

Drogues, santé et société

Validation d'un questionnaire de motivation au traitement des toxicomanies

Validation of a questionnaire on drug addicts' motivation for treatment

Validación de un cuestionario de motivación para el tratamiento de las toxicomanías



**DROGUES,
SANTÉ ET
SOCIÉTÉ**

Hélène Simoneau, Jacques Bergeron, Serge Brochu and Michel Landry

Volume 3, Number 1, 2e semestre 2004

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/010518ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/010518ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Drogues, santé et société

ISSN

1703-8839 (print)

1703-8847 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Simoneau, H., Bergeron, J., Brochu, S. & Landry, M. (2004). Validation d'un questionnaire de motivation au traitement des toxicomanies. *Drogues, santé et société*, 3(1), 38–56. <https://doi.org/10.7202/010518ar>

Article abstract

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

Validation d'un questionnaire de motivation au traitement des toxicomanies

Hélène Simoneau,
Chargée de cours, Université de Montréal

Jacques Bergeron,
Professeur titulaire au Département de psychologie de l'Université de Montréal
et chercheur principal au RISQ & CIRASST

Serge Brochu,
Professeur titulaire au Département de psychologie de l'Université de Montréal
et chercheur principal au RISQ & CIRASST

Michel Landry,
Ph. D., Directeur des services professionnels et de la recherche
au Centre Dollard-Cormier et codirecteur du RISQ & CIRASST

Adresse de correspondance

Hélène Simoneau
a/s de Jacques Bergeron
Université de Montréal
Département de Psychologie
C.P. 6128, Succursale A
Montréal (Québec)
H3C 3J7

Téléphone : (514) 343-5811
Télécopieur : (514) 343-5787

Courriel : hsimoneau@sympatico.ca

Notes des auteurs :

Cet article a été rédigé dans le cadre des exigences d'une thèse de doctorat (Ph. D.). Des bourses d'études du Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) ainsi que du fonds FCAR-RISQ (Fonds pour la formation de chercheurs et l'aide à la recherche et Recherche et Intervention sur les Substances Psychoactives – Québec) ont été accordées au premier auteur pour la rédaction de cette thèse. Cette étude a été réalisée dans le cadre des travaux du RISQ, subventionnés par le CQRS.

Résumé

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

Mots-clés : alcoolisme, toxicomanies, motivation, instrument de mesure

Abstract

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

Key words: alcoholism, drug addictions, motivation, questionnaire

Validation of a questionnaire on drug addicts' motivation for treatment

Abstract

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

Keywords: alcoholism, drug addictions, motivation, questionnaire

Validación de un cuestionario de motivación para el tratamiento de las toxicomanías

Resumen

El objetivo del presente estudio consiste en el desarrollo y la validación de un instrumento de medición en idioma francés sobre la teoría de la autodeterminación (Deci y Ryan, 1985). Con este fin, se reclutaron 352 personas en un centro público de readaptación para alcohólicos y toxicómanos. En su conjunto, las calidades psicométricas del Cuestionario de Motivación para el Tratamiento de las Toxicomanías (QMTT) son más bien satisfactorias. Además, la población estudiada parece presentar un perfil de motivación característico. Se discuten las consecuencias clínicas de dicho perfil.

Palabras clave: alcoholismo, toxicomanías, motivación, instrumento de medición.

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

Le manque de motivation est l'un des motifs d'abandon de traitement les plus fréquemment cités (Ryan, Plant et O'Malley, 1995). Cette vision est partagée tant par les thérapeutes que par les clients eux-mêmes (Miller, 1985). Une revue de littérature effectuée par Miller (1985) permet de constater que la motivation initiale, souvent définie comme un attribut stable du client, ne prédit pas l'adhésion au traitement et favorise le blâme moraliste lorsque le traitement échoue. Un des plus importants changements de pensée survenus récemment consiste à considérer la motivation comme étant le produit d'échanges interpersonnels (Miller et Sanchez, 1994). Ceci signifie que la motivation est influencée par les situations et les personnes

avec lesquelles une personne interagit. D'ailleurs, des interventions motivationnelles sont pratiquées avec succès dans plusieurs établissements thérapeutiques afin d'augmenter la rétention en traitement (Miller et Rollnick, 2002).

