.03	-.41***	---									
6. Medical problems	.01	.11	-.06	.03	-.03	---								
7. Family problems	.02	.00	-.07	.10	-.02	.01	---							
8. Psychological problems	.17*	-.07	-.05	.19*	.00	.24**	.37***	---						
9. Employment problems	-.13	.00	-.05	-.18*	.09	.11	-.06	-.03	---					
10. Legal problems	-.06	-.11	-.07	.16*	-.05	.04	.16*	.11	.15	---				
11. Autonomy causality orientation	.20*	.15	.29***	.06	-.11	-.04	-.17*	-.08	-.06	-.10	---			
12. Control causality orientation	.03	-.03	.01	.04	.08	-.01	-.07	.03	.09	-.03	.24**	---		
13. Impersonal causality orientation	.07	-.04	-.28***	.09	.00	.10	.01	.16*	.06	-.08	-.05	.52***	---	
14. External pressures	-.08	-.01	-.12	-.12	.00	.03	.08	-.05	.14	.05	-.17*	.08	.08	---

Note: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Table 3. Correlations between time 2 variables (n= 136)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Coefficient of internalization	---														
2. Goal attainment	-.20*	---													
3. Perception of competence	.20*	.32***	---												
4. Context of the treatment center	.37***	-.04	.29***	---											
5. Context of life settings	.06	.11	.32***	.32***	---										
6. Feedbacks from significant others.	.09	.13	.37***	.33***	.58***	---									
7. Feedbacks from the treatment staff	.27***	.15	.28***	.51***	.35***	.44***	---								
8. External pressures	-.10	.01	-.15	-.22**	-.16	-.25**	-.06	---							
9. Alcohol problems	.12	-.24**	-.27**	-.13	-.10	-.18*	-.06	.09	---						
10. Drug problems	.03	-.13	-.29***	-.22**	-.31***	-.22**	-.22**	.05	.01	---					
11. Medical problems	.19*	-.09	.01	.10	-.23**	.01	-.05	-.03	.03	.19*	---				
12. Family problems	.05	-.05	-.12	-.06	-.28***	-.34***	-.20*	.43***	.18*	.20*	.26**	---			
13. Psychological problems	.08	-.15	-.12	-.07	-.27***	-.20*	-.18*	.27***	.16	.31***	.25**	.39***	---		
14. Employment problems	-.02	.07	.03	.10	-.07	.04	.07	.05	-.14	.19*	.31***	.03	.13	---	
15. Legal problems	.05	-.08	.03	-.04	-.01	-.11	-.18*	-.05	.07	.05	.03	.04	.03	.07	---

Note: * p <.05, ** p <.01, *** p <.001

time 2. These two tables also reveal a complex relationship for goal attainment: at time 1, this variable correlates negatively with drug problems, but correlates (also negatively) with alcohol problems at time 2.

Overall, the results of the present study support the hypothesis: (1) progression toward goal attainment, objective results (reduction of drug problems), and feedbacks from significant others all predict perception of competence, (2) context of the treatment center, along with perception of competence, predicts motivation, and (3) motivation at the general level (autonomy and impersonal causality orientations) also predicts contextual motivation.

4.0 DISCUSSION

Since the present study supports the main hypothesis, it confirmed the usefulness of the theory of self-determination to understand the process of motivation during the course of treatment for substance-related disorders. With the exception of external pressures, all the concepts derived from the theory influence motivation as predicted. Nevertheless, not every variable assessing the same concept is included in the model: for examples, only one measure of objective result (drug problems), one measure of feedback (feedback from significant others), one measure of context (treatment center), and two measures of causality orientations show a significant path. The pattern of correlations of these variables explains the findings: since many of these variables are correlated, including more than one measure of the same concept would convey redundant information.

According to the theory, external pressures should foster an external locus of

causality, which should decrease internal motivation. Since the locus of causality was not assessed in the present study, it is possible that external pressures do not have a direct effect on motivation but only an indirect influence via the locus of causality. Further research should address this issue. Indeed, a complete test of the theory of self-determination should integrate all three mediators of motivation (innate needs of human beings): competence, locus of causality, and relatedness.

In addition to the path predicted by the self-determination theory, progression toward goal attainment shows a complex relationship with motivation. As expected, progressing toward goal increases the perception of competence but it also directly decreases motivation. This finding suggests that motivation for treatment is instrumental: people seek and persevere in treatment for an extrinsic motive so that their motivation decreases as they progress toward their goal attainment. Another complex relationship pertains to the correlations between goal attainment and problems: at time 1 assessment, goal attainment correlates negatively with drug problems but six weeks later, it correlates negatively with alcohol problems. Except for the fact that a goal changes with time (Austin, & Vancouver, 1996), we can only speculate about this puzzling finding: perhaps people seek treatment mostly because of their drug problems, and the treatment raises their consciousness about their alcohol problems.

Another unexpected finding, the impersonal causality orientation shows a significant path, but in the opposite direction of the hypothesis. Hence, believing that life is uncontrollable and unpredictable seems to enhance motivation for treatment.

This result can be compared with the results of Pfeiffer *et al.*(1991) who also found that the subjective lost of control over the current life situation is one of the most important predictors of entry to treatment. These findings might be attributed to the loss of control linked to alcohol and drug consumption reported by addicted people (Alcoholics Anonymous, 1953; Edward, & Gross, 1976; Nadeau, 1990), which could induce an internal pressure to get back control over their life.

In short, the present study supports the usefulness of the self-determination theory in the field of motivation for treatment of substance-related disorders. With the exception of external pressures, all the concepts derived from the theory influence motivation as predicted. Furthermore, as many studies from different domains did (Deci, Koestner, & Ryan, 1999), this study confirms the mediating role of the perception of competence. The present study also contributes to a growing body of literature (Kowal, & Fortier, 2000; Williams *et al.*, 1996) supporting the hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation proposed by Vallerand (1997): as expected, contextual motivation (motivation at time 2) is predicted by the global level of motivation (general causality orientations), and by contextual variables (e.g. context of the treatment center).

4.1 Clinical implications

The present study confirms the dynamic nature of motivation: initial motivation explains only 30% of the variance of motivation six weeks later. Therefore, 70% of this variance is explained by variables other than initial motivation, including those proposed here which account for 20%. Among these significant predictors of

motivation, goal attainment, perception of competence, and perception of the context of the center can all be modified. Consequently, therapists and treatment centers can do something to enhance motivation. When they interact with their clients, they are active agents of change, they are not helpless at all (Miller, 1999).

First of all, therapists must be aware of the progression toward goal attainment of their clients, an important predictor of motivation which seems to fluctuate. Since clients often attribute treatment termination to having resolved the problem, early dropouts may misjudge that their problems are solved, and place themselves at high risk for relapse (Stark, 1992). Discussing this topic with the clients can help them make choices that are in their best interests. Furthermore, “the process of talking about and setting goals strengthens commitment to change” (Miller, 1999, p. *xxii*). Further research should also address this issue: how do goals evolve during the course of treatment? what are the main goals of the clients? what does influence goal setting and transformation?

Secondly, the present study suggests that therapists can foster motivation by increasing the perception of competence. Although conceptual differences exist between perception of self-efficacy and perception of competence, Sonstroem and Morgan (1989 as cited in Kowal, & Fortier, 2000) propose that they both share a common dimension of competence. Consequently, the work done in the field using the concept of self-efficacy should also apply here. To increase competence (or self-efficacy), therapists must believe that the client can succeed, focus on her strengths, affirm the small steps that are taken, and reinforce any positive change (Miller, 1999).

According to the clients, a good counselor believes in them (Nelson-Zlupko *et al.*, 1996). The following citation from a client clearly shows how important it could be: “Thank you for believing in me until I was ready to believe in myself” (Yahne, & Miller, 1999, p.245).

The fine art of motivational therapy consists in reinforcing the client for every small step taken while providing advice to help him realize what has been done as well as what still need to be done. Developing a realistic perception of progression toward goal attainment can be facilitated within a context supporting autonomy. The rogerian concept of empathy (Rogers, 1959), which is also part of the six common elements of effective treatments (Miller, & Sanchez, 1994), figures as a key element of such a context.

Since the perception of the context of the center is an important source of motivation, not only therapists who work to establish a therapeutic alliance with their clients but also all the treatment staff can influence motivation for treatment. The first contact with the treatment center, whether a phone call, an information group or an evaluation of the client, should highlight choice and liberty, and instill hope. For both women and men, the perceived utility of treatment is among the strongest predictors of client engagement in treatment (Fiorente *et al.*, 1999). Avoid the “Only X% will succeed”, but try “It is a tough work but, with our help, you will succeed. Everyone has the potential to get through”.

In addition to therapists and the other members of the treatment staff, significant others also exert a non-neglectable influence on motivation, by providing

feedbacks of competence, for example. Though the present model can not specify the nature of these links, the context of life settings correlates with many variables in the model (drug problems, family problems, psychological problems, perception of competence, context of the treatment center, etc.) suggesting that life settings may also play an important role in motivation. These findings all argue in favor of involving significant others in treatment, especially the controlling ones: those who exert pressure, watch, and judge the client. Since significant others supporting autonomy are already effective in helping the client, they do not really need to learn more about these skills. On the contrary, controlling others would probably benefit more from the treatment. Actually, it is possible that these people want to help the client get through but they do not know how. As a result, the pressures they exert produce the opposite of the desired effect: pressures lower motivation! Being informed, they can provide feedbacks of competence, and emotional support in a context of autonomy. Findings from several studies also support the involvement of significant others in treatment (Miller, 1999).

To summarize, the present study demonstrates that motivation fluctuates, and suggests some hints to enhance motivation: therapists must pay attention to the progression toward goal attainment and foster their clients' perception of competence; treatment centers should offer a context that supports autonomy and that involves significant others.

4.2 Limitations and concluding remarks

When interpreting the present findings, some limitations must be considered.

First, the small number of participants ruled out the possibility of using structural equation modeling (SEM), which is a more rigorous statistical method than the method of multiple regressions used here. Second, the sample seems to be biased: the clients reached to complete time 2 assessment differ significantly from those who were not on three variables. Thus, it is possible that the results would have emerged differently if all participants were included in the analysis. Finally, the sample is very homogenous: everybody was recruited from the same program of the same treatment center. The present findings should be reproduced within inpatient treatment, with clients showing comorbidity or legal problems.

Despite these limitations, the present study supports many assumptions of the self-determination theory (Deci, & Ryan, 1985a), and also supports the idea that motivation is the product of interpersonal exchanges and that it fluctuates (Miller, & Sanchez, 1994). Furthermore, this study provides some hints for enhancing motivation so that therapists can feel that they are not helpless anymore when facing clients with poor motivation. However, perfectly understanding motivation for treatment remains an amazing challenge that should be the goal of further research; so many questions are still unanswered in the fascinating realm of motivation.

5.0 REFERENCES

- Alcoholics Anonymous (1953). Alcoholics Anonymous (AA's Big Book). NY: Alcoholics Anonymous World Service.
- Austin, J.T., & Vancouver, J.B. (1996). Goal constructs in psychology: structure, process, and content. Psychological Bulletin, *120*(3), 338-375.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, *84*(2), 191-215.
- Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S., & Cournoyer, L.G. (1997). Les déterminants de la persévérance des clients dans les traitements de réadaptation pour l'alcoolisme et toxicomanie: une approche multidimensionnelle. Research report # RS2308-093 subventionné by the CQRS. 108pp.
- Bergeron, J., Landry, M., Ishak, A., Vaugois, P., & Trépanier, M. (1992). Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et alcool: l'Indice de gravité d'une toxicomanie (ASI/IGT). Report presented to la Direction générale de la planification et de l'évaluation. Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Government of Quebec.

Bien, T.H., Miller, W.R., & Tonigan, J. (1993). Brief interventions for alcohol problems: a review. Addiction, *88*, 315-335.

Blais, M.R., Brière, N.M., Lachance, L., Riddle, A.S., & Vallerand, R.J. (1993). L'inventaire des motivations au travail de Blais. Revue québécoise de psychologie, *14*, 185-215.

Chantal, Y., Vallerand, R.J., & Vallières, E.F. (1995). Motivation and gambling involvement. The Journal of Social Psychology, *135*(6), 755-763

Cunningham, J.A., Sobell, L.C., Sobell, M.B., & Gaskin, J. (1994). Alcohol and drug abusers' reasons for seeking treatment. Addictive Behaviors, *19*(6), 691-696.

Curry, S., Wagner, E.D., & Grothaus, L.C. (1990). Intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *58*(3), 310-316.

Davidson, R. (1992). Prochaska and DiClemente's model of change: a case study? British Journal of Addiction, *87*, 821-822.

Deci, E.L., Eghari, H., Patrick, B.C., & Leone, D.R. (1994). Facilitating internalization: the self-determination theory perspective. Journal of Personality, 62(1), 119-142.

Deci, E.L., Koestner, R., & Ryan, R.M. (1999). A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. Psychological Bulletin, 125(6), 627-668.

Deci, E.L., & Ryan, R.M. (1985a). Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New-York: Plenum.

Deci, E.L., & Ryan, R.M. (1985b). The General Causality Orientations Scale: self-determination in personality. Journal of Research in Personality, 19, 109-134.

Deci, E.L., & Ryan, R.M. (1987). The support of autonomy and the control of behavior. Journal of Personality and Social Psychology, 53, 1024-1037.

Deci, E.L., & Ryan, R.M. (1990). A motivational approach to self: integration in personality. In Dienstbier (Ed.), Nebraska Symposium, vol. 38. Perspectives on motivation (pp. 237-288). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.

Deci, E.L., Vallerand, R.J., Pelletier, L.G., & Ryan, R.M. (1991). Motivation and education: the self-determination perspective. Educational Psychologist, 26(3 & 4), 325-346.

De Leon, G. (1996). Integrative recovery: a stage paradigm. Substance Abuse, 17, 51-63.

De Leon, G., Melnick, G., & Kressel, D. (1997). Motivation and readiness for therapeutic community treatment among cocaine and other drug abusers. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 23(2), 169-189.

DiClemente, C.C., Bellino, L.E., & Neavins, T.M. (1999). Motivation for change and alcoholism treatment. Alcohol Research & Health, 23(2), 86-92.

DiClemente, C.C., Fairhurst, S.K., & Piotrowski, N.A. (1995). Self-efficacy and addictive behaviors. In J.E. Maddux (Ed.), Self-efficacy, adaptation, and application (pp.109-141). New-York, NY: Plenum Press.

DiClemente, C.C., & Hughes, S.O. (1990). Stages of changes profiles in outpatient alcoholism treatment. Journal of Substance Abuse, 2, 217-235.

