

Direction des bibliothèques

AVIS

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal

**L'adhésion de travailleurs accidentés aux recommandations des conseillers en
réadaptation : une étude théorique et empirique**

par

Annie St-Amand

Département de psychologie
Faculté des arts et sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en psychologie clinique, option recherche et intervention

Février 2008

© Annie St-Amand, 2008



Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse est intitulée :

**L'adhésion de travailleurs accidentés aux recommandations des conseillers en
réadaptation : une étude théorique et empirique**

Présentée par :
Annie St-Amand

sera évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Huguette Bégin, Ph.D.
Présidente-rapporteuse

Conrad Lecomte, Ph.D.
Directeur de recherche

Luc Brunet, Ph.D.
Membre du jury

Réginald Savard, Ph.D.
Examineur externe

Pierre Durand, Ph.D.
Représentant du doyen de la FES

SOMMAIRE

L'efficacité des interventions auprès des travailleurs victimes d'une lésion professionnelle est tributaire du maintien et de la généralisation des changements qui se sont produits en cours de processus de réadaptation. Les conseillers en réadaptation professionnelle qui tentent de faciliter la réintégration des travailleurs accidentés sur le marché du travail sont donc appelés à se questionner sur les variables qui contribuent au maintien et à la généralisation des gains acquis par le travailleur en cours de réadaptation. Plusieurs études dans le domaine de la psychothérapie et du counseling suggèrent que le maintien et la généralisation des changements survenus en cours de processus thérapeutique sont facilités par l'adhésion du client aux recommandations du thérapeute ou conseiller. À notre connaissance, peu d'études se sont penchées sur ce sujet dans le domaine de la réadaptation. C'est pourquoi la présente thèse a pour but d'explorer l'application des connaissances acquises en psychothérapie et en counseling à propos de l'impact et des déterminants de l'adhésion au domaine de la réadaptation professionnelle.

Dans un premier temps, pour bien situer la problématique des variables déterminantes de l'adhésion des clients aux recommandations de leurs thérapeutes ou conseillers, une synthèse des connaissances théoriques et empiriques fait l'objet de l'article qui est présenté dans le premier chapitre de la thèse.

Dans un deuxième temps, une démarche empirique vise à vérifier si les connaissances acquises en psychothérapie et en counseling au sujet de l'adhésion et de ses déterminants sont pertinentes pour améliorer les interventions en réadaptation

professionnelle. Le deuxième chapitre de la thèse est constitué d'un article empirique qui a pour but : 1) d'évaluer les relations entre l'adhésion des travailleurs accidentés aux recommandations de leurs conseillers en réadaptation et l'alliance de travail, l'influence du conseiller, la concordance et le niveau de difficulté des recommandations et, 2) d'explorer l'impact de l'adhésion des travailleurs aux recommandations de leurs conseillers sur le changement en termes d'ajustement des travailleurs à plusieurs niveaux de fonctionnement. Cette étude a été menée auprès d'un échantillon de 45 travailleurs accidentés suivis par 19 conseillers en réadaptation de la Commission de la santé et de la sécurité du travail. Des instruments valides et reconnus ont été utilisés pour mesurer les variables dépendantes et indépendantes de façon répétée tout au long du processus de réadaptation professionnelle. Les résultats obtenus indiquent que les perceptions qu'ont les travailleurs accidentés concernant la qualité de l'alliance de travail, l'influence du conseiller, la concordance des recommandations et le niveau de difficulté des recommandations sont significativement reliées à l'adhésion aux recommandations et ce, à des moments précis du processus de réadaptation. Par ailleurs, il semble que l'adhésion des travailleurs n'est pas reliée de façon significative au changement en réadaptation. Bien qu'inattendus, ces résultats contribuent à une meilleure compréhension du processus de réadaptation et des enjeux liés à l'adhésion aux recommandations dans un tel processus. Enfin, les résultats suscitent de nombreuses réflexions à propos de la définition de l'adhésion et du changement dans le cadre d'un processus de réadaptation professionnelle. Ces réflexions ainsi que les limites et implications cliniques de cette étude font l'objet de la discussion générale et de la conclusion de la thèse.

Mots-clés : Adhésion, recommandations, processus de changement, alliance de travail, influence du thérapeute, concordance des recommandations, difficulté des recommandations, lésions professionnelles, réadaptation professionnelle.

SUMMARY

The efficacy and efficiency of interventions in rehabilitation counseling rely on the maintenance and generalization of changes that occur during the rehabilitation process. The counselors in professional rehabilitation who attempt to facilitate the reintegration of workers to the work force are therefore called on to question themselves on the variables that contribute to the maintenance and generalization of the changes acquired by the worker. Past studies in the field of psychotherapy and counseling have suggested that maintenance and generalization of change within and beyond the context of therapy are facilitated by the client's adherence to the therapist's recommendations. Since adherence is considered an important key to therapeutic success, it seems of the utmost importance to identify the variables that facilitate adherence to the recommendations. Up until now, there have been no such studies on the rehabilitation process. That is why our study proposes to expand acquired knowledge from psychotherapy and counseling research to rehabilitation counseling.

The first chapter presents a theoretical paper that aims to document and synthesize acquired knowledge regarding the determining variables of the clients' adherence to therapists' recommendations.

The second chapter explores if the acquired knowledge in psychotherapy and counseling can be of interest to improve interventions in rehabilitation counseling. The objectives of this empirical paper are: 1) to evaluate the relationship between adherence of injured workers and working alliance, counselors' influence, fit and difficulty level of

the recommendations and, 2) to explore the impact of the workers' adherence to counselors' recommendations on workers' adaptive functioning. Self report questionnaires were administered at each session of the rehabilitation process to 45 injured workers followed by 19 rehabilitation counselors of the Commission de la santé et de la sécurité du travail. Results indicate that the worker's perception of the quality of alliance, the fit of the recommendation and the difficulty of implementation are related to adherence at different points in time in the rehabilitation process. Results also suggest that workers' adherence is not significantly related to change in rehabilitation. These unexpected outcomes are interesting and contribute to a better understanding of the rehabilitation process and considerations related to adherence.

Finally, these outcomes are cause for reflection in regards to the definition of adherence and change in the rehabilitation process. These reflections as well as the limits and clinical implications of this study are presented in the discussion and conclusion of this thesis.

Keywords: Adherence, recommendations, change process, working alliance, therapist influence, fit of recommendations, difficulty level of recommendations, occupational disability, rehabilitation.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	I
SUMMARY	IV
TABLE DES MATIÈRES.....	VI
LISTE DES TABLEAUX	IX
LISTE DES FIGURES	X
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	XI
REMERCIEMENTS.....	XII
INTRODUCTION	16
IMPACT DES LÉSIONS PROFESSIONNELLES.....	18
INTERVENTIONS EN RÉADAPTATION	19
IMPACT DES INTERVENTIONS EN RÉADAPTATION.....	20
DÉTERMINANTS DE L'ADHÉSION.....	22
OBJECTIFS DE LA THÈSE.....	23
CONTENU DE LA THÈSE	24
RÉFÉRENCES.....	27
CHAPITRE 1 : DÉTERMINANTS DE L'ADHÉSION EN PSYCHOTHÉRAPIE.....	32
RÉSUMÉ.....	34
ABSTRACT.....	35
INTRODUCTION	36
PROBLÉMATIQUE DE L'ADHÉSION AUX RECOMMANDATIONS.....	37
ANALYSE DES DÉTERMINANTS DE L'ADHÉSION.....	43
<i>Variables du thérapeute</i>	44
<i>Influence du thérapeute</i>	44
<i>Empathie et engagement du thérapeute</i>	45
<i>Comportements et activités de soutien et d'encadrement du thérapeute</i>	46
<i>Caractéristiques des recommandations</i>	50
<i>Précision, niveau de difficulté des recommandations et utilisation des forces du client</i>	50
<i>Méthode utilisée pour donner les recommandations</i>	52
<i>Variables contextuelles</i>	53
<i>Acceptabilité du rationnel de traitement</i>	54
<i>Acceptabilité du rationnel des recommandations</i>	55
<i>Concordance des recommandations</i>	56
<i>Alliance de travail</i>	57
<i>Moment de mesure</i>	57
<i>Variables du client</i>	59
<i>Nature, sévérité de la problématique et locus de contrôle</i>	59
<i>Style de stratégies d'adaptation</i>	61
<i>Capacité de se souvenir des recommandations</i>	62
<i>Motivation au changement</i>	62
IMPACT DES DÉTERMINANTS SUR L'ADHÉSION AUX RECOMMANDATIONS.....	63
CONCLUSION	65

RÉFÉRENCES.....	75
CHAPITRE 2 : ÉTUDE DE L'IMPACT ET DES DÉTERMINANTS DE L'ADHÉSION DE TRAVAILLEURS ACCIDENTÉS AUX RECOMMANDATIONS DE LEURS CONSEILLERS EN RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE	83
RÉSUMÉ.....	85
ABSTRACT.....	86
INTRODUCTION.....	87
CONTEXTE THÉORIQUE.....	88
<i>Perception de la concordance de la recommandation et adhésion.....</i>	<i>92</i>
OBJECTIFS.....	93
MÉTHODE.....	95
<i>Participants.....</i>	<i>95</i>
<i>Travailleurs.....</i>	<i>95</i>
<i>Conseillers en réadaptation.....</i>	<i>95</i>
<i>Procédure.....</i>	<i>96</i>
<i>Instruments.....</i>	<i>98</i>
<i>Questionnaire de renseignements généraux.....</i>	<i>98</i>
<i>Échelle d'évaluation des recommandations (EER).....</i>	<i>98</i>
<i>Inventaire d'alliance thérapeutique (LAT).....</i>	<i>99</i>
<i>Inventaire de symptômes bref (ISB).....</i>	<i>100</i>
<i>Mesure d'impact (MI-45.2).....</i>	<i>101</i>
<i>Obstacles à la réinsertion professionnelle.....</i>	<i>102</i>
<i>Retour au travail.....</i>	<i>102</i>
RÉSULTATS.....	103
1. Distribution des variables.....	103
2. Relations entre les variables indépendantes.....	103
3. Étude des variables reliées à l'adhésion du travailleur accidenté aux recommandations de son conseiller en réadaptation.....	104
3.1 <i>Relation entre l'adhésion du travailleur aux recommandations de son conseiller et l'alliance de travail.....</i>	<i>104</i>
3.2 <i>Relation entre l'adhésion du travailleur aux recommandations de son conseiller et l'influence du conseiller.....</i>	<i>105</i>
3.3 <i>Relation entre l'adhésion du travailleur aux recommandations de son conseiller et la concordance des recommandations.....</i>	<i>105</i>
3.4 <i>Relation entre l'adhésion du travailleur aux recommandations de son conseiller et la difficulté des recommandations.....</i>	<i>106</i>
4. Étude de l'impact de l'adhésion aux recommandations sur le processus de réadaptation.....	106
DISCUSSION.....	107
<i>Limites et pistes de recherche.....</i>	<i>112</i>
RÉFÉRENCES.....	115
DISCUSSION GÉNÉRALE ET CONCLUSION	121
ADHÉSION ET CHANGEMENT EN RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE	123
<i>Définition et mesure du changement.....</i>	<i>124</i>
<i>Définition et mesure de l'adhésion.....</i>	<i>126</i>
DÉTERMINANTS DE L'ADHÉSION.....	131
<i>Alliance thérapeutique, influence du conseiller, concordance et difficulté des recommandations : des concepts distincts?.....</i>	<i>132</i>
FORCES, LIMITES ET PISTES DE RÉFLEXIONS POUR LE RECHERCHES FUTURES	135
IMPLICATIONS CLINIQUES.....	137
CONCLUSION	139
RÉFÉRENCES.....	140
APPENDICES.....	144

APPENDICE A : FORMULAIRES DE CONSENTEMENT	145
APPENDICE B : INSTRUMENTS DE MESURE	153
APPENDICE C : DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES POUR LES TRAVAILLEURS ET LES CONSEILLERS.....	180
APPENDICE D : STATISTIQUES DESCRIPTIVES.....	184
APPENDICE E : RÉSULTATS DES ANALYSES STATISTIQUES.....	186
APPENDICE F : CONTRIBUTION DES AUTEURS	194
APPENDICE G : DÉCLARATION DU COAUTEUR	196
APPENDICE H : ACCUSÉ DE RÉCEPTION POUR L'ARTICLE SOUMIS À LA <i>REVUE CANADIENNE DE COUNSELING</i>.....	198

LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau 1. Éléments définitionnels de l'adhésion et sources d'informations inclus dans les études citées.....</i>	<i>72</i>
<i>Tableau 2. Variables sociodémographiques pour l'échantillon de travailleurs.....</i>	<i>181</i>
<i>Tableau 3. Variables sociodémographiques pour l'échantillon de conseillers.....</i>	<i>183</i>
<i>Tableau 4. Moyennes, écarts-types, valeurs minimum et maximum de l'adhésion aux recommandations et de ses déterminants.....</i>	<i>185</i>
<i>Tableau 5. Tests t comparant la perception des déterminants de l'adhésion selon que les travailleurs ont adhéré partiellement ou totalement aux recommandations à la séance 1...187</i>	<i>187</i>
<i>Tableau 6. Tests t comparant la perception des déterminants de l'adhésion selon que les travailleurs ont adhéré partiellement ou totalement aux recommandations à la séance 2...187</i>	<i>187</i>
<i>Tableau 7. Tests t comparant la perception des déterminants de l'adhésion selon que les travailleurs ont adhéré partiellement ou totalement aux recommandations à la séance 3...188</i>	<i>188</i>
<i>Tableau 8. Tests t comparant la perception des déterminants de l'adhésion selon que les travailleurs ont adhéré partiellement ou totalement aux recommandations à la séance 4...188</i>	<i>188</i>
<i>Tableau 9. Tests t comparant la perception des déterminants de l'adhésion selon que les travailleurs ont adhéré partiellement ou totalement aux recommandations à la séance 5...189</i>	<i>189</i>
<i>Tableau 10. Tests t comparant la perception des déterminants de l'adhésion selon que les travailleurs ont adhéré partiellement ou totalement aux recommandations à la séance 6...189</i>	<i>189</i>
<i>Tableau 11. Tests t comparant la perception des déterminants de l'adhésion selon que les travailleurs ont adhéré partiellement ou totalement aux recommandations à la séance 7...190</i>	<i>190</i>
<i>Tableau 12. Corrélations entre les déterminants de l'adhésion à la séance 1.....</i>	<i>191</i>
<i>Tableau 13. Corrélations entre les déterminants de l'adhésion à la séance 2.....</i>	<i>191</i>
<i>Tableau 14. Corrélations entre les déterminants de l'adhésion à la séance 3.....</i>	<i>191</i>
<i>Tableau 15. Corrélations entre les déterminants de l'adhésion à la séance 4.....</i>	<i>192</i>
<i>Tableau 16. Corrélations entre les déterminants de l'adhésion à la séance 5.....</i>	<i>192</i>
<i>Tableau 17. Corrélations entre les déterminants de l'adhésion à la séance 6.....</i>	<i>192</i>
<i>Tableau 18. Corrélations entre les déterminants de l'adhésion à la séance 7.....</i>	<i>193</i>

LISTE DES FIGURES

CHAPITRE 1

<i>Figure 1. Modèle des déterminants de l'adhésion.....</i>	65
<i>Figure 2. Les variables liées à l'adhésion aux recommandations.....</i>	74

CHAPITRE 2

<i>Figure 1. Qualité de l'alliance thérapeutique chez les travailleurs qui ont totalement adhéré et ceux qui ont partiellement adhéré aux recommandations de leur conseiller.....</i>	113
<i>Figure 2. Influence des conseillers telle que perçue par les travailleurs qui ont adhéré totalement et partiellement aux recommandations.....</i>	113
<i>Figure 3. Concordance des recommandations telle que perçue par les travailleurs qui ont totalement adhéré et ceux qui ont partiellement adhéré aux recommandations.....</i>	114
<i>Figure 4. Niveau de difficulté tel que perçue par les travailleurs selon qu'ils ont adhéré totalement ou partiellement aux recommandations.....</i>	114

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

BSI :	Brief Symptom Inventory
CSST :	Commission de la santé et de la sécurité du travail
EER :	Échelle d'évaluation des recommandations
IAT :	Inventaire d'alliance thérapeutique
ISB :	Inventaire de symptômes bref
MI-45.2 :	Mesure d'impact
OQ-45.2 :	Outcome Questionnaire
RRS :	Recommendation Rating Scale
SCL-90R :	Symptom Checklist-90-Revised
WAI :	Working Alliance Inventory

REMERCIEMENTS

Cette thèse est le fruit d'efforts soutenus qui se sont échelonnés sur plusieurs années. L'achèvement de cette thèse a été rendu possible grâce à la collaboration et au soutien d'un grand nombre de personnes.

D'abord, j'aimerais remercier mon directeur de thèse, Conrad Lecomte. Il a été le premier à croire en ma motivation et ma capacité de mener ce projet à terme. Par sa contribution, il m'a permis de repousser mes limites, de développer une autonomie face aux différentes étapes d'un projet de recherche, de conserver une liberté de penser tout en stimulant mon processus de réflexion et d'utiliser mes habiletés cliniques pour les mettre au service du développement de la recherche.

Je remercie toutes les personnes de la CSST qui se sont impliquées, de près ou de loin, dans la réalisation de ce projet de recherche. Merci aux travailleurs accidentés qui ont accepté d'y participer. Je remercie également François Laisné, qui a coordonné ce projet et m'a souvent dépannée lorsque je m'initiais à SPSS.

Je tiens à évidemment à souligner l'appui financier du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH) et de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).

Je tiens à remercier Marie Guertin, avec laquelle j'ai eu la chance de travailler lors de mon internat clinique et Marjolaine Nantel, qui m'a supervisée lors de mon premier stage à la clinique universitaire et qui continue de le faire encore aujourd'hui. Vous êtes deux femmes exceptionnelles et inspirantes. Vous avez su me partager votre passion pour le travail clinique et m'avez permis de trouver un certain confort et un épanouissement dans ce travail si particulier qui est le nôtre. Merci d'avoir cru en moi à des moments où je n'y arrivais pas moi-même. Merci de m'avoir permis de bénéficier de vos enseignements et de votre présence bienveillante.

Mille mercis aux deux cohortes d'étudiantes que j'ai côtoyées pendant ces années d'études doctorales. Marianne Saint-Jacques, Évelyne Touchette, Jacinthe Dion, Brigitte Faucher, Josée Michaud, Virginie Bilodeau, Marie-Noëlle Gagnon, Claudie Giguère et Julie Dauphin, merci pour votre amitié et pour les nombreux soupers bien arrosés qui ont agrémenté ce parcours et m'ont souvent permis de décrocher.

Je tiens à remercier tout particulièrement Isabelle Paquet. Les mots me manquent pour te dire à quel point ta présence et ta disponibilité ont été précieuses dans les moments les plus difficiles. J'ai encore souvenir des moments où, toutes deux en rédaction, on se parlait plusieurs fois par jour pour partager nos incertitudes, nos angoisses et nos encouragements. Ton amitié et ton soutien ont rendu ce processus plus humain et plus tolérable pour moi.

Je souhaite aussi souligner la présence constante et chaleureuse de Marie-Chantal Beauchamp. Merci de m'avoir encouragée à « faire le saut » en clinique malgré mes craintes et mon hésitation. Je ne l'ai jamais regretté et c'est d'ailleurs ce qui a nourrit mon désir de me dépasser et de pousser plus loin ma compréhension des choses en menant ce projet à terme.

Un petit clin d'œil à mes collègues d'internat, Évelyne Touchette, Isabelle Ménard et Vincent Bordeleau. Nos échanges sont toujours aussi stimulants. Je ne pourrais plus me passer de nos soupers qui s'achèvent aux petites heures du matin. Merci pour votre écoute et votre folie. Je remercie Martine Vincent que j'ai également connue lors de l'internat. J'ai trouvé en toi une amie précieuse. L'authenticité et la profondeur de nos échanges me touchent sincèrement et m'apprennent à faire confiance à la vie.

Je dois souligner l'apport non négligeable de tous mes amis non psys, Alexandre Chaboillez, Geneviève Allard, Cathy Lavoie et Sophie Hamel qui font partie de ma vie depuis fort longtemps. Merci pour vos encouragements et pour les bons moments passés ensemble qui m'ont permis de me changer les idées.

Je souhaite exprimer ma gratitude à tous les membres de ma famille pour leur support indéfectible. Je remercie ma mère, Jeanne, pour sa présence, ses bons mots et toutes ses petites attentions. Merci à mon frère, Éric et ma belle-sœur, Annick. Malgré la distance qui nous sépare, je vous sens présents, attentifs et supportants. Un gros merci à mes deux neveux, Alexi et Cédric. Votre spontanéité et votre joie de vivre sont

rafraîchissantes et m'ont aidée à mettre de côté mes préoccupations de grande personne pour profiter des moments en votre compagnie.

Enfin, je remercie du fond du cœur mon amoureux, mon meilleur ami et mon mari, Mike. Tu as été mon plus grand complice tout au long de mes études universitaires. Bien que tu n'aies pas choisi ce projet de vie, tu m'as tenu la main du début à la fin et j'ai toujours senti que je pouvais m'appuyer sur toi. Merci pour ta présence, ta générosité, ta patience et ton soutien à tous les niveaux. Merci aussi pour ta démesure, ton humour et toutes les surprises qui ajoutent un zeste de folie à notre vie. Je te remercie d'être aussi vrai et impliqué, de croire en moi et surtout en nous.

À l'enfant qui grandit en moi, ta présence me comble de bonheur et m'a accompagnée dans l'achèvement de ce projet vers le début d'une nouvelle vie qui s'annonce des plus heureuses.

INTRODUCTION

Au cours des dernières années, le nombre de travailleurs¹ victimes de lésions professionnelles² ainsi que les coûts reliés aux accidents de travail augmentent de façon constante. Par le fait même, les besoins de développement en recherche concernant l'efficacité des stratégies d'intervention sont évidents. Aussi, l'intérêt des chercheurs pour le processus de réadaptation et de réinsertion professionnelle est grandissant (Baril, 2002). Jusqu'à maintenant, les études en réadaptation professionnelle se sont surtout limitées à l'impact global des lésions professionnelles et aux interventions de réadaptation touchant le retour au travail. Ces études démontrent que les lésions professionnelles entraînent d'importantes conséquences aux plans physique, psychologique, social et économique (Baril, 2002; Baril, Martin, Lapointe, & Massicotte, 1994; Hoogen, Koes, Eijk, Bouter, & Devillé, 1997; Livneh, 2001; Livneh & Sherwood, 1991). Même si les limitations fonctionnelles et les douleurs persistantes auxquelles le travailleur doit faire face ainsi que l'incapacité d'exercer son travail sont autant de variables qui contribuent à l'atteinte de l'image de soi du travailleur, à la perturbation des relations sociales et de son équilibre psychologique (Baril et al., 1994), peu d'études s'y sont attardées. Les chercheurs qui se sont penchés sur les interventions dans le domaine de la réadaptation professionnelle ont noté des lacunes en ce qui concerne la reconnaissance des dimensions psychologique et sociale comme faisant partie intégrante du processus de réadaptation. Il en va de même du développement des stratégies visant la réadaptation et la réinsertion professionnelle (Baril et al., 1994). D'une part, il semble

¹ Dans cet écrit, l'utilisation du masculin a une valeur épiciène.

² Les lésions professionnelles peuvent être physiques ou psychologiques et font référence soit aux maladies professionnelles, soit aux accidents de travail. Il y a lésion professionnelle lorsqu'une blessure survient sur les lieux du travail alors que le travailleur est à son travail ou lorsque le travailleur est atteint d'une maladie énumérée dans la liste des maladies professionnelles et qu'il a exercé un travail correspondant à cette maladie. (Baril, Martin, Lapointe, & Massicotte, 1994).

important de reconnaître que le processus de réadaptation professionnelle ne vise pas uniquement le retour au travail. En fait, il devrait permettre un meilleur ajustement du travailleur à plusieurs niveaux, ce qui implique qu'il devrait être de nature multidimensionnelle (Livneh, 2001; Livneh & Sherwood, 1991). D'autre part, pour être efficace et durable, le processus de réadaptation devrait également favoriser le maintien et la généralisation du changement à ces différents niveaux de fonctionnement au delà des séances de réadaptation.

Impact des lésions professionnelles

Les lésions professionnelles entraînent, chez les travailleurs qui en sont victimes, une expérience caractérisée par la douleur, une détresse émotionnelle, de l'anxiété et souvent des signes de dépression, des perturbations dans les relations sociales, une modification de l'image de soi et de l'estime de soi pouvant mener à une crise d'identité (Baril et al., 1994; Hoogen et al., 1997; Livneh & Sherwood, 1991). Étant donné que les lésions professionnelles entraînent de lourdes conséquences tant aux niveaux psychologique et social que physique (Baril et al., 1994; Bolton & Akridge, 1995; Flor & Turk, 1989; Heinrich, Cohen, Naliboff, Collins, & Bonebakker, 1985; Livneh & Sherwood, 1991; Nicholas, Wilson, & Goyen, 1991; Turner, Clancy, McQuade, & Cardenas, 1990), de plus en plus de chercheurs suggèrent une étude multifactorielle du processus de réadaptation et de réinsertion professionnelle. Dans son travail de synthèse s'appuyant sur les recommandations de plusieurs chercheurs, Livneh (2001) propose de considérer l'impact d'un accident de travail sur les niveaux de fonctionnement extrapersonnel, interpersonnel et intrapersonnel afin d'avoir une compréhension globale

et intégrée de l'expérience du travailleur accidenté. Le fonctionnement extrapersonnel concerne les variables de retour au travail, d'adaptation et de satisfaction au travail. Le fonctionnement interpersonnel se rapporte aux relations familiales, sociales et professionnelles. Le fonctionnement intrapersonnel comprend deux catégories de variables, soit : 1) les indicateurs de santé et la perception subjective de la condition physique et 2) le fonctionnement psychologique, c'est-à-dire l'expérience émotionnelle, cognitive et comportementale comme la détresse, la dépression et l'anxiété. Ainsi, une intervention efficace devrait s'adresser à l'expérience subjective du travailleur accidenté et favoriser un meilleur ajustement à tous ces niveaux de fonctionnement.

Interventions en réadaptation

La présente thèse a été réalisée dans le cadre d'une étude plus vaste menée à la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) portant sur les prédicteurs de la réadaptation et du processus de réinsertion professionnelle des travailleurs accidentés (Lecomte & Savard, 2006). Dix-neuf conseillers en réadaptation de la CSST ont participé à cette étude. Dans le cadre de cette étude, onze des conseillers en réadaptation ont reçu une formation relative au modèle d'intervention en counseling de réadaptation développé par Lecomte, Richard, Savard et Cyr (1995 : voir Lecomte & Savard, 2006). Ce modèle d'intervention s'appuie sur les connaissances acquises dans le domaine de la psychothérapie et du counseling, notamment sur des théories du développement, du processus de deuil et de l'intervention de crise. Il tient compte de la nature et de la sévérité de la lésion ainsi que de son impact aux niveaux physique, psychologique, social et économique, des ressources personnelles et environnementales du travailleur

accidenté et surtout, du processus d'adaptation unique et singulier de celui-ci. Le modèle élaboré met aussi l'emphase sur la compréhension de l'expérience subjective du travailleur accidenté, sur l'importance d'établir une alliance de travail et de favoriser un processus d'engagement mutuel de résolution de problèmes orienté vers des objectifs accessibles à court et à moyen terme. Ce modèle insiste sur le rôle clé de la motivation et de l'auto-détermination du travailleur à poursuivre un processus de réadaptation ainsi que sur l'importance pour le travailleur de développer un sens de compétence, d'auto-efficacité et de contrôle personnel (Lecomte & Savard, 2006). Les huit conseillers n'ayant pas reçu la formation au modèle d'intervention en counseling de réadaptation devaient intervenir selon leurs pratiques habituelles et leur définition de tâches à la CSST. De façon générale, leurs interventions étaient dictées par l'évolution du dossier médical, les critères d'urgence et leur charge de travail. L'examen des différences entre les deux modèles d'intervention n'a pas fait l'objet du présent projet de recherche.

Impact des interventions en réadaptation

La plupart des études qui se sont intéressées à l'impact des interventions en réadaptation professionnelle mesurent le changement à partir d'un seul critère : le retour au travail. Tel que mentionné précédemment, pour bien cerner le changement en réadaptation, il importe de l'aborder de façon multidimensionnelle et de tenir compte des progrès tout au long du processus autant que des résultats. Le retour au travail ne peut rendre compte, à lui seul, des changements survenus aux différents niveaux de fonctionnement au cours du processus de réadaptation. En effet, une intervention qui favorise le changement aux niveaux extrapersonnel, intrapersonnel et interpersonnel

devrait avoir des répercussions à tous ces niveaux de fonctionnement, en plus de favoriser le retour au travail. De plus, un processus de réadaptation efficace devrait assurer la continuité de la réinsertion professionnelle à long terme. Ainsi, le succès de la réadaptation professionnelle en vue d'une éventuelle réinsertion sur le marché du travail repose, en grande partie, sur le maintien et la généralisation des changements qui se sont produits en cours de processus de réadaptation. Les conseillers en réadaptation professionnelle qui tentent de faciliter la réintégration des travailleurs accidentés sur le marché du travail sont donc appelés à se questionner sur les variables qui contribuent au maintien et à la généralisation des gains acquis par le travailleur aux différents niveaux de fonctionnement en cours de réadaptation.

Que savons-nous de ces variables? En se basant sur la théorie de l'auto-efficacité de Bandura (1987), certains auteurs affirment que la suggestion par le thérapeute de tâches à accomplir entre les séances sous formes de recommandations³ aide le client à consolider les changements effectués en thérapie (Lambert & Bergin, 1994; Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). Dans le même ordre d'idées, plusieurs études (Addis & Jacobson, 2000; Bryant, Simons, & Thase, 1999; Burns & Nolen-Hoeksema, 1991; Burns & Nolen-Hoeksema, 1992; Conoley, Conoley, Ivey, & Scheel, 1991; Conoley, Padula, Payton, & Daniels, 1994; Edelman & Chambless, 1993; Leung & Heimberg, 1996; Scheel et al., 1999; Startup & Edmonds, 1994) suggèrent que le maintien et la généralisation des gains acquis en cours de traitement sont favorisés par l'adhésion du client aux

³ Les recommandations peuvent être définies comme des suggestions d'activités à exécuter en dehors du contexte thérapeutique (Scheel, Seaman, Roach, Mullin, & Blackwell Mahoney, 1999). Elles peuvent être implicites ou explicites et se présenter sous la forme de pistes de réflexion, d'objectifs à atteindre, d'interprétation ou de suggestions directes.

recommandations de son thérapeute ou conseiller. De nombreuses études ont déjà démontré que le fait de maximiser la probabilité de mise en application des recommandations du thérapeute ou conseiller permet d'optimiser le succès thérapeutique (Addis & Jacobson, 2000; Burns & Nolen-Hoeksema, 1991; Conoley et al., 1991; Edelman & Chambless, 1993; Kazantis, 2000; Neimeyer & Feixas, 1990; Prochaska et al., 1992; Rees, McEvoy, & Nathan, 2005; Startup & Edmonds, 1994). Certains auteurs (Addis & Jacobson, 2000; Prochaska et al., 1992; Startup & Edmonds, 1994) affirment que l'adhésion aux recommandations favorise le sentiment d'auto-efficacité chez le client tout en ayant un effet de renforcement en stimulant sa motivation à changer. Selon Addis et Jacobson (2000), l'adhésion aux recommandations aurait un effet anti-dépresseur puisqu'elle permet au client de défier les pensées négatives et de vivre des expériences de renforcement positif. Beck, Rush, Shaw et Emery (1979) ajoutent que chez des clients déprimés, l'adhésion aux recommandations favorise l'amélioration du niveau de fonctionnement et donne au client un sentiment de gratification. Puisque les études en psychothérapie et en counseling tendent à relier l'adhésion du client au progrès thérapeutique, il semble pertinent de vérifier si une telle relation existe entre l'adhésion des travailleurs accidentés aux recommandations de leurs conseillers, les changements obtenus en cours de processus de réadaptation professionnelle ainsi que le maintien et la généralisation de ces changements.