Selon Vallerand et Thill (1993), la motivation est un construit hypothétique utilisé lorsque l'on décrit les forces internes ou externes produisant l'initiation, la direction, l'intensité et la persistance du comportement. Ainsi, la motivation au traitement pourrait être définie comme étant l'ensemble des forces qui déterminent l'entrée, l'engagement et la persévérance dans le traitement. De plus, la motivation est un processus dynamique et non pas une condition statique; la force des motifs fluctue en fonction du temps (Reeve, 2005).

Théorie de l'autodétermination

Récemment appliquée à la prédiction de la persévérance en traitement de l'alcoolisme (Ryan, Plant et O'Malley, 1995), la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan (1985a, 1987, 1990) pourrait s'avérer fort utile pour comprendre la motivation au traitement. Cette perspective a été adoptée dans de nombreuses recherches en milieu naturel au cours des dernières années : dans le domaine de l'éducation (voir Deci, Vallerand, Pelletier et Ryan, 1991, pour une revue de littérature à ce sujet), du travail (Blais, Brière, Lachance, Riddle et Vallerand, 1993), des sports (voir Frederick et Ryan,

1995, pour une recension des écrits), des relations de couple (Blais, Sabourin, Boucher et Vallerand, 1990), du jeu (Chantal, Vallerand et Vallières, 1995), des troubles de l'alimentation (Williams, Grow, Freedman, Ryan et Deci, 1996), du tabagisme (Curry, Wagner et Grothaus, 1990) et de la psychothérapie (Pelletier, Tuson et Haddad, 1997).

La position théorique de Deci et Ryan (1985a) établit une distinction entre la motivation intrinsèque, la motivation extrinsèque et l'amotivation. Une personne **intrinsèquement motivée** agit par choix et pour le plaisir inhérent à l'activité elle-même. La motivation intrinsèque est associée à une plus grande productivité, créativité, spontanéité, flexibilité cognitive et persévérance. Elle est issue des besoins innés de compétence et d'autodétermination des individus.

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

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

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

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

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

Méthodologie

Construction du questionnaire

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

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

clients du même centre de thérapie afin de vérifier la validité et la fidélité de l'instrument.

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

Participants et participantes

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

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

Les répondants sont en majorité de sexe masculin (66,7%). Ils ont en moyenne 35,9 ans, 45% d'entre eux sont âgés de 22 à 34 ans et 40% se retrouvent dans la catégorie des 35 à 44 ans. En ce qui concerne l'état civil, 11% sont célibataires, 34,4% sont mariés ou vivent maritalement et 53,6% ont déjà vécu en couple (mariés ou conjoints de fait). La moitié des participants possède de huit à douze ans de scolarité et 47,3% ont poursuivi des études postsecondaires. Concernant la situation professionnelle, 56,7% des gens occupent un emploi à temps plein ou partiel et 26,7% des participants reçoivent des prestations d'aide

sociale. Chez 38% des gens recrutés, l'alcool est la principale substance responsable des problèmes de consommation ; chez 34%, il s'agit d'une ou plusieurs autres substances psychotropes (substances illicites ou médicaments prescrits) ; et 27% ont des problèmes avec la double toxicomanie (alcool et au moins une autre substance). Un petit nombre de participants sont en traitement parce que le système judiciaire (6%) ou l'employeur (3,7%) les y oblige.

Instruments de mesure

L'*Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT)* est l'adaptation française de l'*Addiction Severity Index* (Mc Lellan, Luborsky, Woody et O'Brien, 1980), traduite au Centre Domrémy-Montréal et validée par Bergeron, Landry, Ishak, Vaugeois et Trépanier (1992). La version anglophone présente de bonnes qualités psychométriques (Bergeron, Landry, Brochu et Guyon, 1998 ; Kosten, Rounsaville et Kebler, 1985 ; Hendricks, Kaplan, Vanlimbeek et Geerlings, 1989 ; Mc Lellan et al., 1980 ; Mc Lellan et al., 1985) et les qualités psychométriques de l'instrument traduit sont satisfaisantes et comparables à celles de la version originale (Bergeron et al., 1998). Ce questionnaire comprend les sept échelles suivantes afin de mesurer la gravité de problèmes souvent observés chez les personnes qui abusent d'alcool ou de drogue : alcool, drogue, état médical, relations familiales et sociales, état psychologique, emploi et ressources ainsi que situation judiciaire. Pour chacune des échelles, un score composé variant de 0 à 1 est calculé. Alors que la version intégrale englobe toute la vie de l'individu, la version abrégée est conçue pour mesurer les changements survenus au cours des 30 derniers jours.