Edwards, G., & Gross, M.M. (1976). Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. British Medical Journal, 1, 1058-1061.

Fiorentine, R., Nakashima, J., & Anglin, M.D. (1999). Client engagement in drug treatment. Journal of Substance Abuse Treatment, 17(3), 199-206.

Foote, J. *et al.* (1999). A group motivational treatment for chemical dependency. Journal of Substance Abuse Treatment, 17(3), 181-192.

Frederick, C.M., & Ryan, R.M. (1995). Self-determination in sport: a review using cognitive evaluation theory. International Journal of Sport Psychology, 26, 5-23.

Guyon, L., Landry, M., & Desjardins, L. (2000). [Clientèle des centres de réadaptation en toxicomanie]. Unpublished raw data.

Harackiewicz, J.M., Manderlink, G., & Sansone, C. (1992). Competence processes and achievement motivation: implications for intrinsic motivation. In A.K. Boggiano, & T.S. Pittman (Eds.), Achievement and motivation: a social-developmental perspective (pp. 115-137). Canada: Cambridge University Press.

Isenhardt, C.E. (1994). Motivational subtypes in an inpatient sample of substance abusers. Addictive Behaviors, 19(5), 463-475.

Joe, G.W., Simpson, D.D., & Broome, K.M. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. Addiction, 93(8), 1177-1190.

Jude, C.M., & Kenny, D.A. (1981). Process analysis: estimating mediation in treatment evaluations. Evaluation Review, 5(5), 602-609.

Kludt, C.J., & Perlmutter, L. (1999). Effects of control and motivation on treatment outcome. Journal of Psychoactive Drugs, 31(4), 405-414.

Knight, D.K., Hood, P.E., Logan, S.M., & Chatam, L.R. (1999). Residential treatment for women with dependent children: one agency's approach. Journal of Psychoactive Drugs, 31(4), 339-351.

Kowal, J., & Fortier, M.S. (2000). Testing relationships from the hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation using flow as a motivational consequence. Research Quarterly for Exercise and Sport, 71(2), 171-181.

Krampen, G. (1989). Motivation in the treatment of alcoholism. Addictive Behaviors, 14, 197-200.

Lang, M.A., Davidson, L., Bailey, P., & Levine, M.S. (1999). Clinicians' and clients' perspectives on the impact of assertive community treatment. Psychiatric Services, 50(10), 1331-1340.

Li, C.C. (1975). Path analysis: - a primer. CA: Boxwood Press.

Maisto, S.A., Carey, K.B., & Bradizza, C.M. (1999). Social learning theory. In K.E. Leonard and H.T. Blane (Eds.), Psychological theories of drinking and alcoholism (pp. 106-163). New-York, NY: Guilford Press.

McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, C.E., & O'Brien, C.P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Journal of Nervous and Mental Disease, 168, 26-33.

Miller, W.R. (1985). Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. Psychological Bulletin, 98, 84-107.

Miller, W.R. (1996). Motivational interviewing: research, practice, and puzzles. Addictive behaviors, 21(6), 835-842.

Miller, W.R. (1999). Enhancing motivation for change in substance abuse treatment. TIP Series #35. U.S. Department of Health and Human Services. Center for Substance Abuse Treatment. Rockville, MD.

Miller, W.R., Benefield, G., & Tonigan, J. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61(3), 455-461.

Miller, W.R., & Sanchez, V.C. (1994). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In G.S. Howard and P.E. Nathan (Eds.), Alcohol use and misuse by young adults (pp. 55-81). Notre-Dame, Indiana: University of Notre-Dame Press.

Nadeau, L. (1990). Vivre avec l'alcool: la consommation, les effets, les abus. Montréal: Les Éditions de l'Homme.

Nelson-Zlupko, L., Dore, M.M., Kauffman, E., & Kaltenbach, K. (1996). Women in recovery: Their perceptions of treatment effectiveness. Journal of Substance Abuse Treatment, 13(1), 51-59.

Noonan, W.C., & Moyers, T.B. (1997). Motivational interviewing. Journal of Substance Misuse, 2, 8-16.

Pelletier, L.G., Tuson, K.M., & Haddad, N.K. (1997). Client motivation for therapy scale: a measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation for therapy. Journal of Personality Assessment, 68(2), 414-435.

Pfeiffer, W., Feuerlein, W., & Brenk-Schulte, E. (1991). The motivation of alcohol dependents to undergo treatment. Drug and Alcohol Dependence, 29, 87-95.

Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W.R. Miller et N. Heather (Eds.), Treating addictive behaviors (pp. 3-27). New-York: Plenum Press.

Project MATCH Research Group (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. Journal of Studies on Alcohol, 58, 7-29.

Project MATCH Research Group (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 22, 1300-1311.

Reeve, J. (1992). Understanding motivation and emotion. Montreal: HBJ Publishers.

Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), Psychology: A Study of a Science. Vol. 3, Formulations of the Person and the Social Context (pp.184-256). NY:McGraw-Hill.

Ryan, R.M. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. Journal of Personality, 63(3), 397-427.

Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. American Psychologist, 55(1), 68-78.

Ryan, R.M., Plant, R.W., & O'Malley, S. (1995). Initial motivation for alcohol treatment: relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. Addictive Behaviors, 20(3), 279-297.

Simoneau, H., Bergeron, J., Brochu, S., & Landry, M. (2001). Motivation au traitement: de la validation d'un questionnaire à l'hypothèse d'un paradoxe motivationnel chez les personnes alcooliques et toxicomanes. Canadian Journal of Behavioural Science.

Stark, M.J. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: a clinically oriented review. Clinical Psychology Review, 12, 93-116.

Vallerand, R.J. (1997). Toward a hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation. Advances in Experimental Social Psychology, 29, 271-360.

Vallerand, R.J., Blais, M.C., Lacouture, Y., & Deci, E.L. (1987). L'Échelle des Orientations Générales à la Causalité: validation canadienne française du General Causality Orientations Scale. Canadian Journal of Behavioral Science, 19(1), 1-15.

Vallerand, R.J., & Reid, G. (1988). On the relative effects of positive and negative verbal feedback on males' and females' intrinsic motivation. Canadian Journal of Behavioral Science, 20(3), 239-250.

Vallerand, R.J., & Thill, E. (1993). Introduction à la psychologie de la motivation. Montréal: Étude Vivante.

Wilkinson, D.A., & LeBreton, S. (1986). Early indications of treatment outcomes in multiple drug users. In W.R. Miller, & N. Heather (Eds.), Treating addictive behaviors: Processes of change (pp. 239-261). New-York, NY: Plenum Press.

Williams, G.C., Grow, V.M., Freedman, Z.R., Ryan, R.M., & Deci, E.L. (1996). Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. Journal of Personality and Social Psychology, 70(1), 115-126.

Yahne, C.E., & Miller, W.R. (1999). Enhancing motivation for treatment and change. In B.S. McCrady, & E.E. Epstein (Eds.), Addictions: a Comprehensive Guidebook (pp. 235-249). New-York, NY: Oxford University Press.

DISCUSSION GÉNÉRALE

Dans l'ensemble, les hypothèses de la présente thèse sont confirmées. En effet, les résultats présentés dans le premier article permettent de conclure que l'index d'auto-détermination, tel que mesuré par le questionnaire de motivation au traitement des toxicomanies (QMTT), prédit les deux mesures de la persévérance en traitement des toxicomanies: le nombre de jours en contact avec le centre de traitement et le nombre d'heures d'exposition au traitement.

De plus, le modèle illustré à la figure 1, construit à partir de la théorie de l'auto-détermination (Deci et Ryan, 1985a), permet effectivement de prédire les fluctuations de la motivation, du moins durant les six premières semaines de traitement. La plupart des hypothèses qui découlent de ce modèle sont confirmées par les résultats présentés dans le second article: (1) tel que prédit, plus la perception de compétence est élevée, plus la motivation devient auto-déterminée, (2) obtenir des résultats objectifs, progresser vers l'atteinte de ses buts et recevoir des rétroactions de compétence augmentent tous la perception de compétence de l'individu, (3) cependant, contrairement à l'hypothèse émise, parmi les variables susceptibles d'influencer le locus de causalité (contexte et présence ou absence de pressions externes), seul le contexte prédit directement la motivation et (4) tel qu'attendu, l'orientation générale à la causalité (motivation au niveau global) prédit la motivation situationnelle.

Afin d'offrir au lecteur une vision globale des résultats, une discussion plus élaborée sera présentée de la façon suivante: (1) un résumé des principaux résultats de

chaque article, (2) une comparaison entre les résultats des deux articles, (3) l'atteinte des objectifs par la présente thèse, et (4) des suggestions de recherches futures.

Résumé des résultats du premier article (“Motivation au traitement: de la validation d’un questionnaire à l’hypothèse d’un paradoxe motivationnel chez les personnes alcooliques et toxicomanes”)

L’objectif du premier article consistait à construire et valider un instrument de mesure de langue française basé sur la théorie de l’auto-détermination (Deci et Ryan, 1985a). Dans l’ensemble, les résultats sont plutôt satisfaisants: le Questionnaire de Motivation au Traitement des Toxicomanies (QMTT) possède une structure factorielle qui correspond aux types de motivation postulés par la théorie de l’auto-détermination, il présente une bonne validité de construit, une certaine validité prédictive et une cohérence interne acceptable.

Les données recueillies dans la présente étude corroborent les résultats de recherches précédentes: la motivation initiale n’est qu’un faible prédicteur de la persévérance en traitement (Miller, 1985). De plus, l’analyse des résultats obtenus pour chacune des sous-échelles du QMTT permet d’identifier les conséquences des différents types de motivation. Ainsi, deux sous-échelles du QMTT prédisent la persévérance: motivation externe et amotivation due au succès. La sous-échelle de motivation externe prédit négativement le nombre d’heures d’exposition au traitement sans toutefois prédire le temps en contact avec le centre de traitement. Il semble donc

que les clients se conforment de façon minimale aux exigences du milieu: ils n'abandonnent pas le traitement mais ne font pas de zèle. La sous-échelle d'amotivation due au succès représente le meilleur prédicteur de persévérance en traitement: plus les gens obtiennent un score élevé à cette échelle, moins ils persévèrent. Ce résultat concorde avec les données d'une recension des écrits qui rapporte que le fait d'avoir résolu leurs problèmes constitue l'un des motifs de fin de traitement les plus souvent évoqués par les clients (Stark, 1992).

Quant à l'efficacité du traitement, le QMTT n'a aucune valeur prédictive sur la réduction des problèmes de consommation d'alcool et de drogue. Cependant, tel que prédit par Deci et Ryan (1985a), les motivations les plus auto-déterminées entraînent les conséquences psychologiques les plus positives. En effet, le coefficient d'internalisation et les sous-échelles de motivation identifiée et introjectée (motivation initiale) prédisent une réduction significative des problèmes psychologiques un an plus tard.

Des corrélations inattendues entre la sous-échelle de motivation introjectée du QMTT (reflet de culpabilité et de pression interne) et d'autres variables potentiellement associées à la motivation au traitement conduisent à l'hypothèse d'un profil motivationnel caractéristique chez les personnes alcooliques et toxicomanes: la perception de perte de contrôle associée à la consommation d'alcool et de drogue entraînerait une pression interne à régler ces problèmes afin de reprendre le contrôle sur sa vie. La personne se présenterait donc en traitement avec un dilemme: "Il faut que je reprenne le contrôle sur ma vie mais j'en suis incapable."

Résumé des résultats du deuxième article (“Factors affecting motivation during the first six weeks of treatment”)

L’objectif du deuxième article consistait à tester un modèle dynamique de la motivation en traitement élaboré à partir de la théorie de l’auto-détermination (Deci et Ryan, 1985a). Tel que prévu, la perception de compétence, la perception du climat du centre et l’orientation générale de causalité prédisent tous la motivation au temps 2 (six semaines après le temps 1 qui correspond au moment où se tient le groupe d’intégration). De plus, l’atteinte du but prédit directement la motivation: plus les gens s’approchent de leur but, moins ils sont motivés. Cependant, l’orientation de causalité impersonnelle (tendance à agir comme si la vie était imprévisible et incontrôlable), prédit la motivation mais dans la direction opposée à l’hypothèse. Plus les gens ont l’impression de ne pas avoir de contrôle dans leur vie en général, plus ils sont motivés à poursuivre le traitement. Puisque la majorité des hypothèses qui découlent de ce modèle ont été confirmées, la présente étude démontre l’utilité de la théorie de l’auto-détermination dans l’étude du processus motivationnel en cours de traitement des toxicomanies.

En plus des implications théoriques (confirmation de l’utilité de la théorie de l’auto-détermination, confirmation du rôle médiateur de la perception de compétence sur la motivation et soutien du modèle hiérarchique de la motivation extrinsèque et intrinsèque proposé par Vallerand [1997]), les résultats de la présente étude entraînent de nombreuses implications au plan clinique. Entre autres, ils confirment la nature

dynamique de la motivation car la motivation initiale n'explique que 30% de la variance de la motivation mesurée six semaines plus tard. La progression vers l'atteinte du but, la perception de compétence ainsi que la perception du climat du centre de traitement prédisent toutes la motivation et peuvent être modifiées par le traitement. Par conséquent, ces résultats contribuent à justifier la pertinence des interventions motivationnelles telles que suggérées par Miller et Sanchez (1994).

Ainsi, les thérapeutes peuvent contribuer à accroître la motivation de leurs clients et clientes en rehaussant leur perception de compétence. De plus, les thérapeutes peuvent collaborer afin d'aider leur clientèle à entretenir une vision réaliste de leur progression vers l'atteinte du but. En effet, les résultats de la présente étude suggèrent que la motivation au traitement est instrumentale car celle-ci décroît en fonction de la progression vers l'atteinte du but. Puisqu'une surestimation de leur compétence (DiClemente et al., 1995) et de l'atteinte du but (Stark, 1992) peuvent conduire à un abandon prématuré du traitement, le thérapeute a un rôle de tout premier plan à cet égard.

D'autre part, la perception du climat du centre qui se développe dans les six premières semaines suivant le groupe d'intégration, parfois après seulement une ou deux entrevues individuelles, s'avère un important prédicteur de motivation. Par conséquent, tout le personnel du centre de traitement a un potentiel d'influence sur la motivation de la clientèle. Les premiers contacts avec le centre peuvent être déterminants: la façon d'informer, de présenter le programme et d'agir envers la clientèle façonnent leur perception du climat du centre. Lorsque le centre soutient

l'autonomie (tel que mesuré par le questionnaire "Climat du centre"), c'est-à-dire qu'il offre des choix de traitement, la liberté de fixer ses propres buts, etc., la motivation du client augmente. À l'inverse, si le centre semble amotivant (tel que mesuré par le questionnaire "Climat du centre"), c'est-à-dire qu'il y a trop de rechutes, que les intervenants ne disent pas tous la même chose, etc., la motivation du client s'effrite.

