

Université du Québec en Outaouais

**Interrelations entre la motivation et les stades de changements, leurs antécédents sociaux,
la symptomatologie dépressive et le bien-être**

Essai doctoral
Présenté au
Département de psychoéducation et de psychologie

Comme exigence partielle du doctorat en psychologie,
Profil psychologie clinique (D.Psy.)

Par
©Tanya Achkar

Août 2023

Composition du jury

Interrelations entre la motivation et les stades de changements, leurs antécédents sociaux, la symptomatologie dépressive et le bien-être

Par
Tanya Achkar

Cet essai doctoral a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Isabelle Green-Demers, Ph. D., directrice de recherche, Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais.

Paul Greenman, Ph. D., président du jury, Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais.

Stéphane Bouchard, Ph. D., examinateur interne, Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais.

Mireille Joussemet, Ph. D., examinateur externe, Département de psychologie, Université de Montréal.

REMERCIEMENTS

Je souhaite tout d'abord remercier ma directrice de recherche, Isabelle Green-Demers, sans qui cette réussite n'aurait pu en être une. Merci pour ta confiance, ta compréhension et ton respect dans toutes les étapes de ce parcours. Tu as su m'accompagner et me diriger parfaitement dans cet équilibre si fragile qu'est celui de l'académique, du travail et de la famille. Inébranlable, tu n'as jamais douté de l'accomplissement de ce projet, malgré les nouveaux défis qui se présentaient. Merci pour les nombreuses heures d'accompagnement et pour les échanges enrichissants qui m'ont permis d'évoluer tant comme professionnelle que comme personne.

Je tiens également à remercier les membres de mon jury d'évaluation, Dr Paul Greenman, Dr Stéphane Bouchard et Dre Mireille Jousset, pour le partage de vos expertises et pour les réflexions que vous avez suscitées. Je suis très reconnaissante pour le temps et l'énergie que vous avez consacrés à la lecture de mon essai.

Un merci bien spécial à ma famille, à ma belle-famille, à mes ami(e)s et à mon conjoint, Alan, pour tout le travail invisible qui se cache derrière cet essai; pour l'aide, le support et l'écoute au quotidien, pour m'avoir permise de m'accomplir en tant que professionnelle sans m'oublier dans mes autres rôles et pour m'avoir permise de garder en tête mes priorités.

Finalement, merci à mon fils, William. Bien que j'aie débuté ce processus avant même de savoir que tu nous rejoindrais, tu lui donnes maintenant un sens et tu me pousses à donner le meilleur de moi-même.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES FIGURES.....	vii
LISTE DES ANNEXES.....	viii
RÉSUMÉ	ix
CHAPITRE I.....	1
INTRODUCTION	1
1. La motivation à changer	2
1.1. La Théorie de l'Intégration Organismique (TIO)	2
1.1.1. Les régulations autonomes.....	3
1.1.2. Les régulations contrôlées.....	5
1.1.3. Soutien empirique.....	6
1.2. La Théorie de l'Évaluation Cognitive (TÉC)	9
1.2.1. Le soutien de l'autonomie.....	9
1.2.2. Le soutien de la compétence.....	10
1.2.3. Le soutien de l'affiliation.....	11
1.2.4. Soutien empirique.....	12
2. Le changement thérapeutique	17
2.1. Le modèle transthéorique du changement	17
2.2. Soutien empirique.....	21
3. La symptomatologie dépressive	22
4. Le bien-être psychologique	25
4.1. Soutien empirique.....	28
5. Le présent projet	28
CHAPITRE II.....	32
MÉTHODE	
1. Participants.....	32
2. Informations démographiques.....	33
2.1. Informations reliées au contexte des services d'aide reçus.....	36
2.1.1. Type de professionnel consulté.....	36
2.1.2. Approche psychologique.....	36
2.1.3. Durée de la relation d'aide.....	36
3. Procédures.....	37
4. Mesures	37
4.1. Inventaire des comportements interpersonnels	38
4.2. Motivation au changement	38

4.3. University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA)	39
4.4. Inventaire de dépression de Beck-II	40
4.5. Échelle PERMA	41
 CHAPITRE III.....	 43
RÉSULTATS	
1. Analyses préliminaires : Traitement des cas extrêmes et vérification des postulats statistiques.....	43
2. Analyses préliminaires : Statistiques descriptives.....	44
3. Analyses préliminaires : Corrélations.....	44
4. Analyses principales : Analyse acheminatoire par régressions multiples.....	47
 CHAPITRE IV.....	 52
DISCUSSION	
1. Mise en rapport des objectifs et de la synthèse des résultats.....	52
2. Résultats imprévus.....	54
3. Retombées fondamentales.....	55
4. Retombée psychométrique.....	62
5. Retombées appliquées.....	62
6. Forces et limites.....	66
7. Études futures.....	68
 CONCLUSION.....	 71
RÉFÉRENCES	73