Déterminants de l'adhésion

Étant donné que l'adhésion du client aux recommandations du thérapeute semble contribuer au maintien et à la généralisation du changement, il est primordial

d'identifier les variables qui facilitent cette adhésion. Les premiers auteurs qui se sont intéressés à l'adhésion aux recommandations ont d'abord identifié l'acceptabilité du traitement comme étant un déterminant de l'adhésion (Elliot, Witt, Galvin, & Peterson, 1984; Kazdin, 1981; Reimers, Wacker, & Koepl, 1987). Certains auteurs, inspirés par la théorie de l'influence interpersonnelle de Strong (1968) et par les variables liées à l'acceptabilité du traitement, ont développé un modèle explicatif de l'adhésion des clients aux recommandations de leurs thérapeutes (Conoley et al., 1991; Conoley et al., 1994; Scheel et al., 1999). Dans un contexte d'influence interpersonnelle, cette acceptation semble dépendre de la perception qu'a le client de la relation thérapeutique, de la concordance de la recommandation par rapport à son problème et de la croyance du client quant à la difficulté et l'efficacité de la recommandation qui lui est proposée (Conoley et al., 1994; Scheel et al., 1999). Dans une étude rigoureuse, Scheel et ses collaborateurs (1999) ont ciblé les perceptions qu'ont les clients de l'influence du thérapeute, du niveau de difficulté et de la concordance des recommandations comme déterminant leur degré d'adhésion aux recommandations. Chacune de ces trois variables prédisait de façon significative la mise en application des recommandations par les clients. À notre connaissance, ce sujet n'a pas fait l'objet d'investigation scientifique dans le domaine de la réadaptation professionnelle. C'est pourquoi ces variables ont été retenues et font l'objet de cette étude.

Objectifs de la thèse

La présente thèse, comportant deux articles, a pour but de vérifier si les connaissances acquises en psychothérapie et en counseling au sujet de l'adhésion aux

recommandations peuvent s'appliquer au domaine de la réadaptation professionnelle. Le premier objectif vise l'identification des variables déterminantes de l'adhésion du travailleur accidenté aux recommandations de son conseiller en réadaptation. Le deuxième objectif consiste en l'évaluation de l'impact de l'adhésion aux recommandations sur la symptomatologie, le fonctionnement adaptatif et la réinsertion du travailleur accidenté sur le marché du travail.

Contenu de la thèse

Le premier chapitre de cette thèse est constitué d'un article théorique qui s'intitule *Déterminants de l'adhésion en psychothérapie* et qui sera soumis à la revue *Psychologie canadienne*. Cet article a pour but d'explorer et de clarifier, dans un premier temps, les différentes définitions de l'adhésion. En effet, les termes *adhésion*, *conformité* et *application* sont utilisés de manière interchangeable dans la littérature mais réfèrent à des conceptions différentes du processus thérapeutique. Jusqu'à maintenant, l'adhésion a surtout été étudiée en tant que mise en application de tâches à accomplir entre les séances, dans le cadre de thérapies cognitivo-comportementales qui visent des changements concrets au niveau des pensées, des attitudes, des sentiments et des comportements. Cet article s'intéresse plutôt à l'adhésion dans le cadre d'un processus d'influence interpersonnelle qui vise une progression au niveau de l'exploration de soi, de la compréhension de soi et de la concrétisation de la compréhension de soi. Dans ce cadre, adhérer signifie s'engager émotionnellement tout au long d'un processus qui implique l'exploration de soi, la compréhension de soi et la concrétisation de cette compréhension par la mise en application de tâches ou d'activités entre les séances.

Dans un deuxième temps, cet article présente une recension des écrits scientifiques sur les déterminants de l'adhésion des clients aux recommandations de leurs psychothérapeutes. Les déterminants sont présentés à l'aide d'un modèle de traitement de l'information inspiré de la psychologie sociale et de la communication qui a été développé pour rendre compte des multiples variables en jeu dans le processus de réception et de réaction du client face aux recommandations proposées en counseling et en psychothérapie (Bernstein & Lecomte, 1976). Les déterminants de l'adhésion sont ainsi regroupés en quatre catégories : 1) les variables du thérapeute, 2) les caractéristiques des recommandations, 3) les variables contextuelles et 4) les variables du client. Il est ensuite question de l'impact de ces déterminants sur l'adhésion des clients aux recommandations de leurs thérapeutes dans le cadre d'un processus d'exploration de soi, de compréhension de soi et de concrétisation de la compréhension de soi. Les limites et les implications cliniques sont finalement discutées.

Le deuxième chapitre de cette thèse présente un article empirique qui a pour titre : *Étude de l'impact et des déterminants de l'adhésion de travailleurs accidentés aux recommandations de leurs conseillers en réadaptation professionnelle*. Cet article a été soumis à la *Revue canadienne de counseling*. Il s'agit d'une étude qui a pour objectif : 1) d'évaluer les relations entre l'adhésion des travailleurs accidentés aux recommandations de leurs conseillers en réadaptation et l'alliance de travail, l'influence du conseiller, la concordance et le niveau de difficulté des recommandations et, 2) d'explorer l'impact de l'adhésion des travailleurs aux recommandations de leurs conseillers sur le changement aux niveaux extrapersonnel, intrapersonnel et interpersonnel. Les résultats suggèrent que les

déterminants de l'adhésion varient tout au long du processus de réadaptation et que l'adhésion des travailleurs n'est pas reliée de façon significative au changement en réadaptation. Bien qu'inattendus, ces résultats contribuent à une meilleure compréhension du processus de réadaptation professionnelle et des enjeux liés à l'adhésion aux recommandations dans un tel processus.

La discussion générale, quant à elle, permet de faire le pont entre la théorie, la recherche et la clinique. Cette discussion propose de donner du sens aux résultats obtenus à la lumière des enjeux reliés à la façon d'aborder et de mesurer l'adhésion qui ont été présentés dans le premier article. Les forces et limites de cette étude ainsi que les pistes de réflexion pour les recherches futures sont également discutées.

Références

- Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2000). A closer look at the treatment rationale and homework compliance in cognitive-behavioral therapy for depression *Cognitive Therapy and Research*, 24(3), 313-326.
- Bandura, A. (1987). Self-efficacy : Towards a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Baril, R. (2002). Du constat à l'action: 15 ans de recherches en réinsertion professionnelle des travailleurs au Québec. *Revue Pistes*, 4(2), 1-32.
- Baril, R., Martin, J. C., Lapointe, C., & Massicotte, P. (1994). Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation: rapport de recherche. Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York.
- Bernstein, B. L., & Lecomte, C. (1976). An integrative competency-based counselor education model. *Counselor Education and Supervision*, 16(1), 26-36.
- Bolton, B., & Akridge, R. L. (1995). A meta-analysis of skills training programs for rehabilitation clients. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 38(3), 262-273.
- Bryant, M. J., Simons, A. D., & Thase, M. E. (1999). Therapist skill and patient variables in homework compliance: Controlling an uncontrolled variable in cognitive therapy outcome research. *Cognitive Therapy and Research*, 23(4), 381-399.

- Burns, D. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1991). Coping styles, homework compliance, and the effectiveness of cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(2), 305-311.
- Burns, D. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: A structural model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(3), 441-449.
- Conoley, C. W., Conoley, J. C., Ivey, D. C., & Scheel, M. J. (1991). Enhancing consultation by matching consultee's perspectives. *Journal of Counseling & Development, 69*, 546-549.
- Conoley, C. W., Padula, M. A., Payton, D. S., & Daniels, J. A. (1994). Predictors of client implementation of counselor recommendations: Match with problem, difficulty, and building on client strengths. *Journal of Counseling Psychology, 41*(1), 3-7.
- Edelman, R. E., & Chambless, D. L. (1993). Compliance during sessions and homework in exposure-based treatment of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 31*(8), 767-773.
- Elliot, S. N., Witt, J. C., Galvin, G. A., & Peterson, R. (1984). Acceptability of positive and reductive behavioral interventions: Factors that influence teacher's decisions. *Journal of School Psychology, 22*, 353-360.
- Flor, H., & Turk, D. C. (1989). Psychophysiology of chronic pain: Do chronic pain patients exhibit symptom-specific psychophysiological responses? *Psychological Bulletin, 105*(2), 215-259.

- Heinrich, R. L., Cohen, M. J., Naliboff, B. D., Collins, G. A., & Bonebakker, A. D. (1985). Comparing physical and behavior therapy for chronic low back pain on physical abilities, psychological distress, and patients perceptions. *Journal of Behavioral Medicine, 8*(1), 61-78.
- Hoogen, H. J. M. v. d., Koes, B. W., Eijk, J. T. v., Bouter, L. M., & Devillé, W. (1997). Pain and health status of primary care patients with low back pain. *The Journal of Family Practice, 44*(2), 187-192.
- Kazantzis, N. (2000). Brief reports: Power to detect homework effects in psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(1), 166-170.
- Kazdin, A. E. (1981). Acceptability of child treatment techniques: The influence of treatment efficacy and adverse side effects. *Behavior Therapy, 12*, 493-506.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 143-189). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Lecomte, C., & Savard, R. (2006). Les effets d'une intervention de counseling sur la réadaptation de travailleurs accidentés à risque de chronicité: rapport. Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Leung, A. W., & Heimberg, R. G. (1996). Homework compliance, perceptions of control, and outcome of cognitive-behavioral treatment of social phobia. *Behavior Research and Therapy, 34*(5-6), 423-432.
- Livneh, H. (2001). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A conceptual framework. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 44*(3), 151-160.

- Livneh, H., & Sherwood, A. (1991). Application of personality theories and counselling strategies to clients with physical disabilities. *Journal of Counseling & Development, 69*, 525-538.
- Neimeyer, R. A., & Feixas, G. (1990). The role of homework and skill acquisition in the outcome of group cognitive therapy for depression. *Behavior Therapy, 21*, 281-292.
- Nicholas, M. K., Wilson, P. H., & Goyen, J. (1991). Operant-behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic low back pain. *Behaviour Research and Therapy, 29*(3), 225-238.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 47*, 1102-1114.
- Rees, C. S., McEvoy, P., & Nathan, P. R. (2005). Relationship between homework completion and outcome in cognitive behaviour therapy. *Cognitive Behaviour Therapy, 34*(4), 242-247.
- Reimers, T. M., Wacker, D. P., & Koepl, G. (1987). Acceptability of behavioural interventions: A review of the literature. *School Psychology Review, 16*(2), 212-227.
- Scheel, M. J., Seaman, S., Roach, K., Mullin, T., & Blackwell Mahoney, K. (1999). Client implementation of therapist recommendations predicted by client perception of fit, difficulty of implementation, and therapist influence. *Journal of Counseling Psychology, 46*(3), 308-316.
- Startup, M., & Edmonds, J. (1994). Compliance with homework assignments in cognitive-behavioral psychptherapy for depression: relation to outcome and methods of enhancement. *Cognitive Therapy and Research, 18*(6), 567-579.

Strong, S. R. (1968). Counseling: An interpersonal influence process. *Journal of Counseling Psychology, 15*, 215-224.

Turner, J. A., Clancy, S., McQuade, K. J., & Cardenas, D. D. (1990). Effectiveness of behavioural therapy for chronic low back pain: A component analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*(5), 573-579.

CHAPITRE 1 : DÉTERMINANTS DE L'ADHÉSION EN PSYCHOTHÉRAPIE

DÉTERMINANTS DE L'ADHÉSION EN PSYCHOTHÉRAPIE

Par

Annie St-Amand, M.Ps., Université de Montréal

Et

Conrad Lecomte, Ph.D., Université de Montréal

Article à soumettre à la revue *Psychologie Canadienne*

Résumé

Plusieurs études en psychothérapie et en counseling suggèrent que l'adhésion des clients aux recommandations de leurs thérapeutes facilite le changement. Jusqu'à maintenant, l'adhésion aux recommandations a surtout été étudiée dans le cadre de thérapies cognitivo-comportementales et abordée en tant que mise en application de tâches ou activités à accomplir en dehors des séances de thérapie. Le présent article s'intéresse d'abord aux différentes définitions de l'adhésion et démontre la pertinence d'étudier ce concept de façon multidimensionnelle. Cet ouvrage propose ensuite une recension des écrits sur les déterminants de l'adhésion des clients aux recommandations de leurs thérapeutes. Ces déterminants sont présentés à l'aide d'un modèle conceptuel qui inclut les variables du thérapeute, les caractéristiques des recommandations, les variables contextuelles ainsi que les variables du client.

Mots clés : Adhésion, recommandations, psychothérapie, processus de changement, variables du thérapeute, variables du client, variables contextuelles, caractéristiques des recommandations.

Abstract

Past studies in the field of psychotherapy and counseling have suggested that client's adherence to therapist's recommendations facilitate change. Up until now, adherence to recommendations have been studied mostly in the context of cognitive-behavioral interventions as the implementation of tasks between therapy sessions. This paper explores the different definitions of adherence and demonstrates the validity of studying this concept in a multidimensional manner. The article then proposes a review of research on the variables that facilitate a client's adherence to the therapist's recommendations. These variables are presented within a conceptual model that includes therapists' variables, recommendations' characteristics, contextual variables and clients' variables.

Keywords : Adherence, recommendations, psychotherapy, change process, therapist variables, client variables, contextual variables, recommendations' characteristics.

Introduction

Au cours des 20 dernières années, de nombreuses études dans le domaine de la psychothérapie et du counseling suggèrent que l'utilisation de recommandations en thérapie facilite le changement thérapeutique (Burns & Nolen-Hoeksema, 1991; Burns & Spangler, 2000; Detweiler & Wishman, 1999; Kazantis, 2000; Kazantis, Deane, & Ronan, 2000; Kazantis, Deane, & Ronan, 2001). Un nombre grandissant de recherches permet d'établir un lien entre l'adhésion aux recommandations, le changement en thérapie et le maintien du changement (Addis & Jacobson, 2000; Burns & Nolen-Hoeksema, 1991; Edelman & Chambless, 1993; Edelman & Chambless, 1995; Kazantis, 2000; Kazantis et al., 2001; Neimeyer & Feixas, 1990; Rees, McEvoy, & Nathan, 2005; Startup & Edmonds, 1994). L'utilisation des recommandations en thérapie a longtemps été considérée comme étant une pratique caractérisant les thérapeutes d'orientation cognitive, comportementale, systémique ou stratégique (Scheel, Hanson, & Razzhavaikina, 2004). Cependant, depuis quelques années, les recommandations sont de plus en plus utilisées par les partisans des différentes approches thérapeutiques et sont maintenant perçues comme faisant partie des facteurs communs du changement thérapeutique (Kazantis & L'Abate, 2006; Kazdin & Mascitelli, 1982; Tompkins, 2004). Un sondage effectué auprès de psychothérapeutes en Nouvelle-Zélande révèle que 98% des psychothérapeutes utilisent les recommandations en thérapie et ce, peu importe leur approche (Kazantis & Deane, 1999). Étant donné l'intérêt que suscite l'adhésion aux recommandations dans la conception du changement autant dans la recherche que dans la pratique, il apparaît pertinent de préciser sa nature et ses déterminants.

Problématique de l'adhésion aux recommandations

Lorsqu'on parle d'adhésion, il importe de faire une distinction entre trois termes qui sont utilisés de façon interchangeable dans la littérature mais qui réfèrent à des conceptions différentes : l'*adhésion* («adherence»), la *conformité* («compliance») et l'*application* («implementation») (Luftey & Wishner, 1999). Le terme *application* renvoie à l'aspect comportemental ou factuel de l'adhésion et ce, sans tenir compte des processus internes psychologiques qui amènent le client à décider d'appliquer ou non les recommandations. Le terme *conformité* suggère que le client suit les instructions du thérapeute et suppose qu'il accepte les buts thérapeutiques sans nécessairement participer à leur élaboration. Cette conception néglige, elle aussi, les processus internes psychologiques et implique une modification du comportement du client pour qu'il coïncide avec les exigences du traitement. Le client est donc perçu comme étant l'unique responsable du succès ou de l'échec du traitement (Haynes, Taylor, & Sackett, 1979; Jones & Caldwell, 1981). Les termes *conformité* et *application* impliquent une conception du rôle du client comme étant passif dans la formulation des recommandations, au sein d'un processus thérapeutique qui tend à être plutôt directif (St-Amand, 2002). Selon Luftey et Wishner (1999), le terme *adhésion* implique plutôt une perception du client comme étant un agent engagé et déterminant dans son propre changement, qui prend délibérément un rôle actif dans la définition et la poursuite des buts du traitement. Ce terme, qui se dissocie de la conception selon laquelle le client a la responsabilité exclusive dans la poursuite des recommandations du traitement, met davantage l'accent sur l'importance du consensus entre le client et le thérapeute en ce qui concerne les buts du traitement. L'*adhésion* est donc un processus qui implique l'adaptation des recommandations du thérapeute à la

réalité et aux perceptions du client (Jones & Caldwell, 1981; Luftey & Wishner, 1999).

Bien que certaines distinctions soient faites en particulier à partir de la perception du rôle actif ou passif du client en thérapie et de la conception du processus thérapeutique comme étant directif ou interactif (St-Amand, 2002), tous ces termes ont été inclus dans nos recherches. Pourquoi? Dans un premier temps, aucun indice ne permet d'affirmer qu'une distinction aussi fine entre ces termes ait été considérée par les chercheurs et, dans un deuxième temps, ce choix permet d'avoir une perspective plus intégrée des travaux effectués dans le domaine de l'adhésion aux recommandations. En s'en tenant à ces tentatives de distinctions mal définies, nous risquons de limiter arbitrairement l'exploration de ce champ d'étude.

De façon opérationnelle, la plupart des chercheurs qui se sont intéressés à l'adhésion aux recommandations définissent les recommandations comme des suggestions d'activités à exécuter en dehors du contexte thérapeutique (Tompkins, 2004). Cela suppose que les recommandations du thérapeute sont explicites, unidirectionnelles et que l'adhésion à ces recommandations se limite à leur mise en application de façon ponctuelle, entre les séances de thérapie. Les recommandations s'apparentent alors à des prescriptions par un expert auxquelles le client se conforme et dont la mise en application se mesure de façon dichotomique et statique. Il semble cependant que cette façon de définir les recommandations est réductrice et ne rend pas compte de la complexité du processus thérapeutique. En ce sens, des auteurs soulignent que les recommandations peuvent être implicites ou explicites et se présenter sous la forme de pistes de réflexion, d'interprétations, d'objectifs à atteindre ou de suggestions directes

d'action (Bryant, Simons, & Thase, 1999; Scheel, Seaman, Roach, Mullin, & Blackwell-Mahoney, 1999). En plus de la mise en application, l'adhésion aux recommandations suppose que le client s'engage et adhère à un processus de changement qui implique, selon plusieurs auteurs, différentes phases ou étapes de changement (Highlen & Hill, 1984; Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). Selon ces auteurs, le processus de changement peut être opérationnalisé en étapes non linéaires s'exprimant sous forme d'exploration de soi, de compréhension de soi et de concrétisation de la compréhension de soi. Les chercheurs qui ont étudié les recommandations explicites d'activités ou de tâches à exécuter entre les séances s'intéressent donc principalement à la mise en application de ces recommandations, donc à la phase de concrétisation des changements. Qu'en est-il des recommandations implicites qui suscitent un processus de réflexion chez le client? Est-il juste de conclure que les clients qui entament un processus de réflexion sans passer à l'action n'adhèrent pas aux recommandations? Il semble raisonnable de croire que l'engagement dans un processus de réflexion qui mènera éventuellement à l'action constitue aussi une forme d'adhésion. Ces nuances témoignent de l'importance de prendre le temps d'examiner la définition de l'adhésion aux recommandations qui ne fait pas consensus jusqu'à maintenant.

L'examen des différentes définitions de l'adhésion, de la conformité et de l'application permet de dégager deux éléments définitionnels. Premièrement, un élément cognitif qui réfère à l'intention, la détermination et la capacité du client à se souvenir des recommandations (Cox, Tisdelle, & Culbert, 1988; Jones & Caldwell, 1981). Deuxièmement, un élément comportemental de l'adhésion qui renvoie plutôt à la mise

en application des recommandations. Plus précisément, l'élément comportemental correspond aux comportements précis qui sont mis en place et qui indiquent que le client applique, se conforme et adhère aux recommandations. Cet élément est le seul à se retrouver dans la majorité des définitions de l'adhésion (Addis & Jacobson, 2000; Bryant et al., 1999; Burns & Nolen-Hoeksema, 1992; Claiborn, Ward, & Strong, 1981; Conoley, Padula, Payton, & Daniels, 1994; Cox et al., 1988; Edelman & Chambless, 1993; Edelman & Chambless, 1995; Hoelscher, Lichstein, & Rosenthal, 1984; Jones & Caldwell, 1981; Kazdin, 1981; Leung & Heimberg, 1996; Neimeyer & Feixas, 1990; Patterson & Forgatch, 1985; Rees et al., 2005; Scheel et al., 1999; Schmidt & Woolaway-Bickel, 2000; Startup & Edmonds, 1994; Worthington, 1986). D'autres nuances définitionnelles s'imposent en fonction de la façon dont les chercheurs mesurent l'adhésion, l'application ou la conformité aux recommandations. Ces nuances concernent le degré de mise en application des recommandations ainsi que la temporalité, c'est-à-dire la mise en application de façon continue dans le temps. En effet, certains auteurs considèrent qu'il y a adhésion lorsque la recommandation est appliquée totalement (Conoley, Conoley, Ivey, & Scheel, 1991; Conoley et al., 1994; Cox et al., 1988; Edelman & Chambless, 1993) alors que d'autres tiennent compte du degré auquel il y a eu adhésion (Addis & Jacobson, 2000; Bryant et al., 1999; Burns & Nolen-Hoeksema, 1992; Jones & Caldwell, 1981; Scheel et al., 1999). Cela sous-entend que les déterminants ainsi que l'impact de l'adhésion peuvent différer selon le degré auquel le client adhère, d'où l'importance d'intégrer la notion de degré dans sa mesure. De plus, alors que plusieurs études se basent sur des mesures de l'adhésion à un moment donné dans le processus thérapeutique, certaines d'entre elles soulignent l'importance de considérer l'adhésion à

travers le temps en incluant de multiples mesures de l'adhésion au cours du processus thérapeutique. Cela implique que l'adhésion est un phénomène qui peut fluctuer à travers le temps.

Étant donné toutes ces nuances, il devient difficile de savoir si l'on mesure la même chose lorsqu'il est question d'adhésion, d'application et de conformité. Les éléments définitionnels varient en fonction du terme utilisé et sont mesurés de différentes façons, si bien qu'il est difficile d'en arriver à un savoir unifié. À l'instar de la définition de l'adhésion proposée par Mahrer, Gagnon, Fairweather, Boulet et Herring (1994), il semble que l'ajout d'un élément émotionnel à la définition de l'adhésion serait pertinent. Cet élément se rapporterait à l'engagement émotionnel du client à réfléchir aux recommandations et à leur mise en application. Il semble que l'ajout d'un élément émotionnel aux éléments définitionnels mentionnés précédemment, soit l'élément comportemental, l'élément cognitif, le degré d'adhésion et la temporalité, permettrait de considérer l'adhésion à travers les phases d'exploration de soi, de compréhension de soi et de concrétisation de la compréhension de soi du processus thérapeutique. En effet, le fait d'inclure l'engagement émotionnel dans la définition de l'adhésion permet d'étudier ce concept de façon multidimensionnelle et de se dégager d'une vision réductrice de l'adhésion en tant que mise en application de tâches entre les séances.

La plupart des études se basent sur une définition de l'adhésion qui inclut l'un ou l'autre de ces éléments définitionnels avec différentes nuances. Ainsi, les relations établies entre l'adhésion et ses déterminants ne concernent que certaines composantes

définitionnelles de l'adhésion mais jamais l'ensemble. Le fait qu'il existe de multiples définitions de l'adhésion limite la possibilité de comparer les résultats de différentes études en ce qui concerne les liens établis entre l'adhésion et ses déterminants puisqu'on ne peut être certain que l'on mesure un construit unique et équivalent. Afin de rendre compte de ces différences et pour permettre au lecteur de constater la diversité dans la façon d'aborder et de mesurer l'adhésion, le tableau 1 présente les éléments (comportemental, cognitif, émotionnel, degré et temporalité) qui ont été inclus dans les définitions de l'adhésion des auteurs de chacune des études mesurant cette variable qui seront citées dans ce texte. À l'examen de ce tableau, force est de constater que la plupart des études se sont plutôt intéressées à l'aspect comportemental de l'adhésion, donc à la mise en application des recommandations. Cela signifie que les connaissances acquises concernent principalement la phase de concrétisation du changement. Trois études se sont penchées sur l'élément cognitif de l'adhésion et une seule considère l'élément émotionnel (Mahrer et al., 1994). De plus, les auteurs des différentes études ne fournissent pas de détails concernant la nature des recommandations. Par conséquent, il n'y a pas suffisamment d'information à propos des recommandations pour savoir quelles dimensions de l'expérience sont concernées et selon quelles modalités.

L'adhésion est étudiée depuis peu dans le domaine de la psychothérapie et du counseling, il n'est donc pas encore possible d'avoir une idée claire de ses déterminants. En effet, la diversité de points de vue quant à la définition de ce concept se traduit par des différences importantes dans la façon de l'aborder et de le mesurer scientifiquement. Par conséquent, les études qui ont tenté de mesurer l'adhésion et d'identifier ses

déterminants obtiennent souvent des résultats divergents ou contradictoires. Il apparaît donc utile et pertinent de tenter de faire le point sur les connaissances acquises concernant les déterminants de l'adhésion et ce, en tenant compte des différences dans la définition de l'adhésion et dans la façon de la mesurer ainsi que des différentes sources d'information (client, thérapeute ou observateur externe) tel que suggéré par Lambert et Bergin (1994). Ces divers facteurs, comme nous le verrons plus loin, influencent les liens théoriques et empiriques entre l'adhésion et ses déterminants. Le tableau 1 permet d'identifier la ou les source(s) d'information, soit le client, le thérapeute et/ou un observateur externe qui ont été inclus dans les études citées dans le présent texte. Ce tableau indique que la plupart des études ont utilisé une seule source d'information et que cinq d'entre elles ont combiné les mesures d'adhésion provenant à la fois du client et du thérapeute.

Analyse des déterminants de l'adhésion

Le texte qui suit a pour but de faire état des connaissances autant théoriques qu'empiriques concernant les déterminants de l'adhésion aux recommandations. Afin de tenter de clarifier ce phénomène, l'organisation des déterminants de l'adhésion est inspirée d'un modèle basé sur la psychologie sociale et de la communication qui rend compte des variables en jeu dans la manière dont les clients reçoivent et réagissent aux recommandations proposées en counseling et en psychothérapie (Bernstein & Lecomte, 1976; Castonguay, 1987; Grinder & Bandler, 1976; Guédon & Savard, 2000). En considérant le processus thérapeutique comme un processus d'influence interpersonnelle, une catégorisation et une analyse éclairante des recommandations

implicites et explicites proposées par le thérapeute deviennent possible. Selon ce modèle, la façon dont une recommandation sera perçue et traitée dépend des caractéristiques : 1) de la personne qui propose les recommandations, 2) des recommandations, 3) du contexte dans lequel les recommandations sont proposées et 4) de la personne qui reçoit les recommandations. Selon l'influence perçue de ces diverses caractéristiques, l'impact des différents déterminants sur le plan subjectif et relationnel va différer. Les variables du thérapeute, les caractéristiques des recommandations, les variables contextuelles et les variables du client en tant que déterminants de l'adhésion aux recommandations sont examinées. Le modèle proposé permet une articulation pertinente des déterminants, de leurs interactions et de leur influence sur l'adhésion des clients aux recommandations.

Variables du thérapeute

Trois catégories de variables du thérapeute ont été étudiées en regard de leur impact sur le degré d'adhésion des clients aux recommandations : l'influence, l'empathie et l'engagement du thérapeute ainsi que les comportements et activités de soutien et d'encadrement du thérapeute.

Influence du thérapeute

Les auteurs qui se sont intéressés plus particulièrement au rôle du thérapeute par rapport à l'adhésion du client aux recommandations (Conoley et al., 1991; Conoley et al., 1994; Scheel et al., 1999) se sont inspirés principalement de la théorie de l'influence interpersonnelle de Strong (1968), selon laquelle le thérapeute dispose d'un pouvoir d'influence interpersonnelle lorsque le client le perçoit comme étant expert, attractif et

digne de confiance (Barak & LaCrosse, 1975; Corrigan, Dell, Lewis, & Schmidt, 1980; Schmidt & Strong, 1971; Strong & Matcross, 1973; Strong & Schmidt, 1970; Wright & Strong, 1982). L'influence du thérapeute est aussi tributaire de la perception par le client d'une correspondance entre ses propres besoins et les ressources du thérapeute. Plus précisément, le client doit avoir l'impression que le thérapeute aura la capacité de répondre à ses besoins (Dell, 1973; Strong & Matcross, 1973). Selon Scheel et al. (1999), l'influence du thérapeute dépend de trois conditions : 1) le client doit percevoir son thérapeute comme étant expert dans son rôle et par rapport à sa problématique, 2) le client doit être capable de s'identifier à son thérapeute et 3) le client doit se sentir en confiance et en sécurité avec son thérapeute. L'étude de Scheel et ses collaborateurs (1999) a permis de démontrer que l'influence du thérapeute telle que perçue par le client est reliée au degré d'adhésion perçue par le client et par le thérapeute. Étant donné que cette étude est l'une des rares à tenir compte du degré d'adhésion tout au long du processus thérapeutique et à utiliser à la fois le client et le thérapeute comme sources d'information, ce lien apparaît fort intéressant et mérite certainement d'être considéré tant dans la pratique clinique que dans les recherches futures.

Empathie et engagement du thérapeute

Selon Burns et Nolen-Hoeksema (1992), l'empathie du thérapeute pourrait avoir un effet positif sur la motivation du client à changer et, par conséquent, favoriserait l'adhésion du client aux recommandations. Cette étude (Burns & Nolen-Hoeksema, 1992) n'a pas permis d'établir un lien significatif entre l'empathie du thérapeute telle que perçue par le client et l'adhésion de ce dernier aux recommandations. Toutefois, comme

les auteurs ont utilisé des mesures auto-rapportées et que l'adhésion a été estimée de façon rétrospective par les clients et les thérapeutes après 12 séances de thérapie, le risque de biaiser les résultats semble probable. Nous savons que l'empathie du thérapeute telle que perçue par le client est susceptible de fluctuer d'une séance à l'autre (Bergin & Garfield, 1994), de même que l'adhésion (Kazantis, Deane, & Ronan, 2004; Kazantis & L'Abate, 2006). Des mesures rétrospectives ne permettent pas de tenir compte de ces fluctuations et d'avoir une idée claire du lien entre ces deux variables. Dans une étude menée par Edelman et Chambless (1993), le fait que le thérapeute soit perçu comme engagé envers le client et supportant était significativement relié à l'adhésion de ce dernier aux recommandations. Les auteurs ont utilisé des mesures auto-rapportées de l'adhésion des clients à des techniques pour faire face à l'anxiété pendant et entre les séances de thérapie. La relation entre ces deux variables est apparue au sein d'un petit échantillon ($n = 28$).