Enfin, les résultats obtenus confirment l'importance de l'implication en traitement des membres de l'entourage. En effet, les rétroactions de compétence qu'ils fournissent aux clients influencent leur perception de compétence, variable prédictrice de motivation. De plus, la perception du milieu de vie est corrélée à plusieurs variables qui prédisent la motivation. Impliquer les membres de l'entourage pourraient leur permettre d'acquérir une meilleure compréhension de la toxicomanie. Ils pourraient ainsi apprendre à souligner la progression du client, le soutenir émotivement de façon empathique et éviter d'exercer des pressions qui entraînent une chute de motivation.

Complémentarité des résultats obtenus dans les deux articles.

Les résultats présentés dans les deux articles confirment l'utilité de la théorie de l'auto-détermination dans l'étude de la motivation au traitement des toxicomanies. Alors que le premier article démontre que les différents types de motivation entraînent des conséquences différentes tant au plan de la persévérance que de l'efficacité du traitement, le deuxième soutient l'utilité des concepts dérivés de la théorie dans la

prédiction des changements de motivation en cours de traitement.

De plus, les deux articles présentent des résultats complémentaires en ce qui a trait à la conceptualisation de la motivation. D'une part, la mesure initiale du QMTT possède une validité prédictrice significative mais faible. D'autre part, la motivation initiale n'explique que 30% de la variance de la motivation au temps 2. Cette dernière constatation permet de croire que si le QMTT a une validité prédictive faible, ce n'est pas dû à un problème inhérent à l'instrument de mesure mais plutôt le reflet d'une réalité: la motivation n'est pas un construit statique, elle change avec le temps et les événements.

Les résultats des deux articles tendent aussi à souligner l'importance de la progression de l'atteinte du but sur la motivation de la clientèle. La validation du QMTT a permis d'identifier l'échelle d'amotivation due au succès comme étant le meilleur prédicteur de la persévérance. De plus, cette échelle corrèle positivement avec l'atteinte du but. Quant aux facteurs qui prédisent la motivation au temps 2, la progression vers l'atteinte du but s'est avérée un prédicteur direct de la motivation plutôt qu'une variable indirecte qui prédirait la motivation en influençant la perception de compétence tel que prédit par la théorie. Ces résultats sont compatibles avec d'autres données qui soutiennent que la perception d'avoir résolu leurs problèmes (se sentir mieux ou avoir réglé le problème de consommation) constitue l'un des motifs de fin de traitement les plus souvent évoqués par les clients (Stark, 1992).

Enfin, les résultats présentés dans le premier article ont soulevé l'hypothèse d'un profil motivationnel caractéristique chez les personnes alcooliques ou

toxicomanes: la perception de perte de contrôle associée à la consommation de substances psychoactives créerait une pression interne à régler ces problèmes afin de reprendre la maîtrise de sa vie. Cette hypothèse soulevée, entre autres, par la corrélation inattendue entre l'échelle impersonnelle de l'Échelle des Orientations Générales à la Causalité (tendance à agir comme si les événements de la vie étaient imprévisibles et incontrôlables) et la sous-échelle de motivation introjectée du QMTT (reflet de culpabilité et de pression interne) reçoit un appui supplémentaire dans les résultats du second article: l'influence de l'orientation impersonnelle s'étend au-delà de la motivation initiale. En effet, l'orientation impersonnelle prédit la motivation au temps 2 et ce, même après avoir contrôlé pour la motivation initiale.

Lorsqu'il s'agit de comparer les résultats obtenus et présentés dans ces deux articles, il faut cependant demeurer prudent et éviter de considérer que la deuxième étude constitue une reproduction des résultats obtenus dans la première car il ne s'agit pas de deux échantillons distincts. En effet, les 140 participants et participantes qui ont contribué(es) à la vérification du modèle dynamique de la motivation constituent un sous-échantillon des 352 personnes qui ont permis la validation du QMTT. Il faut aussi considérer les limites à la généralisation des résultats discutés à l'intérieur de chaque article: la petite taille des échantillons, l'homogénéité de la population étudiée (tous ont été recrutés au même centre de traitement et à l'intérieur d'un seul programme) ainsi que l'échantillon possiblement biaisé et l'absence de mesure de motivation au-delà de six semaines pour le second article.

Atteinte des objectifs de la présente thèse

Malgré les limites à la généralisation des résultats mentionnées précédemment, les objectifs de la présente thèse ont tous été atteints. En effet, ce projet a permis (1) de développer et valider, auprès des clients d'un centre de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, un questionnaire de motivation au traitement, (2) de vérifier que la théorie de l'auto-détermination de Deci et Ryan (1985a, 1987, 1990) permet bien d'expliquer la dynamique du processus de motivation en cours de traitement, (3) d'identifier des facteurs de rétention en traitement, c'est-à-dire des facteurs qui augmentent ou maintiennent la motivation initiale dans les six premières semaines de traitement et, finalement, (4) de fournir aux intervenants des indices leur permettant d'adapter leurs stratégies d'intervention aux besoins du client.

Parmi les facteurs de rétention en traitement identifiés, on peut mentionner une perception de compétence élevée, un contexte de traitement qui soutient l'autonomie ainsi qu'une orientation générale de causalité autonome ou impersonnelle. Ainsi, les intervenants peuvent accroître la motivation de leurs client(es) en rehaussant leur perception de compétence tout en les aidant à développer une vision réaliste de leur progression vers l'atteinte du but, le tout se déroulant dans un contexte qui favorise l'autonomie, c'est-à-dire adopter une attitude empathique, laisser le libre-choix des objectifs et des modalités de traitement, etc.

Puisqu'elle mesure la motivation à plus d'une reprise pendant le traitement et ce à l'aide de concepts dérivés d'une théorie générale de la motivation, la présente

thèse contribue de façon originale à la compréhension de la dynamique motivationnelle en cours de traitement des toxicomanies. De plus, elle s'inscrit dans le courant actuel qui préconise la conceptualisation de la motivation comme un processus, le produit d'échanges interpersonnels (DiClemente *et al.*, 1999; Miller, 1999).

Suggestions de recherches futures

Puisque la présente thèse innove en s'intéressant au processus motivationnel en cours de traitement, il est clair que l'ensemble des résultats présentés dans les deux articles auraient avantage à être reproduits et, autant que possible, avec des populations variées (avec co-morbidité ou ayant des problèmes légaux) recrutées dans des centres qui adoptent diverses philosophies de traitement (communauté thérapeutique, 12 étapes d'Alcooliques Anonymes, traitement interne, externe, etc.). Au plan théorique, il serait avantageux de vérifier si l'ensemble des trois besoins innés postulés par la théorie de l'auto-détermination (compétence, auto-détermination et besoin de relations interpersonnelles) (Deci et Ryan, 1985a) sont effectivement des variables médiatrices de la motivation au traitement. Il serait aussi intéressant de suivre la motivation à long terme, de l'évaluer à intervalles fixes pendant toute la durée du traitement.

En ce qui concerne le QMTT, des études additionnelles pourraient confirmer sa fidélité et sa validité. Bien que l'instrument, dans sa version actuelle, présente des qualités psychométriques appréciables, la cohérence interne des sous-échelles

pourraient être améliorée par l'ajout, le retrait ou la modification de certains items. La passation de ce questionnaire à un plus grand nombre d'individus pourraient aussi permettre une analyse confirmatoire de la structure factorielle.

L'hypothèse d'un profil motivationnel caractéristique soulevée dans le premier article demande aussi à être confirmée. Étant donné les implications théoriques et cliniques d'un tel profil, la nécessité de vérifier son existence s'impose de façon prioritaire. De plus, il serait d'important de déterminer si ce profil est présent chez tous les individus et s'il se manifeste avec la même intensité chez tous les gens qui présentent un problème de consommation. Mieux on comprendra la motivation des personnes qui consultent pour ce type de problèmes, mieux on sera en mesure de leur fournir l'aide désirée de façon adéquate.

Les résultats du deuxième article déclenchent aussi un certain nombre de questions surtout en ce qui a trait à l'atteinte du but. En effet, les relations complexes qui émergent de cette étude débouchent sur de nombreuses pistes de recherche tant quantitatives que qualitatives. Le but poursuivi demeure-t-il stable pendant toute la durée du traitement ou change-t-il de façon radicale? Évolue-t-il de façon prévisible ou imprévisible? Comment le but poursuivi influence-t-il la persévérance, la motivation, l'alliance thérapeutique, l'efficacité du traitement? Quels sont les facteurs qui influencent le choix du but à poursuivre? Les clients et clientes poursuivent-ils(elles) un seul ou plusieurs buts à la fois? Tant d'avenues à explorer...

Il est aussi intrigant de constater que, parmi les gens qui persévèrent en traitement, les participants et participantes rejoints au temps 2 semblent présenter des

caractéristiques plus favorables au plan de la motivation au traitement que ceux et celles qui n'ont pas été rejoint(es). Est-il possible que les gens qui doutent d'eux-mêmes (faible sentiment de compétence) se conforment plus aux engagements qu'ils ont pris envers la recherche, qu'ils aient plus besoin de se valoriser par le biais de cette participation, ou ressentent un plus grand besoin de s'auto-évaluer à l'aide des questionnaires administrés dans le cadre de la dite recherche? Même si ces questions s'éloignent de la motivation au traitement, y répondre pourrait certes contribuer à mieux comprendre la motivation des gens à participer et s'engager dans des recherches et, par ricochet, fournir des outils pour réduire les pertes de participants particulièrement problématiques dans les études longitudinales à long terme.

En somme, cette thèse a atteint les objectifs fixés et a contribué à l'avancement des connaissances tant au plan théorique que clinique. De plus, les résultats obtenus soulèvent de nombreuses questions qui devraient faire l'objet de recherches futures.

RÉFÉRENCES

Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: a theory of planned behavior. In J. Kuhl et J. Beckmann (Eds.), Action control: from cognition to behavior. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Ajzen, I. et Fishbein, T.J. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Alcoholics Anonymous (1953). Alcoholics Anonymous (le Gros Livre des AA). NY: Alcoholics Anonymous World Service.

Austin, J.T. et Vancouver, J.B. (1996). Goal constructs in psychology: structure, process, and content. Psychological Bulletin, 120(3), 338-375.

Baekeland, F. et Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: a critical review. Psychological Bulletin, 82(5), 738-783.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84(2), 191-215.

Bergeron, J., Brochu, S. et Landry, M. (1995). Prédiction de la persévérance en traitement pour alcoolisme à partir d'indices de santé mentale. Rapport présenté au 39^e Colloque international sur la Prévention et le Traitement de l'Alcoolisme, Trieste,

Italie, Juin 1995.

Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S. et Cournoyer, L.G. (1997). Les déterminants de la persévérance des clients dans les traitements de réadaptation pour l'alcoolisme et toxicomanie: une approche multidimensionnelle. Rapport de recherche # RS2308-093 subventionné par le CQRS. 108pp.

Bergeron, J., Landry, M., Ishak, A., Vaugeois, P. et Trépanier, M. (1992). Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et alcool: l'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT). Rapport présenté à la Direction générale de la planification et de l'évaluation. Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec.

Bien, T.H., Miller, W.R. et Tonigan, J. (1993). Brief interventions for alcohol problems: a review. Addiction, 88, 315-335.

Blais, M.R., Brière, N.M., Lachance, L., Riddle, A.S. et Vallerand, R.J. (1993). L'inventaire des motivations au travail de Blais. Revue québécoise de psychologie, 14, 185-215.

Blais, M.R., Sabourin, S., Boucher, C. et Vallerand, R.J. (1990). A motivational model of couple happiness. Journal of Personality and Social Psychology, 59, 1021-1031.

Brière, N.M., Vallerand, R.J., Blais, M.R. et Pelletier, L.G. (1995).

Développement et validation d'une mesure de motivation intrinsèque, extrinsèque et d'amotivation en contexte sportif: l'Échelle de motivation dans les sports (ÉMS).

International Journal of Sport Psychology, 26, 465-489.

Brochu, S., Bergeron, J., Landry, M. et Chiocchio, F. (1995). The impact of a rehabilitation cure for addicts based on their degree of exposure treatment. 22th

International Institute on the Prevention and Treatment of Drug Dependence, Trieste, Italy, June 1995.

Carroll, K.M., Power, M.E.D., Bryant, K. et Rounsaville, B.J. (1993). One-year follow-up status of treatment-seeking cocaine abusers. Psychopathology and dependence severity as predictors of outcome. The Journal of Nervous and Mental Disease, 181(2), 71-79.

Chantal, Y., Vallerand, R.J. et Vallières, E.F. (1995). Motivation and gambling involvement. The Journal of Social Psychology, 135(6), 755-763

Cunningham, J.A., Sobell, L.C., Sobell, M.B. et Gaskin, J. (1994). Alcohol and drug abusers' reasons for seeking treatment. Addictive Behaviors, 19(6), 691-696.

Curry, S., Wagner, E.D. et Grothaus, L.C. (1990). Intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58(3), 310-316.

Davidson, R. (1992). Prochaska and DiClemente's model of change: a case study? British Journal of Addiction, 87, 821-822.

Deci, E.L., Eghari, H., Patrick, B.C. et Leone, D.R. (1994). Facilitating internalization: the self-determination theory perspective. Journal of Personality, 62(1), 119-142.

Deci, E.L., Koestner, R. et Ryan, R.M. (1999). A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. Psychological Bulletin, 125(6), 627-668.

Deci, E.L. et Ryan, R.M. (1985a). Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New-York: Plenum.

Deci, E.L. et Ryan, R.M. (1985b). The General Causality Orientations Scale: self-determination in personality. Journal of Research in Personality, 19, 109-134.

Deci, E.L. et Ryan, R.M. (1987). The support of autonomy and the control of behavior. Journal of Personality and Social Psychology, 53, 1024-1037.

Deci, E.L. et Ryan, R.M. (1990). A motivational approach to self: integration in personality. In Dienstbier (Ed.), Nebraska Symposium, vol. 38. Perspectives on motivation (pp. 237-288). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.

Deci, E.L., Vallerand, R.J., Pelletier, L.G. et Ryan, R.M. (1991). Motivation and education: the self-determination perspective. Educational Psychologist, 26(3 & 4), 325-346.