L'*échelle des orientations générales à la causalité (EOGC)* est la version canadienne-française du *General Causality Orientations Scale* développé par Deci et Ryan (1985b). Ce questionnaire présente douze vignettes décrivant une situation de la vie (par exemple : se trouver un emploi, aller à une fête, etc.). Chaque vignette est suivie de trois réponses dénotant : une orientation autonome, une orientation au contrôle (ou hétéronome) et une orientation impersonnelle. La

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

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

La **progression vers l'atteinte du but** n'est pas un questionnaire proprement dit. Il s'agit plutôt d'une seule question demandant au participant d'indiquer, en pourcentage, jusqu'à quel point il a progressé vers l'atteinte du but qu'il s'était fixé au départ.

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

Tableau 1 : Instruments de mesure complétés par les participants selon la période de recrutement

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

Déroulement

Le recrutement a été effectué sur une base volontaire et la confidentialité des réponses était assurée. Après avoir signé une lettre de consentement permettant l'accès au dossier clinique, les participants devaient remplir des questionnaires pendant environ une heure, en présence d'un agent de recherche, et ce, à une ou deux reprises selon la période de recrutement. À chaque rencontre, on leur remettait 10,00 \$ pour leur participation.

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

Résultats

Dans un premier temps, les items de la version préliminaire du QMTT (premier échantillon) ont été soumis à une analyse en composantes principales afin de sélectionner les cinq items qui représentaient le mieux les construits motivationnels des sous-échelles correspondantes et l'existence d'une structure simple

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

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

Premier échantillon

Avant de soumettre les données à l'analyse en composantes principales (ACP), sept items ont été retirés à cause d'une distribution anormale, c'est-à-dire

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

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

Note :

IDEN : motivation identifiée
EXT : motivation externe
AMPRI : amotivation primaire

INTRO : motivation introjectée
AMSUC : amotivation attribuable au succès

qu'ils présentaient un coefficient d'aplatissement ou un coefficient d'asymétrie trop élevé (>2). Le tableau 2 présente les résultats des saturations obtenues par l'ACP à l'aide d'une rotation varimax. Les cinq items qui ont été retenus pour chaque sous-échelle présentent une saturation supérieure à 0.50 sur le facteur correspondant sauf un item de l'échelle amotivation attribuable au succès (saturation=0.48) et aucun item ne présente une saturation supérieure à 0.50 avec un autre facteur. La solution préliminaire à cinq facteurs (25 items) explique 56,7% de la variance et toutes les racines latentes (Eigen Value) sont supérieures à 1.

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

Le tableau 3 illustre le modèle des corrélations de Pearson entre les sous-échelles du QMTT. Les résultats obtenus pour le premier échantillon sont présentés sous la diagonale. Dans l'ensemble, les résultats sont conformes à une structure simplex et soutiennent le

continuum d'autodétermination, tel que postulé par Deci et Ryan (1985). Les corrélations les plus positives se retrouvent généralement entre les sous-échelles adjacentes. Par exemple, la motivation identifiée est plus fortement corrélée avec la motivation introjectée ($r=0.46$, $p<.001$) qu'avec la motivation externe ($r=0.17$, $p=.08$) et encore plus qu'avec les deux types d'amotivation ($r=0.10$, $p=.31$ et $r=-0.08$, $p=.38$). Tel qu'il a été prévu, les deux types d'amotivation sont corrélés positivement ($r=0.36$, $p<.001$). La seule exception à un modèle simplex concerne l'amotivation primaire qui corrèle plus fortement avec la motivation introjectée ($r=0.19$, $p<.05$) qu'avec la motivation externe ($r=0.15$, $p=.12$).