Comportements et activités de soutien et d'encadrement du thérapeute

Selon Beck, Rush, Shaw et Emery (1979), le thérapeute peut faciliter l'adhésion du client aux recommandations en manifestant les quatre comportements suivants : 1) au début de chaque séance, réviser les recommandations proposées à la séance précédente, faire un résumé des progrès du client et tirer des conclusions de cet exercice; 2) fournir un rationnel sous-tendant les recommandations et insister sur le but des recommandations plutôt que sur l'importance de les mettre en application; 3) fournir des recommandations claires, spécifiques et adaptées au problème évoqué par le client lors de la séance; 4) après avoir donné les recommandations, solliciter les réactions du client

par rapport à celles-ci afin d'anticiper les problèmes que le client pourrait rencontrer en tentant de les mettre en application. Une étude de Bryant et al. (1999) n'a pas permis de confirmer que l'adhésion du thérapeute aux quatre comportements proposés dans le modèle de Beck et ses collaborateurs était reliée au degré d'adhésion du client aux recommandations, excepté la révision des recommandations. Il semble que le fait de réviser les recommandations de la semaine précédente a un effet renforçateur pour le client et lui donne un sentiment d'auto-efficacité en lui démontrant que ses efforts ont un effet sur la diminution de ses symptômes. Par ailleurs, dans 85% des séances, les thérapeutes n'ont pas sollicité les réactions de leurs clients concernant les recommandations et les mesures d'adhésion à divers moments du processus thérapeutique n'étaient disponibles que pour 14 des 26 clients de l'échantillon. Il n'y avait donc pas suffisamment de données pour établir un lien rigoureux. Startup et Edmonds (1994) ont aussi postulé que l'adhésion aux recommandations était reliée à l'utilisation par le thérapeute de comportements facilitants semblables à ceux proposés dans le modèle de Beck et ses collaborateurs : 1) choisir des tâches simples, 2) fournir une description claire des recommandations, 3) fournir un rationnel sous-tendant les recommandations, 4) favoriser l'implication du client dans le choix des tâches et 5) anticiper les problèmes que le client pourrait rencontrer. Les résultats obtenus par Startup et Edmonds (1994) n'ont pas permis de confirmer l'existence d'une telle relation. L'échec de ces deux études à établir une relation entre les habiletés spécifiques du thérapeute et le degré d'adhésion du client est probablement dû à un manque de puissance statistique en raison de la petite taille des échantillons. Aussi, ces études (Bryant et al., 1999; Startup & Edmonds, 1994) ont utilisé des mesures de l'adhésion

provenant soit du thérapeute, soit d'un observateur externe, mais jamais du client lui-même, ce qui a pour effet de diminuer leur validité interne. Par ailleurs, une étude de Worthington (1986) a révélé que le fait que le thérapeute sollicite les réactions du client quant aux recommandations est significativement relié au degré d'adhésion aux recommandations alors que le fait que le thérapeute adopte une attitude d'expert est inversement relié au degré d'adhésion du client. Il est possible que lorsque le thérapeute insiste trop sur son rôle d'expert, il soit plutôt perçu comme autoritaire, ce qui a pour effet de diminuer le degré d'adhésion du client aux recommandations. Jones et Caldwell (1981) soutiennent, pour leur part, que la façon de donner les recommandations est aussi importante que le contenu des recommandations en regard de son effet sur le degré d'adhésion du client. Selon Garland et Scott (2002), le fait que le thérapeute négocie avec le client pour le choix des recommandations favorise l'adhésion. Cette négociation permettrait au thérapeute de bien expliquer au client le rationnel du traitement ou de la recommandation et de s'assurer que le client comprend pourquoi il doit effectuer certaines tâches, exercices ou réflexions. Kazantis et Lampropoulos (2002) ajoutent que le fait de donner plusieurs choix au client quant aux tâches à accomplir et aux moments pour les compléter augmente l'engagement du client et, par le fait même, son adhésion aux recommandations. Inviter le client à collaborer et à faire des choix lui permet de jouer un rôle actif dans son processus de changement et contribue à le maintenir engagé et donc, à favoriser son adhésion aux recommandations (Coon & Gallagher-Thompson, 2002; Scheel et al., 2004). Que pouvons-nous conclure des recherches portant sur les comportements et activités de soutien et d'encadrement du thérapeute facilitant l'adhésion aux recommandations? D'abord, nous pouvons constater que les résultats des

études empiriques sont parfois contradictoires et, dans certains cas, n'ont pas permis de confirmer ces propositions théoriques. Cependant, certains auteurs (Coon & Gallagher-Thompson, 2002; Garland & Scott, 2002) soutiennent, à l'aide d'illustrations cliniques, que l'utilisation des comportements facilitants proposés par Beck et ses collaborateurs (1979) ainsi que par Startup et Edmonds (1994) favorise l'adhésion des clients aux recommandations. Malgré leur pertinence clinique, ces propositions n'ont pas encore reçu d'appuis empiriques clairs. Devant l'absence de consensus sur le bien-fondé de ces modèles théoriques des comportements du thérapeute qui facilitent l'adhésion, il apparaît évident que des études ultérieures seraient nécessaires. Jusqu'à maintenant, les études se sont surtout penchées sur l'impact des comportements et des attitudes des thérapeutes sur l'adhésion des clients aux recommandations. En ce sens, il pourrait être utile de s'intéresser plutôt aux réponses et réactions des thérapeutes face au degré d'adhésion des clients aux recommandations. Tel que le suggèrent Detweiler et Wishman (1999), les thérapeutes qui questionnent leurs clients à propos de leur degré d'adhésion aux recommandations et qui prennent le temps de renforcer l'adhésion ou d'identifier les obstacles à l'adhésion favorisent probablement un degré d'adhésion plus élevé chez leurs clients à long terme.

Bien que peu d'études se soient penchées jusqu'à maintenant sur les variables du thérapeute en tant que déterminants de l'adhésion du client aux recommandations, il semble qu'un modèle d'influence interpersonnelle à l'intérieur duquel le thérapeute se montre empathique, flexible et sensible à son impact est pertinent. Il serait utile que d'autres variables du thérapeute qui ont été reliées au changement thérapeutique, telles

que la congruence, l'acceptation, l'authenticité, l'implication et la capacité d'offrir au client de nouvelles perspectives d'explication de ses difficultés (Lambert & Bergin, 1994; Lecomte, 1987) soient étudiées en regard de leur impact sur l'adhésion aux recommandations.

Caractéristiques des recommandations

Les auteurs intéressés par les caractéristiques des recommandations se sont penchés sur la précision et le niveau de difficulté des recommandations, l'utilisation des forces du client dans la formulation des recommandations ainsi que sur la méthode utilisée pour donner les recommandations.

Précision, niveau de difficulté des recommandations et utilisation des forces du client

Dans leur ouvrage théorique, Shelton et Levy (1981) suggèrent que l'adhésion du client est facilitée par la formulation de recommandations précises, c'est-à-dire en déterminant l'endroit, la durée et les moyens à prendre pour les mettre en application. Ils ajoutent également qu'il est préférable de commencer avec des recommandations plus faciles et d'augmenter graduellement leur niveau de difficulté. Dans le même ordre d'idées, certains chercheurs ont démontré empiriquement que le niveau de difficulté d'une recommandation tel que perçu par le client est un déterminant de la mise en application de cette recommandation (Conoley et al., 1994; Coon & Gallagher-Thompson, 2002; Scheel et al., 1999; Tompkins, 2002). Le niveau de difficulté d'une recommandation pour le client dépend de la perception qu'il a de ses propres capacités, de la complexité de la recommandation proposée, du temps requis pour la mettre en

application, des ressources disponibles et de l'anxiété qu'elle génère (Conoley et al., 1991; Conoley et al., 1994; Reimers, Wacker, & Koepl, 1987; Scheel et al., 1999). Conoley et al. (1994) ont aussi trouvé que lorsqu'une recommandation utilise les forces du client, elle est perçue comme moins difficile. D'un point de vue clinique, certains auteurs ont proposé que les recommandations qui sont concrètes, spécifiques, claires et qui sont appropriées en fonction des capacités du client sont perçues comme moins difficiles à mettre en application (Coon & Gallagher-Thompson, 2002; Tompkins, 2002). Donc, plus une recommandation est jugée comme difficile par un client, moins elle lui paraît acceptable et moins elle sera mise en application. Les études de Conoley et al. (1994) et de Scheel et al. (1999) ont révélé qu'il existe une forte relation ($r = .63$ et $.34$) entre le niveau de difficulté de la recommandation et l'adhésion du client à cette recommandation. Pour sa part, l'étude de Conoley et al. (1994) qui obtient les corrélations les plus élevées ne tient pas compte du degré d'adhésion. De plus, l'adhésion est mesurée une seule fois au cours du processus thérapeutique et les données sont générées uniquement par des observateurs externes qui visionnent les entrevues sur bandes vidéo. Par conséquent, nous éprouvons certaines réserves quant aux résultats obtenus par ces auteurs. D'autre part, ces résultats sont appuyés par différents ouvrages théoriques et cliniques et sont corroborés par Scheel et ses collaborateurs (1999) avec un échantillon beaucoup plus important et une méthodologie plus rigoureuse. En effet, l'étude de Scheel et al. (1999) est l'une des rares à tenir compte du degré d'adhésion tout au long du processus thérapeutique et à mesurer l'adhésion telle que perçue par le client et par le thérapeute. Cela suggère que le niveau de difficulté d'une recommandation est

une variable importante à considérer pour promouvoir l'adhésion des clients aux recommandations.

Méthode utilisée pour donner les recommandations

D'autres auteurs se sont intéressés à la méthode utilisée pour proposer les recommandations en lien avec l'adhésion. Par exemple, Cox, Tisdelle et Culbert (1988) ont trouvé que les recommandations écrites étaient plus susceptibles d'être mises en application que les recommandations verbales et ce, à l'aide d'un échantillon de très petite taille ($n = 30$). Les auteurs suggèrent que le fait d'écrire la recommandation permet de réduire l'ambiguïté et d'insister sur son importance. Néanmoins, il est probable que la recommandation soit alors perçue par le client comme une prescription. Par ailleurs, Worthington (1986) ainsi que Jones et Caldwell (1981) ont trouvé un lien significatif entre la nature des recommandations et le degré d'adhésion des clients à ces recommandations. Par exemple, les recommandations de nature médicale ou éducative étaient plus susceptibles d'être mises en application que les recommandations de nature psychologique et évaluative. Puisque les indices de signification statistique ne sont pas fournis pour l'étude de Jones et Caldwell (1981), il est difficile de juger de la force de cette relation. D'autres études seraient nécessaires pour avoir une meilleure idée de la relation entre la nature des recommandations et l'adhésion à ces recommandations. Aussi, il est raisonnable de croire que ce lien variera en fonction du type de problème présenté par le client. Tel que mentionné précédemment, la nature de la recommandation mérite d'être adaptée en fonction des besoins du client.

Il semble que certaines caractéristiques des recommandations ont un impact sur l'adhésion des clients aux recommandations. Dans le cadre d'un processus d'influence interpersonnelle, il est raisonnable de croire que le contenu et la forme des recommandations jouent un rôle moins fondamental par rapport à l'adhésion des clients à ces recommandations que les variables contextuelles et relationnelles. D'autres études seraient nécessaires afin d'avoir une meilleure idée de l'impact des caractéristiques des recommandations sur le degré d'adhésion des clients à ces recommandations.

Variables contextuelles

Comme le soulignent plusieurs auteurs, les variables contextuelles semblent jouer un rôle central en regard de l'adhésion des clients aux recommandations (Addis & Jacobson, 2000; Conoley et al., 1994; Detweiler & Wishman, 1999; Edelman & Chambless, 1993; Kazdin, 1981; Primakoff, Epstein, & Covi, 1986; Scheel et al., 2004; Scheel et al., 1999). Ces variables rendent compte du contexte dans lequel sont proposées les recommandations. Toujours dans le cadre d'un processus d'influence interpersonnelle, il importe de tenir compte à la fois : 1) du contexte du traitement, soit de l'acceptabilité du rationnel de traitement et du rationnel des recommandations en fonction des buts poursuivis, 2) du contexte lié à l'expérience interne du client, c'est-à-dire de la concordance des recommandations telle que perçue par le client et 3) du contexte externe, qui comprend la relation thérapeutique ainsi que le moment de mesure de l'adhésion.

Acceptabilité du rationnel de traitement

Plusieurs chercheurs proposent que l'acceptabilité du rationnel de traitement joue un rôle important par apport à l'adhésion des clients aux recommandations de leurs thérapeutes ou conseillers (Addis & Jacobson, 2000; Edelman & Chambless, 1993; Kazdin, 1981; Primakoff et al., 1986; Reimers et al., 1987). Selon Kazdin (1981), l'acceptabilité du rationnel de traitement réfère au jugement par le client des procédures de traitement comme étant appropriées, justes et raisonnables en fonction de son problème. Certains auteurs suggèrent aussi que l'acceptabilité du rationnel de traitement peut dépendre des informations dont le client dispose à propos de l'efficacité de ce traitement pour un problème spécifique (Kazdin, 1981; Reimers et al., 1987). Pour être jugé acceptable, le traitement doit être bien compris, être efficace et proposer de légers changements en regard du fonctionnement habituel du client (Reimers et al., 1987). Selon la théorie de la démoralisation de Frank (1982), le fait de s'entendre avec le client sur un schème conceptuel permet de combattre la démoralisation en renforçant le sentiment d'auto-efficacité, tout en favorisant la relation thérapeutique et en fournissant des opportunités pour pratiquer les nouvelles habiletés acquises. Le fait de présenter au client un rationnel clair qui permet de concilier les visions du client et du thérapeute concernant les buts thérapeutiques aiderait le client à comprendre le but et la pertinence de l'utilisation de certaines interventions ou recommandations (Scheel et al., 2004; Tompkins, 2002; Wampold, 2001). Une étude effectuée par Addis et Jacobson (2000) a permis d'établir un lien significatif entre l'acceptabilité du rationnel de traitement et le degré d'adhésion des clients aux recommandations au début ($r = .33$) et au milieu de la thérapie ($r = .17$). Compte tenu de la grande taille de l'échantillon ainsi que des seuils de

signification utilisés ($p < .05$), il est raisonnable de croire que cette étude possède une puissance statistique satisfaisante et, conséquemment, que la relation entre l'acceptabilité du rationnel de traitement et l'adhésion aux recommandations est probablement importante. D'après les auteurs, une interprétation possible de ces résultats serait que l'acceptabilité du rationnel de traitement facilite l'alliance de travail avec le thérapeute qui, elle, a un effet positif sur l'adhésion aux recommandations. Néanmoins, comme nous le verrons plus loin, le lien entre l'adhésion aux recommandations et l'alliance thérapeutique ne semble pas être aussi clair que cela.

Acceptabilité du rationnel des recommandations

D'autres auteurs suggèrent qu'au-delà de l'acceptation du rationnel de traitement, le client doit surtout juger les recommandations elles-mêmes comme étant acceptables avant de les mettre en application (Kazdin, 1981; Reimers et al., 1987; Scheel et al., 1999; Tompkins, 2002). L'acceptabilité d'une recommandation réfère à l'attitude du client face à cette recommandation (Scheel et al., 2004). Pour qu'une recommandation soit perçue par le client comme étant acceptable, elle doit tenir compte de sa compréhension de la problématique et de sa capacité à mettre la recommandation en application (Scheel et al., 1999). Tompkins (2002) suggère que, pour qu'une recommandation soit acceptable, elle doit être pertinente en fonction des buts thérapeutiques, elle doit être centrale par rapport au contenu de la séance à laquelle elle est proposée et elle doit tenir compte du niveau de fonctionnement et des habiletés du client. De plus, dans un contexte d'influence interpersonnelle, cette acceptation semble dépendre de la perception qu'a le client de la concordance de la recommandation par rapport à son problème et de la

croissance qu'a le client quant à la difficulté et l'efficacité de la recommandation qui lui est proposée (Conoley et al., 1991; Conoley et al., 1994; Scheel et al., 1999).

Concordance des recommandations

Dans le même ordre d'idées, la perception par le client d'une concordance entre les recommandations du thérapeute et ses propres besoins et croyances est reconnue comme un déterminant important en ce qui concerne l'adhésion aux recommandations. Pour qu'une recommandation soit perçue comme concordante par le client, elle doit tenir compte de sa théorie du changement et de ses croyances quant à l'origine et la cause de son problème (Claiborn et al., 1981; Conoley et al., 1991; Conoley et al., 1994; Scheel et al., 1999; Strong & Matcross, 1973). Les résultats d'une étude effectuée par Claiborn et al. (1981) démontrent que les interprétations les plus concordantes produisent plus d'insight chez le client et sont plus facilement acceptées par celui-ci. En ce sens, les études de Scheel et al. (1999) et Conoley et al. (1994) ont toutes deux trouvé de fortes corrélations entre la concordance des recommandations et l'adhésion aux recommandations ($r = .30$ et $.37$, $p < .01$). Tel que mentionné précédemment, la méthodologie utilisée par Conoley et ses collaborateurs (1994) nous incite à première vue à considérer ces résultats avec une certaine réserve. Or, ces résultats ont été corroborés par l'étude de Scheel et al. (1999) qui, tel que mentionné précédemment, utilise une méthodologie rigoureuse. Les résultats obtenus par ces auteurs sont donc d'autant plus intéressants.

Alliance de travail

Dans leur ouvrage clinique, Lazarus et Faye (1982) ont suggéré que les clients qui ont établi une relation positive avec leur thérapeute sont plus susceptibles d'adhérer aux recommandations de celui-ci. Étant donné que l'alliance de travail a été identifiée par de nombreux auteurs comme étant une variable déterminante du changement thérapeutique (Castonguay, 1987; Horvath, 2000; Horvath & Luborsky, 1993; Horvath & Symonds, 1991; Lambert & Bergin, 1994; Lecomte & Alain, 1990; Wampold, 2001), il est raisonnable de croire qu'elle joue également un rôle important par rapport au degré d'adhésion du client aux recommandations. D'ailleurs, Detweiler et Wishman (1999) ont inclus l'alliance de travail dans leur modèle heuristique pour comprendre l'adhésion aux recommandations au sein de la thérapie cognitivo-comportementale. À notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée à l'impact de la qualité de l'alliance de travail sur l'adhésion du client aux recommandations de son thérapeute. Il serait d'autant plus intéressant de vérifier empiriquement cette relation puisque l'alliance est reconnue par plusieurs auteurs comme l'un des principaux agents du changement thérapeutique (Horvath & Luborsky, 1993; Lambert & Bergin, 1994; Lecomte & Alain, 1990; Wampold, 2001).

Moment de mesure

Certains auteurs ont proposé que le moment de mesure de l'adhésion en début, milieu ou fin de processus thérapeutique pouvait avoir un impact sur le degré d'adhésion des clients aux recommandations. Une étude effectuée par Worthington (1986) révèle que les clients ont un degré d'adhésion plus élevé pour les recommandations proposées

en début de thérapie que pour celles proposées au milieu et à la fin de la thérapie. L'auteur explique que l'adhésion aux recommandations diminue à mesure que le processus thérapeutique avance et ce, probablement en raison d'une baisse de la motivation ou de l'enthousiasme des clients en cours de processus. Si l'adhésion aux recommandations est un phénomène qui peut fluctuer à travers le temps, il est raisonnable de croire que les variables qui y sont reliées fluctuent aussi au cours du processus thérapeutique. Il est probable, par exemple, que les mouvements et la gestion des ruptures dans l'alliance thérapeutique aient un impact sur l'adhésion des clients aux recommandations (Lecomte, Savard, Drouin, & Guillon, 2004). Par conséquent, il serait primordial que les recherches futures considèrent non seulement l'adhésion comme un processus et l'abordent comme tel en la mesurant à plusieurs reprises, mais qu'il en soit de même pour l'ensemble des variables déterminantes qui sont mises en relation avec l'adhésion aux recommandations.

Plusieurs études suggèrent l'existence d'un lien entre les variables contextuelles et l'adhésion aux recommandations. Les appuis théoriques en ce sens sont abondants. Le nombre important de variables ayant un impact sur l'adhésion du client aux recommandations peut expliquer le fait que chacune de ces variables ne rende compte que d'un faible pourcentage de la variance expliquée de l'adhésion. Tel que mentionné précédemment, les variables contextuelles semblent jouer un rôle fondamental en ce qui concerne l'adhésion des clients aux recommandations et elles mériteraient plus d'attention dans des recherches futures.

Variables du client

Certains auteurs se sont penchés sur les caractéristiques du client susceptibles d'influencer l'adhésion aux recommandations en thérapie. Jusqu'à maintenant, la plupart des études ont porté sur la sévérité et la nature des symptômes. Quelques études se sont aussi intéressées à des variables comme le locus de contrôle, le sentiment d'auto-efficacité et les stratégies d'adaptation.

Nature, sévérité de la problématique et locus de contrôle

Les résultats des études qui se sont penchées sur le lien entre l'adhésion et la sévérité de la problématique du client sont mitigés. Les résultats d'une étude réalisée par Edelman et Chambless (1993) auprès de clients souffrant d'agoraphobie indiquent des corrélations de l'ordre de .28 à .40 ($p < .05$) entre la sévérité des symptômes anxieux, évitants ou dépressifs et l'adhésion des clients aux recommandations. Plus les symptômes sont sévères au début de la thérapie, moins les clients adhèrent aux recommandations de leur thérapeute. Worthington (1986) a également trouvé un lien qui va dans le même sens et qu'il qualifie de faible entre la sévérité de la problématique professionnelle, émotionnelle ou familiale et l'adhésion des clients aux recommandations. Néanmoins, l'étude de Worthington (1986) utilise des instruments non validés et l'adhésion est estimée uniquement par les conseillers, ce qui limite la validité des résultats. Dans le même ordre d'idées, une étude par Bryant et al. (1999) révèle que le nombre d'épisodes dépressifs est inversement relié au degré d'adhésion des clients aux recommandations de leurs thérapeutes. Les auteurs suggèrent que les clients qui ont connu plusieurs épisodes dépressifs sont plus résignés face à la dépression et

savent par expérience que les symptômes s'atténuent avec le temps. Selon Bryant et ses collaborateurs (1999), chez les clients dépressifs, ce sont surtout les cognitions qui ont une influence sur le degré d'adhésion aux recommandations. Par cognitions, ils entendent les pensées du client par rapport à la recommandation elle-même, ses croyances quant à son auto-efficacité et sa capacité de résoudre des problèmes ainsi que le locus de contrôle interne. Des études réalisées auprès de clients souffrant de troubles anxieux ont d'ailleurs permis de démontrer qu'un locus de contrôle interne (Leung & Heimberg, 1996) et un sentiment d'auto-efficacité (Hoelscher et al., 1984) sont reliés positivement au degré d'adhésion des clients aux recommandations de leurs thérapeutes.

Burns et Spangler (2000) ont exploré la relation bidirectionnelle entre la dépression et l'adhésion aux recommandations et n'ont pas trouvé d'évidence quant à l'influence de la sévérité de la dépression sur l'adhésion des clients aux recommandations de leurs conseillers. Il en est de même pour les études de Burns et Nolen-Hoeksema (1991) et de Startup et Edmonds (1994) qui n'ont pas trouvé de lien entre la sévérité des symptômes dépressifs avant le début du traitement et l'adhésion des clients aux recommandations. Ces résultats vont à l'encontre de ceux obtenus par Edelman et Chambless (1993), Worthington (1986) et Bryant et al. (1999). L'absence de relation pourrait être due à un manque de puissance statistique ou encore, à des biais dans la mesure de l'adhésion. Scheel et al. (2004) proposent deux explications théoriques à ces résultats contradictoires. D'une part, il est possible que la sévérité des symptômes augmente la motivation des clients à changer et à adhérer aux recommandations du thérapeute. Dans ce cas, le client perçoit la recommandation comme une façon de gagner

du contrôle sur ses symptômes ou de s'engager activement pour réduire ses symptômes. D'autre part, la présence d'un problème ou trouble sévère peut avoir un impact sur le niveau d'énergie et la motivation nécessaires au client pour appliquer les recommandations du thérapeute (Scheel et al., 2004). Ces deux propositions apparaissent plausibles et pourraient expliquer les divergences dans les résultats obtenus par différents chercheurs. D'autres études seraient nécessaires afin d'avoir une meilleure idée du lien entre la nature et la sévérité de la problématique d'un client et son adhésion aux recommandations.

Style de stratégies d'adaptation

Burns et Nolen-Hoeksema (1991) se sont aussi intéressés au lien entre le style de stratégies d'adaptation utilisées avant la thérapie et le degré d'adhésion aux recommandations. Pour ce faire, ils ont évalué les stratégies d'adaptation de clients souffrants de troubles affectifs avant le début de la thérapie. Ils ont ensuite proposé deux modèles théoriques : la capitalisation et la compensation. Selon la théorie de la capitalisation, un client qui présente de bonnes stratégies d'adaptation avant le début de la thérapie devrait adhérer davantage car les recommandations lui permettront d'utiliser ses forces et de capitaliser sur celles-ci. Par ailleurs, la théorie de la compensation suggère qu'un client qui présente de pauvres stratégies d'adaptation avant la thérapie devrait adhérer davantage puisque les recommandations lui fourniront des moyens de compenser pour ses déficiences en lui enseignant comment se défaire de ses distorsions cognitives et de ses attitudes défaitistes. Les résultats de cette étude ne permettent pas d'établir un lien entre les stratégies d'adaptation et l'adhésion. Le fait que cette étude n'ait

pas permis de confirmer ce lien ne permet pas de témoigner du bien fondé de l'une ou l'autre des propositions théoriques exposées ci-haut. En effet, tel que mentionné précédemment, des réserves s'imposent face aux résultats de ces auteurs puisque l'adhésion des clients aux recommandations a été mesurée une seule fois de façon rétrospective.

Capacité de se souvenir des recommandations

Toujours en ce qui a trait aux variables des clients, Jones et Caldwell (1981) ont trouvé une relation entre la capacité du client à se souvenir des recommandations et son degré d'adhésion. L'absence d'indice de signification statistique nous empêche de juger de la force de cette relation. Toutefois, il nous semble qu'il s'agit d'une relation qui va de soi, c'est-à-dire qu'il est probable que pour qu'un client adhère à une recommandation, il doit d'abord être en mesure de se rappeler cette recommandation avant de la mettre en application.

Motivation au changement

La motivation au changement du client est une variable qui n'a été reliée que théoriquement à l'adhésion (Detweiler & Wishman, 1999; Jones & Caldwell, 1981) mais qui mériterait plus d'attention. En s'inspirant des résultats d'études sur la motivation au changement, Detweiler et Wishman (1999) proposent que la perception par le client d'un certain plaisir à appliquer les recommandations favorise la motivation intrinsèque et, par le fait même, l'adhésion aux recommandations. En effet, il semble raisonnable de croire que si la motivation joue un rôle important pour l'engagement du client dans le

processus thérapeutique, elle doit aussi influencer l'adhésion du client aux recommandations.

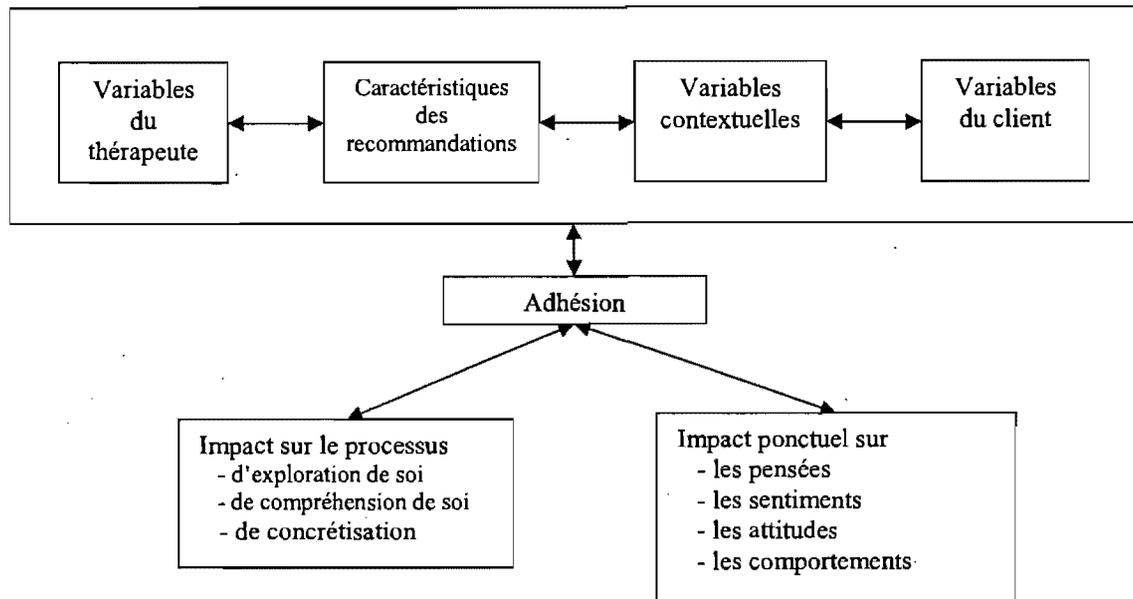
Force est de constater qu'un nombre restreint de variables du client a été étudié empiriquement en lien avec l'adhésion aux recommandations. Néanmoins, il est raisonnable de croire qu'un nombre important de caractéristiques du client influence l'adhésion aux recommandations. Cela pourrait expliquer qu'aucune de ces caractéristiques prise individuellement ne permet de rendre compte d'un pourcentage important de la variance expliquée. Par exemple, le type de problème, le soutien social, les attentes, la motivation au changement, la résistance au changement, la progression à travers les stades de changement et l'engagement sont autant des variables qui sont reliées au changement thérapeutique (Bergin & Garfield, 1994) et qui seraient susceptibles d'influencer l'adhésion des clients aux recommandations de leurs thérapeutes ou conseillers. D'autres études seraient nécessaires afin d'avoir une meilleure idée de l'impact des variables du client sur l'adhésion aux recommandations en thérapie et en counseling.

Impact des déterminants sur l'adhésion aux recommandations

À la lumière des informations présentées plus haut, il semble que l'impact des déterminants sur l'adhésion des clients aux recommandations varie en fonction de la définition accordée aux recommandations et des modalités de mesure de l'adhésion. Les chercheurs qui étudient les recommandations explicites de tâches à accomplir en dehors du contexte de thérapie s'intéressent à des changements ponctuels au niveau des

pensées, des sentiments, des attitudes et/ou des comportements. C'est le cas principalement des études qui mesurent uniquement l'aspect comportemental de l'adhésion et ce, une seule fois au cours du processus thérapeutique. La recommandation prend alors la forme d'une prescription et l'adhésion se limite à sa mise en application. Il semble que cette vision statique et fragmentaire ne rend pas compte de la complexité du processus interpersonnel et thérapeutique. Par ailleurs, les quelques chercheurs qui se penchent sur le degré d'adhésion et qui mesurent l'adhésion tout au long de la thérapie tiennent compte de l'interactivité du processus thérapeutique et de l'aspect émotionnel de l'adhésion en terme d'engagement dans un tel processus. L'adhésion prend alors un sens plus large où adhérer à un processus de changement signifie s'engager dans un processus thérapeutique qui amène à explorer, à réfléchir, à comprendre, à chercher des pistes de solution et à les mettre en application pendant et en dehors des séances de thérapie. L'impact de l'adhésion est alors attendu non pas seulement en termes de changements ponctuels et concrets mais plutôt en terme de progression au niveau de l'exploration de soi, de la compréhension de soi et de la concrétisation de la compréhension de soi par l'action. Ces distinctions peuvent se résumer à la différence entre des recommandations de résultats par opposition à des recommandations de processus. Bien que ces deux types de recommandations soient d'une grande importance pour promouvoir le changement, il est raisonnable de s'attendre à retrouver des différences au niveau de leur impact sur l'adhésion, de même qu'en fonction de l'approche thérapeutique et de la façon dont on mesure cet impact ainsi que le changement thérapeutique. La figure ci-dessous permet de résumer le modèle proposé.

Figure 1. Modèle des déterminants de l'adhésion



Conclusion

L'impact des recommandations en thérapie semble étroitement lié à l'adhésion du client à ces recommandations (Kazantis & Lampropoulos, 2002). C'est pour cette raison que de plus en plus de chercheurs tentent d'identifier les variables déterminantes du degré d'adhésion des clients aux recommandations de leurs thérapeutes ou conseillers. À la lumière des informations présentées dans cet article, il semble que l'adhésion est déterminée à la fois par les variables du thérapeute, les caractéristiques des recommandations, les variables contextuelles et les variables du client. À l'intérieur de ces catégories, plusieurs variables ont été reliées théoriquement à l'adhésion aux recommandations mais les appuis scientifiques demeurent épars puisque les résultats des études sont souvent mitigés ou contradictoires. Que pouvons-nous conclure?