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. <i>Professions des participants étudiés</i>	34
Tableau 2. <i>Durée approximative du suivi avec le professionnel en relation d'aide</i>	37
Tableau 3. <i>Statistiques descriptives</i>	45
Tableau 4. <i>Corrélations entre les variables étudiées</i>	48

LISTE DES FIGURES

Figure 1. <i>Continuum d'autodétermination</i>	3
Figure 2. <i>Modèle hypothétique</i>	31
Figure 3. <i>Associations entre le soutien de l'intervenant, la motivation à changer chez le client, les stades de changement, la symptomatologie dépressive et le bien-être</i>	51

LISTE DES ANNEXES

Annexe A. <i>Affiche de recrutement</i>	159
Annexe B. <i>Formulaire de consentement</i>	161
Annexe C. <i>Informations démographiques</i>	164
Annexe D. <i>Informations reliées au contexte des services d'aide reçus</i>	166
Annexe E. <i>Inventaire des comportements interpersonnels</i>	168
Annexe F. <i>Échelle de motivation au changement thérapeutique (EMCT)</i>	170
Annexe G. <i>University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA)</i>	172
Annexe H. <i>Inventaire de dépression de Beck-II</i>	175
Annexe I. <i>Échelle PERMA</i>	180

Résumé

Plusieurs personnes dans le domaine de l'intervention psychologique dédient leur carrière à essayer de créer des changements chez leurs clients. Pourquoi est-ce que certains de leurs clients répondent bien à leurs efforts, alors que d'autres ne s'améliorent pas ? Bien que la notion que la volonté du client à changer soit implicitement reconnue comme fondamentale pour les thérapeutes, peu d'études ont exploré le rôle de la motivation dans le processus de changement, ainsi que l'impact subséquent de celui-ci sur la santé mentale. L'objectif central de cette étude était ainsi d'examiner les interrelations entre le soutien du thérapeute, la motivation au changement du client, les stades de changement thérapeutique, la symptomatologie dépressive et le bien-être psychologique (c.-à-d. les émotions positives, l'engagement, les relations, la présence de sens et l'accomplissement). À travers cette étude de nature corrélacionnelle et transversale, des données ont été obtenues auprès de plusieurs adultes présentant des symptômes dépressifs et recevant des services psychologiques de cliniques privées et d'organismes communautaires de l'Outaouais ($N=71$). Les données ont été recueillies par l'entremise de la complétion d'un questionnaire en ligne comprenant une batterie d'instruments mesurant l'ensemble des variables étudiées. Soumises à une analyse acheminatoire par régressions multiples, ces données ont révélé que les comportements interpersonnels du thérapeute sont associés significativement et positivement à la motivation autodéterminée à changer et que la motivation autodéterminée est associée à l'évolution dans les stades de changement. Effectivement, la motivation autodéterminée est associée significativement et négativement au stade de pré-contemplation, elle n'est pas associée au stade de contemplation et elle est associée significativement et positivement au stade de l'action ainsi qu'au stade de maintien. La motivation autodéterminée est également associée significativement et négativement aux symptômes dépressifs et significativement et positivement au bien-être psychologique. Les associations entre les stades de changement, d'une part, et les symptômes dépressifs et le bien-être psychologique, d'autre part, sont congruentes avec le degré d'évolution des stades de changement pour la majorité des stades. Le stade de la pré-contemplation n'est pas associé aux symptômes dépressifs ni au bien-être psychologique. Le stade de la contemplation est associé significativement et positivement aux symptômes dépressifs et significativement et négativement au bien-être psychologique. Le stade de l'action et le stade de maintien sont associés significativement et négativement aux symptômes dépressifs et significativement et positivement au bien-être psychologique. Cette étude est susceptible de contribuer à une meilleure compréhension de la motivation envers le changement thérapeutique, de ses antécédents sociaux et de ses conséquences. Il est permis d'espérer que les informations recueillies auront également des retombées cliniques utiles.

Mots clés : motivation, changement, stades de changement, soutien du thérapeute, symptomatologie dépressive, bien-être

CHAPITRE I

INTRODUCTION

Le changement est un sujet prenant pour la plupart des cliniciens. Effectivement, plusieurs personnes dans le domaine de l'intervention psychologique dédient leur vie et font une carrière du fait d'essayer de créer le changement chez leurs clients. Ils souhaitent les aider à changer pour le mieux, à progresser dans leur rétablissement, bref, à se sentir mieux et à fonctionner plus adéquatement. Ainsi, le changement thérapeutique est un sujet qui intrigue les cliniciens au plus haut point. Pourquoi certains clients ont-ils plus de facilité à évoluer positivement que d'autres ? Il est de longue date compris implicitement que la volonté des clients à changer joue un rôle important dans leur rétablissement. De façon surprenante, il y a toutefois très peu d'information sur la motivation envers le changement thérapeutique.