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

Deuxième échantillon

L'analyse en composantes principales des items de la version réduite du QMTT dans le deuxième échantillon n'a pas permis de répliquer totalement

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

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

* $p < .05$

*** $p < .001$

** $p < .01$

n.a : non applicable

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

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

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

Validité prédictive

Puisque les types de motivation les plus autodéterminées sont associés à une plus grande persévérance et à de meilleures conséquences sur le plan psychologique (Deci et Ryan, 1985a), on peut s'attendre à ce

que les clients qui présentent ces types de motivation persévèrent plus longtemps en traitement et, par conséquent, leur état s'améliore plus rapidement. Inversement, les clients qui sont amotivés parce qu'ils ont déjà atteint leur but devraient demeurer peu de temps en traitement. Afin de vérifier ces hypothèses, un score global, le coefficient d'internalisation, a été calculé ainsi : le score de l'échelle de motivation identifiée a été multiplié par +2; celui de la motivation introjectée par +1 (préalablement multiplié par 4/3 afin de compenser le fait qu'il n'y a que trois items au lieu de quatre dans cette sous-échelle); celui de la motivation externe par -1 ; l'amotivation au succès par -2 ; et les produits de ces multiplications ont été additionnés. Ainsi, un score positif indique une motivation internalisée alors qu'un score négatif reflète une motivation externe ou l'amotivation. Un index calculé de façon similaire a été utilisé et reconnu comme étant un indicateur valide et fidèle de l'autodétermination (p. ex. Brière, Vallerand, Blais et Pelletier, 1995 ; Chantal, Vallerand et Vallières, 1995).

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

Tel qu'il était attendu, le coefficient d'internalisation prédit les deux mesures de persévérance : le nombre de jours en contact avec le centre de traitement ($r = .14$, $p < .05$) et le nombre d'heures d'exposition au traitement ($r = .16$, $p < .05$). Ryan, Plant et O'Malley (1995) rapportent une corrélation de 0.20 entre la motivation internalisée et le nombre de sessions de traitement, à l'intérieur d'une période de huit semaines, auxquelles ont assisté leurs répondants (population en traitement pour des problèmes d'alcool). Même si les mesures de persévérance ne sont pas identiques dans les deux études, les corrélations observées sont

du même ordre de grandeur. Les corrélations inverses observées entre l'échelle d'amotivation au succès et les mesures de persévérance permettent aussi de confirmer l'hypothèse : le score de cette échelle prédit négativement le nombre de jours en contact avec le centre ($r = -.14$, $p < .05$) et le nombre d'heures d'exposition au traitement ($r = -.14$, $p < .05$). De plus, le score de l'échelle de motivation externe prédit aussi négativement le nombre d'heures d'exposition au traitement ($r = -.15$, $p < .05$), mais ne prédit pas de façon significative le nombre de jours en contact avec le centre. Aucun autre score d'échelle ne prédit significativement la persévérance en traitement.

Parmi les 229 participants recrutés en 1998, 121 ont été rejoints un an plus tard, soit 52,8%. La version abrégée de l'IGT leur a été administrée à ce moment afin d'établir si les problèmes qu'ils présentaient au moment de l'évaluation initiale avaient changé et si ces changements étaient reliés à la motivation initiale. Tel qu'il a été prévu, le coefficient d'internalisation prédit significativement une réduction des problèmes psychologiques un an plus tard ($r = -.18$, $p < .05$) et il en est ainsi pour les scores de motivation identifiée ($r = -.19$, $p < .05$) et introjectée ($r = -.22$, $p < .05$). Par contre, la motivation initiale, telle que mesurée par le QMTT, n'est associée à aucune autre mesure d'efficacité de traitement (IGT un an plus tard). Il semble donc que la motivation initiale n'ait pas d'impact sur la réduction des problèmes de consommation. Par contre, les motivations les plus autodéterminées entraînent les conséquences les plus positives sur le plan psychologique.

Validité de construit

Le tableau 4 présente les corrélations entre les sous-échelles du QMTT et plusieurs variables potentiellement associées à la motivation initiale au traitement. Ce tableau permet de constater que plus les gens qui consultent sont âgés, plus ils présentent une motivation identifiée et plus ils sont jeunes, plus leur motivation introjectée est élevée. Cette constatation soutient l'idée d'un processus développemental (internalisation) par lequel la motivation à effectuer un comportement déplaisant devient de plus en plus

autodéterminée avec le temps et, par conséquent, avec l'âge. Une étude effectuée auprès d'enfants de 5 à 13 ans soutient aussi l'hypothèse de ce processus d'internalisation (Chandler et Connell, 1987). En effet, lorsqu'il s'agissait d'effectuer un comportement qui leur déplaisait, les enfants plus âgés présentaient plus souvent une motivation internalisée et moins fréquemment une motivation extrinsèque que leurs pairs plus jeunes. Par contre, aucune différence d'âge n'a été observée lorsqu'il s'agissait d'effectuer un comportement qu'ils aimaient. Il semble donc que les adultes, du moins ceux de l'échantillon de la présente étude, agissent de la même façon que les enfants : leur motivation envers un comportement déplaisant (le traitement) devient de plus en plus internalisée avec l'âge.