De Leon, G. (1996). Integrative recovery: a stage paradigm. Substance Abuse, 17, 51-63.

De Leon, G., Melnick, G. et Kressel, D. (1997). Motivation and readiness for therapeutic community treatment among cocaine and other drug abusers. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 23(2), 169-189.

DiClemente, C.C., Bellino, L.E. et Neavins, T.M. (1999). Motivation for change and alcoholism treatment. Alcohol Research & Health, 23(2), 86-92.

DiClemente, C.C., Fairhurst, S.K. et Piotrowski, N.A. (1995). Self-efficacy and addictive behaviors. In J.E. Maddux (Ed.), Self-efficacy, adaptation, and application (pp.109-141). New-York, NY: Plenum Press.

DiClemente, C.C. et Hughes, S.O. (1990). Stages of changes profiles in outpatient alcoholism treatment. Journal of Substance Abuse, 2, 217-235.

Edwards, G. et Gross, M.M. (1976). Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. British Medical Journal, 1, 1058-1061.

Fiorentine, R., Nakashima, J. et Anglin, M.D. (1999). Client engagement in drug treatment. Journal of Substance Abuse Treatment, 17(3), 199-206.

Foote, J. *et al.* (1999). A group motivational treatment for chemical dependency. Journal of Substance Abuse Treatment, 17(3), 181-192.

Frederick, C.M. et Ryan, R.M. (1995). Self-determination in sport: a review using cognitive evaluation theory. International Journal of Sport Psychology, 26, 5-23.

Guttman, L. (1954). A new approach to factor analysis: The radex. In P.Lazarfeld (Ed.), Mathematical thinking in the social sciences (pp.258-348). New York: Free Press of Glence.

Guyon, L., Landry, M. et Desjardins, L. (2000). [Clientèle des centres de réadaptation en toxicomanie]. Unpublished raw data.

Harackiewicz, J.M., Manderlink, G. et Sansone, C. (1992). Competence processes and achievement motivation: implications for intrinsic motivation. In A.K. Boggiano, & T.S. Pittman (Eds.), Achievement and motivation: a social-developmental perspective (pp. 115-137). Canada: Cambridge University Press.

Heller, M.C. et Krauss, H.H. (1991). Perceived self-efficacy as a predictor of aftercare treatment entry by the detoxification patient. Psychological Reports, 68, 1047-1052.

Hendricks, U.M., Kaplan, C.D., Vanlimbeek, J. et Geerlings, P. (1989). The Addiction Severity Index: reliability and validity in a dutch addict population. Journal of Substance Treatment, 6, 133-141.

Horvath, A.T. (1993). Enhancing motivation for treatment of addictive behavior: guidelines for the psychotherapist. Psychotherapy, 30(3), 473-480.

Isenhart, C.E. (1994). Motivational subtypes in an inpatient sample of substance abusers. Addictive Behaviors, 19(5), 463-475.

Jenner, H. (1990). The Pygmalion effect: the importance of expectancies. Alcoholism Treatment Quarterly, 7(2), 127-133.

Joe, G.W., Simpson, D.D. et Broome, K.M. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. Addiction, 93(8), 1177-1190.

Jones, B.T. et McMahon, J. (1992). Negative and positive expectancies in lone and group problem drinkers. British Journal of Addiction, 87, 929-930.

Jude, C.M. et Kenny, D.A. (1981). Process analysis: estimating mediation in treatment evaluations. Evaluation Review, 5(5), 602-609.

Kludt, C.J. et Perlmutter, L. (1999). Effects of control and motivation on treatment outcome. Journal of Psychoactive Drugs, 31(4), 405-414.

Knight, D.K., Hood, P.E., Logan, S.M. et Chatam, L.R. (1999). Residential treatment for women with dependent children: one agency's approach. Journal of Psychoactive Drugs, 31(4), 339-351.

Kosten, T.R., Rounsaville, B.J. et Kebler, H.D. (1985). Concurrent validity of the Addiction Severity Index. Journal of Nervous and Mental Disease, 171, 606-610.

Kowal, J. et Fortier, M.S. (2000). Testing relationships from the hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation using flow as a motivational consequence. Research Quarterly for Exercise and Sport, 71(2), 171-181.

Krampen, G. (1989). Motivation in the treatment of alcoholism. Addictive Behaviors, 14, 197-200.

Laflamme-Cusson, S. et Moisan, C. (1993). Le cheminement de la clientèle adulte des établissements publics de réadaptation de la toxicomanie. Étude conjointe du Ministère de la Santé et des Services Sociaux et de l'équipe Recherche et Intervention sur les Substances Psychoactives-Québec (RISQ), 124 pp.

Lang, M.A., Davidson, L., Bailey, P. et Levine, M.S. (1999). Clinicians' and clients' perspectives on the impact of assertive community treatment. Psychiatric Services, 50(10), 1331-1340.

Légaré, L., Lebeau, A., Boyer, R. et St-Laurent, D. (1995). Santé mentale. In C. Lavallée, C. Bellerose, J. Camirand et R. Caris (sous la direction de), Aspects sociaux reliés à la santé. Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993. volume 1, pp. 217-255. Montréal, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec.

Lennings, C.J. (1996). Self-efficacy and temporal orientation as predictors of treatment outcome in severely dependent alcoholics. Alcoholism Treatment Quarterly, 14(4), 71-79.

Li, C.C. (1975). Path analysis: - a primer. CA: Boxwood Press.

Maddux, J.E. (1991). Self-efficacy. In C.R. Snyder et D.R. Forsyth (Eds.), Handbook of Social and Clinical Psychology: the Health Perspective (pp. 57-78). New-York: Pergammon Press.

Maisto, S.A., Carey, K.B. et Bradizza, C.M. (1999). Social learning theory. In K.E. Leonard and H.T. Blane (Eds.), Psychological theories of drinking and alcoholism (pp. 106-163). New-York, NY: Guilford Press.

Major, S. et Bergeron, J. (1997). Les attitudes et les attentes à l'égard de la consommation et de l'abstinence comme facteur favorisant la participation au traitement. Psychotropes, 2, 81-96.

Mayer, J.E. et Sayer Koeningsmark, C.P. (1991). Self-efficacy, relapse and the possibility of posttreatment denial as a stage in alcoholism. Alcoholism Treatment Quarterly, 8(4), 1-16.

McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, C.E. et O'Brien, C.P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Journal of Nervous and Mental Disease, 168, 26-33.

Mc Murray, J.-P., Nessman, D.G., Haviland, M.G. et Anderson, D.L. (1987). Depressive symptoms and persistence in treatment for alcohol dependence. Journal of Studies on Alcohol, 48(3), 277-280.

Merikangas, K.R., & Gelernter, C.S. (1990). Comorbidity for alcoholism and depression. Psychiatric Clinics of North America, 13(4), 613-632.

Miller, W.R. (1985). Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. Psychological Bulletin, 98, 84-107.

Miller, W.R. (1995). Increasing motivation for change. In R.K. Hester (Éd.), Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives, 2^e éd. (pp.89-104). Boston, MA : Allyn & Bacon.

Miller, W.R. (1996). Motivational interviewing: research, practice, and puzzles. Addictive behaviors, 21(6), 835-842.

Miller, W.R. (1999). Enhancing motivation for change in substance abuse treatment. TIP Series #35. U.S. Department of Health and Human Services. Center for Substance Abuse Treatment. Rockville, MD.

Miller, W.R., Benefield, G. et Tonigan, J. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. Journal

of Consulting and Clinical Psychology, 61(3), 455-461.

Miller, K.J., McCrady, B.S., Abrams, D.B. et Labouvie, E.W. (1994). Taking an individualized approach to the assessment of self-efficacy and the prediction of alcoholic relapse. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 16(2), 111-120.

Miller, W.R. et Rollnick, S. (1991). Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford.

Miller, W.R. et Sanchez, V.C. (1994). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In G.S. Howard et P.E. Nathan (Eds.), Alcohol use and misuse by young adults (pp. 55-81). Notre-Dame, Indiana: University of Notre-Dame Press.

Nadeau, L. (1990). Vivre avec l'alcool: la consommation, les effets, les abus. Montréal: Les Éditions de l'Homme.

Nelson-Zlupko, L., Dore, M.M., Kauffman, E. et Kaltenbach, K. (1996). Women in recovery: Their perceptions of treatment effectiveness. Journal of Substance Abuse Treatment, 13(1), 51-59.

Noonan, W.C. et Moyers, T.B. (1997). Motivational interviewing. Journal of Substance Misuse, 2, 8-16.

Pelletier, L.G., Tuson, K.M. et Haddad, N.K. (1997). Client motivation for therapy scale: a measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation for therapy. Journal of Personality Assessment, 68(2), 414-435.

Pfeiffer, W., Feuerlein, W. et Brenk-Schulte, E. (1991). The motivation of alcohol dependents to undergo treatment. Drug and Alcohol Dependence, 29, 87-95.

Prochaska, J.O. et DiClemente, C.C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W.R. Miller et N. Heather (Eds.), Treating addictive behaviors (pp. 3-27). New-York: Plenum Press.

Project MATCH Research Group (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. Journal of Studies on Alcohol, 58, 7-29.

Project MATCH Research Group (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 22, 1300-1311.

Provost, G. (1994). Relations entre les stades de changement du modèle de Prochaska et DiClemente et la persévérance dans un traitement pour alcooliques et toxicomanes. Mémoire de maîtrise. Université de Montréal.

Reeve, J. (1992). Understanding motivation and emotion. Montréal: HBJ Publishers.

Rogalski, C.J. (1990). The Addiction Severity Index: predicting relationship to a hospital and a professional. The International Journal of the Addictions, 25(2), 179-193.

Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), Psychology: A Study of a Science. Vol. 3, Formulations of the Person and the Social Context (pp.184-256). NY:McGraw-Hill.

Rogers, R.W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. The Journal of Psychology, 91, 93-114.

Rogers, R.W., Deckner, C.W. et Mewborn, C.R. (1978). An expectancy-value theory approach to the long-term modification of smoking behavior. Journal of Clinical Psychology, 34(2), 562-566.

Rogers, R.W. et Mewborn, C.R. (1976). Fear appeals and attitude change: effects of a threat's noxiousness, probability of occurrence, and the efficacy of coping responses. Journal of Personality and Social Psychology, 34(1), 54-61.

Rosenbaum, R.L. et Horowitz, M.J. (1983). Motivation for psychotherapy: a factorial and conceptual analysis. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 20(3), 346-354.

Ryan, R.M. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. Journal of Personality, 63(3), 397-427.

Ryan, R.M. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: classic definitions and new directions. Contemporary Educational Psychology, 25, 54-67.

Ryan, R.M. et Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. American Psychologist, 55(1), 68-78.

Ryan, R.M., Plant, R.W. et O'Malley, S. (1995). Initial motivation for alcohol treatment: relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. Addictive Behaviors, 20(3), 279-297.

Schlegel, R.P., D'Avernas, J.R., Zarna, M.P., De Courville, N.H. et Manske, S.R. (1992). Problems drinking: a problem for the theory of reasoned action? Journal of Applied Social Psychology, 22(5), 358-385.

Simoneau, H., Bergeron, J., Brochu, S. et Landry, M. (2001). Motivation au traitement: de la validation d'un questionnaire à l'hypothèse d'un paradoxe motivationnel chez les personnes alcooliques et toxicomanes. Revue canadienne des sciences du comportement.

Simoneau, H., Bergeron, J., Cournoyer, L.G., Landry, M. et Brochu, S. (1999). Relation entre la détresse psychologique, le soutien social et la persévérance dans le traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies. Psychotropes,5(1), 7-30.

Stark, M.J. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: a clinically oriented review. Clinical Psychology Review, 12, 93-116.

Vallerand, R.J. (1997). Toward a hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation. Advances in experimental social psychology, 29, 271-360.

Vallerand, R.J., Blais, M.C., Lacouture, Y. et Deci, E.L. (1987). L'Échelle des Orientations Générales à la Causalité: validation canadienne française du General Causality Orientations Scale. Revue canadienne des sciences du comportement, 19(1), 1-15.

Vallerand, R.J. et Brière, N. (1995). Développement et validation de l'Échelle de Motivation à la Consommation d'Alcool (ÉMCA). Rapport de recherche #

RS 1763 subventionné par le CQRS. 46 pp.

Vallerand, R.J. et Bissonnette, R. (1992). Intrinsic, extrinsic, and amotivational styles as predictors of behavior: a prospective study. Journal of Personality, 60, 599-620.

Vallerand, R.J. et Reid, G. (1988). On the relative effects of positive and negative verbal feedback on males' and females' intrinsic motivation. Canadian Journal of Behavioral Science, 20(3), 239-250.

Vallerand, R.J. et Thill, E. (1993). Introduction à la psychologie de la motivation. Montréal: Étude Vivante.

Wilkinson, D.A. et LeBreton, S. (1986). Early indications of treatment outcomes in multiple drug users. In W.R. Miller, & N. Heather (Eds.), Treating addictive behaviors: Processes of change (pp. 239-261). New-York, NY: Plenum Press.

Williams, G.C. et Deci, E.L. (1996). Internalization of biosychosocial values by medical students: a test of self-determination theory. Journal of Personality and Social Psychology, 70(4), 767-779.

Williams, G.C., Grow, V.M., Freedman, Z.R., Ryan, R.M. et Deci, E.L. (1996). Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. Journal of Personality and Social Psychology, 70(1), 115-126.

Yahne, C.E. et Miller, W.R. (1999). Enhancing motivation for treatment and change. In B.S. McCrady, & E.E. Epstein (Eds.), Addictions: a Comprehensive Guidebook (pp. 235-249). New-York, NY: Oxford University Press.

APPENDICE A

FORMULE DE CONSENTEMENT

RECHERCHE ET INTERVENTION SUR LES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES - QUÉBEC (RISQ).

Projet de recherche sur la persévérance en traitement.