D'abord, il importe de mentionner que la validité interne des études sur l'adhésion est généralement limitée en raison du manque de mesures fiables de l'adhésion et d'une validité conceptuelle peu articulée et documentée. La plupart des études utilisent des mesures auto-révélées par le client de son degré d'adhésion, ce qui favorise le biais de désirabilité sociale. Une étude effectuée par Hoelscher et ses collaborateurs (1984) à l'aide d'une mesure objective de l'adhésion révèle que 85% des clients ont tendance à exagérer le degré auto-révélé d'adhésion aux recommandations avec une surestimation moyenne de 126%. Pour pallier à ce problème, certains chercheurs ont ajouté des mesures d'adhésion estimées par le thérapeute ainsi que par des observateurs externes (Addis & Jacobson, 2000; Bryant et al., 1999; Burns & Nolen-Hoeksema, 1991; Burns & Nolen-Hoeksema, 1992; Burns & Spangler, 2000; Kazdin & Mascitelli, 1982; Scheel et al., 1999). Primakoff, Epstein et Covi (1986) suggèrent que l'ajout d'un observateur externe, en plus de l'évaluation du thérapeute et du client permet d'avoir une idée plus juste du degré et de la qualité de l'adhésion du client aux recommandations. La grande variabilité dans la source d'information ajoute donc à la complexité rencontrée lorsque nous tentons de comparer les résultats de différentes études sur les déterminants de l'adhésion. En outre, plusieurs études n'ont effectué qu'une seule mesure de l'adhésion et ont traité l'adhésion comme étant une variable dichotomique. Tel que mentionné précédemment, il apparaît intéressant d'inclure les notions de temporalité et de degré dans la définition de l'adhésion afin d'avoir une vision plus juste et plus nuancée de ce construit. Les résultats obtenus à partir d'une seule mesure (Burns & Nolen-Hoeksema, 1992; Conoley et al., 1994; Cox et al., 1988; Jones & Caldwell, 1981) sont plus difficiles à

généraliser. Cela est d'autant plus vrai lorsqu'on utilise des mesures rétrospectives de l'adhésion à la fin du processus de thérapie ou de counseling. Il est probable qu'à la fin du traitement, les clients qui ont observé des changements ou des progrès auront tendance à surévaluer leur degré d'adhésion pendant le processus thérapeutique (Kazantis et al., 2004). Une méta-analyse réalisée par Kazantis, Deane et Ronan (2000) suggère que la source d'information ainsi que le moment de mesure de l'adhésion influencent les données obtenues concernant le degré d'adhésion des clients aux recommandations de leurs thérapeutes. Toujours en ce qui concerne la mesure de l'adhésion, de plus en plus d'auteurs mettent l'accent sur l'importance de tenir compte de la qualité de l'adhésion plutôt que de la quantité (Kazantis et al., 2004; Primakoff et al., 1986; Schmidt & Woolaway-Bickel, 2000). Par qualité, on entend le degré auquel les recommandations sont appliquées correctement (Primakoff et al., 1986). Les résultats d'une étude de Schmidt et Woolaway-Bickel (2000) menée auprès de 48 clients présentant un trouble panique indiquent que la qualité est un meilleur prédicteur de changement que la quantité de tâches accomplies. Par conséquent, il semble qu'il serait primordial que les études futures prévoient de multiples sources d'informations ainsi que des mesures répétées du degré d'adhésion des clients tout au long du processus thérapeutique. Kazantis et al. (2004) proposent un instrument de mesure fort intéressant, le *Homework Rating Scale*, qui rend compte de la quantité et de la qualité des tâches accomplies et qui doit être utilisé à chaque séance du processus de thérapie. Puisque cette mesure évalue la qualité de la mise en application de tâches entre les séances, les données obtenues concernent la phase de concrétisation des changements. Par

conséquent, cet instrument ne permet pas d'évaluer l'adhésion à des recommandations qui visent l'exploration ou la compréhension de soi.

À la lumière des informations présentées dans cet article, il semble qu'il existe un grand nombre de variables qui influencent le degré d'adhésion des clients aux recommandations. Cela étant dit, il n'est pas surprenant que les liens qui sont établis avec chacun des déterminants soient faibles. Aussi, il est fort probable que les différents déterminants de l'adhésion ne soient pas indépendants. Il existe d'ailleurs plusieurs recouvrements dans les définitions des déterminants des quatre catégories du modèle des déterminants de l'adhésion aux recommandations. Il semble que c'est l'interaction entre ces déterminants qui a une influence sur le degré d'adhésion aux recommandations. Par exemple, une recommandation qui est concordante devrait, en principe, avoir un niveau de difficulté adapté en fonction des capacités du client et sa nature ou son contenu devrait être central par rapport à la problématique présentée par le client. Cela va dans le même sens que le modèle théorique de l'adhésion aux recommandations proposé par Detweiler et Wishman (1999) selon lequel l'adhésion peut être expliquée par les caractéristiques du client, du thérapeute, des recommandations ainsi que leurs interrelations. Les recherches n'ont pas encore permis d'établir de lien de causalité direct entre ces déterminants et l'adhésion. Les études étant de nature corrélationnelle, il n'est pas possible de connaître le rôle spécifique de chacune de ces variables ni le sens des relations qui ont été établies. Certains auteurs suggèrent la possibilité que l'acceptabilité de la recommandation soit une variable médiatrice entre le niveau de difficulté, la concordance, l'utilisation des forces du clients, l'influence du thérapeute, la nature ou le

type de recommandations et l'adhésion des clients aux recommandations (Conoley et al., 1994; Scheel et al., 2004; Scheel et al., 1999). D'autres études seront nécessaires afin de clarifier les relations et interrelations entre ces déterminants et l'adhésion des clients aux recommandations.

La possibilité de généraliser les résultats obtenus par les études citées dans ce texte est largement influencée par la composition des échantillons utilisés dans chaque étude. Plusieurs études ont été menées auprès d'échantillons de clients présentant des problématiques ciblées telles que la dépression (Addis & Jacobson, 2000; Bryant et al., 1999; Burns & Nolen-Hoeksema, 1992), la phobie sociale (Edelman & Chambless, 1995; Leung & Heimberg, 1996) ou l'agoraphobie (Edelman & Chambless, 1993). Il est donc possible que les résultats de ces études ne soient pas généralisables à des populations présentant des problématiques différentes de celles étudiées.

Aussi, la plupart des études ont été effectuées dans le cadre de thérapies d'orientation cognitive-comportementale. Il est probable que cela influence les résultats obtenus puisque le fait de donner des recommandations explicites fait partie intégrante du rationnel du traitement cognitif-comportemental alors qu'il s'agit d'une pratique plus variable et moins explicite au sein des autres approches. Il semble alors possible de postuler que les clients qui décident de s'impliquer dans un processus thérapeutique d'approche cognitivo-comportementale sont plus sensibilisés à l'importance de l'adhésion aux recommandations que ceux qui choisissent une autre approche. Or, il n'est pas permis d'assumer que la majorité des clients connaissent a priori le rationnel de

traitement avant de s'impliquer dans le processus thérapeutique. De plus, les thérapies d'approche cognitivo-comportementale visent plutôt des changements ponctuels au niveau des pensées, des sentiments, des attitudes et des comportements. Ces changements sont plus facilement observables et mesurables que les changements en terme de progression dans un processus d'exploration, de compréhension de soi et de concrétisation de la compréhension de soi. De façon générale, les auteurs ne fournissent pas d'information quant à la nature des recommandations, c'est-à-dire qu'ils ne précisent pas si leurs résultats ont été obtenus avec des recommandations implicites ou explicites. Toutefois, il est raisonnable de croire qu'il s'agit, dans la plupart des cas, de recommandations explicites puisque l'on s'intéresse surtout à la mise en application, donc à l'aspect comportemental et concret de l'adhésion aux recommandations. Il serait intéressant que les recherches futures s'intéressent à l'adhésion à des recommandations implicites et explicites et à son impact en terme d'évolution du processus thérapeutique. Pour ce faire, il serait nécessaire de tenir compte du caractère multidimensionnel de l'adhésion aux recommandations et de développer un instrument de mesure qui tiendrait compte des aspects cognitif, comportemental et émotionnel de l'adhésion des clients aux recommandations. Il est raisonnable de croire que les aspects émotionnel et cognitif sont essentiels dans l'étude des processus de changement (Mahrer et al., 1994; Wampold, 2001). En effet, la croyance qu'une recommandation sera efficace et l'engagement à y réfléchir jouent fort probablement un rôle tout aussi important quant à l'impact de cette recommandation que la mise en application de la recommandation de façon ponctuelle. Le fait d'en tenir compte permettrait une compréhension plus intégrée et plus complète

qui rendrait compte de la complexité d'un construit tel que l'adhésion et ce, dans l'ensemble des approches thérapeutiques.

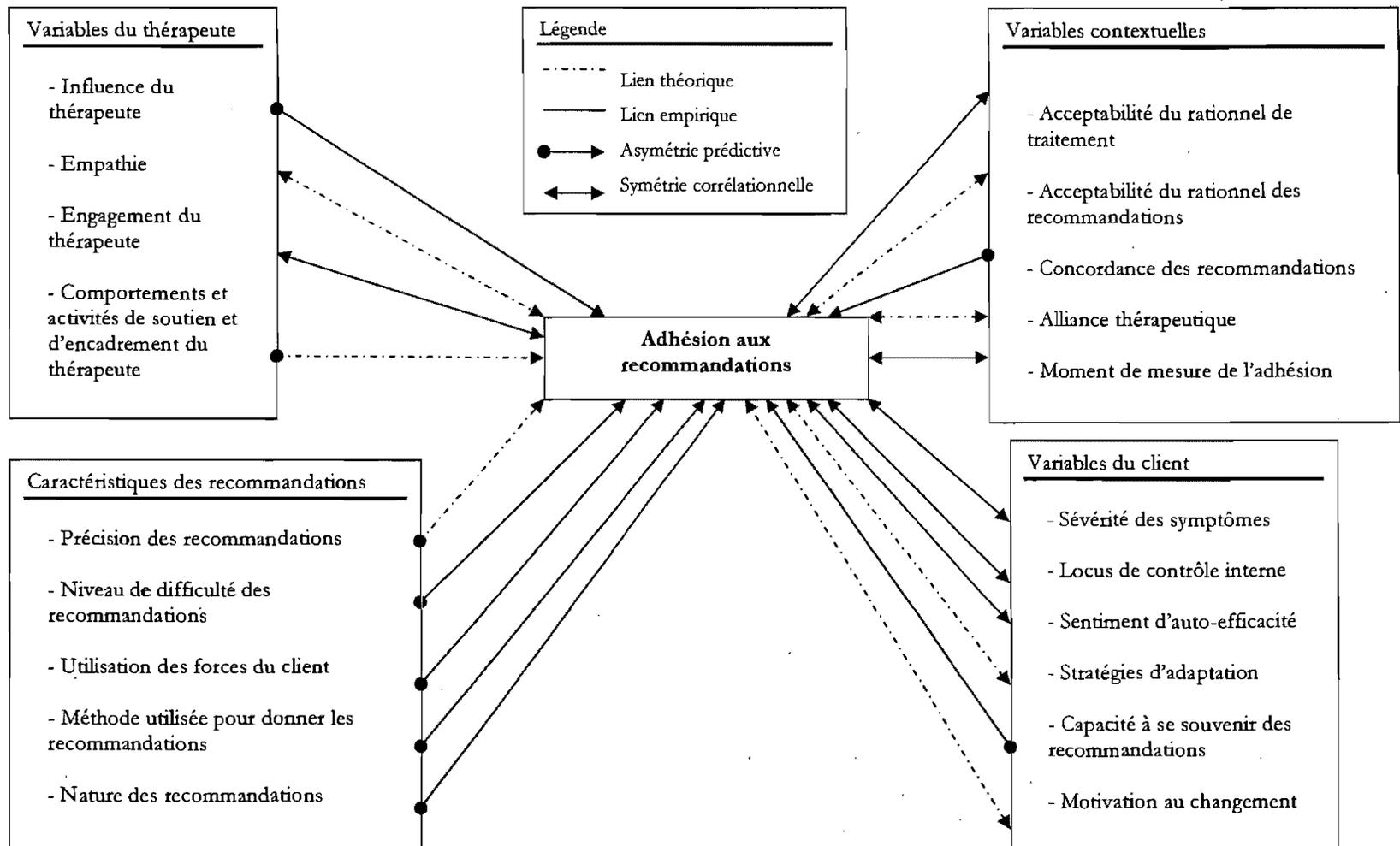
Malgré le nombre important de limites à la généralisation et de failles méthodologiques de certaines études, les résultats obtenus et les réflexions qui en découlent méritent d'être considérés dans la planification d'études futures. Il serait intéressant de donner du sens à ces résultats à l'aide d'une perspective multidimensionnelle de l'adhésion définie en termes d'intention, de détermination et de degré auquel un client s'engage émotionnellement tout au long d'un processus qui implique l'exploration de soi, la compréhension de soi et la concrétisation de cette compréhension par la mise en application de tâches entre les séances.

Tableau 1. Éléments définitionnels de l'adhésion et sources d'informations inclus dans les études citées

Auteurs	Éléments définitionnels de l'adhésion							
	Élément comportemental	Élément cognitif	Élément émotionnel	Degré d'adhésion	Temporalité	Source d'information		
						Client	Thérapeute	Observateur externe
Addis & Jacobson, 2000	X			X	X		X	
Bryant, Simons, & Thase, 1999	X			X	X			X
Burns & Nolen-Hoeksema, 1991	X			X		X	X	
Burns & Nolen-Hoeksema, 1992	X			X		X	X	
Burns & Spangler, 2000	X			X		X	X	
Claiborn, Ward, & Strong, 1981	X					X		
Conoley, Padula, Payton, & Daniels, 1994	X							X
Cox, Tisdelle, & Culbert, 1988	X	X				X		
Edelman & Chambless, 1993	X				X	X		
Edelman & Chambless, 1995	X			X	X		X	
Hoelscher, Lichstein, & Rosenthal, 1984	X			X	X	Mesures objectives VS mesures du client		
Jones & Cladwell, 1981	X	X		X	X	X		
Kazdin & Mascitelli, 1982	X			X	X	X	X	
Leung & Heimberg, 1996	X			X	X		X	

Éléments définitionnels de l'adhésion								
Auteurs	Élément comportemental	Élément cognitif	Élément émotionnel	Degré d'adhésion	Temporalité	Source d'information		
						Client	Thérapeute	Observateur externe
Mahrer et al., 1994		X	X		X			X
Neimeyer & Feixas, 1990	X			X				X
Patterson & Forgatch, 1985	X							X
Rees et al., 2005	X					X		
Scheel, Seaman, Roach, Mullin, & Blackwell-Mahoney, 1999	X			X	X	X	X	
Schmidt & Woolaway-Bickel, 2000	X			X	X		X	
Startup & Edmonds, 1994	X			X	X		X	
Worthington, 1986	X			X	X		X	

Figure 2. Les variables liées à l'adhésion aux recommandations



Références

- Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2000). A closer look at the treatment rationale and homework compliance in cognitive-behavioral therapy for depression *Cognitive Therapy and Research*, 24(3), 313-326.
- Barak, A., & LaCrosse, M. B. (1975). Multidimensional perception of counsellor behavior. *Journal of Counseling Psychology*, 22(6), 471-476.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York.
- Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Bernstein, B. L., & Lecomte, C. (1976). An integrative competency-based counselor education model. *Counselor Education and Supervision*, 16(1), 26-36.
- Bryant, M. J., Simons, A. D., & Thase, M. E. (1999). Therapist skill and patient variables in homework compliance: Controlling an uncontrolled variable in cognitive therapy outcome research. *Cognitive Therapy and Research*, 23(4), 381-399.
- Burns, D. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1991). Coping styles, homework compliance, and the effectiveness of cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 305-311.
- Burns, D. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: A structural model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 441-449.

- Burns, D. D., & Spangler, D. L. (2000). Does psychotherapy homework lead to improvements in depression in cognitive-behavioral therapy or does improvement lead to increased homework compliance? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(1), 46-56.
- Castonguay, L. G. (1987). Facteurs communs : Vers un modèle transthéorique de la psychothérapie. In C. Lecomte & L. G. Castonguay (Éds.), *Rapprochement et intégration en psychothérapie* (pp. 185-206). Montréal: Gaëtan Morin.
- Claiborn, C. D., Ward, S. R., & Strong, S. R. (1981). Effects of congruence between counselor interpretations and client beliefs. *Journal of Counseling Psychology, 28*(2), 101-109.
- Conoley, C. W., Conoley, J. C., Ivey, D. C., & Scheel, M. J. (1991). Enhancing consultation by matching consultee's perspectives. *Journal of Counseling & Development, 69*, 546-549.
- Conoley, C. W., Padula, M. A., Payton, D. S., & Daniels, J. A. (1994). Predictors of client implementation of counselor recommendations: Match with problem, difficulty, and building on client strengths. *Journal of Counseling Psychology, 41*(1), 3-7.
- Coon, D. W., & Gallagher-Thompson, D. (2002). Encouraging homework completion among older adults in therapy. *Journal of Clinical Psychology, 58*(5), 549-563.
- Corrigan, J. D., Dell, D. M., Lewis, K. N., & Schmidt, L. D. (1980). Counseling as a social influence process: A review. *Journal of Counseling Psychology, 27*(4), 395-441.
- Cox, D. J., Tisdelle, D. A., & Culbert, J. P. (1988). Increasing adherence to behavioral homework assignments. *Journal of Behavioral Medicine, 11*(5), 519-522.

- Dell, D. M. (1973). Counselor power base, influence attempt, and behavior change in counselling. *Journal of Counseling Psychology, 20*(5), 399-405.
- Detweiler, J. B., & Wishman, M. A. (1999). The role of homework assignments in cognitive therapy for depression: Potential methods for enhancing adherence. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*(3), 267-282.
- Edelman, R. E., & Chambless, D. L. (1993). Compliance during sessions and homework in exposure-based treatment of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 31*(8), 767-773.
- Edelman, R. E., & Chambless, D. L. (1995). Adherence during sessions and homework in cognitive-behavioral group treatment of social phobia. *Behavior Research and Therapy, 33*(5), 573-577.
- Frank, J. D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In J. H. Harvey & M. M. Parks (Eds.), *Psychotherapy research and behavior change* (pp. 9-37). Washington, DC: American Psychological Association.
- Garland, A., & Scott, J. (2002). Using homework in therapy for depression. *Journal of Clinical Psychology, 58*(5), 489-498.
- Grinder, J., & Bandler, R. (1976). *The structure of magic II: A book about communication and change, vol 2*. Oxford, England: Science & Behavior Books.
- Guédon, M., & Savard, R. (2000). *Tests à l'appui: pour une intervention intégrée de la psychométrie en counseling d'orientation*. Sainte-Foy, Québec: Éditions Septembre.
- Haynes, B. R., Taylor, W. R., & Sackett, D. L. (1979). *Compliance in health care*. Baltimore: John Hopkins University Press.

- Highlen, P. S., & Hill, C. E. (1984). Factors affecting client change in individual counselling: Current status and theoretical speculations. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of counselling psychology* (pp. 334-396). New York: John Wiley & Sons.
- Hoelscher, T. J., Lichstein, K. L., & Rosenthal, T. L. (1984). Objective VS subjective assessment of relaxation compliance among anxious individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 22(2), 187-193.
- Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship: From transference to alliance. *Psychotherapy in Practice*, 56(2), 163-173.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573.
- Horvath, A. O., & Symonds, D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149.
- Jones, F. A., & Caldwell, H. S. (1981). Factors affecting patient compliance with diagnostic recommendations. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51(4), 700-709.
- Kazantis, N. (2000). Brief reports: Power to detect homework effects in psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 166-170.
- Kazantis, N., & Deane, F. P. (1999). Psychologists' use of homework assignments in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(6), 581-585.
- Kazantis, N., Deane, F. P., & Ronan, K. R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 189-202.

- Kazantis, N., Deane, F. P., & Ronan, K. R. (2001). Concluding causation from correlation: Comment on Burns and Spangler. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(6), 1079-1083.
- Kazantis, N., Deane, F. P., & Ronan, K. R. (2004). Assessing compliance with homework assignments: review and recommendations for clinical practice. *Journal of Clinical Psychology, 60*(6), 627-641.
- Kazantis, N., & L'Abate, L. (2006). *Handbook of homework assignments in psychotherapy: Research, practice and prevention*. New York: Springer.
- Kazantis, N., & Lampropoulos, G. K. (2002). The use of homework in psychotherapy : An introduction. *Journal of Clinical Psychology, 58*(5), 487-488.
- Kazdin, A. E. (1981). Acceptability of child treatment techniques: The influence of treatment efficacy and adverse side effects. *Behavior Therapy, 12*, 493-506.
- Kazdin, A. E., & Mascitelli, S. (1982). Covert and overt rehearsal and homework practice in developing assertiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*(2), 250-258.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 143-189). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Lazarus, A. A., & Faye, A. (1982). Resistance or rationalization? In P. Wachtel (Ed.), *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches* (pp. 115-132). New York: Plenum.
- Lecomte, C. (1987). Et maintenant, que faire? Les psychothérapeutes face à l'éclectisme. In C. Lecomte & L. G. Castonguay (Eds.), *Rapprochement et intégration en psychothérapie* (pp. 207-221). Montréal: Gaëtan Morin.

- Lecomte, C., & Alain, M. (1990). Les facteurs communs dans les entretiens psychothérapeutiques. *Psychologie Française*, 35(3), 185-193.
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M., & Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, 25(3), 73-102.
- Leung, A. W., & Heimberg, R. G. (1996). Homework compliance, perceptions of control, and outcome of cognitive-behavioral treatment of social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 34(5-6), 423-432.
- Luftey, K. E., & Wishner, W. J. (1999). Beyond «compliance» is «adherence». *Diabetes Care*, 22(4), 635-639.
- Mahrer, A. R., Gagnon, R., Fairweather, D. R., Boulet, D. B., & Herring, C. B. (1994). Client commitment and resolve to carry out postsession behaviors. *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 407-414.
- Neimeyer, R. A., & Feixas, G. (1990). The role of homework and skill acquisition in the outcome of group cognitive therapy for depression. *Behavior Therapy*, 21, 281-292.
- Patterson, G. R., & Forgatch, M. S. (1985). Therapist behavior as a determinant for client noncompliance: A paradox for the behavior modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(6), 846-851.
- Primakoff, L., Epstein, N., & Covi, L. (1986). Homework compliance: An uncontrolled variable in cognitive therapy outcome research. *Behavior Therapy*, 17, 433-446.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.

- Rees, C. S., McEvoy, P., & Nathan, P. R. (2005). Relationship between homework completion and outcome in cognitive behaviour therapy. *Cognitive Behaviour Therapy, 34*(4), 242-247.
- Reimers, T. M., Wacker, D. P., & Koepl, G. (1987). Acceptability of behavioural interventions: A review of the literature. *School Psychology Review, 16*(2), 212-227.
- Scheel, M. J., Hanson, W. E., & Razzhavaikina, T. I. (2004). The process of recommending homework in psychotherapy: A review of therapist delivery methods, client acceptability, and factors that affect compliance. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training, 41*(1), 38-55.
- Scheel, M. J., Seaman, S., Roach, K., Mullin, T., & Blackwell Mahoney, K. (1999). Client implementation of therapist recommendations predicted by client perception of fit, difficulty of implementation, and therapist influence. *Journal of Counseling Psychology, 46*(3), 308-316.
- Schmidt, L. D., & Strong, S. R. (1971). Attractiveness and influence in counseling. *Journal of Counseling Psychology, 18*(4), 348-351.
- Schmidt, N. B., & Woolaway-Bickel, K. (2000). The effects of treatment compliance on outcome in cognitive-behavioral therapy for panic disorder: Quality versus quantity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(1), 13-18.
- Shelton, J. L., & Levy, R. L. (1981). *Behavioral assignments and treatment compliance: A handbook of clinical strategies*. Champaign, IL: Research Press.
- St-Amand, A. (2002). Étude des prédicteurs et de l'impact de l'adhésion du travailleur accidenté aux recommandations de son conseiller en réadaptation: Université de Montréal, texte de synthèse.

- Startup, M., & Edmonds, J. (1994). Compliance with homework assignments in cognitive-behavioral psychotherapy for depression: relation to outcome and methods of enhancement. *Cognitive Therapy and Research, 18*(6), 567-579.
- Strong, S. R. (1968). Counseling: An interpersonal influence process. *Journal of Counseling Psychology, 15*, 215-224.
- Strong, S. R., & Matcross, R. P. (1973). Change processes in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 20*(1), 25-37.
- Strong, S. R., & Schmidt, L. D. (1970). Expertness and Influence in counseling. *Journal of Counseling Psychology, 17*(1), 81-87.
- Tompkins, M. A. (2002). Guidelines for enhancing homework compliance. *Journal of Clinical Psychology, 58*(5), 565-576.
- Tompkins, M. A. (2004). *Using homework in psychotherapy: Strategies, guidelines, and forms*. New York: Guilford Press.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum associates, publishers.
- Worthington, E. L. (1986). Client compliance with homework directives during counselling. *Journal of Counseling Psychology, 33*(2), 124-130.
- Wright, R. M., & Strong, S. R. (1982). Stimulating therapeutic change with directives: An exploratory study. *Journal of Counseling Psychology, 29*(2), 199-202.

**CHAPITRE 2 : ÉTUDE DE L'IMPACT ET DES DÉTERMINANTS DE L'ADHÉSION DE
TRAVAILLEURS ACCIDENTÉS AUX RECOMMANDATIONS DE LEURS CONSEILLERS EN
RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE**

**ÉTUDE DE L'IMPACT ET DES DÉTERMINANTS DE L'ADHÉSION DE TRAVAILLEURS
ACCIDENTÉS AUX RECOMMANDATIONS DE LEURS CONSEILLERS EN RÉADAPTATION
PROFESSIONNELLE**

Par

Annie St-Amand, M.Ps., Université de Montréal

Et

Conrad Lecomte, Ph.D., Université de Montréal

Article soumis à la *Revue Canadienne de Counseling*

Résumé

La présente étude a pour but 1) d'évaluer les relations entre l'adhésion des travailleurs accidentés aux recommandations de leurs conseillers en réadaptation et l'alliance de travail, l'influence du conseiller, la concordance et le niveau de difficulté des recommandations et, 2) d'explorer l'impact de l'adhésion des travailleurs aux recommandations de leurs conseillers sur le changement et le retour au travail. Les résultats suggèrent que les déterminants de l'adhésion varient tout au long du processus de réadaptation et que l'adhésion des travailleurs n'est pas reliée au changement en réadaptation. Bien qu'inattendus, ces résultats contribuent à une meilleure compréhension du processus de réadaptation.

Mots clés : Adhésion, recommandations, alliance de travail, concordance des recommandations, influence du thérapeute, difficulté des recommandations, lésions professionnelles, réadaptation professionnelle, réinsertion professionnelle.

Abstract

The purpose of this study is to evaluate the impact of the client's perception of the working alliance, the counselor's influence, the fit and the difficulty of the recommendation on his degree of adherence. Also to assess the impact of adherence on the rehabilitation process and return to work. Results suggest that the predictors of adherence vary throughout the rehabilitation process and that no significant relationship exists between adherence to recommendations and reduction of psychological distress or return to work. Although unexpected, these results will help to better understand the rehabilitation process and reorient future studies.

Key words : Adherence, recommendations, working alliance, fit, therapist's influence, difficulty level of recommendations, occupational disability, rehabilitation.

Introduction

L'efficacité des interventions auprès des travailleurs victimes d'une lésion professionnelle⁴ est tributaire du maintien et de la généralisation des changements qui se sont produits en cours de processus de réadaptation. Une recension des écrits scientifiques permet de suggérer que le maintien et la généralisation des changements survenus en cours de processus thérapeutique sont facilités par l'adhésion du client aux recommandations de son thérapeute ou conseiller (Burns & Nolen-Hoeksema, 1991; Conoley, Conoley, Ivey, & Scheel, 1991; Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). Les recommandations font partie intégrante du processus thérapeutique et peuvent être définies comme des suggestions d'activités à exécuter en dehors du contexte thérapeutique (Scheel, Seaman, Roach, Mullin, & Blackwell Mahoney, 1999). Elles peuvent être implicites ou explicites et se présenter sous la forme de pistes de réflexion, d'objectifs à atteindre, d'interprétations ou de suggestions d'action (Highlen & Hill, 1984). À notre connaissance, peu d'études se sont penchées sur ce sujet dans le domaine de la réadaptation. C'est pourquoi la présente étude propose de tenter d'explorer l'application des connaissances acquises en psychothérapie et en counseling au domaine de la réadaptation en visant, 1) à identifier les variables déterminantes de l'adhésion du travailleur accidenté aux recommandations de son conseiller en réadaptation professionnelle et 2), à évaluer l'impact de l'adhésion aux recommandations sur le fonctionnement adaptatif du travailleur accidenté.

⁴ Les lésions professionnelles peuvent être physiques ou psychologiques et font référence soit aux maladies professionnelles, soit aux accidents de travail. Il y a lésion professionnelle lorsqu'une blessure survient sur les lieux du travail alors que le travailleur est à son travail ou lorsque le travailleur est atteint d'une maladie énumérée dans la liste des maladies professionnelles et qu'il a exercé un travail correspondant à cette maladie (Baril, Martin, Lapointe, & Massicotte, 1994).

Contexte théorique

Les chercheurs en réadaptation professionnelle se sont surtout intéressés à l'étude de l'impact des lésions professionnelles et des interventions de réadaptation pour les travailleurs accidentés sur les plans psychologique, physique, social et économique. Par exemple, ces études vont souligner que les lésions professionnelles entraînent habituellement, chez les travailleurs qui en sont victimes, une expérience caractérisée par la douleur, une détresse émotionnelle (Hoogen, Koes, Eijk, Bouter, & Devillé, 1997), une modification de l'image de soi et de l'estime de soi pouvant mener à une crise d'identité (Baril et al., 1994; Livneh & Sherwood, 1991), des perturbations dans les relations sociales, de l'anxiété et souvent des signes de dépression (Hoogen et al., 1997; Livneh & Sherwood, 1991). Peu d'études se sont intéressées à l'impact d'une lésion professionnelle combinée à la perte du lien d'emploi. Lorsqu'on ajoute à ce profil clinique la perte du lien d'emploi, on constate à quel point l'expérience du travailleur accidenté est complexe. Les chercheurs qui s'y sont penchés ont généralement considéré séparément l'impact des lésions professionnelles et de la perte du lien d'emploi sur les plans psychologique, physique, social et économique. Certains des chercheurs identifient la perte du lien d'emploi comme un facteur de chronicisation chez le travailleur accidenté puisqu'elle entraîne une série de ruptures avec une organisation, des collègues, une routine, un lieu où se rendre et des tâches à accomplir (Boulte, 1995). La perte du lien d'emploi implique donc des pertes à plusieurs niveaux et peut s'apparenter à une expérience de transition, de deuil, de marginalisation, d'exclusion ou de perte d'identité (Lecomte & Savard, 2006). Or, pour rendre compte de la complexité de l'expérience des

travailleurs accidentés, il apparaît nécessaire de l'aborder de façon multidimensionnelle et dynamique. Cela est d'autant plus vrai lorsqu'on tente de cerner l'impact combiné d'une lésion professionnelle et de la perte du lien d'emploi. Il en est de même pour l'étude de l'impact des interventions de réadaptation. Même si plusieurs chercheurs ont souligné l'aspect multidimensionnel des conséquences des lésions professionnelles, la plupart des études qui s'y sont intéressées mesurent le changement en réadaptation à partir d'un seul critère : le retour au travail. Toutefois, pour bien cerner le changement en réadaptation, il importe de l'aborder de façon multidimensionnelle et de tenir compte du processus autant que des résultats.

Jusqu'à maintenant, peu d'attention a été accordée à l'identification des variables qui contribuent au maintien et à la généralisation du changement en dehors du contexte de réadaptation. En se basant sur la théorie de l'auto-efficacité de Bandura (1987), plusieurs auteurs affirment que pour aider le client à consolider les changements effectués en thérapie, le thérapeute est appelé à lui proposer des tâches ou des activités à accomplir entre les séances (Kazantis & L'Abate, 2006; Lambert & Bergin, 1994). Dans le même ordre d'idées, des études dans le domaine du counseling (Addis & Jacobson, 2000; Bryant, Simons, & Thase, 1999; Edelman & Chambless, 1993) suggèrent que le maintien et la généralisation des gains acquis en cours de traitement sont favorisés par l'adhésion du client aux recommandations de son conseiller.