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

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

Puisque la motivation au traitement constitue une motivation instrumentale qui permet d'atteindre un but, on s'attend à ce que plus les gens sont près de leur but, moins ils ont de motifs internes à poursuivre le traitement et plus ils se sentent loin de leur but, plus ils sont motivés à persévérer. De façon générale, le modèle des corrélations observées entre l'atteinte du but et les sous-échelles du QMTT tend à confirmer

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

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

Note :

IDEN : motivation identifiée

a : n=354

* p < .05

INTRO : motivation introjectée

b : n=238

** p < .01

EXT : motivation externe

c : n=247

*** p < .001

AMSUC : amotivation attribuable au succès

d : variable dichotomique donc

n.a : non applicable

COEF : coefficient d'internalisation

corrélations bi-sériales au lieu de Pearson

cette hypothèse. Bien que la motivation identifiée ne présente pas de corrélation significative, la tendance est aussi dans la direction attendue.

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

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

d'autonomie se comporte de façon prévisible et corrèle positivement avec la sous-échelle de motivation identifiée et avec le coefficient d'internalisation. Tel qu'il était prévu, l'échelle de contrôle prédit les motivations externe et introjectée, mais elle est aussi associée à la motivation identifiée et à l'amotivation attribuable au succès. Fait encore plus étonnant, l'échelle impersonnelle corrèle de façon significative avec la motivation introjectée.

Discussion

Structure du questionnaire

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

Validité prédictive : score global et persévérance

Tout comme le questionnaire de motivation au traitement de l'alcoolisme construit et validé par Ryan, Plant et O'Malley (1995), le QMTT présente une validité prédictive faible mais significative. Les

données recueillies dans la présente étude corroborent donc les résultats des recherches précédentes : la motivation initiale n'est qu'un faible prédicteur de la persévérance en traitement (Miller, 1985). Puisque la force des motifs fluctue avec le temps (Reeve, 2005), puisque les situations et les personnes avec lesquelles une personne interagit varient également (Miller et Sanchez, 1994 ; Williams et al., 1996), il s'avère de plus en plus indispensable de conduire des études qui permettront de mieux comprendre la dynamique de la motivation en cours de traitement.

Validité prédictive : scores des sous-échelles et persévérance

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

La sous-échelle d'amotivation attribuable au succès représente le meilleur prédicteur de persévérance en traitement : plus les gens obtiennent un score élevé à cette échelle, moins ils persévèrent. Ce résultat concorde avec les données d'une revue de littérature qui rapporte que le fait d'avoir résolu, selon eux, leurs problèmes constitue

l'un des motifs de fin de traitement les plus souvent évoqués par les clients (Stark, 1992). Ceci implique que, pour augmenter la rétention en traitement, il est important de bien comprendre la notion de « succès » du point de vue du client. D'ailleurs, les données de la présente étude permettent de constater que la sous-échelle d'amotivation attribuable au succès corrèle positivement avec la perception de progresser vers l'atteinte du but et négativement avec les problèmes psychologiques tels que mesurés par l'IGT. De plus, cette sous-échelle n'est pas associée aux problèmes d'alcool ou de drogue, ce qui laisse supposer que le but poursuivi par les clients serait la réduction des problèmes psychologiques plutôt que des problèmes de consommation en eux-mêmes. Cette hypothèse est aussi appuyée par deux faits : 1) que les grands buveurs qui présentent un niveau élevé de détresse psychologique sont proportionnellement plus nombreux à avoir recours à une aide professionnelle que ceux dont la détresse est moindre (Légaré, Lebeau, Boyer et St-Laurent, 1995); 2) que l'ampleur des corrélations entre l'alcoolisme et les symptômes dépressifs au sein de la communauté est plus faible que celle que l'on observe dans les populations cliniques (Merikangas et Gelernter, 1990).