Nom de l'utilisateur : _____

Date de naissance : _____

J'accepte librement de participer au présent projet de recherche de l'Université de Montréal, qui est sous la responsabilité de M. Jacques Bergeron. Les objectifs, les procédures et les implications de ma participation à ce projet de recherche m'ont été clairement expliqués par :

(nom de l'agent de recherche) _____

Je comprends que ma participation à ce projet comporte les engagements suivants :

1. J'accepte de rencontrer un agent de recherche au début de ma démarche de réadaptation afin de répondre à un ensemble de questionnaires portant sur divers aspects de ma motivation, de mes sentiments et des problèmes que je peux ressentir. Cette rencontre sera d'une durée d'environ une heure et à la fin je recevrai 10,00 \$ pour ma participation.
2. Pendant la prochaine année, je serai invité(e) à trois ou quatre reprises, à répondre à des questionnaires (soit en personne ou par téléphone), pour évaluer les progrès accomplis depuis le début de ma démarche de réadaptation. La durée de chacune des entrevues sera d'environ une heure et je recevrai un montant de 10,00\$ pour chacune de mes participations à ces entrevues.
3. J'autorise les membres de l'équipe de recherche à entrer en contact avec moi aux numéros de téléphone mentionnés sur la feuille ci-jointe pour prendre rendez-vous avec moi. Les membres de l'équipe de recherche qui appelleront à ces numéros de téléphone prendront soin de ne pas mentionner que je suis en traitement pour un problème de toxicomanie s'ils rejoignent une autre personne que moi-même.

4. J'autorise les membres de l'équipe de recherche à me faire parvenir du courrier à mon adresse courante, pourvu que l'enveloppe et le contenu de la lettre ne fassent pas mention du Centre Dollard Cormier, ou de ma démarche de réadaptation.
5. J'autorise les membres de l'équipe de recherche à entrer en contact avec les personnes dont les coordonnées se trouvent sur la feuille ci-jointe et de mentionner que j'ai participé à un projet de recherche de l'université de Montréal s'ils ne parviennent pas à me rejoindre directement.

Les contacts avec ces personnes seront effectués uniquement pour me retracer et en prenant soin de ne pas mentionner que je suis en traitement pour un problème de toxicomanie et en respectant toutes les règles de confidentialité.

J'autorise l'équipe de recherche à prendre tous les moyens nécessaires pour me retracer afin de m'inviter à compléter le questionnaire. Ces moyens m'ont été expliqués par l'agent de recherche qui m'a rencontré et ne seront utilisés que si l'équipe perd tout contact avec moi. Il est convenu que les informations recueillies (adresse, numéro de téléphone) serviront **uniquement** pour la dite recherche et qu'aucun renseignement me concernant ne pourra être transmis à quiconque. Toutes les informations recueillies pour cette recherche demeureront **strictement confidentielles**.

6. J'autorise l'équipe de recherche à consulter mon dossier d'utilisateur à Dollard Cormier pour connaître mes réponses au questionnaire IGT, de même que le nombre et la durée des activités auxquelles j'ai participé au cours de ma démarche de réadaptation, ou pour y rechercher tout renseignement jugé pertinent pour me retracer dans l'éventualité qu'on ne soit plus capable de me rejoindre avec les informations que j'ai fournies dans le présent formulaire.
7. Je comprends que les informations recueillies pour cette recherche demeureront strictement confidentielles. Seuls des résultats de groupes pourront être rendus publics et toutes les précautions seront prises pour préserver l'anonymat des participants. J'accepte que les membres de l'équipe de recherche aient accès aux informations recueillies dans la mesure où ces règles de confidentialité seront observées.
8. J'autorise l'équipe de recherche à révéler aux intervenants concernés de Dollard Cormier que je participe au projet de recherche, et ce, uniquement pour suivre mon cheminement dans les services ou pour solliciter leur participation à la recherche en répondant à des questionnaires concernant ma démarche. Ces derniers n'auront aucunement accès à mes réponses aux questionnaires que j'aurai remplis et je n'aurai pas accès aux réponses aux questionnaires qu'ils auront remplis à mon sujet.
9. Ma participation à ce projet demeure volontaire et je peux me retirer à tout moment de la recherche. La décision de me retirer du projet n'affectera d'aucune façon mon droit de recevoir des services de réadaptation.

Signature de l'utilisateur

Date

Signature du témoin

Pour toute question ou représentation concernant ma participation à ce projet, je puis m'adresser à monsieur Jacques Bergeron, responsable de la recherche à l'Université de Montréal, au numéro de téléphone suivant: 343-5811

Pour toute plainte, je puis m'adresser à monsieur Michel Landry, Directeur des services professionnels et de réadaptation, au 385-0046.

FICHE SIGNALÉTIQUE DU SUJET.

Attention : cette feuille doit être brochée au formulaire de consentement et en fait partie intégrante.

de recherche : _____

de dossier Centre Dollard-Cormier : _____

NOM : _____

PRÉNOM: _____

DATE DE NAISSANCE : _____ # D'ASSURANCE SOCIALE : _____

DE PERMIS DE CONDUIRE : _____

ADRESSE : _____ VILLE: _____

CODE POSTAL : _____ NO DE TÉLÉPHONE (MAISON) : _____

NO DE TÉLÉPHONE (TRAVAIL) : _____ NO PAGET/CELLULAIRE : _____

INFORMATION SUR LES MEMBRES DE L'ENTOURAGE

	Nom	# de téléphone	Adresse
Père:	_____	_____	_____
Mère:	_____	_____	_____
Frère:	_____	_____	_____
Soeur:	_____	_____	_____
Conjoint(e):	_____	_____	_____
Enfant (majeur):	_____	_____	_____
Ami(e)s:	_____	_____	_____
Parrain A.A.:	_____	_____	_____
Thérapeute:	_____	_____	_____
Agent de gestion de cas ou libération conditionnelle:	_____	_____	_____
Autres (voisins, concierge, etc.):	_____	_____	_____

Quel est le contact le plus certain où il serait possible de vous rejoindre ou de laisser un message en tout temps : (faire un astérisque)

DATE: _____

LISTE DES MOYENS

à l'intention des agents à expliquer à l'utilisateur

Des contacts avec ces organismes ou institutions pourront être entrepris dans la mesure où il nous serait impossible de vous rejoindre ou de vous retracer avec les renseignements se trouvant sur votre fiche de l'utilisateur. Il est à noter que ces contacts constituent un dernier recours se faisant en toute légalité et en respectant les mesures de **confidentialité**.

- Assurance-chômage
- Ministère de la Sécurité du Revenu
- Société de l'assurance automobile du Québec
- Sûreté du Québec
- Plumitif (registre du ministère de la justice)
- Bureau de crédit
- Maisons de thérapie privées
- Établissement de détention
- Centres de réadaptation
- Centres hospitaliers
- Maisons de transition

Signature de l'utilisateur

Date

Signature de l'agent

FORMULE D'AUTORISATION

RECHERCHE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

(sous la responsabilité de Jacques Bergeron)
(professeur agrégé à l'U de M)

La présente atteste que j'ai accepté de participer au projet de recherche de l'équipe de l'Université de Montréal. Le projet a débuté à la date inscrite au bas de la lettre et se poursuivra pendant un an. Pour les fins de la recherche et pendant cette période, j'autorise toute personne étant en possession de renseignements permettant à l'équipe de recherche de me rejoindre de les leur transmettre. S'il s'agit d'un établissement où je suis hébergé, j'autorise l'équipe de recherche à me rencontrer pour m'inviter à compléter les questionnaires du projet auquel je participe. Si je ne peux être rejoint(e) à cet endroit et que le personnel possède de nouvelles coordonnées, ce dernier est alors autorisé à les transmettre à l'équipe de recherche.

Il est entendu que ces informations resteront strictement **confidentielles**.

Signature de l'utilisateur

Date

Signature de l'agent(e)

Code _____

FORMULE DE CONSENTEMENT

RECHERCHE ET INTERVENTION SUR LES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES- QUÉBEC (RISQ)

Nom de l'utilisateur: _____

Date de naissance: _____

J'accepte librement de participer au présent projet de recherche de l'Université de Montréal, qui est sous la responsabilité de M. Jacques Bergeron. Les procédures et les implications de ma participation à ce projet de recherche m'ont été clairement expliqués par:

(Nom de l'agent de recherche) _____

Je comprends que ma participation à ce projet comporte les engagements suivants:

1. J'accepte de rencontrer un agent de recherche au début de ma démarche de réadaptation afin de répondre à un ensemble de questionnaires portant sur divers aspects de ma motivation, de mes sentiments et des problèmes que je peux ressentir. Cette rencontre sera d'une durée d'environ une demi-heure et à la fin je recevrai \$10.00 pour ma participation.
2. Dans environ six semaines, si je poursuis ma démarche au Centre Dollard-Cormier, je serai invité(e) à répondre à des questionnaires pour évaluer les progrès accomplis depuis le début de ma démarche. Cette entrevue sera d'environ une demi-heure et je recevrai \$10.00 pour ma participation.
3. J'autorise les membres de l'équipe de recherche à entrer en contact avec moi aux numéros de téléphone mentionnés sur la feuille ci-jointe pour prendre rendez-vous avec moi. Les membres de l'équipe de recherche qui appelleront à ces numéros de téléphone prendront soin de ne pas mentionner que je suis en traitement pour un problème de toxicomanie s'ils rejoignent une autre personne que moi-même.
4. J'autorise les membres de l'équipe de recherche à me faire parvenir du courrier à mon adresse courante pourvu que l'enveloppe et le contenu de la lettre ne

fassent pas mention du Centre Dollard-Cormier ou de ma démarche de réadaptation.

5. J'autorise les membres de l'équipe de recherche à entrer en contact avec les personnes dont les coordonnées se trouvent sur la feuille ci-jointe et de mentionner que j'ai participé à un projet de recherche à l'Université de Montréal s'ils ne parviennent pas à me rejoindre directement.

Les contacts avec ces personnes seront effectués uniquement pour me retracer et en prenant soin de ne pas mentionner que je suis en traitement pour un problème de toxicomanie et en respectant toutes les règles de la **confidentialité**.

6. J'autorise les membres de l'équipe de recherche à révéler aux intervenants de Dollard-Cormier concernés que je participe au projet de recherche, et ce, uniquement pour suivre mon cheminement dans les services. Ces derniers n'auront aucunement accès à mes réponses aux questionnaires que j'aurai remplis.
7. J'autorise les membres de l'équipe de recherche à consulter mon dossier d'usager à Dollard-Cormier pour connaître mes réponses au questionnaire IGT, de même que le nombre et la durée des activités auxquelles j'aurai participé au cours de ma démarche de réadaptation, ou pour y rechercher tout renseignement jugé pertinent pour me retracer dans l'éventualité qu'on ne soit plus capable de me rejoindre avec les informations que j'ai fournies dans le présent formulaire.
8. Je comprends que les informations recueillies pour cette recherche demeureront **strictement confidentielles**. Seuls des résultats de groupes pourront être rendus publics et toutes les précautions seront prises pour préserver l'anonymat des participant(es). J'accepte que les membres de l'équipe de recherche aient accès aux informations recueillies dans la mesure où ces règles de **confidentialité** seront observées.
9. Ma participation à ce projet demeure volontaire et je peux me retirer à tout moment de la recherche. La décision de me retirer n'affectera d'aucune façon mon droit de recevoir des services de réadaptation.

Signature de l'usager

Date

Signature du témoin

Pour toute question ou représentation concernant ma participation à ce projet, je puis m'adresser à monsieur Jacques Bergeron, responsable de la recherche à l'Université de Montréal, au numéro de téléphone suivant: 343-5811.

Pour toute plainte, je puis m'adresser à monsieur Michel Landry, Directeur des services professionnels et de réadaptation, au 385-0046.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Note: cette feuille doit être brochée au formulaire de consentement et en fait partie intégrante.

de recherche: _____

de dossier au Centre Dollard-Cormier: _____

NOM: _____ PRÉNOM: _____

DATE DE NAISSANCE: _____

ADRESSE: _____

VILLE: _____

CODE POSTAL: _____

TÉL. (MAISON): _____ TÉL. (TRAVAIL): _____

PAGET/CELLULAIRE: _____

AUTRES NUMÉROS DE TÉLÉPHONE

Indiquer les noms et numéros de téléphone des gens de votre entourage où on pourrait laisser un message si on ne parvient pas à vous rejoindre autrement. Mentionner le lien que vous entretenez avec cette personne (père, mère, soeur, ami, ex-conjoint, etc.).

1. NOM: _____

LIEN: _____

TÉLÉPHONE: _____

2. NOM: _____

LIEN: _____

TÉLÉPHONE: _____

3. NOM: _____

LIEN: _____

TÉLÉPHONE: _____

4. NOM: _____

LIEN: _____

TÉLÉPHONE: _____

DATE: _____

APPENDICE B

ÉOGC-12

© Robert J. Vallerand, Yves Lacouture, Marc R. Blais et Edward L. Deci, 1987.

Cette échelle ne peut être utilisée qu'à des fins de recherche. Vous pouvez utiliser cette échelle dans votre recherche pourvu que vous citiez la référence complète.

Laboratoire de recherche sur le comportement social /
Research Laboratory on Social Behavior
Département de psychologie / Department of Psychology
Université du Québec à Montréal / University of Quebec at Montreal
Case postale 8888, Succursale Centre-Ville / P.O. Box 8888, Succ. Centre-Ville
Montréal (Québec)
H3C 3P8

Téléphone / Phone: (514) 987-4836
Télécopieur / Fax: (514) 987-7953
Courrier électronique / E-mail: @ER.UQAM.CA

APPENDICE C

Code _____

Date _____

MOTIFS DE CHEMINEMENT

Plusieurs raisons peuvent expliquer pourquoi une personne est en traitement dans un centre comme Dollard-Cormier. Ces raisons peuvent changer avec le temps.

Indiquez à quel point chacun des énoncés suivants correspond à l'une des raisons pour lesquelles vous êtes présentement en thérapie au Centre Dollard-Cormier. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses; ce qui compte c'est ce que vous ressentez vraiment.

Ne correspond pas du tout	Correspond très peu	Correspond un peu	Correspond moyennement	Correspond assez	Correspond beaucoup	Correspond exactement
1	2	3	4	5	6	7

POURQUOI ÊTES-VOUS PRÉSENTEMENT EN THÉRAPIE AU CENTRE DOLLARD-CORMIER?

-
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Parce que je veux me prouver que je suis capable de réussir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Parce que je ne veux pas perdre quelque chose qui me tient à coeur (par exemples: mon travail, ma maison, etc.). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Parce que j'avais besoin d'aide pour m'en sortir mais je crois que je peux continuer par moi-même. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Parce que régler mes problèmes de consommation, c'est comme un cadeau que je me fais. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Parce que le fonctionnement du Centre Dollard-Cormier me convient très bien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Parce qu'étant donné que j'ai fait des démarches, il faut que j'aie jusqu'au bout. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Parce que mes problèmes de santé vont empirer si je ne règle pas mes problèmes de consommation. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Parce que je <u>choisis</u> de redonner un sens à ma vie. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Parce que je <u>choisis</u> de vivre en paix avec moi-même. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Ça va tellement bien qu'il y a des jours où je crois que je n'en ai plus besoin. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Ne correspond pas du tout	Correspond très peu	Correspond un peu	Correspond moyennement	Correspond assez	Correspond beaucoup	Correspond exactement
1	2	3	4	5	6	7

POURQUOI ÊTES-VOUS PRÉSENTEMENT EN THÉRAPIE AU CENTRE DOLLARD-CORMIER?