Kazdin (1981) a été l'un des premiers à s'intéresser au concept d'adhésion dans le domaine de la psychologie. Les premières études ont porté sur l'adhésion de professeurs

et de parents à différentes recommandations pour intervenir auprès d'enfants présentant des troubles de comportement. Plusieurs auteurs (Elliot, Witt, Galvin, & Peterson, 1984; Kazdin, 1981; Reimers, Wacker, & Koepl, 1987) ont identifié l'acceptabilité du traitement comme un prédicteur de l'adhésion des professeurs et parents au traitement proposé. Pour qu'un traitement soit perçu comme acceptable par le professeur ou le parent, il doit être juste, approprié et raisonnable en fonction du problème de l'enfant. Il doit aussi être bien compris, être efficace et proposer de légers changements en regard du fonctionnement habituel de l'enfant (Reimers et al., 1987). Les résultats des études empiriques qui ont examiné le lien entre l'acceptabilité du traitement et l'adhésion au traitement sont partagés. En effet, il semble qu'un traitement qui est perçu comme acceptable par un intervenant ne sera pas nécessairement mis en application par ce dernier. Cela suggère qu'au-delà de l'acceptabilité du traitement, d'autres facteurs méritent d'être considérés. Certains auteurs se sont intéressés à l'adhésion en tant que mise en application des recommandations dans le domaine de la psychothérapie. Ils ont développé un modèle explicatif de l'adhésion des clients aux recommandations en s'appuyant à la fois sur les variables liées à l'acceptabilité du traitement proposées par Kazdin (1981) et sur la théorie de l'influence interpersonnelle de Strong (1968). Ainsi, pour Conoley et al. (1991), afin que les recommandations soient perçues par le client comme étant acceptables et qu'elles soient mises en application, elles doivent tenir compte de sa théorie du changement, de sa compréhension de la problématique et de sa capacité à mettre les recommandations en application. De plus, dans un contexte d'influence interpersonnelle, cette acceptation semble dépendre de la perception qu'a le client de la relation thérapeutique, de la concordance des recommandations par rapport à

son problème et de la croyance du client quant à la difficulté et l'efficacité des recommandations qui lui sont proposées (Conoley, Padula, Payton, & Daniels, 1994; Scheel et al., 1999). Dans une étude récente, Scheel et ses collaborateurs (1999) ont ciblé les perceptions qu'ont les clients de l'influence du thérapeute, du niveau de difficulté et de la concordance des recommandations comme déterminant leur degré d'adhésion aux recommandations. Chacune de ces trois variables prédit de façon significative la mise en application des recommandations par les clients. Les variables étudiées par Scheel et al. (1999) ont été opérationnalisées sous la forme de trois facteurs prédictifs de l'adhésion et sont celles qui seront retenues dans la présente étude.

Perception de l'influence du thérapeute et adhésion

Plusieurs études démontrent qu'il existe une relation entre la perception qu'a le client de son thérapeute et son degré d'adhésion aux recommandations (Bryant et al., 1999; Conoley et al., 1991; Conoley et al., 1994; Patterson & Forgatch, 1985; Scheel et al., 1999). La mise en application par le client des recommandations du conseiller est favorisée par l'influence et la crédibilité que le conseiller acquiert au cours de l'élaboration du processus d'intervention conceptualisé comme un processus d'influence interpersonnelle (Strong & Matcross, 1973). Strong (1968) a proposé que le conseiller dispose d'un pouvoir d'influence interpersonnelle lorsque le client le perçoit comme étant expert, attractif et digne de confiance. Plusieurs études ont permis d'établir un lien entre le pouvoir d'influence interpersonnelle du conseiller tel que perçu par les clients et les changements dans le comportement de ces clients (Claiborn, Ward, & Strong, 1981; Corrigan, Dell, Lewis, & Schmidt, 1980; Strong & Schmidt, 1970). Enfin, Scheel et ses

collaborateurs (1999) s'appuient sur la théorie de l'influence interpersonnelle de Strong (1968) pour affirmer que l'influence du thérapeute dépend de trois conditions : le client doit percevoir son thérapeute comme étant expert dans son rôle et par rapport à sa problématique, le client doit être capable de s'identifier à son thérapeute et le client doit se sentir en confiance et en sécurité avec son thérapeute.

Perception de la concordance de la recommandation et adhésion

La perception par le client d'une concordance entre les recommandations du thérapeute et ses propres besoins et croyances semble être un facteur important en ce qui concerne l'adhésion et le succès de la thérapie. En effet, pour qu'une recommandation soit jugée acceptable par le client, elle doit tenir compte de sa théorie du changement et de ses croyances quant à l'origine et la cause de son problème (Conoley et al., 1991; Conoley et al., 1994; Scheel et al., 1999; Strong & Matcross, 1973). Les résultats d'une étude effectuée par Claiborn et al. (1981) démontrent que les interprétations les plus concordantes produisent plus d'insight chez le client et sont plus facilement acceptées par celui-ci. Conoley et al. (1994) mettent l'accent sur l'importance de s'appuyer sur les croyances et les perceptions du client pour promouvoir le changement plutôt que de lui imposer des croyances qui pourraient être inadaptées pour lui.

Perception de l'alliance de travail et adhésion

De façon générale, il existe un consensus dans la littérature sur l'importance de l'alliance de travail en tant qu'agent de changement (Burns & Nolen-Hoeksema, 1991;

Horvath, 2000; Lambert & Bergin, 1994; Wampold, 2001). Plusieurs auteurs ont considéré l'alliance de travail dans leurs modèles explicatifs de l'adhésion aux recommandations et du changement thérapeutique (Goldfried, 1982; Lazarus & Faye, 1982). À notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée au lien entre la qualité de l'alliance de travail telle que perçue par le client et l'adhésion du client aux recommandations de son thérapeute. Par conséquent, il apparaît pertinent d'intégrer cette variable à la présente étude car elle semble jouer un rôle important non seulement par rapport au processus de changement, mais aussi par rapport au processus d'influence interpersonnelle et à l'adhésion aux recommandations.

Perception du niveau de difficulté de la recommandation et adhésion

Afin de favoriser l'adhésion, il est souhaitable que le niveau de difficulté de la recommandation soit adapté en fonction du client. Le niveau de difficulté d'une recommandation pour le client semble dépendre de la perception qu'il a de ses propres capacités, de la complexité de la recommandation proposée, du temps requis pour la mettre en application, des ressources disponibles et de l'anxiété qu'elle génère (Conoley et al., 1994; Scheel et al., 1999).

Objectifs

Tenant compte des connaissances empiriques établies, les objectifs et hypothèses suivants sont proposés. Un premier objectif consiste à évaluer les relations entre l'adhésion des travailleurs accidentés aux recommandations de leurs conseillers et l'alliance de travail, l'influence du thérapeute, la concordance des recommandations et le

niveau de difficulté des recommandations tels que perçus par les travailleurs. Hypothèse 1 : Plus les travailleurs percevront l'alliance de travail positivement, plus ils adhéreront aux recommandations de leurs conseillers. Hypothèse 2 : Plus les travailleurs percevront leurs conseillers comme influents, c'est-à-dire, experts, attirants et dignes de confiance, plus ils adhéreront aux recommandations de ces derniers. Hypothèse 3 : Plus les recommandations seront perçues comme concordantes en fonction du problème présenté par les travailleurs, plus ils adhéreront aux recommandations de leurs conseillers. Hypothèse 4 : Plus les recommandations seront perçues comme faciles, plus les travailleurs y adhéreront.

Un deuxième objectif vise l'exploration de l'impact du degré d'adhésion des travailleurs accidentés aux recommandations de leurs conseillers sur le processus de réadaptation professionnelle ainsi que sur le changement et le maintien du changement. En ce sens, la question suivante est formulée : est-ce que le degré d'adhésion du travailleur accidenté aux recommandations de son conseiller est en lien avec la diminution des symptômes, les obstacles perçus face au retour au travail et la réinsertion professionnelle pendant le processus de réadaptation, à la fin de ce processus et six mois plus tard?

Méthode

Participants

Travailleurs

Les travailleurs accidentés ont été recrutés par un comité régional de détection de la CSST en fonction des critères d'inclusion suivants : être âgé entre 18 et 55 ans, avoir eu un accident de travail au cours des six derniers mois, présenter une lésion professionnelle à l'exception des maladies professionnelles, avoir un lien d'emploi compromis, être capable de lire en français, ne pas présenter de rechute et ne pas avoir de dossier de réadaptation antérieur pour la lésion actuelle. Soixante-deux travailleurs ont accepté de participer à la présente étude. Quarante-cinq travailleurs ont rempli tous les questionnaires et complété le processus de réadaptation. L'échantillon final de travailleurs accidentés est donc composé de 11 femmes et 34 hommes âgés entre 19 et 53 ans (moyenne d'âge de 37,2 ans).

Conseillers en réadaptation

L'échantillon de conseillers en réadaptation est constitué de 19 conseillers oeuvrant dans une des dix succursales de la CSST participant à la présente étude. Parmi ceux-ci, on retrouve 12 femmes et sept hommes âgés entre 33 et 57 ans (moyenne d'âge de 42,8 ans). Ces conseillers ont une moyenne de 17,4 années de scolarité et de 9,6 années d'expérience en tant que conseiller en réadaptation professionnelle. Onze des conseillers en réadaptation ont reçu une formation relative au modèle d'intervention en counseling de réadaptation développé par Lecomte, Richard, Savard et Cyr (1995 : voir Lecomte & Savard, 2006). Huit conseillers devaient intervenir selon leurs pratiques

habituelles et leur définition de tâches à la CSST. Compte tenu de la petite taille de l'échantillon, le modèle d'intervention des conseillers n'a pas été inclut dans les analyses statistiques.

Procédure

Des assistants de recherche ont été formés pour la passation des questionnaires et pour assurer le suivi auprès des travailleurs et des conseillers qui participent à l'étude. Dans un premier temps, les travailleurs correspondants aux critères de sélection ont été ciblés et contactés par un responsable de la CSST dans chacune des régions participantes. Dans un deuxième temps, un assistant de recherche communiquait avec le travailleur afin de lui exposer les objectifs de l'étude ainsi que les implications de sa participation et de fixer un premier rendez-vous. La première rencontre avait pour but de faire signer les formulaires de consentement et de confidentialité et de faire remplir par le travailleur la batterie de questionnaires auto-révélés dans le cadre de l'évaluation pré-traitement. Une fois cette évaluation complétée, les travailleurs ont été assignés au hasard à un conseiller en réadaptation de leur région. Le conseiller contactait alors le travailleur afin de fixer un premier rendez-vous et de débiter le processus de réadaptation.

Pendant le processus de réadaptation d'un maximum de sept séances, les travailleurs et les conseillers ont répondu à des questionnaires évaluant leurs perceptions du processus de réadaptation (EER, IAT et MI-45.2). Après chaque séance, les conseillers devaient identifier la principale recommandation proposée à leurs clients et

l'inscrivaient à l'endroit prévu à cet effet sur l'*Échelle d'évaluation des recommandations*. Les travailleurs évaluaient l'influence du thérapeute, la concordance et la difficulté de la recommandation principale à l'aide de l'*Échelle d'évaluation des recommandations*. Toujours pendant le processus de réadaptation, avant chaque séance (à partir de la deuxième séance), les travailleurs indiquaient, sur un questionnaire comprenant quatre questions, le degré auquel ils avaient adhéré à la recommandation principale de la semaine précédente. Les assistants de recherche étaient présents lors de la première rencontre du processus de réadaptation afin de fournir aux travailleurs et aux conseillers les informations nécessaires pour remplir les questionnaires chaque semaine. Pour les autres séances, les conseillers remettaient aux travailleurs une enveloppe contenant les questionnaires. Une fois les questionnaires remplis, les travailleurs les déposaient dans une enveloppe confidentielle pré-affranchie qu'ils faisaient parvenir aux assistants de recherche. Il en était de même pour les conseillers. Les assistants de recherche étaient chargés d'avoir un contact téléphonique avec les travailleurs et leurs conseillers de façon hebdomadaire afin de s'assurer du bon fonctionnement de l'expérimentation.

Huit semaines après le début du processus de réadaptation, l'assistant de recherche prenait à nouveau rendez-vous avec le travailleur pour procéder à l'évaluation post-traitement à l'aide de la même batterie de questionnaires qu'à l'évaluation pré-traitement. Une fois cette évaluation complétée, l'assistant de recherche convenait de communiquer avec le travailleur six mois plus tard pour une dernière évaluation avec la même batterie de questionnaires.

Instruments

Questionnaire de renseignements généraux

Dans le but d'identifier le profil spécifique de l'échantillon à l'étude, des informations ont été recueillies sur l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, le statut civil et le statut socio-économique des travailleurs accidentés et des conseillers en réadaptation.

Échelle d'évaluation des recommandations (EER)

La perception de la recommandation par le travailleur est mesurée par l'EER qui est une traduction du *Recommendation Rating Scale* (RRS) (Scheel et al., 1999). En s'appuyant sur les pratiques établies dans le domaine (Goldstein, 2000), cette échelle a été traduite à l'aide de la méthode «back to back» pour les fins de cette recherche⁵. Ce questionnaire comporte trois sections. La première section s'adresse au conseiller qui doit énumérer les recommandations faites lors de la séance de réadaptation en choisissant la principale qu'il transcrit sur la copie du travailleur. La deuxième section est une mesure auto-révélee des perceptions du travailleur quant aux recommandations de son conseiller. Cette section comprend 27 items évalués sur une échelle de type Likert à 6 points d'ancrage (1 = *Tout à fait en désaccord*, 6 = *Tout à fait en accord*). Les items sont répartis en trois sous-échelles : a) la perception du niveau de concordance de la recommandation en fonction des besoins du travailleur (scores de 7 à 42; plus le score est élevé, plus la recommandation est perçue comme concordante par rapport aux thèmes abordés en réadaptation), b) le niveau de difficulté de la recommandation telle que perçue par le travailleur (scores entre 10 et 60; plus le score est élevé, plus la

⁵ Traduit par François Laisné et Annie St-Amand sous la supervision de Conrad Lecomte, Ph.D. (2000)

recommandation est jugée facile à mettre en application), et c) la perception qu'a le travailleur de l'influence du conseiller en réadaptation qui fait la recommandation (scores variant entre 10 et 60; plus le score est élevé, plus le conseiller est perçu comme expert, attirant et digne de confiance). On obtient aussi un score global d'évaluation de la recommandation (scores variant entre 27 et 162). Les coefficients alpha sont de .82 pour la sous-échelle de concordance de la recommandation (7 items), de .81 pour celle de la difficulté de la recommandation (10 items), de .86 pour celle de l'influence du thérapeute (10 items) et de .87 pour l'échelle globale. La troisième et dernière section comprend quatre questions sur le degré d'adhésion aux recommandations (cette section utilise la même échelle que la section précédente). Pour notre échantillon, les coefficients de cohérence interne sont respectivement de .80, .76 et de .83 pour les sous-échelles et de .92 pour l'échelle globale.

Inventaire d'alliance thérapeutique (IAT)

L'alliance de travail est évaluée par l'IAT (Horvath & Greenberg, 1986) qui est une version abrégée du *Working Alliance Inventory* (WAI). Il s'agit d'un questionnaire comportant 12 items mesurés sur une échelle de type Likert à sept points d'ancrage (1 = *Jamais*, 7 = *Toujours*). Cet instrument a été construit à partir de la définition de l'alliance de Bordin (1979) et comprend trois sous-échelles : a) accord sur les buts, b) accord sur les tâches et c) lien émotionnel. Cependant, seule l'échelle globale est utilisée puisqu'il existe de fortes corrélations entre les sous-échelles. Les scores à l'échelle globale varient entre 12 et 84; plus le score est élevé, plus l'alliance est forte. La traduction française ainsi que la validation ont été effectuées par Bachelor et Salame (2000). Les qualités

psychométriques de cet instrument sont bonnes; le coefficient de cohérence interne pour la version française est de l'ordre de .93 et le coefficient de fidélité est de .83 (Corbière, Bisson, Lauzon, & Ricard, 2006) . Pour notre échantillon, le coefficient de cohérence interne est de .91.

Inventaire de symptômes bref (ISB)

Ce questionnaire comporte 53 items visant à évaluer la détresse psychologique (Derogatis, 1993). Il s'agit d'une version abrégée de l'*Échelle des symptômes-90-révisée* (SCL-90R). La corrélation entre les deux versions se situe entre .92 et .98 (Derogatis, 1993). Chaque item est évalué sur une échelle de type Likert à 5 points d'ancrage (0 = *Pas du tout*, 4 = *Extrêmement*). Les sous-échelles permettent de mesurer neuf groupes de symptômes : dépression, anxiété, obsession-compulsion, somatisation, sensibilité interpersonnelle, hostilité, anxiété phobique, idéation paranoïde et psychose. Trois indices globaux peuvent être calculés pour mesurer la détresse (indice global de sévérité, indice de détresse et total des symptômes positifs). Une traduction validée auprès d'une population féminine québécoise est ici utilisée. Les chercheurs ont évalué les propriétés psychométriques comme étant comparables à celles de la version anglaise pour les deux sexes (Fortin & Coutu-Wakulczyk, 1985). Les coefficients de cohérence interne pour les sous-échelles varient de .90 à .92 et les coefficients test-retest se situent entre .68 et .91 (Derogatis & Fitzpatrick, 2004). La composition des sous-échelles est la même que pour la version originale. Les coefficients de cohérence interne obtenus avec notre échantillon varient entre .65 et .94.

Mesure d'impact (MI-45.2)

Le progrès des clients d'une séance à l'autre est mesuré par le MI-45.2 qui est une traduction du *Outcome Questionnaire* (OQ-45.2) (Wells, Burlingame, Lambert, & Hoag, 1996). Ce questionnaire a été élaboré afin de mesurer le progrès des clients en thérapie par l'administration répétée durant le traitement. L'instrument est composé de 45 items évalués sur une échelle de type Likert à 5 points d'ancrage (0 = *Jamais*, 4 = *Presque toujours*). Trois sous-échelles évaluent le progrès selon trois perspectives : a) la détresse subjective (scores de 0 à 100; un score plus élevé indique davantage de détresse), b) les relations interpersonnelles (scores de 0 à 40; plus le score est élevé, plus les difficultés interpersonnelles sont importantes) et c) l'ajustement aux rôles sociaux (scores de 0 à 32; un score élevé correspond à un moins bon ajustement). Un score de fonctionnement total est également calculé (scores variant de 0 à 172; plus le score est élevé, plus les difficultés de fonctionnement sont importantes). Une traduction française effectuée par Flynn, Aubry, Guindon, Tardif, Viau et Gallant (2002) est utilisée. Les sous-échelles utilisées sont les mêmes que dans la version originale du questionnaire. Des coefficients de cohérence interne de .92 et test-retest de .84 sont rapportés par les auteurs pour la version originale ainsi que pour la version traduite (Flynn et al., 2002; Wells et al., 1996). Le coefficient de cohérence interne obtenu auprès de notre échantillon pour le score de fonctionnement total est également de .92. Pour les sous-échelles, les coefficients alpha varient entre .75 et .88.

Obstacles à la réinsertion professionnelle

Ce questionnaire de 37 items a été élaboré spécifiquement pour les fins de cette recherche (Corbière, 1999). Il évalue les obstacles au retour au travail perçus par les travailleurs ainsi que leur capacité à surmonter ces obstacles. Les 37 items sont mesurés sur une échelle de type Likert à 7 points d'ancrage (1 = *Pas du tout probable*, 7 = *Tout à fait probable*). La capacité à surmonter les obstacles est évaluée sur quatre sous-échelles, soit les obstacles reliés a) au manque d'autonomie et aux difficultés dans les relations avec les collègues, b) aux facteurs externes, c'est-à-dire aux obstacles extérieurs aux travailleurs (ex. : état du marché du travail, préjugés des employeurs, ou compétition sur le marché de l'emploi), c) à la santé et d) au manque d'habiletés. Les scores pour chaque sous-échelle vont de 1 à 7. Plus le score est élevé, plus le sujet se sent capable de surmonter cet obstacle. La validation de ce questionnaire est en cours. Les coefficients de cohérence interne sont de .90 pour l'échelle totale et de .67, .81, .66 et .75 respectivement pour les sous-échelles avec notre échantillon.

Retour au travail

Le retour au travail a été évalué à deux moments : après le processus de réadaptation ainsi que six mois plus tard. Il s'agit d'une variable dichotomique (retour ou non retour au travail).

Résultats

Pour répondre aux objectifs de la présente étude et compte tenu de la taille de l'échantillon, les données ont été analysées à l'aide de corrélations, de tests T et de chi-carrés.

1. Distribution des variables

Les analyses préliminaires ont permis de mettre en lumière l'asymétrie des distributions et le manque de variance pour la variable d'adhésion des travailleurs aux recommandations à chaque séance. Nous avons donc choisi de dichotomiser cette variable en utilisant la méthode proposée par Sirey, Bruce, Alexopoulos, Perlick, Friedman, et Meyers (2001) : un travailleur dont le degré d'adhésion est de 6 est considéré comme ayant totalement adhéré à la recommandation et un travailleur dont le degré d'adhésion se situe entre 1 et 5 est considéré comme ayant partiellement adhéré à la recommandation.

2. Relations entre les variables indépendantes

Les analyses corrélationnelles à chaque séance révèlent la présence de fortes corrélations (de 0,30 et plus, $p < .05$) entre l'alliance de travail, l'influence du conseiller, la difficulté des recommandations et la concordance des recommandations à travers le temps. Ainsi, plus la qualité de l'alliance de travail est jugée comme élevée par le travailleur, plus l'influence du thérapeute et la concordance des recommandations sont élevées, plus les recommandations sont perçues comme faciles à mettre en application. Tel que mentionné précédemment, Scheel et ses collaborateurs (1999) avaient obtenu

des résultats semblables. D'un point de vue théorique, ces résultats sont cohérents et seront discutés plus loin. Malgré la présence de fortes corrélations, il apparaît pertinent de les maintenir en tant que variables distinctes par souci de clarté conceptuelle et dans le but de vérifier le modèle théorique proposé par Scheel et ses collaborateurs (1999).

3. Étude des variables reliées à l'adhésion du travailleur accidenté aux recommandations de son conseiller en réadaptation

3.1 Relation entre l'adhésion du travailleur aux recommandations de son conseiller et l'alliance de travail

Tel que mentionné précédemment, l'hypothèse était que les travailleurs qui ont une alliance de travail positive avec leur conseiller adhèrent davantage aux recommandations. Les travailleurs qui adhèrent totalement aux recommandations devraient percevoir l'alliance de travail avec leur conseiller comme meilleure que les travailleurs qui adhèrent partiellement. Les analyses de comparaison de moyennes démontrent une différence significative concernant la qualité de l'alliance de travail entre les travailleurs qui adhèrent totalement à la recommandation de leur conseiller et ceux qui adhèrent partiellement à la séance 1 ($t(42) = 2,073; p < .05$). Tel qu'illustré à la figure 3, bien qu'il n'y ait pas de différence significative aux séances 2, 3, 5, 6, et 7, la qualité de l'alliance est également perçue comme meilleure par les travailleurs qui adhèrent totalement aux recommandations que par ceux qui adhèrent partiellement.

3.2 Relation entre l'adhésion du travailleur aux recommandations de son conseiller et l'influence du conseiller

En ce qui concerne l'influence du conseiller, l'hypothèse formulée prévoyait que plus un travailleur perçoit son thérapeute comme influent, plus il va adhérer aux recommandations. Les travailleurs qui adhèrent totalement aux recommandations devraient percevoir leurs conseillers comme plus influents que ceux qui n'adhèrent que partiellement aux recommandations. Les résultats indiquent une différence significative à la septième séance seulement ($t(9) = 2,420; p < .05$). Cependant, la figure 4 révèle des différences non significatives qui vont dans le même sens aux séances 1, 2, 3 et 5.

3.3 Relation entre l'adhésion du travailleur aux recommandations de son conseiller et la concordance des recommandations

Nous avons émis l'hypothèse que les travailleurs adhèrent davantage aux recommandations de leurs conseillers s'ils perçoivent celles-ci comme concordantes par rapport au problème présenté ou acceptables en fonction de leurs croyances et besoins. La concordance des recommandations est perçue comme plus grande par les travailleurs qui adhèrent totalement aux recommandations que par ceux qui y adhèrent partiellement à la deuxième séance ($t(24) = 2,189; p < .05$). Cette tendance, bien que non significative, est aussi vraie pour les séances 3 à 7 du processus de réadaptation (voir figure 5).

3.4 Relation entre l'adhésion du travailleur aux recommandations de son conseiller et la difficulté des recommandations

L'hypothèse de base voulait que plus un travailleur perçoit la recommandation comme difficile à mettre en application, moins il adhère à cette recommandation. La question de recherche était la suivante : Est-ce que les travailleurs qui adhèrent partiellement aux recommandations perçoivent le niveau de difficulté des recommandations comme plus élevé que ceux qui ont totalement adhéré? Tel qu'illustré à la figure 6, la réponse à cette question est oui. Cependant, ces différences sont significatives seulement aux séances 2 ($t(24) = 2,207; p < .05$) et 5 ($t(14) = 2,705; p < .05$).

4. Étude de l'impact de l'adhésion aux recommandations sur le processus de réadaptation

Le deuxième objectif de la présente étude visait à évaluer l'impact de l'adhésion des travailleurs accidentés aux recommandations de leurs conseillers sur le processus de réadaptation professionnelle ainsi que sur le changement et le maintien du changement. L'hypothèse était que les travailleurs qui adhèrent totalement aux recommandations de leurs conseillers connaissent davantage de changement et de progrès tant au niveau de la détresse psychologique qu'au niveau des obstacles perçus face au retour au travail. Il était également attendu que les travailleurs qui adhèrent totalement aux recommandations aient un taux plus élevé de retour au travail que les travailleurs qui adhèrent partiellement. Des tests T ont été effectués pour comparer les travailleurs qui adhèrent totalement aux recommandations et ceux qui adhèrent partiellement sur les scores aux sous-échelles et les indices des questionnaires suivants : Inventaire de symptômes bref,

Mesure d'impact et Obstacles à la réinsertion au travail. Pour la variable retour au travail, un test de chi-carré a été utilisé. Les résultats n'indiquent aucun lien significatif entre ces variables. Il semble donc que l'adhésion aux recommandations dans un processus d'intervention auprès de travailleurs accidentés à risque de chronicité dans le contexte bien particulier de la CSST n'est pas en relation avec une diminution des symptômes, de la détresse psychologique, des obstacles perçus au retour au travail ni avec le retour au travail.

Discussion

Les résultats obtenus indiquent que les perceptions qu'ont les travailleurs accidentés concernant la qualité de l'alliance de travail, l'influence du conseiller, la concordance des recommandations et le niveau de difficulté des recommandations sont significativement reliées à l'adhésion aux recommandations et ce, à des moments spécifiques du processus de réadaptation. Cela suggère que plus le travailleur perçoit son conseiller comme influent, qu'il établit une alliance de travail positive et qu'il perçoit les recommandations comme concordantes et faciles, plus il adhère aux recommandations. Ces résultats sont corroborés globalement par une tendance fluctuante tout au long du processus de réadaptation. En effet, les figures 3 à 6 suggèrent que les travailleurs qui ont adhéré totalement aux recommandations de leurs conseillers ont tendance à percevoir l'alliance de travail, la concordance des recommandations, l'influence du conseiller et le niveau de difficulté plus positivement. De plus, l'analyse des résultats démontre aussi que l'alliance thérapeutique, l'influence du conseiller, la concordance des recommandations ainsi que le niveau de difficulté des recommandations tels que perçus par les travailleurs

sont fortement corrélés entre eux. Même si Scheel et ses collaborateurs (1999) avaient d'abord présenté ces variables comme des concepts indépendants, ils ont également obtenu de fortes corrélations entre l'influence du conseiller et la concordance des recommandations. Cliniquement, il apparaît pertinent de considérer ces différentes variables de façon indépendante. Néanmoins, les résultats statistiques imposent une réflexion à propos de ces construits et de la façon de les mesurer. Peut-être serait-il utile de définir un concept pluridimensionnel et de développer une nouvelle échelle de mesure tel que proposé récemment par Kazantis, Deane et Ronan (2004). Ces auteurs ont élaboré le *Homework Rating Scale* (HRS), un instrument de mesure d'une seule échelle tenant compte tant de l'aspect qualitatif que quantitatif de l'adhésion avec des items se rapportant aux déterminants de l'adhésion qui ont été examinés dans la présente étude.

Les résultats obtenus corroborent ceux de Scheel et al. (1999) et indiquent que l'adhésion aux recommandations est complexe et dépend de l'interaction de plusieurs facteurs. Bien que la présente étude offre une importante contribution méthodologique en mesurant l'adhésion aux recommandations tout au long du processus de réadaptation, le lien entre l'adhésion et ses déterminants n'est pas aussi fort que prévu. Cela peut être expliqué par plusieurs facteurs inhérents à la méthodologie ainsi qu'à l'échantillon, au domaine et au contexte de la réadaptation.

Tel que mentionné précédemment, devant l'absence de normalité de la distribution pour la variable d'adhésion, il a été choisi de dichotomiser cette variable plutôt que de la mesurer sur un continuum tel que suggéré dans la littérature. Certes, une

telle manipulation entraîne une perte d'information et de puissance statistique, ce qui limite la portée des conclusions qu'il est possible de tirer de nos résultats. Cependant, il s'agissait d'un compromis nécessaire afin de vérifier les hypothèses et de répondre aux questions de recherche. De façon générale, les travailleurs rapportent un niveau d'adhésion très élevé (avec une moyenne > 5) à chaque rencontre du processus de réadaptation. Cela soulève de nombreux questionnements puisque, de façon générale, les études recensées obtenaient une plus grande variance au niveau de cette variable. Différentes hypothèses explicatives découlent de la réflexion engendrée par ces résultats.

D'abord, une analyse descriptive de la nature des recommandations a permis de constater que les conseillers ont tendance à formuler des recommandations concrètes et ponctuelles telles que « *prendre rendez-vous avec le médecin* » ou « *demander des informations au médecin* », « *planifier une rencontre avec l'employeur* » ou « *s'inscrire à une formation spécifique* ». L'adhésion à ces recommandations s'évalue davantage à l'aide d'une question oui/non que sur un continuum. De plus, ce type de recommandation vise davantage la réadaptation physique et professionnelle que l'ajustement psychologique. À ce sujet, différentes études ont trouvé un lien entre la nature des recommandations et le degré d'adhésion. Par exemple, les recommandations de nature médicale ou éducative étaient plus susceptibles d'être mises en application que les recommandations de nature psychologique et évaluative (Jones & Caldwell, 1981; Worthington, 1986). Étant donné la concrétude et la nature des recommandations, il n'est pas étonnant que l'adhésion à celles-ci soit aussi élevée et qu'elle ne soit pas reliée au changement ni à un meilleur ajustement psychologique suite à un accident de travail. Il n'en demeure pas moins que

ces résultats permettent de constater que le type de recommandations faites par les conseillers en réadaptation diffère grandement des recommandations proposées en thérapie et en counseling. Conséquemment, il serait intéressant et pertinent d'en tenir compte dans l'élaboration des interventions visant à faciliter la réadaptation professionnelle.

Une autre explication possible peut être liée au biais de désirabilité sociale. Il est important de rappeler que l'échantillon est constitué de travailleurs accidentés à risque de chronicité et dont le lien d'emploi est menacé. Ceux-ci reçoivent des indemnités de la CSST, compensations financières qui sont gérées par les conseillers en réadaptation. Il importe donc de prendre en considération le fait que la relation qui s'établit entre un travailleur et son conseiller n'est pas uniquement de nature thérapeutique. En ce sens, bien que les participants aient été assurés de la confidentialité de leurs réponses aux questionnaires, il se peut que ceux-ci aient cherché à présenter une image favorable de manière à ne pas compromettre le soutien financier dont ils bénéficiaient. Un tel contexte impliquant des contingences financières importantes pourrait ne pas favoriser la transparence de la part des travailleurs. Un biais de désirabilité sociale pourrait apparaître dans les réponses des participants lorsque ceux-ci anticipent une menace. Bien qu'il ne s'agit que d'une hypothèse qu'il serait pertinent de vérifier dans des recherches futures, il est plausible qu'un tel biais ait pu influencer les résultats car il n'est pas impossible que les travailleurs ayant choisi de participer à la recherche l'ont fait par souci de bien paraître et peut-être de s'assurer d'un soutien financier plutôt que par désir de s'investir dans une démarche de réadaptation.

Enfin, en ce qui concerne l'impact de l'adhésion aux recommandations sur le changement et le maintien du changement, les résultats ne permettent pas de confirmer que l'adhésion des travailleurs aux recommandations de leur conseiller facilite la diminution des symptômes, la réadaptation professionnelle et la réinsertion au travail. En effet, la majorité des travailleurs n'ont pas connu de différence significative entre les trois temps de mesure au niveau de la symptomatologie, de la détresse psychologique, des relations interpersonnelles, de la perception des obstacles au retour au travail et une minorité d'entre eux sont retournés au travail au terme du processus de réadaptation. Ces résultats vont à l'encontre de ceux obtenus par les recherches en psychothérapie et en counseling et soulèvent plusieurs questions qui touchent particulièrement la nature de l'échantillon. D'une part, en plus des raisons évoquées plus haut touchant leur motivation, les travailleurs accidentés qui ont participé à cette étude étaient identifiés comme étant à risque de chronicité. Cela implique souvent la présence d'une comorbidité avec des problèmes de santé mentale ce qui, par conséquent, peut compliquer et compromettre la réadaptation. D'autre part, la petite taille de l'échantillon a limité le type d'analyses statistiques qu'il était possible de faire et, par le fait même, a restreint la possibilité de déceler des relations plus ténues entre les variables. Puisque les variables liées au changement thérapeutique sont nombreuses, la variance expliquée par l'adhésion aux recommandations est souvent minime. Ainsi, une grande puissance statistique est nécessaire pour déceler une telle contribution. Étant donné que la relation entre l'adhésion aux recommandations et le changement a été démontrée maintes fois et qu'elle est bien documentée dans la littérature scientifique, il semble raisonnable de

croire que l'absence d'un tel lien dans la présente étude peut également s'expliquer par une faible puissance statistique ou par la courte durée de l'intervention.