Validité prédictive : efficacité du traitement

Quant à l'efficacité du traitement, le QMTT n'a aucune valeur prédictive sur la réduction des problèmes de consommation d'alcool et de drogue. Cependant, tel que Deci et Ryan (1985a) l'avaient prédit, les motivations les plus autodéterminées entraînent les conséquences psychologiques les plus positives. En effet, le coefficient d'internalisation et les sous-échelles de motivation identifiée et introjectée (motivation initiale) prédisent une réduction significative des problèmes psychologiques un an plus tard. Cette constatation appuie aussi l'idée que le but poursuivi par les gens lorsqu'ils consultent consisterait à réduire leurs problèmes psychologiques plutôt que leur consommation.

Validité de construit

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

Motivation introjectée et population en traitement pour alcoolisme et toxicomanie

Par contre, la corrélation inattendue entre l'échelle impersonnelle de l'EOGC (indice d'un faible sentiment de compétence généralisé) et la sous-échelle de motivation introjectée (reflet de la culpabilité et de la pression interne à poursuivre le traitement) commande une analyse plus approfondie du comportement de la sous-échelle de motivation introjectée au sein de la population en traitement pour alcoolisme. Cette analyse révèle les faits suivants :

- 1) Ryan, Plant et O'Malley (1995) n'ont pas réussi à distinguer la motivation introjectée de la motivation identifiée. Ils ont alors émis l'hypothèse que la honte et la culpabilité pourraient être la norme chez les gens qui font une demande d'aide dans un centre de traitement pour l'alcoolisme. Ces sentiments pourraient être enchevêtrés et indissociables de l'importance et de la valeur accordées au traitement ;
- 2) Dans la présente étude, plusieurs items de cette sous-échelle ont dû être retirés, car ils présentaient des distributions qui s'éloignaient de la normale, p. ex. 87% des gens ont répondu qu'ils sont en traitement « Parce qu'il faut que je reprenne le contrôle de ma vie. » Ce phénomène semble confirmer l'hypothèse émise par Ryan, Plant et O'Malley (1995) ;

- 3) Dans le premier échantillon, la sous-échelle d'amotivation primaire corrélait plus fortement avec la motivation introjectée qu'avec la motivation externe ;
- 4) Dans le deuxième échantillon, certains items représentant l'amotivation primaire saturaient sur le facteur motivation introjectée (lien similaire à la corrélation observée entre l'échelle impersonnelle de l'EOGC et la sous-échelle de motivation introjectée). Ce dernier fait ne peut être comparé avec le questionnaire élaboré par Ryan, Plant et O'Malley, car celui-ci ne contient pas d'échelle d'amotivation.

De la validation d'un questionnaire à l'hypothèse d'un profil motivationnel caractéristique

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

En plus des constatations mentionnées précédemment, d'autres données soutiennent l'idée d'un tel profil. Il est depuis longtemps reconnu que l'individu aux prises avec des problèmes d'alcool et de drogue a souvent la sensation subjective de ne pas pouvoir contrôler sa consommation, il ressent de la honte devant sa propre incapacité à maîtriser sa vie (Kurtz, 1982). De plus, une étude effectuée afin de valider une échelle de motivation à consommer de l'alcool rapporte que le meilleur prédicteur d'alcoolisme est l'amotivation, c'est-à-dire le fait de consommer malgré le désir de cesser (Vallerand et Brière, 1995). Ce désir de cesser pourrait donc se manifester par une pression interne, une perception d'incompétence accompagnée d'un sentiment de culpabilité

et de honte à ne pas réussir par soi-même, sentiment qui pousserait la personne à consulter et à effectuer une demande d'aide professionnelle.

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

Afin de vérifier si un tel profil motivationnel distingue effectivement la population en traitement pour alcoolisme et toxicomanie de la population générale en psychothérapie, l'utilisation d'un questionnaire préalablement validé auprès d'une population en psychothérapie pourrait s'avérer profitable. Ce questionnaire devrait comporter toutes les six sous-échelles prévues par la théorie de l'autodétermination (p. ex. le *Client Motivation for Therapy Scale* développé par Pelletier, Tuson et Haddad, 1997). D'ici là, le QMTT demeure un instrument utile pour étudier la motivation en traitement, car il possède plusieurs qualités psychométriques intéressantes et il est, de plus, propre à la population alcoolique et toxicomane.