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 11. Je ne sais pas trop: je tourne en rond, je n'avance à rien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. Parce que je veux regagner la confiance des personnes importantes pour moi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. Parce que je suis obligé(e) (par exemples: par mon conjoint, mon employeur, la cour, la DPJ, etc.). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. Parce que j'ai pris l'habitude de venir: au fond, j'ai réglé tout ce que je voulais régler. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. Parce que j'essaie tout ce qui peut m'aider à m'améliorer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. Je ne sais pas: maintenant que ça va mieux, je pourrais continuer avec AA(CA ou NA). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. Parce que c'est le moyen que je <u>préfère</u> pour apprendre à vivre d'une manière plus équilibrée. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. Parce que je veux éviter d'avoir des problèmes avec mon entourage, mon employeur <u>ou</u> la justice. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. Parce qu'on m'a promis de me donner de belles choses si je réussis (par exemples: un travail, une promotion, un droit de visite, une réconciliation, etc.). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. Parce qu'il <u>faut</u> que j'arrête de tout détruire autour de moi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21. Parce que je <u>choisis</u> de me donner une chance de m'en sortir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22. Parce que je veux <u>enfin</u> pouvoir être fier(ère) de moi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23. Parce qu'il <u>faut</u> que je fasse quelque chose, ma vie n'a plus de sens. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24. Parce que je crois que c'est la <u>meilleure</u> façon de m'en sortir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 25. Parce que je vais m'en vouloir si je n'atteins pas mon but. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 26. Parce qu'il <u>faut</u> que je reprenne le contrôle de ma vie. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 27. Je n'en ai plus pour longtemps parce que j'ai déjà reçu ce dont j'avais besoin. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 28. Parce que je me <u>connais très bien</u> et que c'est bon pour moi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 29. Parce que ça fait plaisir à quelqu'un que j'aime. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 30. Parce qu'il ne <u>faut</u> plus que je fasse des choses que je regrette ensuite. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Ne correspond pas du tout	Correspond très peu	Correspond un peu	Correspond moyennement	Correspond assez	Correspond beaucoup	Correspond exactement
1	2	3	4	5	6	7

POURQUOI ÊTES-VOUS PRÉSENTEMENT EN THÉRAPIE AU CENTRE DOLLARD-CORMIER?

-
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 31. Parce que je veux que les autres cessent de me critiquer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 32. Je ne sais pas: les thérapies ne m'ont jamais aidé. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 33. Je ne sais pas: la thérapie ça ne change pas grand-chose. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 34. Parce que, même si <u>personne ne m'oblige</u> à venir en traitement, il <u>faut</u> absolument que je réussisse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 35. Je ne sais pas: on dirait que jamais rien ne fonctionne pour moi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 36. Parce que c'est un <u>choix</u> en accord avec mes valeurs et mes principes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 37. Depuis que j'ai réglé mes problèmes de consommation, je ne sais plus pourquoi je continue. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 38. Parce que je suis un cas désespéré: il me faut un thérapeute extraordinaire pour m'en sortir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 39. Ce n'est pas clair dans ma tête pourquoi je suis ici. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 40. Je me suis tellement amélioré(e) que j'hésite entre continuer et arrêter. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 41. Parce que je veux améliorer ma situation financière. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 42. Au cas où ça m'aiderait mais je n'y crois pas tellement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 43. Je ne sais pas ce qui me retient car je me sens beaucoup mieux. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 44. Parce que ça m'a beaucoup aidé mais, maintenant, ce n'est plus vraiment nécessaire. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 45. Il y a des jours où je me le demande. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 46. Parce que je suis fatigué(e) de me sentir incorrect(e). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 47. Parce que je ne sais pas quoi faire d'autre pour m'en sortir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 48. Parce que c'est la seule thérapie qui est gratuite. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 49. J'ai déjà eu de bonnes raisons mais, maintenant, j'ai atteint mon but. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 50. Parce que je souhaite me rapprocher de ceux que j'aime. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
-

Code _____

Date _____

MOTIFS DE CHEMINEMENT

Plusieurs raisons peuvent expliquer pourquoi une personne est en traitement dans un centre comme Dollard-Cormier. Ces raisons peuvent changer avec le temps.

Indiquez à quel point chacun des énoncés suivants correspond à l'une des raisons pour lesquelles vous êtes présentement en thérapie au Centre Dollard-Cormier. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses; ce qui compte c'est ce que vous ressentez vraiment.

Ne correspond pas du tout	Correspond très peu	Correspond un peu	Correspond moyennement	Correspond assez	Correspond beaucoup	Correspond exactement
1	2	3	4	5	6	7

POURQUOI ÊTES-VOUS PRÉSENTEMENT EN THÉRAPIE AU CENTRE DOLLARD-CORMIER?

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Parce que je suis fatigué(e) de me sentir incorrect(e). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Au cas où ça m'aiderait mais je n'y crois pas tellement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Parce que je ne veux pas perdre quelque chose qui me tient à coeur (par exemples: mon travail, ma maison, etc.). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Parce que je crois que c'est la <u>meilleure</u> façon de m'en sortir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Parce que j'avais besoin d'aide pour m'en sortir mais je crois que je peux continuer par moi-même. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Parce que ça fait plaisir à quelqu'un que j'aime. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Parce que j'essaie tout ce qui peut m'aider à m'améliorer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Je n'en ai plus pour longtemps parce que j'ai déjà reçu ce dont j'avais besoin. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Parce qu'il <u>faut</u> que j'arrête de tout détruire autour de moi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Je ne sais pas: on dirait que jamais rien ne fonctionne pour moi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. Parce que c'est le moyen que je <u>préfère</u> pour apprendre à vivre d'une manière plus équilibrée. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Ne correspond pas du tout	Correspond très peu	Correspond un peu	Correspond moyennement	Correspond assez	Correspond beaucoup	Correspond exactement
1	2	3	4	5	6	7

POURQUOI ÊTES-VOUS PRÉSENTEMENT EN THÉRAPIE AU CENTRE DOLLARD-CORMIER?

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 12. Il y a des jours où je me le demande. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. Parce que je veux éviter d'avoir des problèmes avec mon entourage, mon employeur <u>ou</u> la justice. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. J'ai déjà eu de bonnes raisons mais, maintenant, j'ai atteint mon but. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. Parce qu'il <u>faut</u> que je fasse quelque chose, ma vie n'a plus de sens. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. Parce que je suis obligé(e) (par exemples: par mon conjoint, mon employeur, la cour, la DPJ, etc.). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. Je ne sais pas ce qui me retient car je me sens beaucoup mieux. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. Parce que le fonctionnement du Centre Dollard-Cormier me convient très bien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. Parce qu'il <u>faut</u> que je reprenne le contrôle de ma vie. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. Parce que je suis un cas désespéré: il me faut un thérapeute extraordinaire pour m'en sortir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21. Parce que régler mes problèmes de consommation, c'est comme un cadeau que je me fais. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22. Je ne sais pas: les thérapies ne m'ont jamais aidé. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23. Parce que je veux <u>enfin</u> pouvoir être fier(ère) de moi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24. Parce que je veux regagner la confiance des personnes importantes pour moi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 25. Parce que j'ai pris l'habitude de venir: au fond, j'ai réglé tout ce que je voulais régler. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

QUESTIONNAIRE SUR LES STYLES INDIVIDUELS

Dans les pages qui suivent, vous trouverez une série de mises en situation. Chacune décrit un incident et présente trois façons de réagir. Veuillez lire chaque mise en situation puis considérer les alternatives. Évaluez chaque alternative en termes des probabilités que vous puissiez agir de cette façon.

Nous répondons tous aux situations de différentes façons, et chaque alternative est au moins un peu probable pour vous. Si c'est très improbable que vous agissiez de la façon décrite dans une alternative donnée, vous écrirez alors les chiffres 1 ou 2. Si c'est modérément probable, vous écrirez un des chiffres au centre de l'échelle; et si c'est très probable que vous agissiez tel que décrit, vous écrirez alors 6 ou 7.

Après avoir décidé du chiffre, encerclez la réponse correspondante. Vous devez choisir un chiffre pour chacune des trois alternatives apparaissant avec chacune des mises en situation. Vous trouverez ci-dessous un exemple d'une mise en situation avec alternatives. Les vraies mises en situation débutent à la prochaine page.

EXEMPLE:

Encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre façon d'agir pour chacune des questions relatives à la mise en situation qui est décrite.

	très improbable		modérément probable			très probable	
	1	2	3	4	5	6	7

0. Vous discutez de politique avec un-e ami-e et vous vous trouvez en grand désaccord.

Il est probable que vous:

- | | |
|--|---------------|
| a) Forceriez votre point de vue et essayeriez d'amener votre ami-e à le comprendre. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| b) Changeriez de sujet puisque vous vous sentiriez incapable de faire passer votre point de vue. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| c) Essayeriez de comprendre la position de votre ami-e afin de comprendre pourquoi vous êtes en désaccord. | 1 2 3 4 5 6 7 |

Encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre façon d'agir pour chacune des questions relatives à la mise en situation qui est décrite.

très improbable		modérément probable		très probable		
1	2	3	4	5	6	7

1. On vous a offert une nouvelle position dans la compagnie où vous travaillez depuis quelques temps.

La première question qui vous viendra probablement à l'esprit est:

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| a) Vais-je être capable de faire face à ces nouvelles responsabilités ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| b) Ferais-je plus d'argent à ce nouveau poste ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| c) Est-ce que le nouveau travail sera intéressant ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

2. Vous avez un enfant d'âge scolaire. Lors de la soirée des parents à l'école, le (la) professeur-e vous dit que votre enfant ne réussit pas bien et ne semble pas impliqué dans ses travaux.

Vous allez probablement:

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| a) En parler avec votre enfant afin de mieux comprendre quel est le problème. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| b) Vous sentir comme un-e mauvais-e père (mère) de famille et espérer qu'il fasse mieux. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| c) Vous assurer qu'il fasse ses devoirs parce qu'il devrait travailler plus fort. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

3. Vous avez eu une entrevue pour un emploi il y a de ça plusieurs semaines. Vous avez reçu par le courrier, une lettre spécifiant que le poste avait été comblé.

Il est probable que vous pensiez que:

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| a) Ce n'est pas ce qu'on connaît qui compte, mais bien qui on connaît. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| b) Je ne dois pas être assez bon-ne pour le poste. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| c) Mes qualifications ne conviennent peut-être pas à leurs besoins. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Encerchez le chiffre qui correspond le mieux à votre façon d'agir pour chacune des questions relatives à la mise en situation qui est décrite.

très improbable		modérément probable			très probable	
1	2	3	4	5	6	7

4. Vous êtes superviseur-e de section et vous avez été chargé-e de déterminer les heures de pauses-café de trois employé-es qui ne peuvent être en pause en même temps.

Vous régleriez probablement en:

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| a) Expliquant la situation aux trois employé-es et en les invitant à établir l'horaire des pauses avec vous. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| b) Assignant les moments où chacun-e fait sa pause; c'est votre rôle en tant que superviseur-e. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| c) Déterminant, par le biais de quelqu'un d'autre, ce qui a été fait dans le passé et s'en tenir à ça. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

5. Dernièrement, un-e de vos amis-es intimes a été de très mauvaise humeur et à certaines reprises il(elle) est devenu-e très fâché-e contre vous à propos de rien.

Vous pourriez:

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| a) Partager vos observations avec lui(elle) et essayer de trouver ce qui se passe chez lui(elle). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| b) Ignorer ça parce qu'il n'y a pas grand chose que vous puissiez faire de toute façon. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| c) Lui dire que vous êtes encore prêt-e à vous tenir avec lui(elle) si et seulement si il(elle) fait un plus grand effort pour se contrôler. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

6. Vous venez de recevoir les résultats d'un examen et vous apprenez que votre résultat est très mauvais.

Votre première réaction sera probablement:

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| a) "Je ne fais jamais rien de bon" et vous vous sentirez triste. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| b) "Je me demande bien comment cela se fait que j'ai si mal réussi" et vous vous sentirez désappointé-e. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| c) "Cet examen stupide n'a pas mesuré ce que je sais" et vous vous sentirez fâché-e. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre façon d'agir pour chacune des questions relatives à la mise en situation qui est décrite.

très improbable		modérément probable			très probable	
1	2	3	4	5	6	7

7. Vous avez été invité-e à un gros "party" où vous connaissez peu de gens.

Alors que vous pensez à cette soirée, vous vous attendez probablement à ce que:

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| a) Vous essaieriez de faire ce qui est attendu de vous et vous ferez comme les autres. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| b) Vous trouverez des gens avec qui vous pourrez bien vous entendre. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| c) Vous vous sentirez quelque peu isolé-e et peu remarqué-e. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

8. On vous demande de préparer un pique-nique pour vous et vos collègues de travail.

Votre façon d'aborder ce projet pourrait fort probablement être caractérisée comme suit:

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| a) Prise en charge: c'est-à-dire que vous prendriez vous-même la plupart des décisions importantes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| b) Suivre la procédure habituelle: vous n'êtes pas vraiment fait pour la tâche. Alors vous feriez ce qui s'est fait dans le passé en espérant que le tout aille bien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| c) Encourager la participation: vous recherchiez l'avis des autres avant de faire des plans définitifs. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

9. Récemment un emploi qui aurait représenté une promotion pour vous, s'est ouvert à l'endroit où vous travaillez. Cependant, une personne avec qui vous travaillez s'est vu offrir l'emploi plutôt que vous.

En évaluant la situation, vous pensez probablement que:

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| a) Vous ne vous attendiez pas vraiment à obtenir l'emploi; il vous arrive fréquemment de vous faire "oublier". | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| b) L'autre personne a probablement "joué les bonnes cartes politiques" pour obtenir ce poste. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| c) Vous évalueriez probablement les facteurs de votre performance personnelle pour trouver les raisons qui expliquent pourquoi votre candidature n'a pas été retenue. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Encerchez le chiffre qui correspond le mieux à votre façon d'agir pour chacune des questions relatives à la mise en situation qui est décrite.

très improbable		modérément probable			très probable	
1	2	3	4	5	6	7

10. Vous entreprenez une nouvelle carrière.

Votre considération la plus importante sera probablement:

- a) De savoir s'il y a quelqu'un pour vous sortir du pétrin si vous êtes submergé-e. 1 2 3 4 5 6 7
- b) De savoir à quel point vous êtes intéressé-e par ce genre de travail. 1 2 3 4 5 6 7
- c) De savoir s'il y a de bonnes possibilités de promotion. 1 2 3 4 5 6 7

11. Une femme qui travaille pour vous a généralement fait un travail adéquat. Cependant, au cours des deux dernières semaines son travail n'a pas été "à la hauteur" et elle semble être moins activement intéressée dans son travail.