Limites et pistes de recherche

La petite taille de l'échantillon limite d'une part, la puissance statistique et d'autre part, la possibilité de généraliser les résultats. En effet, les travailleurs ayant accepté de participer à cette étude ne représentent pas nécessairement la population des travailleurs accidentés. De même, le contexte particulier des interventions de réadaptation à la CSST n'est pas nécessairement représentatif et généralisable à d'autres formes de processus de réadaptation professionnelle. Aussi, nous ne pouvons pas affirmer que la perte des participants s'est faite au hasard. Toutefois, les analyses préliminaires n'indiquent aucune différence significative sur les variables sociodémographiques entre les participants qui ont constitué l'échantillon final et ceux qui ont mis fin à leur participation. Il n'en reste pas moins que le nombre de participants diminue d'une séance à l'autre, ce qui limite la possibilité de comparer entre eux les résultats obtenus à chaque séance. Il aurait évidemment été préférable de conserver le même échantillon tout au long du processus de réadaptation. Compte tenu de la nature exploratoire de la présente recherche, le choix a été fait d'utiliser toutes les données disponibles pour répondre aux questions de recherche. Il semble que la présente étude soulève de nombreuses réflexions, questions et hypothèses qu'il serait intéressant de vérifier dans des recherches futures.

Figure 1. Qualité de l'alliance thérapeutique chez les travailleurs qui ont totalement adhéré et ceux qui ont partiellement adhéré aux recommandations de leur conseiller

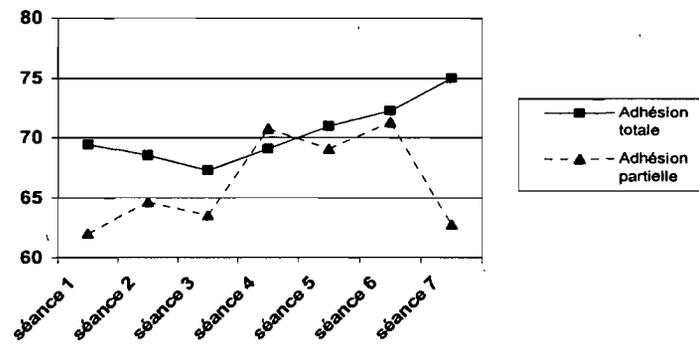


Figure 2. Influence des conseillers telle que perçue par les travailleurs qui ont adhéré totalement et partiellement aux recommandations

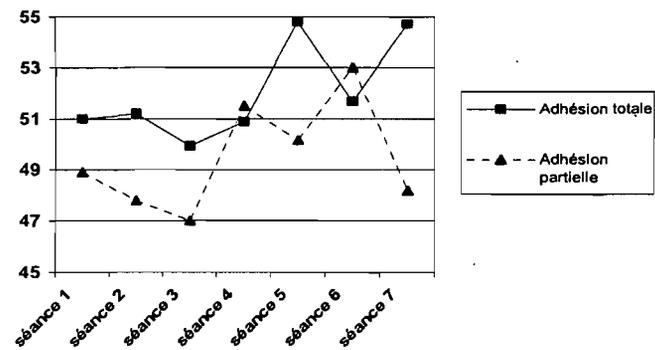


Figure 3. Concordance des recommandations telle que perçue par les travailleurs qui ont totalement adhéré et ceux qui ont partiellement adhéré aux recommandations

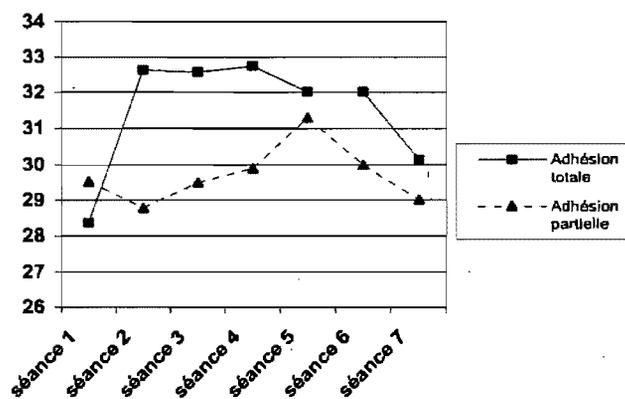
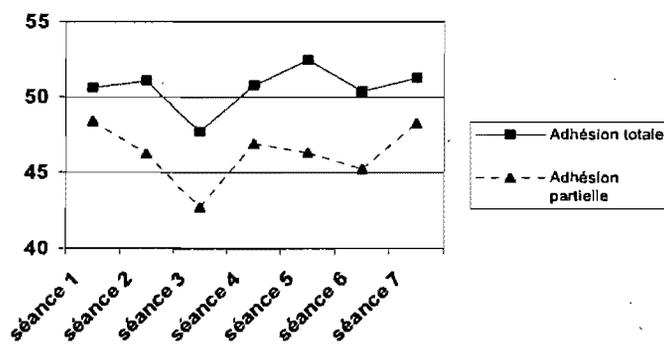


Figure 4. Niveau de difficulté tel que perçue par les travailleurs selon qu'ils ont adhéré totalement ou partiellement aux recommandations



Références

- Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2000). A closer look at the treatment rationale and homework compliance in cognitive-behavioral therapy for depression *Cognitive Therapy and Research*, 24(3), 313-326.
- Bachelor, A., & Salame, R. (2000). Participants' perceptions of dimensions of the therapeutic process over the course of therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9(1), 39-53.
- Bandura, A. (1987). Self-efficacy : Towards a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Baril, R., Martin, J. C., Lapointe, C., & Massicotte, P. (1994). Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation: rapport de recherche. Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Boulte, P. (1995). *Individus en friche*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Bryant, M. J., Simons, A. D., & Thase, M. E. (1999). Therapist skill and patient variables in homework compliance: Controlling an uncontrolled variable in cognitive therapy outcome research. *Cognitive Therapy and Research*, 23(4), 381-399.
- Burns, D. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1991). Coping styles, homework compliance, and the effectiveness of cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 305-311.

- Claiborn, C. D., Ward, S. R., & Strong, S. R. (1981). Effects of congruence between counselor interpretations and client beliefs. *Journal of Counseling Psychology, 28*(2), 101-109.
- Conoley, C. W., Conoley, J. C., Ivey, D. C., & Scheel, M. J. (1991). Enhancing consultation by matching consultee's perspectives. *Journal of Counseling & Development, 69*, 546-549.
- Conoley, C. W., Padula, M. A., Payton, D. S., & Daniels, J. A. (1994). Predictors of client implementation of counselor recommendations: Match with problem, difficulty, and building on client strengths. *Journal of Counseling Psychology, 41*(1), 3-7.
- Corbière, M. (1999). Questionnaire sur les obstacles à la réinsertion professionnelle et le sentiment d'efficacité.: Document non publié.
- Corbière, M., Bisson, J., Lauzon, S., & Ricard, N. (2006). Factorial validation of a french short-form of the Working Alliance Inventory. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 15*(1), 36-45.
- Corrigan, J. D., Dell, D. M., Lewis, K. N., & Schmidt, L. D. (1980). Counseling as a social influence process: A review. *Journal of Counseling Psychology, 27*(4), 395-441.
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory. Administration, scoring and procedures manual*. USA: NCS Pearson Inc.
- Derogatis, L. R., & Fitzpatrick, M. (2004). The SCL-90-R, the Brief Symptom Inventory (BSI), and the BSI-18. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Volume 3: Instruments for adults (3rd ed)* (pp. 1-41). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

- Edelman, R. E., & Chambless, D. L. (1993). Compliance during sessions and homework in exposure-based treatment of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31(8), 767-773.
- Elliot, S. N., Witt, J. C., Galvin, G. A., & Peterson, R. (1984). Acceptability of positive and reductive behavioral interventions: Factors that influence teacher's decisions. *Journal of School Psychology*, 22, 353-360.
- Flynn, R. J., Aubry, T. D., Guindon, S., Tardif, I., Viau, M., & Gallant, A. (2002). Validation d'une version française abrégée du Outcome Questionnaire et évaluation d'un service de counselling en milieu clinique. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 17(3), 57-74.
- Fortin, F., & Coutu-Wakulczyk, G. (1985). *Validation et normalisation d'une mesure de santé mentale: Le SCL-90R (rapport inédit)*. Montréal: Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.
- Goldfried, M. R. (1982). Resistance and clinical behavior therapy. In P. Wachtel (Ed.), *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches* (pp. 95-113). New York: Plenum.
- Goldstein, S. (2000). *Cross-cultural explorations: Activities in culture and psychology*. Boston: Allyn & Bacon.
- Highlen, P. S., & Hill, C. E. (1984). Factors affecting client change in individual counselling: Current status and theoretical speculations. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of counselling psychology* (pp. 334-396). New York: John Wiley & Sons.

- Hoogen, H. J. M. v. d., Koes, B. W., Eijk, J. T. v., Bouter, L. M., & Devillé, W. (1997). Pain and health status of primary care patients with low back pain. *The Journal of Family Practice*, 44(2), 187-192.
- Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship: From transference to alliance. *Psychotherapy in Practice*, 56(2), 163-173.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 529-556). New York: The Guilford Press.
- Jones, F. A., & Caldwell, H. S. (1981). Factors affecting patient compliance with diagnostic recommendations. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51(4), 700-709.
- Kazantis, N., Deane, F. P., & Ronan, K. R. (2004). Assessing compliance with homework assignments: review and recommendations for clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 60(6), 627-641.
- Kazantis, N., & L'Abate, L. (2006). *Handbook of homework assignments in psychotherapy: Research, practice and prevention*. New York: Springer.
- Kazdin, A. E. (1981). Acceptability of child treatment techniques: The influence of treatment efficacy and adverse side effects. *Behavior Therapy*, 12, 493-506.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 143-189). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Lazarus, A. A., & Faye, A. (1982). Resistance or rationalization? In P. Wachtel (Ed.), *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches* (pp. 115-132). New York: Plenum.

- Lecomte, C., & Savard, R. (2006). Les effets d'une intervention de counseling sur la réadaptation de travailleurs accidentés à risque de chronicité: rapport. Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Livneh, H., & Sherwood, A. (1991). Application of personality theories and counselling strategies to clients with physical disabilities. *Journal of Counseling & Development, 69*, 525-538.
- Patterson, G. R., & Forgatch, M. S. (1985). Therapist behavior as a determinant for client noncompliance: A paradox for the behavior modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*(6), 846-851.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 47*, 1102-1114.
- Reimers, T. M., Wacker, D. P., & Koepl, G. (1987). Acceptability of behavioural interventions: A review of the literature. *School Psychology Review, 16*(2), 212-227.
- Scheel, M. J., Seaman, S., Roach, K., Mullin, T., & Blackwell Mahoney, K. (1999). Client implementation of therapist recommendations predicted by client perception of fit, difficulty of implementation, and therapist influence. *Journal of Counseling Psychology, 46*(3), 308-316.
- Sirey, J., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Friedman, S. J., & Meyers, B. S. (2001). Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric Services, 52*(12), 1615-1620.
- Strong, S. R. (1968). Counseling: An interpersonal influence process. *Journal of Counseling Psychology, 15*, 215-224.

- Strong, S. R., & Matcross, R. P. (1973). Change processes in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 20*(1), 25-37.
- Strong, S. R., & Schmidt, L. D. (1970). Expertness and Influence in counseling. *Journal of Counseling Psychology, 17*(1), 81-87.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum associates, publishers.
- Wells, M. G., Burlingame, G. M., Lambert, M. J., & Hoag, M. J. (1996). Conceptualization and measurement of patient change during psychotherapy: Development of the Outcome Questionnaire and the Youth Outcome Questionnaire. *Psychotherapy, 33*(2), 275-283.
- Worthington, E. L. (1986). Client compliance with homework directives during counselling. *Journal of Counseling Psychology, 33*(2), 124-130.

DISCUSSION GÉNÉRALE ET CONCLUSION

L'étude de l'impact des lésions professionnelles pour les travailleurs accidentés est en plein essor dans les écrits scientifiques depuis quelques années (Baril, 2002). Les conséquences des lésions professionnelles ont reçu beaucoup d'attention en raison des importants coûts personnels et sociaux qu'elles impliquent. Il a été démontré à maintes reprises que les lésions professionnelles ont de lourdes conséquences pour les travailleurs, tant aux niveaux physique, psychologique, social et économique (Baril, 2002; Baril, Martin, Lapointe, & Massicotte, 1994; Hoogen, Koes, Eijk, Bouter, & Devillé, 1997; Livneh, 2001; Livneh & Sherwood, 1991). Or, le défi réside maintenant moins dans l'identification des conséquences des lésions professionnelles pour les travailleurs accidentés mais plutôt dans l'exploration des interventions qui favorisent un meilleur ajustement de ces travailleurs à tous les niveaux de fonctionnement. Pour être efficaces et durables, les interventions en réadaptation ont avantage, d'une part, à être multidimensionnelles et, d'autre part, à favoriser le maintien et la généralisation des changements en dehors des séances de réadaptation.

À ce sujet, la recension des écrits scientifiques qui fait l'objet du premier article de cette thèse identifie l'adhésion des clients aux recommandations de leurs conseillers ou thérapeutes comme un des facteurs pertinent à considérer pour le maintien et la généralisation des changements observés en cours de processus de psychothérapie ou de counseling (Addis & Jacobson, 2000; Burns & Nolen-Hoeksema, 1991; Edelman & Chambless, 1993; Kazantis, 2000; Kazantis, Deane, & Ronan, 2001; Neimeyer & Feixas, 1990; Rees, McEvoy, & Nathan, 2005; Startup & Edmonds, 1994). La présente thèse a pour but de vérifier si les résultats de recherche obtenus à propos de l'impact et des

déterminants de l'adhésion des clients aux recommandations en thérapie et en counseling peuvent s'étendre au domaine de la réadaptation professionnelle. Cette recherche explore, d'une part, l'impact de l'adhésion des travailleurs accidentés aux recommandations de leurs conseillers sur le changement en réadaptation et d'autre part, les variables déterminantes de l'adhésion de ces travailleurs aux recommandations de leurs conseillers. D'abord, les résultats liés à chacun des objectifs de la thèse sont discutés. Ensuite, les limites et pistes de réflexion sont exposées.

Adhésion et changement en réadaptation professionnelle

Dans un premier temps, cette thèse a pour objectif d'explorer l'impact de l'adhésion des travailleurs accidentés aux recommandations de leurs conseillers sur le changement et le maintien du changement en réadaptation. Les résultats obtenus ne permettent pas de confirmer l'existence d'une relation significative entre l'adhésion des travailleurs accidentés aux recommandations de leurs conseillers, le changement au cours du processus de réadaptation et le maintien de ce changement au-delà du processus de réadaptation professionnelle. Ces résultats sont inattendus puisque la relation entre l'adhésion et le changement est bien documentée dans la littérature scientifique et a été démontrée à maintes reprises dans le domaine de la psychothérapie et du counseling (Burns & Nolen-Hoeksema, 1991; Burns & Spangler, 2000; Detweiler & Wishman, 1999; Kazantis, Deane, & Ronan, 2000; Kazantis et al., 2001). Au-delà des contraintes liées à la recherche dans un milieu clinique et du manque de puissance statistique pouvant expliquer ces résultats, il est possible que l'ambiguïté autour de la définition ainsi que de la mesure de l'adhésion et du changement entraîne une confusion dans l'état des

connaissances et des résultats de recherche. Ainsi, les réflexions qui suivent concernent principalement la définition et la mesure du changement et de l'adhésion aux recommandations dans un contexte de réadaptation professionnelle.

Définition et mesure du changement

Jusqu'à maintenant, les interventions en réadaptation ont surtout été étudiées en regard de leur impact global sur le retour au travail des travailleurs accidentés. Les connaissances établies concernant le changement reposent sur une telle perspective. Toutefois, pour bien cerner le changement en réadaptation, il importe de l'aborder de façon multidimensionnelle et de tenir compte des progrès tout au long du processus de réadaptation autant que des résultats. Le fait d'utiliser le retour au travail comme principal indice de la réussite du processus de réadaptation semble réducteur. La présente recherche propose de pallier à ces lacunes en mesurant le changement de façon multidimensionnelle, c'est-à-dire, en ciblant la diminution des obstacles perçus au retour au travail, la diminution de la symptomatologie, la diminution de la détresse psychologique, l'amélioration des relations interpersonnelles, l'ajustement aux rôles sociaux et le retour au travail. Ainsi, le modèle d'intervention des conseillers qui ont participé à la présente étude est de nature multidimensionnelle et vise un ajustement optimal du travailleur aux bouleversements impliqués par un accident de travail. Ce modèle d'intervention met l'emphase sur la compréhension de l'expérience subjective du travailleur accidenté par un processus qui implique l'exploration de soi à travers cette expérience éprouvante, la compréhension de soi et la concrétisation de cette compréhension pour en arriver à une réinsertion professionnelle. L'intervention prévoit

également l'intégration de recommandations à la fin de chaque séance de réadaptation. Contrairement à ce qui était attendu, les recommandations proposées par les conseillers qui participent à la présente étude visent, la plupart du temps, des changements au niveau des comportements plutôt qu'une progression au niveau de l'exploration de soi, de la compréhension de soi et de la concrétisation de la compréhension de soi. Une telle pratique pourrait expliquer que l'adhésion à ces recommandations ne soit pas significativement reliée à un meilleur ajustement psychologique et social puisqu'elles visent principalement la réadaptation physique et le retour au travail. Dans la mesure où des recommandations sont intégrées dans un processus de réadaptation qui se veut multidimensionnel, la nature et le contenu des recommandations se doivent d'être adaptés en conséquence. Pour faciliter un changement, les recommandations ne doivent pas nécessairement être concrètes ni exiger d'effectuer des tâches ou activités entre les séances. Ce qui importe davantage, c'est que celles-ci soient pertinentes, concordantes et d'un niveau de difficulté ajusté en fonction de la problématique présentée par le travailleur et de l'évolution de son processus de changement (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). Par exemple, un travailleur en début de processus qui travaille à explorer et comprendre l'impact de la lésion professionnelle en terme de limitations fonctionnelles bénéficiera peu d'une recommandation qui lui propose de s'inscrire à une formation ou de rencontrer son employeur. En effet, une telle recommandation serait plus appropriée lors de la phase de concrétisation de sa compréhension à propos de ses limitations fonctionnelles, de ses capacités et du type d'emploi qu'il souhaite maintenant occuper. Certes, les interventions en réadaptation visent la réinsertion professionnelle et le retour au travail. Cependant, la pression des institutions à retourner rapidement le

travailleur sur le marché du travail peut avoir comme impact d'escamoter les besoins d'exploration et de compréhension du travailleur.

Définition et mesure de l'adhésion

La définition de l'adhésion aux recommandations est intimement liée à la façon dont elle est mesurée et au contenu des recommandations. L'adhésion a été étudiée jusqu'à maintenant surtout en tant que mise en application de tâches ou d'activités à accomplir entre les séances. Les chercheurs qui s'y sont intéressés l'ont très souvent mesurée de façon ponctuelle, à un moment précis du processus thérapeutique. C'est pour cette raison que la présente étude vise à jeter un nouvel éclairage sur l'adhésion en tant qu'engagement émotionnel dans un processus d'influence interpersonnelle et ce, en mesurant le degré d'adhésion des travailleurs accidentés aux recommandations de leurs conseillers à chaque séance du processus de réadaptation professionnelle. Bien qu'il s'agisse d'une importante contribution méthodologique, les résultats obtenus ne sont pas ceux escomptés. Cela pourrait s'expliquer en partie par le fait que les recommandations proposées par les conseillers en réadaptation diffèrent grandement de celles offertes par les psychothérapeutes. L'exploration de la nature des recommandations proposées par les conseillers en réadaptation révèle que ceux-ci ont tendance à formuler des recommandations concrètes et ponctuelles de tâches ou d'activités à accomplir entre les séances, qui visent principalement la réadaptation physique et le retour au travail. La nature des recommandations n'a pas permis une évaluation nuancée en termes de degré d'adhésion. Par exemple, l'adhésion à des recommandations telles que « *se rendre à un rendez-vous chez le médecin* » ou « *téléphoner à son employeur* » se mesure en termes d'adhésion

ou de non adhésion plutôt qu'en termes de degré d'adhésion. Conséquemment, il n'a pas été possible de mesurer les recommandations touchant l'exploration ou la compréhension de soi. Les données obtenues reflètent une mesure approximative de la concrétisation des changements. De plus, la mesure d'adhésion proposée par les auteurs de *l'Échelle d'évaluation des recommandations* soulève plusieurs questions. Ainsi, la formulation de l'item permettant de mesurer le degré d'adhésion est problématique. Cet item se lit comme suit : «*Cette recommandation a été totalement appliquée*». Les participants doivent ensuite répondre sur une échelle de 1 à 6 où 1 signifie totalement en désaccord et 6, totalement en accord. Étant donné la présence du mot *totalement* dans la formulation de l'item, il devient difficile de l'évaluer de façon continue plutôt que dichotomique. D'ailleurs, les scores obtenus auprès des travailleurs pour cet item sont très élevés tout au long du processus de réadaptation. En raison du manque de variance, la variable adhésion a dû être dichotomisée avant de procéder aux analyses statistiques. Malgré que cette manipulation limite la portée des conclusions qu'il est possible de tirer de nos résultats, il s'agissait d'un compromis nécessaire pour procéder aux analyses statistiques.

Le manque de variance au niveau de la variable d'adhésion peut être expliqué à la fois par la nature et la concrétude des recommandations proposées par les conseillers en réadaptation et par la formulation de l'item mesurant l'adhésion, mais aussi par le biais de désirabilité sociale qui est susceptible d'avoir influencé les réponses des participants. Il est important de rappeler que les travailleurs qui ont participé à cette étude reçoivent des indemnités de la CSST et que celles-ci sont gérées par les conseillers en réadaptation. Cet aspect pécuniaire risque d'avoir influencé d'une part, le désir des travailleurs de

s'investir dans une démarche de réadaptation professionnelle, et d'autre part, la relation qui s'établit entre les travailleurs et leurs conseillers puisque celle-ci n'est pas uniquement de nature thérapeutique. Il est donc probable que les participants soient tentés de rapporter des degrés élevés d'adhésion aux recommandations de leurs conseillers afin de ne pas compromettre le soutien financier dont ils bénéficient. Il serait utile, dans le cadre de recherches futures, de prévoir des mesures qui permettraient d'avoir une meilleure idée de l'influence du biais de désirabilité sociale sur les résultats.

La présente étude tente d'appréhender le concept d'adhésion de manière multidimensionnelle et intégrée. À la lumière des distinctions présentées dans la recension des écrits à propos des éléments définitionnels de l'adhésion, force est de constater que les données obtenues à propos de l'adhésion des travailleurs accidentés se limitent à l'élément comportemental de l'adhésion, c'est-à-dire à la mise en application des recommandations. Le fait de mesurer le degré d'adhésion à chaque séance du processus de réadaptation avait pour but de tenir compte de l'engagement des travailleurs dans une démarche de réadaptation qui implique l'exploration de soi, la compréhension de soi et la concrétisation de cette compréhension. Toutefois, tel que mentionné précédemment, les scores d'adhésion des travailleurs varient très peu au fil du temps et la plupart des recommandations proposées par les conseillers les incitent surtout à accomplir des tâches ou des activités en dehors des séances de réadaptation, se limitant ainsi à la phase de concrétisation des changements. Ces recommandations ne favorisent pas nécessairement l'engagement dans un processus de réadaptation professionnelle qui vise l'exploration de soi, la compréhension de soi et la concrétisation

de la compréhension de soi. Or, ces résultats fournissent un éclairage à propos des améliorations à faire au niveau des interventions en réadaptation. Il serait utile d'inclure dans la formation des conseillers en réadaptation un volet qui leur permettrait de formuler des recommandations qui favorisent un meilleur ajustement tant aux niveaux physique, économique, psychologique et social et qui facilitent l'évolution du travailleur dans un processus de changement qui implique l'exploration de soi, la compréhension de soi et la concrétisation de cette compréhension.

Dans le même ordre d'idées, il serait pertinent de développer un instrument de mesure de l'adhésion qui permettrait d'intégrer les éléments comportemental, cognitif et émotionnel de l'adhésion aux recommandations. L'élément comportemental, soit la mise en application, n'est pas suffisant pour rendre compte de l'adhésion définie comme un engagement dans un processus de réadaptation professionnelle ni pour avoir un impact important sur le changement et le maintien du changement en réadaptation professionnelle. D'ailleurs, de plus en plus d'études qui s'intéressent au concept d'allégeance démontrent que les croyances ou les attentes d'efficacité des clients et des thérapeutes face à une intervention ou une recommandation ont plus d'impact sur le changement que l'adhésion définie comme la seule mise en application (Wampold, 2001). De plus, pour rendre compte de la nature complexe et multidimensionnelle de l'adhésion, Scheel, Hanson et Razzhavaikina (2004) proposent de considérer l'adhésion comme un processus en plusieurs étapes. La première étape consiste en la formulation d'une recommandation qui soit perçue comme concordante par le client et le thérapeute. La deuxième étape concerne la façon dont le thérapeute propose la recommandation :

est-ce que la recommandation est explicite ou implicite, quel est le rationnel sous-jacent, quelles sont les difficultés que le client pourrait rencontrer? La troisième étape se rapporte à la manière dont le client reçoit la recommandation : est-ce une recommandation acceptable et faisable? La quatrième étape a trait à la mise en application de la recommandation par le client et aux obstacles à cette mise en application. Les cinquième et sixième étapes touchent les réactions et interactions du thérapeute et du client à propos du degré d'adhésion du client aux recommandations. Dans ce modèle, l'attitude du client et sa réaction face à l'acceptabilité de la recommandation constituent l'étape préliminaire à la mise en application. Les réactions du thérapeute et du client suite à la mise en application sont également considérées comme faisant partie du processus d'adhésion. Il s'agit donc d'une avenue de recherche qui nous apparaît fort prometteuse.

Compte tenu que les résultats de la présente étude vont à l'encontre de ceux obtenus par un bon nombre de chercheurs qui confirment que l'adhésion des clients aux recommandations en psychothérapie et en counseling favorise le changement (Burns & Nolen-Hoeksema, 1991; Burns & Spangler, 2000; Detweiler & Wishman, 1999; Kazantis et al., 2000; Kazantis et al., 2001), il semble pertinent dans un premier temps de s'interroger sur la définition et la mesure de l'adhésion et du changement plutôt que de questionner l'existence de ce lien. Tel que mentionné précédemment, il est raisonnable de croire que les résultats sont influencés par la façon d'aborder et de mesurer l'adhésion et le changement dans un contexte de réadaptation professionnelle. Il est également probable que le manque de puissance statistique dû à la taille de l'échantillon soit en

cause. Puisque les variables déterminantes du changement en réadaptation sont nombreuses, chacune d'entre elles est responsable d'un très faible pourcentage de la variance expliquée. Il est donc possible que nos analyses statistiques ne permettent pas de détecter de si petites tailles d'effet.

Déterminants de l'adhésion

Dans un deuxième temps, l'objectif de la présente thèse vise l'identification et l'analyse de variables déterminantes de l'adhésion des travailleurs accidentés aux recommandations de leurs conseillers en réadaptation. Le premier article de cette thèse propose une compréhension intégrée des déterminants de l'adhésion à l'aide d'un modèle de traitement de l'information qui comprend quatre catégories de variables : les variables du thérapeute, les caractéristiques des recommandations, les variables contextuelles et les variables du client. Ce modèle permet de comprendre l'interaction complexe entre ces variables déterminantes. À notre connaissance, aucune étude n'a tenu compte de l'ensemble de ces variables. Ainsi, il a été démontré que les relations entre les différentes variables déterminantes et l'adhésion sont souvent mitigées et parfois contradictoires. Afin d'explorer davantage la relation entre l'adhésion et ses divers déterminants, la recherche présentée dans le cadre du deuxième article se base sur un modèle développé par Scheel, Seaman, Roach, Mullin et Blackwell Mahoney (1999) qui identifie l'influence du thérapeute, la concordance et la difficulté des recommandations telles que perçues par les clients comme étant des prédicteurs fiables de leur adhésion aux recommandations. À ce modèle, il apparaît pertinent d'ajouter l'alliance thérapeutique puisque la relation entre l'alliance thérapeutique et l'adhésion a été

proposée par plusieurs chercheurs sans être vérifiée empiriquement. Les variables déterminantes de l'adhésion qui sont étudiées dans le cadre de cette thèse sont significativement reliées à l'adhésion des travailleurs accidentés et ce, à des moments précis du processus de réadaptation professionnelle. Ces résultats suggèrent que plus le travailleur perçoit son conseiller comme influent, qu'il établit une bonne alliance thérapeutique et qu'il perçoit les recommandations comme concordantes et faciles, plus il adhère aux recommandations. Ces résultats sont corroborés globalement par une tendance fluctuante tout au long du processus de réadaptation et vont dans le même sens que les résultats obtenus par Scheel et ses collaborateurs (1999). L'absence de résultats significatifs de façon stable tout au long du processus thérapeutique peut être due, tel que discuté dans le deuxième article, à la taille de l'échantillon, à la faible puissance statistique ou au manque de variance au niveau de l'adhésion des travailleurs aux recommandations de leurs conseillers. Bien que les résultats ne confirment que partiellement nos hypothèses, ils invitent à une réflexion quant à l'utilité conceptuelle de ces quatre déterminants en lien avec l'adhésion aux recommandations.

Alliance thérapeutique, influence du conseiller, concordance et difficulté des recommandations : des concepts distincts?

Les résultats ont révélé de fortes corrélations entre l'alliance thérapeutique, l'influence du conseiller, la concordance et le niveau de difficulté des recommandations. Cela est plus ou moins étonnant étant donné la proximité conceptuelle et clinique entre ces variables. En effet, la mesure de l'alliance de travail utilisée dans la présente recherche repose sur la définition de Bordin (1979) formulée en termes de lien

émotionnel et d'entente sur les buts et sur les tâches. Il est raisonnable de croire qu'un conseiller qui a réussi à établir un lien émotionnel positif ainsi qu'une entente avec le travailleur à propos des buts de la réadaptation et des tâches à accomplir sera plus susceptible d'être influent et de formuler des recommandations plus concordantes dont le niveau de difficulté est ajusté en fonction du travailleur. La question qui se pose et qui semble mériter plus d'attention dans les travaux futurs est la suivante : est-ce que l'influence du conseiller, la concordance et la difficulté des recommandations se distinguent suffisamment de l'alliance de travail pour apporter une contribution significative et indépendante de l'alliance en regard de leur influence sur le degré d'adhésion des travailleurs aux recommandations de leurs conseillers en réadaptation?

D'abord, le modèle conceptuel des déterminants de l'adhésion proposé dans le premier article présente l'alliance de travail comme faisant partie des variables contextuelles externes. Les variables contextuelles constituent la trame de fond sur laquelle repose le processus d'influence interpersonnelle qui vise l'exploration de soi, la compréhension de soi et la concrétisation de la compréhension de soi (Highlen & Hill, 1984). L'alliance de travail est très souvent corrélée avec plusieurs autres variables faisant partie de ce modèle conceptuel comme, par exemple, l'empathie du thérapeute, l'engagement du thérapeute et l'acceptabilité du rationnel de traitement (Bergin & Garfield, 1994). Or, il est fort probable que l'alliance thérapeutique soit un élément essentiel et nécessaire mais non suffisant pour rendre compte de l'adhésion des travailleurs accidentés aux recommandations de leurs conseillers. D'autres recherches seraient nécessaires pour avoir une meilleure idée de l'impact de chacune de ces

variables, qui concernent soit le contexte de traitement, le contexte lié à l'expérience interne du client ou le contexte relationnel, sur le degré d'adhésion des travailleurs accidentés. Puisque les variables contextuelles sont reconnues comme étant responsables d'un important pourcentage de la variance expliquée du changement en psychothérapie (Bergin & Garfield, 1994; Castonguay, 1987; Frank, 1982; Lecomte & Alain, 1990; Wampold, 2001), il semble qu'elles mériteraient davantage d'attention dans les travaux futurs.