Conclusion

De façon générale, les résultats suggèrent que la version définitive en quinze items du QMTT possède une structure interne et une validité de construit conformes aux prédictions de la théorie de l'autodétermination. De plus, le QMTT prédit, un an plus tard, la réduction des problèmes psychologiques. Cependant, il ne prédit pas la réduction de la consommation. Quant à la persévérance en traitement, les résultats de la présente étude corroborent les résultats des recherches

antérieures : la motivation initiale n'est qu'un faible prédicteur de la persévérance en traitement.

Bien que l'instrument présente des qualités psychométriques appréciables, des études additionnelles pourraient permettre de reproduire ces résultats au sein de populations variées (ex. : population toxicomane avec comorbidité ou problèmes judiciaires) et améliorer la cohérence interne de certaines sous-échelles.

De plus, l'hypothèse d'un profil motivationnel caractéristique soulevée par les résultats de la présente étude et appuyée par les données d'autres études demande à être confirmée. Étant donné les implications théoriques et cliniques d'un tel profil, la nécessité de vérifier empiriquement son existence s'impose. Mieux on comprendra la motivation des individus qui consultent, mieux on sera en mesure de leur fournir l'aide désirée de façon adéquate.

Références

- Backeland, F. et Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: a critical review. *Psychological Bulletin*, 82 (5), 738-783.
- Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S. et Cournoyer, L.G. (1997). *Les déterminants de la persévérance des clients dans les traitements de réadaptation pour l'alcoolisme et toxicomanie : une approche multidimensionnelle*. Rapport de recherche # RS2308-093 subventionné par le CQRS. 108 p.
- Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S. et Guyon, L. (1998). Les études psychométriques autour de l'ASI/IGT. In L. Guyon, M. Landry, S. Brochu et J. Bergeron (éds.), *L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes. L'indice de gravité d'une toxicomanie (ASI/IGT)* (pp. 31-46). Canada : Les Presses de l'Université Laval.
- Bergeron, J., Landry, M., Ishak, A., Vaugeois, P. et Trépanier, M. (1992). *Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et alcool : l'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT)*. Rapport présenté à la Direction générale de la planification et de l'évaluation. Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec.
- Blais, M.R., Brière, N.M., Lachance, L., Riddle, A.S. et Vallerand, R.J. (1993). L'inventaire des motivations au travail de Blais. *Revue québécoise de psychologie*, 14, 185-215.
- Blais, M.R., Sabourin, S., Boucher, C. et Vallerand, R.J. (1990). A motivational model of couple happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1021-1031.
- Brière, N.M., Vallerand, R.J., Blais, M.R. et Pelletier, L.G. (1995). Développement et validation d'une mesure de motivation intrinsèque, extrinsèque et d'amotivation en contexte sportif : l'Échelle de motivation dans les sports (ÉMS). *International Journal of Sport Psychology*, 26, 465-489.
- Chandler, C.L. et Connell, J.P. (1987). Children's intrinsic, extrinsic and internalized motivation: A developmental study of children's reasons for liked and disliked behaviours. *British Journal of Developmental Psychology*, 5, 357-365.
- Chantal, Y., Vallerand, R.J. et Vallières, E.F. (1995). Motivation and gambling involvement. *The Journal of Social Psychology*, 135 (6), 755-763.
- Curry, S., Wagner, E.D. et Grothaus, L.C. (1990). Intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (3), 310-316.
- Deci, E.L. et Ryan, R.M. (1985a). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New-York : Plenum.
- Deci, E.L. et Ryan, R.M. (1985b). The General Causality Orientations Scale: self-determination in personality. *Journal of Research in Personality*, 19, 109-134.
- Deci, E.L. et Ryan, R.M. (1987). The support of autonomy and the control of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1024-1037.
- Deci, E.L. et Ryan, R.M. (1990). A motivational approach to self: integration in personality. In Dienstbier (Ed.), *Nebraska Symposium*, vol. 38. *Perspectives on motivation* (pp. 237-288). Lincoln, NE : University of Nebraska Press.
- Deci, E.L., Vallerand, R.J., Pelletier, L.G. et Ryan, R.M. (1991). Motivation and education: the self-determination perspective. *Educational Psychologist*, 26 (3 & 4), 325-346.
- Frederick, C.M. et Ryan, R.M. (1995). Self-determination in sport: a review using cognitive evaluation theory. *International Journal of Sport Psychology*, 26, 5-23.
- Guttman, L. (1954). A new approach to factor analysis: The radex. In P. Lazarfeld (Ed.), *Mathematical thinking in the social sciences* (pp.258-348). New York : Free Press of Glence.
- Hendricks, U.M., Kaplan, C.D., Vanlimbeek, J. et Geerlings, P. (1989). The Addiction Severity Index: reliability and validity in a dutch addict population. *Journal of Substance Treatment*, 6, 133-141.
- Kosten, T.R., Rounsaville, B.J. et Kebler, H.D. (1985). Concurrent validity of the Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 606-610.
- Kurtz, E. (1982). Why A.A. works: The intellectual significance of Alcoholics Anonymous. *Journal of Studies on Alcohol*, 43(1), 38-80.
- Laflamme-Cusson, S. et Moisan, C. (1993). *Le cheminement de la clientèle adulte des établissements publics de réadaptation de la toxicomanie*. Étude conjointe du ministère de la Santé et des Services Sociaux et de l'équipe Recherche et Intervention sur les Substances Psychoactives-Québec (RISQ), 124 p.