Votre réaction sera probablement de:

- a) Lui dire que son rendement au travail est en-dessous de ce qui est attendu d'elle et qu'elle devrait commencer à travailler. 1 2 3 4 5 6 7
- b) S'adresser auprès d'elle concernant le problème et lui laisser savoir que vous êtes disponible pour l'aider à "s'en sortir". 1 2 3 4 5 6 7
- c) C'est difficile de savoir quoi faire afin de la remettre sur le droit chemin. 1 2 3 4 5 6 7

12. Votre compagnie vous a promu-e à une position dans une ville éloignée de votre emplacement actuel.

En pensant au déménagement vous vous sentiriez probablement:

- a) Intéressé-e vis-à-vis le nouveau défi et à la fois un peu nerveux-se. 1 2 3 4 5 6 7
- b) Excité-e par rapport aux statut et salaire plus élevés qui sont impliqués. 1 2 3 4 5 6 7
- c) Anxieux-se face aux changements imminents et inquiet-e face à la possibilité d'échouer. 1 2 3 4 5 6 7

Code : _____

Date : _____

MOTIFS DE CONSULTATION

Un grand nombre de personnes qui ont des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues viennent chercher de l'aide dans des centres tels que Dollard Cormier. Dans ce sens, nous aimerions savoir pourquoi vous avez décidé de venir en traitement.

- 1a. Durant la dernière année, avez-vous reçu un **AVERTISSEMENT OU UNE MENACE DE VOTRE CONJOINT(E) OU D'UNE AUTRE PERSONNE SIGNIFICATIVE (famille, amis)**, concernant votre consommation d'alcool ou de drogues?

- 1) Non
 2) Oui

Si oui, lorsque cela est arrivé, jusqu'à quel point cette expérience a-t-elle influencé votre engagement à faire quelque chose à propos de votre problème de consommation d'alcool ou de drogues?

1	2	3	4	5
Pas du tout influencé	Un peu influencé	Moyennement influencé	Considérablement influencé	Beaucoup influencé

- 1b. Est-ce que votre demande actuelle de traitement est **EXIGÉE PAR CETTE OU CES PERSONNES?**

- 1) Non
 2) Oui

2. Durant la dernière année, avez-vous éprouvé des **PROBLÈMES SÉRIEUX DE SANTÉ** ou avez vous reçu un **AVERTISSEMENT DE VOTRE MÉDECIN** reliés directement à votre consommation d'alcool ou de drogues?

- 1) Non
 2) Oui

Si oui, lorsque cela est arrivé, jusqu'à quel point cette expérience a-t-elle influencé votre engagement à faire quelque chose à propos de votre problème de consommation d'alcool ou de drogues?

1	2	3	4	5
Pas du tout influencé	Un peu influencé	Moyennement influencé	Considérablement influencé	Beaucoup influencé

3. Durant la dernière année, avez-vous eu l'**IMPRESSION D'AVOIR ATTEINT VOTRE BAS FOND OU D'ÊTRE AU BOUT DU ROULEAU** concernant votre problème d'alcool ou de drogues?

1) Non
 2) Oui

Si oui, lorsque cela est arrivé, jusqu'à quel point cette expérience a-t-elle influencé votre engagement à faire quelque chose à propos de votre problème de consommation d'alcool ou de drogues?

1	2	3	4	5
Pas du tout influencé	Un peu influencé	Moyennement influencé	Considérablement influencé	Beaucoup influencé

4. Durant la dernière année, avez-vous eu l'intention de poser des gestes précis en rapport avec votre problème de consommation d'alcool ou de drogues parce que vous **CONNAISSIEZ QUELQU'UN QUI A RÉGLÉ SON PROBLÈME DE CONSOMMATION D'ALCOOL OU DE DROGUES**?

1) Non
 2) Oui

Si oui, lorsque cela est arrivé, jusqu'à quel point cette expérience a-t-elle influencé votre engagement à faire quelque chose à propos de votre problème de consommation d'alcool ou de drogues?

1	2	3	4	5
Pas du tout influencé	Un peu influencé	Moyennement influencé	Considérablement influencé	Beaucoup influencé

5. Durant la dernière année, avez vous vécu **UNE EXPÉRIENCE RELIGIEUSE OU SPIRITUELLE** quelconque directement reliée à votre problème de consommation d'alcool ou de drogues?

1) Non
 2) Oui

Si oui, lorsque cela est arrivé, jusqu'à quel point cette expérience a-t-elle influencé votre engagement à faire quelque chose à propos de votre problème de consommation d'alcool ou de drogues?

1	2	3	4	5
Pas du tout influencé	Un peu influencé	Moyennement influencé	Considérablement influencé	Beaucoup influencé

6. Durant la dernière année, avez-vous **VÉCU UN CHANGEMENT MAJEUR DANS VOTRE STYLE DE VIE** (perte du conjoint(e), perte de la garde des enfants, etc.), spécifiquement relié à votre problème de consommation d'alcool ou de drogues?

1) Non
 2) Oui

Si oui, lorsque cela est arrivé, jusqu'à quel point cette expérience a-t-elle influencé votre engagement à faire quelque chose à propos de votre problème de consommation d'alcool ou de drogues?

1	2	3	4	5
Pas du tout influencé	Un peu influencé	Moyennement influencé	Considérablement influencé	Beaucoup influencé

7. Durant la dernière année, avez-vous **VÉCU UN ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT** (accident, mort d'un proche, condamnation à la cour, etc.), spécifiquement relié à votre problème de consommation d'alcool ou de drogues?

1) Non

2) Oui

Si oui, lorsque cela est arrivé, jusqu'à quel point cette expérience a-t-elle influencé votre engagement à faire quelque chose à propos de votre problème de consommation d'alcool ou de drogues?

1
Pas du tout
influencé

2
Un peu
influencé

3
Moyennement
influencé

4
Considérablement
influencé

5
Beaucoup
influencé

8. Durant la dernière année, est-ce que **VOTRE EMPLOI A ÉTÉ MENACÉ** à cause de votre problème de consommation d'alcool ou de drogues?

1) Non

2) Oui

Si oui, lorsque cela est arrivé, jusqu'à quel point cette expérience a-t-elle influencé votre engagement à faire quelque chose à propos de votre problème de consommation d'alcool ou de drogues?

1
Pas du tout
influencé

2
Un peu
influencé

3
Moyennement
influencé

4
Considérablement
influencé

5
Beaucoup
influencé

9. Durant la dernière année, est-ce qu'**UN INTERVENANT DU SYSTEME JUDICIAIRE** (juge, avocat, DPJ) **VOUS A CONFRONTÉ À PROPOS DE VOTRE PROBLÈME** de consommation d'alcool ou de drogues?

1) Non

2) Oui

Si oui, lorsque cela est arrivé, jusqu'à quel point cette expérience a-t-elle influencé votre engagement à faire quelque chose à propos de votre problème de consommation d'alcool ou de drogues?

1
Pas du tout
influencé

2
Un peu
influencé

3
Moyennement
influencé

4
Considérablement
influencé

5
Beaucoup
influencé

10. Durant la dernière année, avez-vous vécu **AUTRE CHOSE** spécifiquement relié à votre problème de consommation d'alcool ou de drogues qui n'a pas été couvert par les autres questions?

1) Non

2) Oui Si oui, décrivez ce qui est arrivé.

Si oui, lorsque cela est arrivé, jusqu'à quel point cette expérience a-t-elle influencé votre engagement à faire quelque chose à propos de votre problème de consommation d'alcool ou de drogues?

1	2	3	4	5
Pas du tout influencé	Un peu influencé	Moyennement influencé	Considérablement influencé	Beaucoup influencé

11. Parmi l'ensemble des situations que vous avez dit avoir vécu aux questions 1 à 10, quelle a été la raison majeure qui vous a décidé à venir en traitement? (Encerclez la réponse correspondant à votre choix)

1. Avertissement ou une menace de votre conjoint(e) ou d'une autre personne significative (famille, amis)
2. Problèmes sérieux de santé ou avertissement de votre médecin
3. Impression d'avoir atteint votre bas fond ou d'être au bout du rouleau
4. Connaître quelqu'un qui a réglé son problème de consommation d'alcool ou de drogues
5. Expérience religieuse ou spirituelle
6. Changement majeur dans votre style de vie
7. Événement traumatisant
8. Emploi a été menacé
9. Un intervenant du système judiciaire (juge, avocat, dpj) vous a confronté à propos de votre problème de consommation d'alcool ou de drogue
10. Autre chose

Si aucune des raisons précédentes n'explique pourquoi vous êtes venu en traitement, décrivez en vos propres mots, pourquoi vous avez décidé de consulter maintenant?

12. Depuis combien de temps pensiez-vous aller chercher de l'aide avant d'entrer en traitement ici? _____ mois (si moins d'un mois, inscrivez moins d'un mois).

Date de l'entrevue

Année mois jour

Heure début

Heure fin

Centre de passation :

1. Centre Dollard-Cormier

1

Code contact :

1 - En personne

2 - Téléphone

Catégorie :

1. 6 semaines (T2)

2. 6 mois (T3)

3. 12 mois (T4)

Numéro dossier recherche

xli

Numéro dossier clinique

Numéro de code de l'interviewer

1. Sophie

2. Suzanne

3. Hélène

4. Geneviève

Code postal

-

Âge

Sexe

1 - Homme

2 - Femme

Recherche : Toxicomanie et Motivation

1

1. Au cours des 30 derniers jours, avez-vous été en institution?

1 - Oui

2 - Non

Si oui laquelle?

N/A (si non, à la question précédente)

1. Prison, maison de transition

2. Traitement alcool ou drogues (ex., centre de réadaptation ou désintoxication)

3. Traitement médical (ex. hôpital)

4. Traitement psychiatrique (ex., centre de crise)

5. Ressources d'hébergement (ex., pour femmes victimes de violence, pour jeunes ou sans-abri, résidences d'accueil)

6. Autres : (spécifiez) _____

2. Combien de jours?

N/A (si non à la question 1)

CONSIGNES

- Les codes «9» (ou «99», «999», «9999») sont utilisés pour «NSP = ne sait pas» ou «refus = refus de répondre».

- Le N/A signifie «ne s'applique pas».

► Items utilisés pour le calcul des scores composés

Note : Il est important de remplir toutes les cases (sauf si indication «allez à»). En cas de doute, utilisez l'espace prévu pour les commentaires, en indiquant le numéro de la question et donnez le plus de détails possible.

Utilisez la grille suivante pour répondre à ces questions.

▶		
1. Alcool (toute utilisation)		
2. Alcool (jusqu'à intoxication)		
3. Héroïne		
4. Méthadone		
5. Autres opiacés/analgésiques		
6. Barbituriques		
7a) Autres séd./hypn./tranquillisants		
7b) Antipsychotiques/antidépresseurs/lithium		
8. Cocaïne		
9. Amphétamines		
10. Cannabis		
11. Hallucinogènes		
12. Inhalants		

▶ 13. Plus d'une substance par jour (y compris l'alcool) 30 dern. jours

20. Au cours des 30 derniers jours, combien d'argent estimez-vous avoir dépensé :

9998 = 9998\$ et +
9999 - NSP ou refus

▶ pour de l'alcool?

▶ pour des drogues?

22. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous éprouvé :

▶ des problèmes d'alcool?

▶ des problèmes de drogues?

QUESTIONS 23 ET 24 : DEMANDEZ À L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4).

23. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par :

▶ ces problèmes d'alcool?

▶ ces problèmes de drogues?

24. Dans quelle mesure vous semble-t-il important, maintenant, d'avoir un traitement pour :

▶ ces problèmes d'alcool?

▶ ces problèmes de drogues?

ÉVALUATION DE CONFIANCE
Les renseignements ci-dessus sont-ils sensiblement faussés :

26. parce que l'usager dissimule la vérité?
1-Oui 2-Non

27. parce qu'il ne comprend pas les questions?
1-Oui 2-Non

COMMENTAIRES :

1. Combien de fois depuis votre dernière évaluation IGT ___/___/___/ avez-vous été hospitalisé (24 heures et plus) pour des problèmes de santé physique?

(Y compris surdoses et *délirium tremens*; excluant désintoxication)

00 - aucune hospitalisation

98 - 98 hospitalisations et plus

99 - NSP ou refus

3. Avez-vous un problème chronique de santé physique qui continue de perturber votre vie?

1-Oui 2-Non

4. Prenez-vous régulièrement un médicament prescrit pour un problème de santé physique?

1-Oui 2-Non

►8. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous éprouvé des problèmes de santé physique?

QUESTIONS 9 ET 10 : DEMANDEZ À L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4).

►9. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes de santé physique?

►10. Dans quelle mesure vous semble-t-il important maintenant de recevoir un traitement pour ces problèmes de santé physique?

ÉVALUATION DE CONFIANCE

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensiblement faussés :

12. ■ parce que l'usager dissimule la vérité?

1-Oui 2-Non

13. ■ parce qu'il ne comprend pas les questions?

1-Oui 2-Non

COMMENTAIRES :

RELATIONS FAMILIALES/INTERPERSONNELLES

1. Êtes-vous présentement...?
1. Marié(e) et vivant avec votre conjoint(e)
 2. Vivant en union libre avec un(e) conjoint(e)
 3. Séparé(e) (légalement ou non) ou divorcé(e) et ne vivant pas avec un(e) conjoint(e)
 4. Veuf(veuve) et ne vivant pas avec un(e) conjoint(e)
 5. Jamais marié(e) mais ayant vécu dans le passé avec un(e) conjoint(e) dans une union libre
 6. Jamais marié(e) et n'ayant jamais vécu avec un(e) conjoint(e)

- 2b. Êtes-vous satisfait de cette situation?
- 1-Oui 2-Non 3-Indifférent

- 9. Au cours des 30 derniers jours avez-vous connu des périodes significatives de graves problèmes de relation avec?