Par ailleurs, la revue de littérature portant sur les déterminants de l'adhésion aux recommandations permet de mettre en lumière le nombre important de variables concurrentes pouvant influencer le degré d'adhésion des clients aux recommandations de leurs thérapeutes. Il est raisonnable de croire que les déterminants du degré d'adhésion des travailleurs accidentés aux recommandations de leurs conseillers sont nombreux et agissent sans doute en interaction. Chacune des variables déterminantes et de leurs multiples interactions est donc responsable d'un faible pourcentage de la variance expliquée. Il est probable que la puissance statistique de la présente recherche ne soit pas suffisante pour détecter des relations aussi ténues entre les variables spécifiques et ce, de façon stable tout au long du processus de réadaptation professionnelle. D'autres études seraient nécessaires afin de mieux cerner les variables déterminantes de l'adhésion ainsi que l'importance relative de chacune de ces variables et de leurs interactions en lien avec l'adhésion des travailleurs accidentés aux recommandations de leurs conseillers en réadaptation.

Forces, limites et pistes de réflexions pour le recherches futures

Bien qu'inattendus, les résultats obtenus dans le cadre de cette thèse apportent un éclairage concernant la complexité d'un concept tel que de l'adhésion aux recommandations auprès d'une population de travailleurs accidentés à risque de chronicité. Une contribution de cette thèse concerne l'analyse et la réflexion proposée au sujet de la définition des recommandations et de l'adhésion aux recommandations. Il semble que la conceptualisation et la compréhension de l'adhésion dépendent en partie des éléments inclus dans sa définition. Le fait d'inclure dans l'adhésion les éléments définitionnels comportemental, cognitif et émotionnel nous apparaît novateur et stimulant pour le développement de ce champ d'étude. L'engagement émotionnel ainsi que les attentes d'efficacité apparaissent comme des concepts intéressants et prometteurs puisqu'ils permettent d'avoir une vision plus globale et intégrée de l'adhésion, perspective qui semble plus appropriée pour rendre compte d'un processus de réadaptation qui favorise l'exploration de soi, la compréhension de soi et la concrétisation de la compréhension de soi par l'action. Il a été démontré que les résultats obtenus sont intimement liés à la façon de définir et de mesurer l'adhésion ainsi que le changement. Bien que cet aspect ait été discuté précédemment, il apparaît pertinent de rappeler que le fait d'avoir mesuré l'adhésion, l'alliance thérapeutique, l'influence du conseiller, la concordance et le niveau de difficulté des recommandations à chaque séance du processus de réadaptation constituait une des principales forces de cette étude et que l'absence de résultats significatifs de façon stable dans le temps ne suffit pas pour conclure que de telles relations n'existent pas. En effet, il est possible que certaines

limites méthodologiques attribuables à la visée exploratoire de cette étude soient en partie responsables des résultats.

Au plan méthodologique, l'utilisation de mesures répétées de l'adhésion et de ses déterminants tout au long d'un processus de réadaptation constituait un aspect novateur dans ce champ d'étude. Le fait de mesurer un processus d'intervention s'étalant sur huit rencontres a aussi entraîné une perte de sujets au fil du temps, ce qui a eu pour effet de limiter la taille de l'échantillon et, par le fait même, la puissance statistique (Cohen, 1988). Cependant, aucune différence significative n'a été trouvée au niveau des variables sociodémographiques entre les travailleurs qui ont constitué l'échantillon final et ceux qui ont mis fin à leur participation.

De plus, la méthodologie utilisée n'a pas permis de tenir compte des différences individuelles des 19 conseillers en réadaptation qui ont participé à l'étude et de l'impact de ces différences sur les résultats obtenus. Or, il est probable que cela ait induit un biais dans les résultats, ce qui limite la portée de ceux-ci ainsi que la possibilité de les répliquer. C'est d'ailleurs pour cette raison que les résultats ont été présentés d'une façon qui se voulait plutôt exploratoire, descriptive et nuancée. Ces résultats ont comme principal intérêt de contribuer à parfaire les connaissances concernant la recherche clinique dans le domaine de la réadaptation professionnelle.

En ce qui concerne la mesure du changement, de l'adhésion et des déterminants de l'adhésion, les données utilisées ont été obtenues uniquement à partir de mesures

auto-révélées. Or, une étude réalisée par Hoelscher, Lichstein et Rosenthal (1984) à l'aide d'une mesure objective de l'adhésion révèle que 85% des clients ont tendance à exagérer le degré auto-révélé d'adhésion aux recommandations. De plus, les instruments utilisés nous fournissent une mesure indirecte de l'expérience multidimensionnelle des travailleurs accidentés. Dans le même ordre d'idées, il est possible qu'un biais de désirabilité sociale ait influencé les réponses des travailleurs aux différents questionnaires. Tel que mentionné précédemment, l'aspect administratif de la fonction des conseillers en réadaptation a également pu exacerber le désir des travailleurs de bien paraître. Puisque deux des instruments utilisés, soit le questionnaire sur les *Obstacles à la réinsertion professionnelle* ainsi que l'*Échelle d'évaluation des recommandations* sont en cours de validation, il est difficile d'apprécier avec rigueur les résultats obtenus à l'aide de ces instruments. Il serait intéressant de connaître les qualités psychométriques de ces instruments pour pouvoir mieux comprendre les résultats obtenus.

Implications cliniques

Le concept d'adhésion a été défini dans la présente thèse en termes de degré auquel un client s'engage tout au long d'un processus qui implique l'exploration de soi, la compréhension de soi et la concrétisation de cette compréhension par la mise en application de tâches ou d'activités entre les séances. Une meilleure connaissance des déterminants de l'adhésion aux recommandations, définie en ces termes, apparaît pertinente pour la pratique clinique. Cela semble d'autant plus approprié dans le cadre d'un processus complexe de réadaptation professionnelle auprès de travailleurs accidentés qui sont à risque de chronicité.

Jusqu'à maintenant, l'adhésion a été mesurée en tant que mise en application de tâches ou d'activités entre les séances. L'adhésion définie ainsi se limite à des changements ponctuels au niveau des pensées, des attitudes, des sentiments et des comportements. Par ailleurs, pour être efficaces et durables, les interventions en réadaptation professionnelle ont avantage à promouvoir une progression au niveau de l'exploration de soi et des limitations fonctionnelles causées par l'accident de travail, la compréhension de soi et la concrétisation de cette compréhension pour en arriver à une réinsertion professionnelle. Une telle progression peut être favorisée par l'adhésion en tant qu'engagement émotionnel dans un processus de réadaptation. Puisque l'engagement émotionnel est une dimension essentielle du changement thérapeutique, il semble avantageux d'identifier les variables qui sont susceptibles de promouvoir un tel engagement en respectant l'évolution du client dans son processus d'exploration, de compréhension et de concrétisation et ce, particulièrement dans le domaine de la réadaptation professionnelle.

À la lumière des résultats obtenus dans le cadre de cette recherche, il est raisonnable de croire que les variables contextuelles, telles que l'alliance thérapeutique et la concordance des recommandations sont particulièrement importantes afin de promouvoir l'adhésion des travailleurs aux recommandations de leurs conseillers. Toutefois, dans le cadre des activités de réadaptation à la CSST, il est probable que le double rôle du conseiller interfère avec l'établissement de l'alliance de travail. Par conséquent, l'alliance étant fortement corrélée avec les autres déterminants, l'influence

du conseiller en est diminuée et la concordance ainsi que le niveau de difficulté des recommandations risquent d'être moins bien adaptés en fonction des besoins du travailleur. Il serait donc pertinent de repenser et revoir le rôle des conseillers afin que ceux-ci parviennent à faire un travail qui permette une distinction claire entre les fonctions administratives et thérapeutiques. Cela permettrait d'éviter une confusion au niveau des rôles qui peut faire obstacle au processus de réadaptation professionnelle des travailleurs.

Conclusion

Cette recherche doctorale a permis de mettre en lumière la pertinence de l'utilisation des recommandations pour promouvoir le changement en réadaptation. Il semble raisonnable de croire qu'une meilleure connaissance du processus de réadaptation professionnelle et des variables prédictives de sa réussite permettra d'être plus conscients des besoins des travailleurs accidentés, de développer des interventions plus adaptées et par le fait même, d'éviter les abandons prématurés, les rechutes ou les complications qui entraînent des coûts élevés au niveau des indemnités.

Références

- Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2000). A closer look at the treatment rationale and homework compliance in cognitive-behavioral therapy for depression *Cognitive Therapy and Research*, 24(3), 313-326.
- Baril, R. (2002). Du constat à l'action: 15 ans de recherches en réinsertion professionnelle des travailleurs au Québec. *Revue Pistes*, 4(2), 1-32.
- Baril, R., Martin, J. C., Lapointe, C., & Massicotte, P. (1994). Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation: rapport de recherche. Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).
- Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Burns, D. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1991). Coping styles, homework compliance, and the effectiveness of cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 305-311.
- Burns, D. D., & Spangler, D. L. (2000). Does psychotherapy homework lead to improvements in depression in cognitive-behavioral therapy or does improvement lead to increased homework compliance? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 46-56.

- Castonguay, L. G. (1987). Facteurs communs : Vers un modèle transthéorique de la psychothérapie. In C. Lecomte & L. G. Castonguay (Eds.), *Rapprochement et intégration en psychothérapie* (pp. 185-206). Montréal: Gaëtan Morin.
- Cohen, M. J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Detweiler, J. B., & Wishman, M. A. (1999). The role of homework assignments in cognitive therapy for depression: Potential methods for enhancing adherence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(3), 267-282.
- Edelman, R. E., & Chambless, D. L. (1993). Compliance during sessions and homework in exposure-based treatment of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31(8), 767-773.
- Frank, J. D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In J. H. Harvey & M. M. Parks (Eds.), *Psychotherapy research and behavior change* (pp. 9-37). Washington, DC: American Psychological Association.
- Highlen, P. S., & Hill, C. E. (1984). Factors affecting client change in individual counselling: Current status and theoretical speculations. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of counselling psychology* (pp. 334-396). New York: John Wiley & Sons.
- Hoelscher, T. J., Lichstein, K. L., & Rosenthal, T. L. (1984). Objective VS subjective assessment of relaxation compliance among anxious individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 22(2), 187-193.

- Hoogen, H. J. M. v. d., Koes, B. W., Eijk, J. T. v., Bouter, L. M., & Devillé, W. (1997). Pain and health status of primary care patients with low back pain. *The Journal of Family Practice, 44*(2), 187-192.
- Kazantis, N. (2000). Brief reports: Power to detect homework effects in psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(1), 166-170.
- Kazantis, N., Deane, F. P., & Ronan, K. R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7*, 189-202.
- Kazantis, N., Deane, F. P., & Ronan, K. R. (2001). Concluding causation from correlation: Comment on Burns and Spangler. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(6), 1079-1083.
- Lecomte, C., & Alain, M. (1990). Les facteurs communs dans les entretiens psychothérapeutiques. *Psychologie Française, 35*(3), 185-193.
- Livneh, H. (2001). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A conceptual framework. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 44*(3), 151-160.
- Livneh, H., & Sherwood, A. (1991). Application of personality theories and counselling strategies to clients with physical disabilities. *Journal of Counseling & Development, 69*, 525-538.
- Neimeyer, R. A., & Feixas, G. (1990). The role of homework and skill acquisition in the outcome of group cognitive therapy for depression. *Behavior Therapy, 21*, 281-292.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 47*, 1102-1114.

- Rees, C. S., McEvoy, P., & Nathan, P. R. (2005). Relationship between homework completion and outcome in cognitive behaviour therapy. *Cognitive Behaviour Therapy, 34*(4), 242-247.
- Scheel, M. J., Hanson, W. E., & Razzhavaikina, T. I. (2004). The process of recommending homework in psychotherapy: A review of therapist delivery methods, client acceptability, and factors that affect compliance. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training, 41*(1), 38-55.
- Scheel, M. J., Seaman, S., Roach, K., Mullin, T., & Blackwell Mahoney, K. (1999). Client implementation of therapist recommendations predicted by client perception of fit, difficulty of implementation, and therapist influence. *Journal of Counseling Psychology, 46*(3), 308-316.
- Startup, M., & Edmonds, J. (1994). Compliance with homework assignments in cognitive-behavioral psychptherapy for depression: relation to outcome and methods of enhancement. *Cognitive Therapy and Research, 18*(6), 567-579.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum associates, publishers.

APPENDICES

APPENDICE A : FORMULAIRES DE CONSENTEMENT⁶

⁶ Cette recherche a été réalisée par Conrad Lecomte, Ph.D. et Annie St-Amand. Les données portant sur l'adhésion aux recommandations ont été collectées par Annie St-Amand et Conrad Lecomte.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ **pour la travailleuse ou pour le travailleur**

Étude des prédicteurs de réinsertion professionnelle et du processus de réadaptation des travailleuses et des travailleurs accidentés

Ce projet de recherche est coordonné par François Laisné, étudiant au doctorat, sous la direction de Conrad Lecomte, professeur à l'Université de Montréal et Réginald Savard, professeur à l'Université de Sherbrooke.

Objectif de l'étude

Cette étude a comme objectif de mieux comprendre, à l'aide d'indicateurs psychosociaux, démographiques et biologiques, ce que vous vivez présentement suite à votre accident de travail. Nous désirons identifier et cerner vos préoccupations et vos besoins pour faire face à votre situation actuelle. Ainsi, nous aimerions avoir votre opinion pour éventuellement mieux répondre à vos besoins et améliorer la qualité des services qui vous sont offerts.

Description des procédures de l'étude et de votre rôle

Votre rôle dans cette étude consiste à participer à une entrevue et à des rencontres où l'on va vous demander de remplir des questionnaires. Par ces questions, on cherche à mieux comprendre ce que vous vivez suite à un accident de travail. Dans un premier temps, il y a trois rencontres d'environ 90 minutes chacune avec une assistante ou un assistant de recherche. Ensuite, après chacune des rencontres avec votre conseillère ou votre conseiller de la CSST, on va vous demander de remplir quelques questionnaires d'une durée d'environ 30 minutes. Ces questions visent à mieux comprendre ce qui se passe pour vous lorsque vous tentez de faire vos démarches de réadaptation avec l'aide d'une conseillère ou d'un conseiller de la CSST. À la fin des rencontres avec votre conseillère ou votre conseiller, une assistante ou un assistant de recherche va vous demander de remplir à nouveau les mêmes questionnaires qu'au début et passer la même entrevue pour comprendre ce que vous vivez comme travailleur accidenté.

Pour tous ces questionnaires, nous vous remettrons des enveloppes pré-affranchies et pré-adressées afin que vous puissiez nous les retourner par la poste après chacune des rencontres avec votre conseillère ou votre conseiller.

De plus, afin de mieux comprendre votre situation, nous vous demandons l'autorisation d'avoir accès à certaines informations faisant partie de votre dossier n° _____, à la CSST. Cette autorisation vise notamment l'accès aux renseignements suivants mais non limitativement :

- Date et siège des lésions antérieures, s'il y a lieu ;
- Nature et circonstances de l'accident ;
- Date de l'événement ;
- Métier et expérience de travail ;
- Niveau de scolarité et diplôme ;
- Base salariale ;
- Diagnostics médicaux ;
- Types de professionnels consultés et services rendus ;
- Atteinte permanente et limitations fonctionnelles s'il y a lieu ;
- Médication ;
- Temps d'absence du travail et données sur le statut de travail ;
- Date de début et de fin de versement d'indemnisation de toute nature ;
- Date de consolidation de la lésion ;
- Contestations reliées à la réclamation ;
- Lieu(x) de travail avant la lésion (date d'entrée, type d'emploi, salaire et autres conditions de travail) ;
- Ancienneté dans l'entreprise où s'est produit l'événement ;
- Coûts du dossier ;
- Les mesures qui ont été prises pour favoriser la réadaptation ;
- L'évolution et les modalités de retour au travail (date, type d'emploi, salaire, entreprise et autres conditions de travail).

Respect de la confidentialité

Compte tenu de la nature des informations contenues dans vos réponses aux questionnaires ou provenant de votre dossier à la CSST, nous insistons sur le fait que tout le matériel que vous allez nous remettre est **strictement confidentiel et est traité de façon anonyme**, en accord avec les règles de déontologie les plus rigoureuses de la Société Canadienne de Psychologie et de l'Ordre des Psychologues du Québec. Ainsi, seuls les chercheurs de l'Université de Montréal et de l'Université de Sherbrooke y auront accès. De plus, afin d'assurer la confidentialité, un numéro est utilisé à la place de votre nom sur les questionnaires et les informations provenant de votre dossier. La liste maîtresse des noms et des codes est conservée dans un endroit sécuritaire et seul le coordonnateur de recherche a accès aux noms correspondant aux codes. Une fois la

recherche terminée, on vous assure que toutes les données brutes seront détruites.

Cessation de la participation

Le succès d'une telle recherche repose sur votre participation. Elle est donc très précieuse pour nous. Par ailleurs, votre participation à l'étude est volontaire et vous pouvez vous en retirer en tout temps ou refuser de participer. Votre décision d'y participer ou non, ou encore, de cesser d'y participer n'a aucun effet sur les services auxquels vous avez droit.

Avantages à participer

Cette étude a comme objectif de mieux comprendre ce que vous vivez présentement et de mieux identifier vos besoins pour éventuellement répondre d'une manière plus précise à vos besoins et d'améliorer les services qui vous sont offerts. De plus, la passation des questionnaires peut aussi vous permettre de mieux vous connaître et de faire le point sur votre situation actuelle.

Risques

Ce projet ne comporte aucun risque connu. Le seul désagrément pourrait provenir de la durée de passation des questionnaires. Si vous le désirez, vous pouvez prendre des pauses pendant la passation des questionnaires ou la compléter à un autre moment dont vous aurez convenu avec l'assistante ou l'assistant de recherche.

Vous pouvez en tout temps poser des questions à propos de cette étude, en contactant :

Francois Laisné, coordonnateur de la recherche
Université de Montréal
Faculté des arts et des sciences
Département de psychologie
Tel: (514) 343-6111 poste 4724

Si vous décidez de participer à cette étude, une copie de ce document vous est remise.

Consentement éclairé

Après avoir lu les informations précédentes et discuté avec l'assistant de recherche, je comprends la nature, les effets, les buts et les conditions de cette recherche et j'accepte librement d'y participer.

Nom et prénom de la travailleuse ou du travailleur

Signature

Ce formulaire de consentement a été préparé le 20 septembre 2000 par :

Conrad Lecomte, Ph.D.

Réginald Savard, Ph.D.

François Laisné, étudiant au doctorat

Annie St-Amand, étudiante au doctorat

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ pour la conseillère ou le conseiller en réadaptation

Étude des prédicteurs de réinsertion professionnelle et du processus de réadaptation des travailleuses et des travailleurs accidentés

Ce projet de recherche est coordonné par François Laisné, étudiant au doctorat, sous la direction de Conrad Lecomte, professeur à l'Université de Montréal et Réginald Savard, professeur à l'Université de Sherbrooke.

Objectifs de l'étude

Nous sollicitons votre participation à une étude ayant pour objectif d'identifier les prédicteurs de la réinsertion professionnelle et de mieux comprendre les besoins de réadaptation des travailleuses et des travailleurs accidentés. Plus précisément, nous voulons connaître les éléments qui facilitent et qui rendent plus difficile la réinsertion professionnelle des travailleuses et des travailleurs accidentés sur le marché du travail. Nous voulons également mieux comprendre les éléments du processus de réadaptation qui en prédisent l'efficacité.

Description des procédures de l'étude et de votre rôle

Votre rôle dans cette étude consiste à répondre à des questionnaires pendant une durée d'environ 60 minutes au début et à la fin du processus de réadaptation avec la travailleuse ou le travailleur. Les questions portent sur des caractéristiques socio-démographiques et des variables reliées au travail. Aussi, nous vous demandons de remplir quelques questionnaires suite à chacune des rencontres avec la travailleuse ou le travailleur. Cette passation est d'une durée d'environ 30 minutes. Ces questionnaires portent sur le processus de réadaptation avec votre travailleur.

Cessation de la participation

Le succès d'une telle recherche repose sur votre participation. Elle est donc très précieuse pour nous. Cependant, votre participation à l'étude est volontaire et vous pouvez en tout temps vous retirer ou refuser de participer.

Avantages à participer

Vous pourrez obtenir des bénéfices directs de votre participation à cette étude. En effet, cette étude peut vous être utile afin de mieux connaître les enjeux et les besoins des travailleuses et des travailleurs accidentés en processus de réinsertion professionnelle. De

plus, la passation des questionnaires peut vous permettre de faire le point sur le processus de réadaptation avec la travailleuse ou le travailleur.

Risques

Ce projet ne comporte aucun risque connu.

Respect de la confidentialité

Compte tenu de la nature des informations contenues dans vos réponses aux questionnaires, nous insistons sur le fait que tout le matériel que vous allez nous remettre est **strictement confidentiel et est traité de façon anonyme**. En accord avec les **règles** de déontologie les plus rigoureuses de la Société Canadienne de Psychologie et de l'Ordre des Psychologues du Québec, seuls les chercheurs de l'Université de Montréal et de l'Université de Sherbrooke y auront accès. De plus, afin d'assurer la confidentialité, un numéro est utilisé à la place de votre nom sur chacun des questionnaires. La liste maîtresse des noms et des codes est conservée dans un endroit sécuritaire et seul le coordonnateur de recherche a accès aux noms correspondant aux codes. Une fois la recherche terminée, nous vous assurons que toutes les données brutes seront détruites.

Vous pouvez en tout temps obtenir des informations à propos de cette étude, en contactant :

François Laisné, coordonnateur de la recherche
Université de Montréal
Faculté des arts et des sciences
Département de psychologie
Tél. : (514) 343-6111 poste 4724

Si vous décidez de participer à cette étude, une copie de ce document vous est remise.

Consentement éclairé

Après avoir lu les informations précédentes et discuté avec l'assistant de recherche, je comprends la nature, les effets, les buts et les conditions de cette recherche et j'accepte librement d'y participer.

Nom et prénom de la conseillère ou du conseiller

Signature

Ce formulaire de consentement a été préparé le 20 septembre 2000 par :

Conrad Lecomte, Ph.D.

Réginald Savard, Ph.D.

François Laisné, étudiant au doctorat

Annie St-Amand, étudiante au doctorat

APPENDICE B : INSTRUMENTS DE MESURE

--	--	--	--	--	--	--

Questionnaire de renseignements généraux

1. Sexe: Masculin Féminin

2. Date de naissance:/...../.....
Jour/Mois/Année

3. Nationalité: _____

4. Niveau de scolarité: Primaire Complété
 Secondaire Complété
 Collégial Complété
 Universitaire

5. Nombre d'années de scolarité complétées :

6. Statut civil: Marié(e) ou conjoint de fait
 Séparé(e) ou divorcé(e)
 Veuf(ve)
 Célibataire

7. Demeurez-vous actuellement avec un(e) conjoint(e)?

oui Depuis combien de temps? Année(s) _____ Mois _____
 non

8. Demeurez-vous avec d'autres personnes qu'un(e) conjoint(e)?

oui Veuillez spécifier le lien avec cette(ces) personne(s): _____
Depuis combien de temps? Année(s) _____ Mois _____
 non

9. Combien avez-vous d'enfants à votre charge ?

10. Quel âge a-t-il (ont-ils)?

--	--	--	--	--	--

11. Votre revenu personnel annuel ou indemnité :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Moins de \$10 000 | <input type="checkbox"/> \$60 001-\$80 000 |
| <input type="checkbox"/> \$10 001-\$20 000 | <input type="checkbox"/> \$80 001-\$100 000 |
| <input type="checkbox"/> \$20 001-\$40 000 | <input type="checkbox"/> \$100 001 et plus |
| <input type="checkbox"/> \$40 001-\$60 000 | |

12. Votre revenu familial annuel :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Moins de \$10 000 | <input type="checkbox"/> \$60 001-\$80 000 |
| <input type="checkbox"/> \$10 001-\$20 000 | <input type="checkbox"/> \$80 001-\$100 000 |
| <input type="checkbox"/> \$20 001-\$40 000 | <input type="checkbox"/> \$100 001 et plus |
| <input type="checkbox"/> \$40 001-\$60 000 | |

13. Etes-vous le principal "gagne pain" de votre famille? Oui Non

14. Considérez-vous votre situation financière comme :

- Très difficile Difficile Juste suffisante Suffisante

15. Pouvez-vous compter sur quelqu'un en cas de difficultés financières? Oui
 Non

- Si oui, qui ? :**
- La parenté
 - Un de vos enfants
 - Votre conjoint(e)
 - Ami(e)s
 - Autre(s), précisez : _____

16. Quelle est la raison de votre arrêt de travail (nature de l'accident ou de la maladie) ?

17. Pensez-vous que vous serez capable de refaire le même emploi malgré les conséquences de l'accident ou de la maladie ?

- | | | | | | | |
|-------------------------|---|---|-------------------------|---|---|-------------------------|
| Pas du tout
d'accord | | | Moyennement
d'accord | | | Tout à fait
d'accord |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

--	--	--	--	--	--

18. Depuis combien de temps êtes-vous en arrêt de travail ?

- De 0 à 3 mois De 10 à 12 mois
 De 4 à 6 mois De 13 à 24 mois
 De 7 à 9 mois Plus de 24 mois

19. Parmi les phrases suivantes, quelle est celle qui décrit le mieux votre cheminement sur le marché du travail ?

- Vous avez toujours (ou presque) travaillé.
 Vous avez occupé des emplois entrecoupés de périodes de chômage.
 Vous avez été surtout au chômage, mais vous avez eu des emplois de très courte durée.
 Vous avez interrompu votre activité pendant une longue durée (maladie, raison personnelle, etc.).

20. Comment voyez-vous la relation que vous aviez avec vos collègues de travail avant votre accident?

- Très mauvaise Mauvaise Plutôt mauvaise Neutre Plutôt bonne Bonne Très bonne

21. Comment voyez-vous la relation que vous aviez avec votre employeur avant votre accident?

- Très mauvaise Mauvaise Plutôt mauvaise Neutre Plutôt bonne Bonne Très bonne

22. Jusqu'à quel point sentez-vous que votre employeur pour lequel vous travailliez avant l'accident vous comprend et vous appuie dans votre démarche de réadaptation?

- | | | | | | |
|---|---|---|----------------------------------|---|---------------------------------------|
| Mon employeur
ne m'appuie pas
du tout | | | Mon employeur
m'appuie un peu | | Mon employeur
m'appuie
beaucoup |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

23. Quel était votre degré de satisfaction par rapport à votre travail avant votre accident?

- Très insatisfait Insatisfait Plutôt insatisfait Ambivalent Plutôt satisfait Satisfait Très satisfait

--	--	--	--	--	--

Échelle d'évaluation des recommandations

Recommandations du conseiller

Veillez faire la liste toutes les recommandations (s'il y en a plus d'une) que vous avez faites à votre travailleur(euse) lors de la rencontre qui vient de se terminer. Parmi cette liste, veuillez indiquer à l'aide d'un astérisque (*) la recommandation qui vous apparaît être la principale. Par la suite, veuillez indiquer cette recommandation en haut de la deuxième page de ce questionnaire afin que le(la) travailleur(euse) puisse compléter la suite du questionnaire.

Si vous considérez n'avoir fait aucune recommandation au(à la) travailleur(euse), inscrivez "aucune" sur cette feuille ainsi que sur la deuxième page de ce questionnaire.

Veillez conserver cette feuille jusqu'à votre prochaine rencontre avec ce(tte) travailleur(euse) puisque vous aurez à remplir un questionnaire de 4 questions vous demandant d'évaluer le degré de mise en pratique de cette recommandation par le(la) travailleur(euse).

Recommandations :

- () 1. _____

- () 2. _____

- () 3. _____

- () 4. _____

- () 5. _____

--	--	--	--	--	--

	Tout à fait en désaccord	En désaccord	Un peu en désaccord	Un peu en accord	En accord	Tout à fait en accord
	1	2	3	4	5	6
10. Cette recommandation fait appel à mes forces personnelles.	1	2	3	4	5	6
11. Je crois que si j'arrivais à appliquer cette recommandation, ça serait une stimulation pour faire un changement dans ma vie.	1	2	3	4	5	6
12. Cette recommandation aiderait à provoquer un changement positif à ma situation.	1	2	3	4	5	6
13. Je trouve mon(ma) conseiller(ère) sympathique.	1	2	3	4	5	6
14. Cette recommandation me rend inconfortable.	1	2	3	4	5	6
15. Jusqu'à maintenant, je suis très satisfait(e) du travail fait avec mon(ma) conseiller(ère).	1	2	3	4	5	6
16. Je trouve difficile de m'identifier à mon(ma) conseiller(ère).	1	2	3	4	5	6
17. Je suis ouvert et expressif avec mon(ma) conseiller(ère).	1	2	3	4	5	6
18. Je comprend le lien entre la recommandation de mon(ma) conseiller(ère) et la raison principale pour laquelle je suis en réadaptation.	1	2	3	4	5	6
19. Je perçois mon(ma) conseiller(ère) comme un(e) expert(e) capable de m'aider.	1	2	3	4	5	6
20. Lors de nos rencontres, j'hésite à m'ouvrir à mon(ma) conseiller(ère).	1	2	3	4	5	6
21. Je suis capable de mettre en pratique cette recommandation.	1	2	3	4	5	6
22. Je me sens mal à l'aise lorsque je parle à mon(ma) conseiller(ère).	1	2	3	4	5	6
23. Cette recommandation me semble compliquée.	1	2	3	4	5	6

Code du(de la) travailleur(se)

--	--	--	--	--	--	--

	Tout à fait en désaccord	En désaccord	Un peu en désaccord	Un peu en accord	En accord	Tout à fait en accord
	1	2	3	4	5	6
24. Mon(ma) conseiller(ère) semble être de mon côté.	1	2	3	4	5	6
25. Je suis à l'aise de discuter de n'importe quel sujet avec mon(ma) conseiller(ère).	1	2	3	4	5	6
26. Je comprends ce que ça pourrait me demander de mettre en pratique cette recommandation.	1	2	3	4	5	6
27. Si j'applique cette recommandation, elle pourrait provoquer assez de changement pour faire une différence importante dans ma vie.	1	2	3	4	5	6

--	--	--	--	--	--

Échelle d'évaluation des recommandations

Nous vous demandons maintenant d'évaluer la recommandation qui vous a été faite lors de votre dernière rencontre à l'aide des énoncés suivants.

Recommandation : _____

Tout à fait en désaccord	En désaccord	Un peu en désaccord	Un peu en accord	En accord	Tout à fait en accord
1	2	3	4	5	6
1) Cette recommandation a été totalement appliquée.					
2) Cette recommandation a été extrêmement efficace à produire un changement positif.					
3) Cette recommandation a été extrêmement difficile à mettre en pratique.					
4) L'application de cette recommandation a entraîné des effets secondaires négatifs.					

--	--	--	--	--	--

Inventaire d'alliance thérapeutique (IAT)

Vous trouverez ci-dessous des énoncés décrivant divers sentiments ou pensées qu'une personne peut avoir à l'égard du(de la) travailleur(se). Veuillez indiquer jusqu'à quel point chaque énoncé décrit la façon dont vous vous sentez ou ce que vous pensez.