- Légaré, L., Lebeau, A., Boyer, R. et St-Laurent, D. (1995). Santé mentale. In C. Lavallée, C. Bellerose, J. Camirand et R. Caris (sous la direction de), *Aspects sociaux reliés à la santé. Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, volume 1, pp. 217-255. Montréal : Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Cacciola, J., Griffith, J., Evans, F.L., Harriet, L.B. et O'Brien, C. (1985). New data from the Addiction Severity Index. Reliability and validity in three centers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173 (7), 412-423.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, C.E. et O'Brien, C.P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 26-33.
- Merikangas, K.R., & Gelernter, C.S. (1990). Comorbidity for alcoholism and depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 13(4), 613-632.
- Miller, W.R. (1985). Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98, 84-107.
- Miller, W.R. (1995). Increasing motivation for change. In R.K. Hester (Éd.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives*, 2^e éd. (pp.89-104). Boston, MA : Allyn & Bacon.
- Miller, W.R. et Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*, second edition. New York : Guilford.
- Miller, W.R. et Sanchez, V.C. (1994). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In G.S. Howard et P.E. Nathan (Eds.), *Alcohol use and misuse by young adults* (pp. 55-81). Notre-Dame, Indiana : University of Notre-Dame Press.
- Pelletier, L.G., Tuson, K.M. et Haddad, N.K. (1997). Client motivation for therapy scale: a measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation for therapy. *Journal of Personality Assessment*, 68 (2), 414-435.
- Reeve, J. (2005). *Understanding motivation and emotion*, fourth edition. USA : John Wiley & Sons.
- Ryan, R.M. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *Journal of Personality*, 63 (3), 397-427.
- Ryan, R.M. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 54-67.
- Ryan, R.M., Plant, R.W. et O'Malley, S. (1995). Initial motivation for alcohol treatment: relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive Behaviors*, 20 (3), 279-297.
- Stark, M.J. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: a clinically oriented review. *Clinical Psychology Review*, 12, 93-116.
- Vallerand, R.J. (1997). Toward a hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation. *Advances in experimental social psychology*, 29, 271-360.
- Vallerand, R.J., Blais, M.C., Lacouture, Y. et Deci, E.L. (1987). L'Échelle des Orientations Générales à la Causalité: validation canadienne française du General Causality Orientations Scale. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 19 (1), 1-15.
- Vallerand, R.J. et Brière, N. (1995). *Développement et validation de l'Échelle de Motivation à la Consommation d'Alcool (ÉMCA)*. Rapport de recherche # RS 1763 subventionné par le CQRS. 46 p.
- Vallerand, R.J. et Bissonnette, R. (1992). Intrinsic, extrinsic, and amotivational styles as predictors of behavior: a prospective study. *Journal of Personality*, 60, 599-620.
- Vallerand, R.J. et Thill, E. (1993). *Introduction à la psychologie de la motivation*. Montréal : Étude Vivante.
- Williams, G.C. et Deci, E.L. (1996). Internalization of biosychosocial values by medical students: a test of self-determination theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(4), 767-779.
- Williams, G.C., Grow, V.M., Freedman, Z.R., Ryan, R.M. et Deci, E.L. (1996). Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(1), 115-126. Montréal, le 13 juillet 2001.