Mère biologique	<input type="checkbox"/>	1 - Oui 2 - Non 9 - NSP ou refus N/A - ne s'applique pas car l'usager n'a aucune personne du type mentionné (par exemple : pas de mère adoptive) ou n'a eu aucun contact ou personne décédée
Mère adoptive	<input type="checkbox"/>	
Père biologique	<input type="checkbox"/>	
Père adoptif	<input type="checkbox"/>	
Frères	<input type="checkbox"/>	
Soeurs	<input type="checkbox"/>	
Conjoint	<input type="checkbox"/>	
Enfants	<input type="checkbox"/>	
Autres parents imp.	<input type="checkbox"/>	
Amis	<input type="checkbox"/>	
Voisins	<input type="checkbox"/>	
Collègues de travail	<input type="checkbox"/>	

17. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous été en conflit grave :
- a) avec votre famille?
- b) avec d'autres personnes? (à l'exception de la famille)

QUESTIONS 18-21 : DEMANDEZ À L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4).

- Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par :
- 18. ■ vos problèmes familiaux?
19. ■ vos problèmes de relation avec les autres (y compris les problèmes reliés à l'isolement et à la solitude)?

- Dans quelle mesure vous semble-t-il important d'obtenir un traitement ou de l'aide pour :
- 20. ■ vos problèmes familiaux?
21. ■ vos problèmes de relation? avec les autres?

ÉVALUATION DE CONFIANCE

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensiblement faussés :

23. ■ parce que l'usager dissimule la vérité?
1-Oui 2-Non
24. ■ parce qu'il ne comprend pas les questions?
1-Oui 2-Non

COMMENTAIRES :

ÉTAT PSYCHOLOGIQUE

Avez-vous connu une période prolongée, NE RÉSULTANT PAS DE LA CONSOMMATION DE DROGUES OU D'ALCOOL, au cours de laquelle vous avez :

- 2. eu une dépression grave? (tristesse, désespoir, perte d'intérêt importante, apathie, sentiment de culpabilité, crises de larmes).

30 derniers jours
1-Oui 2-Non 9-NSP ou refus

- 3. souffert d'anxiété ou de tensions graves? (sensation de tension, d'incapacité de se détendre, crainte déraisonnable).

30 derniers jours
1-Oui 2-Non 9-NSP ou refus

- 4. souffert d'hallucinations? (voir des choses, des gens ou entendre des voix qui n'existent pas, même si la durée a été brève)

30 derniers jours
1-Oui 2-Non 9-NSP ou refus

- 5. éprouvé des troubles graves de concentration, de mémorisation et/ou de compréhension?

30 derniers jours
1-Oui 2-Non 9-NSP ou refus

Avez-vous connu une période, RÉSULTANT OU NON DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL OU DE DROGUES, au cours de laquelle vous avez :

- 6. éprouvé des difficultés à réprimer un comportement violent?

30 derniers jours
1-Oui 2-Non 9-NSP ou refus

- 7. tenté de vous blesser intentionnellement (autre que tentative de suicide)?

30 derniers jours
1-Oui 2-Non 9-NSP ou refus

- 8. eu de fortes pensées suicidaires (avec scénario)?

30 derniers jours
1-Oui 2-Non 9-NSP ou refus

- 9. tenté de vous suicider? xlv

30 derniers jours
1-Oui 2-Non 9-NSP ou refus

- 10. pris un médicament prescrit pour un problème psychologique ou émotionnel?

30 derniers jours
1-Oui 2-Non 9-NSP ou refus

- 11. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous éprouvé ces problèmes psychologiques ou émotionnels ?

QUESTIONS 12 ET 13 : DEMANDEZ À L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4).

- 12. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes psychologiques ou émotionnels?

- 13. Dans quelle mesure vous semble-t-il important, maintenant, d'être traité pour ces problèmes psychologiques?

ÉVALUATION DE CONFIANCE

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensiblement faussés :

21. ■ parce que l'usager dissimule la vérité?
1-Oui 2-Non

22. ■ parce qu'il ne comprend pas les questions?
1-Oui 2-Non

COMMENTAIRES :

- 4. **Avez-vous un permis de conduire valide?**
- 1-Oui
2-Non, permis non renouvelé
3-Non, permis suspendu
4-Non, n'en a jamais eu
- 5. **Pouvez-vous disposer d'un véhicule automobile?**
- 1-Oui 2-Non
(codez 2, si pas de permis valide)
- 11. **Au cours des 30 derniers jours, combien de jours de travail vous a-t-on payés (y compris un travail au noir)?**

Au cours des 30 derniers jours, combien d'argent avez-vous reçu des sources suivantes?
9998 = 9998\$ et +, 9999 = NSP ou refus

- 12. **Emploi (revenu net)**
13. **Prestations de chômage**
14. **Aide sociale**
15. **Pension, CSST sans lien d'emploi, RRQ, IVAC SAAQ, allocations familiales, pension alimentaire**
16. **Conjoint, famille ou amis, prêts et bourses, revenus imprévus tels TPS, retour d'impôts, loterie.**
- 17. **Sources illégales**
19. **Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous eu des problèmes d'emploi?**
00 - aucun jour (inclut : aucune recherche d'emploi)

QUESTIONS 20 ET 21 : DEMANDEZ À L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4).

20. **Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes d'emploi?**
21. **Dans quelle mesure vous semble-t-il important, maintenant, de recevoir de l'aide pour ces problèmes d'emploi?**

ÉVALUATION DE CONFIANCE

xlvi

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensiblement faussés :

28. ■ **parce que le répondant dissimule la vérité?**
1-Oui 2-Non
29. ■ **parce qu'il ne comprend pas les questions?**
1-Oui 2-Non

COMMENTAIRES :

2. Présentement, êtes-vous...?

- 1. en libération conditionnelle
- 2. en probation
- 3. en maison de transition
- 4. autres (ex., prison, pénitencier) : _____
(spécifiez)
- 5. aucune mesure légale

► 24. Présentement, êtes-vous en instance d'inculpation, de procès ou de sentence?

- 1-Oui 2- Non (allez à la Q. 27)

si oui, êtes-vous :

- 1. en instance d'inculpation?
- 2. en attente de procès?
- 3. en attente de sentence?

27. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous été détenu? **► 28. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours vous êtes-vous adonné à des activités illégales en vue d'en tirer profit?**

QUESTIONS 29 ET 30 : DEMANDEZ À L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE. (0 À 4)

► 29. Dans quelle mesure pensez-vous que vos problèmes judiciaires actuels sont graves? (exclure les problèmes civils)**► 30. Dans quelle mesure vous semble-t-il important maintenant, d'avoir de l'aide ou une consultation pour ces problèmes judiciaires?****ÉVALUATION DE CONFIANCE**

Les renseignements ci-dessus sont-ils sensiblement faussés?

32. ■ parce que l'usager dissimule la vérité?

- 1-Oui 2-Non

33. ■ parce qu'il ne comprend pas les questions?

- 1-Oui 2-Non

COMMENTAIRES :

Page, question	Commentaires:

Code _____

Date _____

COMMENTAIRES DE L'ÉQUIPE DE TRAITEMENT

Les personnes qui font partie de l'équipe de traitement nous font souvent des commentaires au sujet de nos chances de réussir. Ces paroles peuvent être encourageantes ou décourageantes.

Dites si les commentaires suivants s'appliquent aux personnes qui font partie de votre équipe de traitement.

Ne s'applique pas du tout	S'applique un peu	S'applique assez	S'applique très bien	S'applique totalement
1	2	3	4	5

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. L'équipe de traitement m'aide à réaliser que j'ai les forces qu'il faut pour persévérer en traitement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. L'équipe de traitement croit que je ne réussirai jamais. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. L'équipe de traitement m'aide à voir les progrès que je fais en thérapie. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. L'équipe de traitement me fait sentir faible et sans valeur. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. L'équipe de traitement pense que je vais rechuter. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. L'équipe de traitement dit que je m'améliore plus vite que la plupart des autres clients. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

COMMENTAIRES DES GENS QUI M'ENTOURENT

Les gens de notre entourage ont habituellement une opinion sur nos chances de réussir. Ils nous font souvent des commentaires. Pensez aux gens qui vous entourent (conjoint, famille, patron, collègue de travail, ami, membre AA, etc.).

Dites si les commentaires suivants s'appliquent, de façon générale, aux gens de votre entourage.

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 7. Les gens de mon entourage croient que j'ai de bonnes chances de m'en sortir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Dans mon entourage, il y a des gens qui me surveillent tout le temps pour s'assurer que je ne consomme pas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Les gens de mon entourage me font remarquer à quel point je m'améliore depuis que je suis en thérapie. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Les gens de mon entourage croient que je vais rechuter. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Les gens de mon entourage me félicitent pour ma nouvelle façon d'agir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Les gens de mon entourage me font sentir faible et sans valeur. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

PRESSIONS DE L'ENTOURAGE

Il arrive souvent que les gens de notre entourage exercent une pression afin que l'on persévère en traitement. Indiquez si vous avez vécu les situations suivantes dans les six (6) dernières semaines.

13. Dans les six (6) dernières semaines, avez-vous reçu un **AVERTISSEMENT OU UNE MENACE DE VOTRE CONJOINT(E) OU D'UNE AUTRE PERSONNE SIGNIFICATIVE (famille, amis)** concernant votre consommation d'alcool ou de drogues?
 Non
 Oui
14. Dans les six (6) dernières semaines, est-ce que **VOTRE EMPLOI A ÉTÉ MENACÉ** à cause de votre problème de consommation d'alcool ou de drogues?
 Non
 Oui
15. Dans les six (6) dernières semaines, est-ce qu'**UN INTERVENANT DU SYSTÈME JUDICIAIRE (juge, avocat, DPJ) VOUS A CONFRONTÉ À PROPOS DE VOTRE PROBLÈME** de consommation d'alcool ou de drogues?
 Non
 Oui

Code _____

Date _____

MILIEU DE VIE

Dans notre entourage, les gens ont des croyances, des opinions et des comportements variés. Habituellement, on se fait une impression globale, une vue d'ensemble au sujet des gens que l'on fréquente.

Indiquez jusqu'à quel point chaque énoncé correspond à l'impression générale que vous avez par rapport aux gens de votre entourage.

Ne correspond pas du tout	Correspond un peu	Correspond moyennement	Correspond beaucoup	Correspond exactement
1	2	3	4	5

1. Dans mon entourage, on croit que les gens qui ne consomment pas sont ennuyants. 1 2 3 4 5
2. Les gens de mon entourage croient que la thérapie c'est inutile. 1 2 3 4 5
3. Les gens de mon entourage m'apportent le support et l'encouragement dont j'ai besoin pour continuer. 1 2 3 4 5
4. Si je décidais d'arrêter de venir au Centre Dollard-Cormier, les gens de mon entourage respecteraient ma décision. 1 2 3 4 5
5. Les gens de mon entourage critiquent les changements que j'ai faits depuis que je viens à Dollard-Cormier. 1 2 3 4 5
6. Les gens de mon entourage me disent tout ce que je dois faire pour m'en sortir. 1 2 3 4 5
7. Les gens de mon entourage ne sont satisfaits que lorsque je me plie à leurs exigences. 1 2 3 4 5
8. Les gens de mon entourage croient que seuls les gens qui ont eu des problèmes de consommation peuvent comprendre quelqu'un qui a un problème de consommation. 1 2 3 4 5
9. Les gens de mon entourage comprennent les difficultés de ma démarche. 1 2 3 4 5
10. Les gens de mon entourage me laissent libre de régler mes problèmes à ma façon. 1 2 3 4 5

Ne correspond pas du tout 1	Correspond un peu 2	Correspond moyennement 3	Correspond beaucoup 4	Correspond exactement 5
-----------------------------------	---------------------------	--------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

11. Les gens de mon entourage insistent pour que je demeure en traitement le plus longtemps possible. 1 2 3 4 5
12. Les gens de mon entourage veulent tellement me protéger qu'ils font tout à ma place. 1 2 3 4 5
13. Les gens de mon entourage croient que la thérapie n'est pas la solution car ça prend trop de temps pour changer. 1 2 3 4 5
14. Les gens de mon entourage s'intéressent vraiment à moi, à ce que je vis. 1 2 3 4 5
15. Les gens de mon entourage sont fâchés quand je manque un rendez-vous au Centre Dollard-Cormier. 1 2 3 4 5

Continuez à la page suivante!



CLIMAT DU CENTRE

Pendant votre démarche au Centre Dollard-Cormier, vous rencontrez souvent plusieurs intervenants: éducateur, psychothérapeute, animateur de groupe ou thérapeute individuelle, etc. Habituellement, on se fait une impression globale, une vue d'ensemble au sujet des croyances, des opinions et des comportements des intervenants que l'on rencontre.

Indiquez jusqu'à quel point chaque énoncé correspond à l'impression générale que vous avez par rapport à l'équipe de traitement (les intervenants) du Centre Dollard-Cormier.

Ne correspond pas du tout	Correspond un peu	Correspond moyennement	Correspond beaucoup	Correspond exactement
1	2	3	4	5

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. L'équipe de traitement s'intéresse vraiment à moi, à ce que je vis. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Les intervenants essaient de me convaincre d'agir contre ma volonté (ex.: laisser mon conjoint, ne plus aller dans les bars, etc.). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. L'équipe de traitement comprend les difficultés de ma démarche. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. L'équipe de traitement me laisse libre de choisir les groupes qui m'intéressent. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. L'équipe de traitement me laisse tellement libre que je ne sais pas quoi faire pour m'en sortir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Au Centre Dollard-Cormier, aucun intervenant ne remarque les efforts que je fais pour m'en sortir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Au Centre Dollard-Cormier, il y a tellement de gens qui rechutent que ça me décourage. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Les intervenants me disent tout ce que je dois faire pour m'en sortir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. L'équipe de traitement insiste pour que je demeure en traitement plus longtemps que je ne le juge nécessaire. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. L'équipe de traitement insiste pour que je me fixe une limite de temps pour atteindre mes objectifs. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Ne correspond pas du tout 1	Correspond un peu 2	Correspond moyennement 3	Correspond beaucoup 4	Correspond exactement 5
-----------------------------------	---------------------------	--------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

11. L'équipe de traitement me laisse libre de définir mes objectifs de traitement. 1 2 3 4 5
12. Les intervenants croient que je vais rechuter si je ne fais pas tout ce qu'ils me disent de faire. 1 2 3 4 5
13. Les intervenants ne disent pas tous la même chose, c'est mêlant et décourageant. 1 2 3 4 5
14. Au Centre Dollard-Cormier, la liste d'attente est très longue; ça diminue le goût de continuer. 1 2 3 4 5
15. L'équipe de traitement m'aide à comprendre les avantages de poursuivre ma démarche au Centre Dollard-Cormier. 1 2 3 4 5



Fin