Jamais	Rarement	De temps à autre	Quelques fois	Souvent	Très souvent	Toujours
1	2	3	4	5	6	7
1- Mon(ma) conseiller(ère) et moi, nous nous entendons sur ce que j'aurai à faire en réadaptation en vue de m'aider à améliorer ma situation.	1	2	3	4	5	
2- Ce que je fais en réadaptation me donne de nouvelles façons de voir mon problème.	1	2	3	4	5	
3- Je crois que mon(ma) conseiller(ère) m'aime bien.	1	2	3	4	5	
4- Mon(ma) conseiller(ère) ne comprend pas ce que j'essaie de réaliser en réadaptation.	1	2	3	4	5	
5- J'ai confiance que mon(ma) conseiller(ère) est capable de m'aider.	1	2	3	4	5	
6- Mon(ma) conseiller(ère) et moi travaillons en vue d'atteindre des objectifs sur lesquels nous nous sommes entendu(e)s.	1	2	3	4	5	
7- Je sens que mon(ma)conseiller(ère) m'apprécie.	1	2	3	4	5	
8- Nous nous entendons sur ce qui est important pour moi de travailler en réadaptation.	1	2	3	4	5	
9- Mon(ma) conseiller(ère) et moi avons confiance l'un dans l'autre.	1	2	3	4	5	
10- Mon(ma) conseiller(ère) et moi avons des opinions différentes quant à la nature réelle de mes problèmes.	1	2	3	4	5	
11- Nous avons établi entre nous une bonne compréhension des changements qui seraient bons pour moi.	1	2	3	4	5	
12- Je crois que la façon dont nous travaillons sur mon problème est correcte.	1	2	3	4	5	

--	--	--	--	--	--

Mesure d'impact 45.2

En réfléchissant à la semaine qui vient de passer, incluant aujourd'hui, aidez-nous à comprendre comment vous vous êtes senti(e). Lisez chaque item attentivement et encerclez le numéro qui décrit le mieux votre situation actuelle. Dans ce questionnaire, le terme "activité" inclu les études, le travail ménager, le travail bénévole, etc.

	Jamais	Rarement	Parfois	Fréquemment	Presque toujours
	0	1	2	3	4
1- Je m'entends bien avec les autres.	0	1	2	3	4
2- Je me fatigue rapidement.	0	1	2	3	4
3- Je n'ai pas d'intérêt pour les choses.	0	1	2	3	4
4- Je me sens stressé(e) lors de mes activités quotidiennes.	0	1	2	3	4
5- Je me blâme pour des choses.	0	1	2	3	4
6- Je me sens irrité(e).	0	1	2	3	4
7- Je suis malheureux(se) dans mon mariage/ma relation significative.	0	1	2	3	4
8- J'ai des pensées suicidaires.	0	1	2	3	4
9- Je me sens faible.	0	1	2	3	4
10- Je suis craintif(ve).	0	1	2	3	4
11- Après avoir bu beaucoup, j'ai besoin d'un verre de boisson le lendemain matin pour commencer ma journée (si vous ne consommez pas d'alcool, indiquez "jamais").	0	1	2	3	4
12- Je trouve mes activités quotidiennes satisfaisantes.	0	1	2	3	4
13- Je suis une personne heureuse.	0	1	2	3	4
14- Je fais trop d'activités.	0	1	2	3	4
15- Je me sens inutile.	0	1	2	3	4
16- Des soucis familiaux m'inquiètent.	0	1	2	3	4
17- Ma vie sexuelle n'est pas satisfaisante.	0	1	2	3	4

--	--	--	--	--	--

	Jamais	Rarement	Parfois	Fréquemment	Presque toujours
	0	1	2	3	4
18- Je me sens seul(e).	0	1	2	3	4
19- Je me dispute fréquemment.	0	1	2	3	4
20- Je me sens aimé(e) et apprécié(e).	0	1	2	3	4
21- J'aime mon temps libre.	0	1	2	3	4
22- J'ai de la difficulté à me concentrer.	0	1	2	3	4
23- Je n'ai plus d'espoir en l'avenir.	0	1	2	3	4
24- Je m'aime.	0	1	2	3	4
25- Des pensées troublantes dont je ne peux pas me débarrasser me viennent à l'esprit.	0	1	2	3	4
26- Je suis contrarié(e) lorsque les gens critiquent ma consommation d'alcool/de drogues (indiquez "jamais" si cet item ne s'applique pas).	0	1	2	3	4
27- J'ai des troubles de digestion.	0	1	2	3	4
28- Je ne fais pas mes activités aussi bien qu'auparavant.	0	1	2	3	4
29- Mon coeur bat trop fort.	0	1	2	3	4
30- J'ai de la difficulté à bien m'entendre avec des ami(e)s et des connaissances proches.	0	1	2	3	4
31- Je suis satisfait(e) de ma vie.	0	1	2	3	4
32- J'ai de la difficulté à faire mes activités à cause de ma consommation d'alcool/de drogues (indiquez "jamais" si cet item ne s'applique pas).	0	1	2	3	4
33- J'ai le sentiment que quelque chose de mauvais va se produire.	0	1	2	3	4
34- Mes muscles sont endoloris.	0	1	2	3	4
35- J'ai peur des grands espaces, de conduire, ou d'être dans un autobus, un métro, etc.	0	1	2	3	4
36- Je me sens nerveux(se).	0	1	2	3	4

--	--	--	--	--	--

	Jamais	Rarement	Parfois	Fréquemment	Presque toujours
	0	1	2	3	4
37- Je sens que mes relations amoureuses sont complètes et satisfaisantes.	0	1	2	3	4
38- Je sens que je ne réussis pas bien dans mes activités.	0	1	2	3	4
39- Je vis trop de conflits interpersonnels dans mes activités.	0	1	2	3	4
40- Je sens que quelque chose ne marche pas bien dans mon esprit.	0	1	2	3	4
41- J'ai de la difficulté à m'endormir ou à rester endormi(e).	0	1	2	3	4
42- J'ai le cafard (les idées noires).	0	1	2	3	4
43- Je suis satisfait(e) de mes relations avec les autres.	0	1	2	3	4
44- Je me sens suffisamment fâché(e) durant mes activités pour faire quelque chose que je pourrais regretter.	0	1	2	3	4
45- J'ai des maux de tête.	0	1	2	3	4

--	--	--	--	--	--

Inventaire de symptômes brefs (ISB)

Voici une liste de problèmes dont se plaignent parfois les gens. Lisez attentivement chaque phrase et encerclez le chiffre qui décrit le mieux À QUEL POINT CE PROBLÈME VOUS A TROUBLÉ(E) AU COURS DES SEPT (7) DERNIERS JOURS Y COMPRIS AUJOURD'HUI.

Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement	
0	1	2	3	4	
1- Nervosité ou impression de tremblements intérieurs.	0	1	2	3	4
2- Faiblesses ou étourdissements.	0	1	2	3	4
3- L'idée que quelqu'un d'autre puisse contrôler vos pensées.	0	1	2	3	4
4- L'impression que ce sont les autres qui sont responsables de la plupart de vos problèmes.	0	1	2	3	4
5- Troubles de mémoire.	0	1	2	3	4
6- Tendance à vous sentir facilement agacé(e) ou contrarié(e).	0	1	2	3	4
7- Douleurs au coeur ou à la poitrine.	0	1	2	3	4
8- Peur des grands espaces et dans les rues.	0	1	2	3	4
9- Idées d'en finir avec la vie.	0	1	2	3	4
10- Sentiment que vous ne pouvez pas faire confiance à la plupart des gens.	0	1	2	3	4
11- Manquer d'appétit.	0	1	2	3	4
12- Tendance à vous effrayer sans raison.	0	1	2	3	4
13- Crises de colère incontrôlables.	0	1	2	3	4
14- Sentiment de solitude même en compagnie d'autrui.	0	1	2	3	4
15- Sentiment d'être bloqué(e) pour compléter des tâches.	0	1	2	3	4
16- Sentiment de solitude.	0	1	2	3	4
17- Avoir le cafard.	0	1	2	3	4

--	--	--	--	--	--

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
	0	1	2	3	4
18- Manque d'intérêt pour tout.	0	1	2	3	4
19- Attitude craintive.	0	1	2	3	4
20- Tendence à vous sentir facilement blessé(e).	0	1	2	3	4
21- Sentiment que les gens ne sont pas amicaux ou qu'ils ne vous aiment pas.	0	1	2	3	4
22- Sentiment d'infériorité vis-à-vis des autres.	0	1	2	3	4
23- Nausées ou maux d'estomac.	0	1	2	3	4
24- Sentiment qu'on vous observe ou qu'on parle de vous.	0	1	2	3	4
25- Difficulté à vous endormir.	0	1	2	3	4
26- Besoin de vérifier et de revérifier ce que vous faites.	0	1	2	3	4
27- Difficulté à prendre des décisions.	0	1	2	3	4
28- Crainte de voyager en autobus, en métro ou en train.	0	1	2	3	4
29- Difficulté à reprendre votre souffle.	0	1	2	3	4
30- Bouffées de chaleur ou frissons.	0	1	2	3	4
31- Besoin d'éviter certains endroits, choses ou activités parce qu'ils vous font peur.	0	1	2	3	4
32- Trous de mémoire.	0	1	2	3	4
33- Engourdissements ou picotements dans certaines parties du corps.	0	1	2	3	4
34- L'idée que vous devriez être puni(e) pour vos péchés.	0	1	2	3	4
35- Vous sentir sans espoir face à l'avenir.	0	1	2	3	4
36- Difficulté à vous concentrer.	0	1	2	3	4
37- Sentiment de faiblesse dans certaines parties du corps.	0	1	2	3	4
38- Sentiment de tension ou de surexcitation.	0	1	2	3	4
39- Pensées sur la mort ou le fait de mourir.	0	1	2	3	4
40- Avoir envie de frapper, de blesser ou de faire du mal à quelqu'un.	0	1	2	3	4

--	--	--	--	--	--

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
	0	1	2	3	4
41- Avoir envie de briser ou de fracasser des objets.	0	1	2	3	4
42- Fort sentiment d'embarras face aux autres.	0	1	2	3	4
43- Sentiment de malaise dans la foule.	0	1	2	3	4
44- Ne jamais vous sentir proche de quelqu'un.	0	1	2	3	4
45- Accès de terreur ou de panique.	0	1	2	3	4
46- Vous laisser facilement entraîner dans des discussions.	0	1	2	3	4
47- Sentiment de nervosité quand on vous laisse seul(e).	0	1	2	3	4
48- Ne pas être reconnu(e) à votre juste valeur.	0	1	2	3	4
49- Vous sentir tellement agité(e) que vous ne pouvez rester en place.	0	1	2	3	4
50- Sentiment que vous ne valez rien.	0	1	2	3	4
51- Sentiment que les gens vont profiter de vous si vous les laissez faire.	0	1	2	3	4
52- Sentiment de culpabilité.	0	1	2	3	4
53- L'idée que quelque chose ne va pas dans votre tête.	0	1	2	3	4

--	--	--	--	--

Obstacles à la réinsertion professionnelle

Parmi les raisons ci-dessous, lesquelles pourraient selon vous, représenter des obstacles à votre retour au travail. Veuillez répondre en utilisant l'échelle conçue à cet égard (1 = pas du tout probable à 7 = tout à fait probable). Ensuite, dans la mesure où ces raisons représentent des obstacles probables à votre retour au travail, pouvez-vous à présent évaluer comment vous vous sentez capable de surmonter ces obstacles. Veuillez répondre en utilisant l'échelle correspondante (1 = pas du tout capable à 7 = tout à fait capable).

Exemple: Peu d'emplois offerts dans mon domaine.

a) Dans votre situation, est-ce que cette raison pourrait représenter un obstacle à votre retour au travail :

Pas du tout probable						Tout à fait probable
1	2	3	4	5	6	7

b) Dans la mesure où cette raison est un obstacle probable à votre retour au travail, jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter cet obstacle:

Pas du tout capable						Tout à fait capable
1	2	3	4	5	6	7

1. Les problèmes physiques.

a) Dans votre situation, cette raison pourrait-elle représenter un obstacle ?

Pas du tout probable					Tout à fait probable
1	2	3	4	5	6

b) Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter cet obstacle ?

Pas du tout capable					Tout à fait capable
1	2	3	4	5	6

Code du(de la) travailleur(se)

--	--	--	--	--	--

6. L'indécision face à des projets d'avenir.

a) Dans votre situation, cette raison pourrait-elle représenter un obstacle ?

Pas du tout probable

1 2 3 4 5 6

Tout à fait probable

b) Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter cet obstacle ?

Pas du tout capable

1 2 3 4 5 6

Tout à fait capable

7. Le manque d'énergie.

a) Dans votre situation, cette raison pourrait-elle représenter un obstacle ?

Pas du tout probable

1 2 3 4 5 6

Tout à fait probable

b) Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter cet obstacle ?

Pas du tout capable

1 2 3 4 5 6

Tout à fait capable

8. Le manque d'éducation ou de formation.

a) Dans votre situation, cette raison pourrait-elle représenter un obstacle ?

Pas du tout probable

1 2 3 4 5 6

Tout à fait probable

b) Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter cet obstacle ?

Pas du tout capable

1 2 3 4 5 6

Tout à fait capable

a) Dans votre situation, cette raison pourrait-elle représenter un obstacle ?

Pas du tout probable

1 2 3 4 5 6

Tout à fait probable

9. Le manque de compétences.

b) Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter cet obstacle ?

Pas du tout capable

1 2 3 4 5 6

Tout à fait capable

--	--	--	--	--

14. Le manque de soutien des personnes de l'entourage (famille, ami(e)s, etc.).

<p>a) Dans votre situation, cette raison pourrait-elle représenter un obstacle ?</p>	Pas du tout probable					Tout à fait probable
	1	2	3	4	5	6
<p>b) Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter cet obstacle ?</p>	Pas du tout capable					Tout à fait capable
	1	2	3	4	5	6

15. Le manque de confiance en vous.

<p>a) Dans votre situation, cette raison pourrait-elle représenter un obstacle ?</p>	Pas du tout probable					Tout à fait probable
	1	2	3	4	5	6
<p>b) Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter cet obstacle ?</p>	Pas du tout capable					Tout à fait capable
	1	2	3	4	5	6

16. Le peu d'emplois disponibles dans votre domaine sur le marché du travail.

<p>a) Dans votre situation, cette raison pourrait-elle représenter un obstacle ?</p>	Pas du tout probable					Tout à fait probable
	1	2	3	4	5	6
<p>b) Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter cet obstacle ?</p>	Pas du tout capable					Tout à fait capable
	1	2	3	4	5	6

17. Une faible capacité de rendement au travail.

<p>a) Dans votre situation, cette raison pourrait-elle représenter un obstacle ?</p>	Pas du tout probable					Tout à fait probable
	1	2	3	4	5	6
<p>b) Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter cet obstacle ?</p>	Pas du tout capable					Tout à fait capable
	1	2	3	4	5	6

--	--	--	--	--	--

26. La perte d'intérêt dans mon travail.

a) Dans votre situation, cette raison pourrait-elle représenter un obstacle ?

Pas du tout probable

1 2 3 4 5 6

Tout à fait probable

b) Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter cet obstacle ?

Pas du tout capable

1 2 3 4 5 6

Tout à fait capable

27. Les conflits possibles avec l'employeur.

a) Dans votre situation, cette raison pourrait-elle représenter un obstacle ?

Pas du tout probable

1 2 3 4 5 6

Tout à fait probable

b) Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter cet obstacle ?

Pas du tout capable

1 2 3 4 5 6

Tout à fait capable

28. Le stress relié à la recherche d'emploi.

a) Dans votre situation, cette raison pourrait-elle représenter un obstacle ?

Pas du tout probable

1 2 3 4 5 6

Tout à fait probable

b) Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter cet obstacle ?

Pas du tout capable

1 2 3 4 5 6

Tout à fait capable

29. La difficulté à faire face à des changements fréquents (horaires, tâches) dans votre futur emploi.

a) Dans votre situation, cette raison pourrait-elle représenter un obstacle ?

Pas du tout probable

1 2 3 4 5 6

Tout à fait probable

b) Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter cet obstacle ?

Pas du tout capable

1 2 3 4 5 6

Tout à fait capable

Code du(de la) travailleur(se)

--	--	--	--	--	--

30. Des événements stressants (deuil, rupture amoureuse, etc.)

a) Dans votre situation, cette raison pourrait-elle représenter un obstacle ?

Pas du tout probable

1 2 3 4 5 6

Tout à fait probable

b) Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter cet obstacle ?

Pas du tout capable

1 2 3 4 5 6

Tout à fait capable

31. Les échecs antérieurs sur le marché du travail.

a) Dans votre situation, cette raison pourrait-elle représenter un obstacle ?

Pas du tout probable

1 2 3 4 5 6

Tout à fait probable

b) Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter cet obstacle ?

Pas du tout capable

1 2 3 4 5 6

Tout à fait capable

32. L'instabilité des emplois sur le marché du travail.

a) Dans votre situation, cette raison pourrait-elle représenter un obstacle ?

Pas du tout probable

1 2 3 4 5 6

Tout à fait probable

b) Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter cet obstacle ?

Pas du tout capable

1 2 3 4 5 6

Tout à fait capable

33. La compétition sur le marché du travail.

a) Dans votre situation, cette raison pourrait-elle représenter un obstacle ?

Pas du tout probable

1 2 3 4 5 6

Tout à fait probable

b) Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter cet obstacle ?

Pas du tout capable

1 2 3 4 5 6

Tout à fait capable

Code du(de la) travailleur(se)

--	--	--	--	--	--

34. La charge parentale
(enfants, autre membre de la
famille).

a) Dans votre situation,
cette raison pourrait-elle
représenter un obstacle ?

Pas du tout
probable

1 2 3 4 5 6

Tout à fait
probable

b) Jusqu'à quel point
vous sentez-vous capable de
surmonter cet obstacle ?

Pas du tout
capable

1 2 3 4 5 6

Tout à fait
capable

35. La difficulté à prendre des
initiatives (être fonceur(se),
débrouillard(e))

a) Dans votre situation,
cette raison pourrait-elle
représenter un obstacle ?

Pas du tout
probable

1 2 3 4 5 6

Tout à fait
probable

b) Jusqu'à quel point
vous sentez-vous capable de
surmonter cet obstacle ?

Pas du tout
capable

1 2 3 4 5 6

Tout à fait
capable

36. Les conditions de travail
(responsabilités, tâches à
accomplir).

a) Dans votre situation,
cette raison pourrait-elle
représenter un obstacle ?

Pas du tout
probable

1 2 3 4 5 6

Tout à fait
probable

b) Jusqu'à quel point
vous sentez-vous capable de
surmonter cet obstacle ?

Pas du tout
capable

1 2 3 4 5 6

Tout à fait
capable

a) Dans votre situation,
cette raison pourrait-elle
représenter un obstacle ?

Pas du tout
probable

1 2 3 4 5 6

Tout à fait
probable

37. Le manque de suivi ou
d'aide thérapeutique.

b) Jusqu'à quel point
vous sentez-vous capable de
surmonter cet obstacle ?

Pas du tout
capable

1 2 3 4 5 6

Tout à fait
capable

Code du(de la) travailleur(se)

--	--	--	--	--	--

	Pas du tout probable					Tout à fait probable
	1	2	3	4	5	6
a) Dans votre situation, cette raison pourrait-elle représenter un obstacle ?						
38. Autre obstacle:						
b) Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter cet obstacle ?						
	Pas du tout capable					Tout à fait capable
	1	2	3	4	5	6
	Pas du tout probable					Tout à fait probable
	1	2	3	4	5	6
a) Dans votre situation, cette raison pourrait-elle représenter un obstacle ?						
39. Autre obstacle:						
b) Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter cet obstacle ?						
	Pas du tout capable					Tout à fait capable
	1	2	3	4	5	6

**APPENDICE C : DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES POUR LES TRAVAILLEURS ET
LES CONSEILLERS**

Tableau 2. Variables sociodémographiques pour l'échantillon de travailleurs

Variables	N (%)
Genre	
Femmes	11 (24,4)
Hommes	34 (75,6)
Statut civil	
Marié ou conjoint de fait	23 (51,1)
Séparé ou divorcé	8 (17,8)
Célibataire	14 (31,1)
Âge	
19 – 30 ans	11 (24,4)
31 – 39 ans	16 (35,6)
40 – 50 ans	12 (26,7)
51 – 53 ans	6 (13,3)
Niveau d'éducation	
Primaire	4 (8,9)
Secondaire (non complété)	16 (35,6)
Secondaire (complété)	18 (40)
Collégial (non complété)	4 (8,9)
Collégial (complété)	3 (6,7)
Site de la lésion	
Dos	17 (37,8)
Membres supérieurs	12 (26,7)
Membres inférieurs	6 (13,3)
Sièges multiples	9 (20)
Autres	1 (2,2)
Sévérité des limitations fonctionnelles	
Aucune	13 (28,9)
Légères	15 (33,3)
Modérées	6 (13,3)
Sévères	4 (8,9)
Nombre d'anciens dossiers à la CSST	
Aucun	12 (26,7)
Un	9 (20)
Deux à cinq	12 (26,7)
Six et plus	12 (26,7)

Variables	N (%)
Temps de l'arrêt de travail	
0 – 3 mois	17 (37,8)
4 – 6 mois	20 (44,4)
7 – 9 mois	4 (8,9)
10 – 12 mois	2 (4,4)
13 – 24 mois	2 (4,4)

Tableau 3. Variables sociodémographiques pour l'échantillon de conseillers

Variables	N (%)
Genre	
Femmes	12 (63,2)
Hommes	7 (36,8)
Âge	
30 – 39 ans	6 (31,6)
40 – 49 ans	10 (52,6)
50 – 59 ans	3 (15,8)
Niveau de scolarité	
Collégial	6 (31,6)
Universitaire	13 (68,4)
Nombre d'années d'expérience comme conseiller en réadaptation	
1 – 5 ans	5 (26,3)
6 – 10 ans	8 (42,2)
11 – 15 ans	2 (10,5)
16 – 20 ans	2 (10,5)
21 – 25 ans	2 (10,5)

APPENDICE D : STATISTIQUES DESCRIPTIVES

Tableau 4. Moyennes, écarts-types, valeurs minimum et maximum de l'adhésion aux recommandations et de ses déterminants

Variables	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Adhésion séance 1	5,00	1,31	2	6
Adhésion séance 2	5,07	1,41	1	6
Adhésion séance 3	5,08	1,44	1	6
Adhésion séance 4	5,05	0,99	3	6
Adhésion séance 5	5,17	1,25	1	6
Adhésion séance 6	5,14	1,35	2	6
Adhésion séance 7	5,33	1,23	2	6
Alliance séance 1	67,56	11,90	18	84
Alliance séance 2	66,40	12,17	21	84
Alliance séance 3	66,61	13,32	31	84
Alliance séance 4	67,86	10,92	50	84
Alliance séance 5	69,61	9,01	53	83
Alliance séance 6	70,68	9,96	47	84
Alliance séance 7	69,20	11,24	48	83
Concordance séance 1	29,46	7,23	7	42
Concordance séance 2	30,89	5,34	12	41
Concordance séance 3	31,22	6,41	16	42
Concordance séance 4	31,31	5,31	17	40
Concordance séance 5	31,84	4,41	26	40
Concordance séance 6	31,02	5,44	22	39
Concordance séance 7	30,00	7,17	16	42
Influence du thérapeute séance 1	50,27	6,48	30	60
Influence du thérapeute séance 2	49,87	6,72	29	60
Influence du thérapeute séance 3	49,72	7,93	31	60
Influence du thérapeute séance 4	50,15	6,28	38	60
Influence du thérapeute séance 5	52,42	5,27	44	60
Influence du thérapeute séance 6	51,59	7,49	37	60
Influence du thérapeute séance 7	51,31	6,14	40	60
Niveau de difficulté séance 1	49,34	7,19	36	60
Niveau de difficulté séance 2	48,40	6,07	31	60
Niveau de difficulté séance 3	46,93	6,76	31	59
Niveau de difficulté séance 4	46,81	8,01	30	59
Niveau de difficulté séance 5	48,84	5,78	40	60
Niveau de difficulté séance 6	49,65	6,94	34	60
Niveau de difficulté séance 7	49,31	5,15	40	57

APPENDICE E : RÉSULTATS DES ANALYSES STATISTIQUES

Tableau 5. Tests t comparant la perception des déterminants de l'adhésion selon que les travailleurs ont adhéré partiellement ou totalement aux recommandations à la séance 1

Variables	Adhésion totale		Adhésion partielle		T
	n	M (ET)	n	M (ET)	
Alliance Séance 1	22	69,41 (8,71)	23	62,06 (13,95)	2,073 *
Influence du conseiller Séance 1	22	51,00 (6,24)	23	48,91 (7,20)	1,04
Concordance Séance 1	22	28,36 (7,89)	23	29,52 (5,03)	,590
Difficulté Séance 1	22	50,59 (8,42)	23	48,39 (6,70)	,658

* $p < ,05$

Tableau 6. Tests t comparant la perception des déterminants de l'adhésion selon que les travailleurs ont adhéré partiellement ou totalement aux recommandations à la séance 2

Variables	Adhésion totale		Adhésion partielle		T
	n	M (ET)	n	M (ET)	
Alliance Séance 2	13	68,46 (15,61)	13	64,62 (11,15)	,723
Influence du conseiller Séance 2	13	51,20 (8,78)	13	47,77 (5,23)	1,209
Concordance Séance 2	13	32,62 (3,38)	13	28,77 (5,36)	2,189*
Difficulté Séance 2	13	51,03 (4,31)	13	46,23 (6,56)	2,207*

* $p < ,05$

Tableau 7. Tests t comparant la perception des déterminants de l'adhésion selon que les travailleurs ont adhéré partiellement ou totalement aux recommandations à la séance 3

Variables	Adhésion totale		Adhésion partielle		T
	n	M (ET)	n	M (ET)	
Alliance Séance 3	12	67,25 (13,66)	8	63,50 (18,48)	,523
Influence du conseiller Séance 3	12	49,92 (8,43)	8	47,0 (8,85)	,744
Concordance Séance 3	12	32,58 (6,19)	8	29,5 (7,82)	,984
Difficulté Séance 3	12	47,70 (7,31)	8	42,75 (7,67)	1,456

Tableau 8. Tests t comparant la perception des déterminants de l'adhésion selon que les travailleurs ont adhéré partiellement ou totalement aux recommandations à la séance 4

Variables	Adhésion totale		Adhésion partielle		T
	n	M (ET)	n	M (ET)	
Alliance Séance 4	8	69,0 (12,93)	10	70,7 (10,34)	,310
Influence du conseiller Séance 4	8	50,87 (6,03)	10	51,5 (6,26)	,214
Concordance Séance 4	8	32,75 (5,99)	10	29,9 (5,84)	1,017
Difficulté Séance 4	8	50,75 (3,96)	10	46,90 (8,24)	1,210

Tableau 9. Tests t comparant la perception des déterminants de l'adhésion selon que les travailleurs ont adhéré partiellement ou totalement aux recommandations à la séance 5

Variables	Adhésion totale		Adhésion partielle		T
	n	M (ET)	n	M (ET)	
Alliance Séance 5	9	70,89 (11,6)	7	69,0 (7,98)	,367
Influence du conseiller Séance 5	9	54,77 (5,93)	7	50,14 (4,22)	1,746
Concordance Séance 5	9	32,0 (5,59)	7	31,29 (3,25)	,300
Difficulté Séance 5	9	52,44 (6,38)	7	46,29 (2,13)	2,432 *

* $p < ,05$

Tableau 10. Tests t comparant la perception des déterminants de l'adhésion selon que les travailleurs ont adhéré partiellement ou totalement aux recommandations à la séance 6

Variables	Adhésion totale		Adhésion partielle		T
	n	M (ET)	n	M (ET)	
Alliance Séance 6	9	71,22 (11,78)	5	72,2 (7,94)	,165
Influence du conseiller Séance 6	9	51,67 (8,69)	5	53,0 (8,03)	,282
Concordance Séance 6	9	32,0 (5,24)	5	30,0 (5,79)	,660
Difficulté Séance 6	9	50,33 (7,26)	5	45,2 (4,55)	1,419

Tableau 11. Tests t comparant la perception des déterminants de l'adhésion selon que les travailleurs ont adhéré partiellement ou totalement aux recommandations à la séance 7.

Variables	Adhésion totale		Adhésion partielle		T
	n	M (ET)	n	M (ET)	
Alliance Séance 7	7	75,0 (5,16)	4	62,75 (11,98)	2,412
Influence du conseiller Séance 7	7	54,71 (4,50)	4	48,19 (3,87)	2,420 *
Concordance Séance 7	7	30,14 (8,05)	4	29,0 (7,39)	,233
Difficulté Séance 7	7	51,24 (5,29)	4	48,25 (1,50)	1,083

* $p < ,05$

Tableau 12. Corrélations entre les déterminants de l'adhésion à la séance 1

	Alliance	Influence	Difficulté	Concordance	Total RRS
Alliance	1,000				
Influence	0,695**	1,000			
Difficulté	0,333*	0,514**	1,000		
Concordance	-	-	-	1,000	
Total RRS	0,556**	0,797**	0,718**	0,589**	1,000

* p<,05; ** p < ,01

Tableau 13. Corrélations entre les déterminants de l'adhésion à la séance 2

	Alliance	Influence	Difficulté	Concordance	Total RRS
Alliance	1,000				
Influence	0,839**	1,000			
Difficulté	0,364*	0,475**	1,000		
Concordance	0,471**	0,352*	-	1,000	
Total RRS	0,762**	0,843**	0,743**	0,641**	1,000

* p<,05; ** p < ,01

Tableau 14. Corrélations entre les déterminants de l'adhésion à la séance 3

	Alliance	Influence	Difficulté	Concordance	Total RRS
Alliance	1,000				
Influence	0,868**	1,000			
Difficulté	0,499**	0,579**	1,000		
Concordance	0,447**	0,355*	0,517**	1,000	
Total RRS	0,768**	0,825**	0,856**	0,745**	1,000

* p<,05; ** p < ,01

Tableau 15. Corrélations entre les déterminants de l'adhésion à la séance 4

	Alliance	Influence	Difficulté	Concordance	Total RRS
Alliance	1,000				
Influence	0,793**	1,000			
Difficulté	0,435*	0,541**	1,000		
Concordance	-	-	-	1,000	
Total RRS	0,621**	0,763**	0,867**	0,536**	1,000

* p<,05; ** p < ,01

Tableau 16. Corrélations entre les déterminants de l'adhésion à la séance 5

	Alliance	Influence	Difficulté	Concordance	Total RRS
Alliance	1,000				
Influence	0,746**	1,000			
Difficulté	-	-	1,000		
Concordance	-	-	-	1,000	
Total RRS	0,705**	0,814**	0,713**	-	1,000

* p<,05; ** p < ,01

Tableau 17. Corrélations entre les déterminants de l'adhésion à la séance 6

	Alliance	Influence	Difficulté	Concordance	Total RRS
Alliance	1,000				
Influence	0,743**	1,000			
Difficulté	-	0,583**	1,000		
Concordance	-	-	-	1,000	
Total RRS	0,675**	0,843**	0,773**	-	1,000

* p<,05; ** p < ,01

Tableau 18. Corrélations entre les déterminants de l'adhésion à la séance 7

	Alliance	Influence	Difficulté	Concordance	Total RRS
Alliance	1,000				
Influence	0,811**	1,000			
Difficulté	-	-	1,000		
Concordance	-	-	-0,616*	1,000	
Total RRS	0,894**	0,819**	-	-	1,000

* $p < ,05$; ** $p < ,01$

APPENDICE F : CONTRIBUTION DES AUTEURS

Contribution des auteurs

Annie St-Amand : Conceptualisation des articles, analyse des données brutes, interprétation des résultats, rédaction du manuscrit et révision de l'article

Conrad Lecomte : Responsable de *l'Étude sur les prédicteurs de la réadaptation professionnelle*, conceptualisation des articles, soutien à l'interprétation des résultats, supervision et correction du manuscrit.

APPENDICE G : DÉCLARATION DU COAUTEUR

Déclaration du coauteur d'un article

1. Identification de l'étudiant et du programme

Annie St-Amand

Ph.D. recherche intervention option psychologie clinique

Programme 3-220-1-2

2. Description de l'article

Premier article - Déterminants de l'adhésion en psychothérapie

Auteurs : Annie St-Amand & Conrad Lecomte

Soumis à la *Revue canadienne de counseling* en avril 2007

Deuxième article - Étude de l'impact et des déterminants de l'adhésion de travailleurs accidentés aux recommandations de leurs conseillers en réadaptation professionnelle

Auteurs : Annie St-Amand & Conrad Lecomte

Sera soumis en août 2007 à la revue *Psychologie canadienne*

3. Déclaration du coauteur

À titre de coauteur des articles identifiés ci-dessus, je suis d'accord pour que Annie St-Amand utilise ces articles dans sa thèse de doctorat qui a pour titre : « *L'adhésion de travailleurs accidentés aux recommandations des conseillers en réadaptation : une étude théorique et empirique* ».

Conrad Lecomte, Ph.D.

Coauteur

Signature

Date

APPENDICE H : ACCUSÉ DE RÉCEPTION POUR L'ARTICLE SOUMIS À LA *REVUE*
CANADIENNE DE COUNSELING