L'objectif du présent projet est de remédier à cette lacune de façon préliminaire. Comme il s'agit d'une problématique dont la prévalence est élevée, le créneau clinique qui a été retenu dans le cadre de cette recherche est celui des symptômes dépressifs. Ainsi, de façon plus précise, l'objectif de cette étude est d'explorer les interrelations entre le soutien du thérapeute, la motivation, les stades de changement, la symptomatologie dépressive et le bien-être. Les sections qui suivent offrent un aperçu des bases théoriques et empiriques de ce projet. La première d'entre elles porte sur la motivation ainsi que sur ses antécédents sociaux. La seconde recense l'information sur le changement. Les troisième et quatrième sections ont pour thème la dépression et le bien-être. Ce chapitre se termine par l'énoncé spécifique des objectifs et des hypothèses de la présente étude.

1. La motivation à changer

La Théorie de l'Autodétermination (TAD; Deci et Ryan, 1985; 2002; 2012; Ryan et Deci, 2017) est un cadre conceptuel particulièrement intéressant pour étudier la motivation au rétablissement puisque c'est une théorie qui perçoit l'individu comme un agent actif, curieux, qui manifeste de la volonté, initie des actions et dirige ses comportements (Deci et Ryan, 2008; Vansteenkiste et al., 2020), ce qui lui permet d'exercer un contrôle sur son environnement interne et externe.

Plus particulièrement, deux volets de la TAD sont pertinents ici : (1) la Théorie de l'Intégration Organismique (TIO), qui définit les différentes formes que la motivation humaine peut prendre et qui est susceptible de nous aider à mieux comprendre le rôle de la motivation dans le processus de changement, et (2) la Théorie de l'Évaluation Cognitive (TÉC), qui s'intéresse à l'influence des facteurs sociaux sur la motivation, tels que les caractéristiques du lien entre le thérapeute et son client.

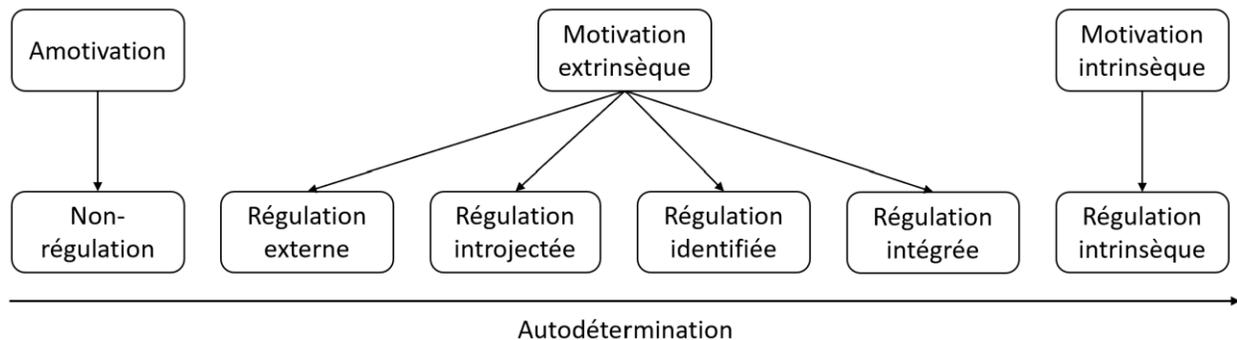
1.1 La Théorie de l'Intégration Organismique (TIO)

Tout d'abord, la TIO propose que la motivation à réguler un comportement varie selon son niveau d'autodétermination (Deci et Ryan, 2012; Ryan et Deci, 2017). Une personne motivée de façon autonome ou contrôlée peut avoir la même quantité de motivation (c'est-à-dire le même niveau d'énergie) quand elle réalise une activité, mais la *qualité* de sa motivation aura des répercussions psychologiques et comportementales (p. ex. émotions vécues pendant la tâche et rendement; Deci et Ryan, 2012). D'après la TIO, six différents types de motivation peuvent être placés sur un continuum (voir Figure 1), selon leur niveau d'autonomie (Deci et Ryan 2002; 2008), allant de la motivation autonome (intrinsèque, extrinsèque intégrée et extrinsèque

identifiée), à la motivation contrôlée (extrinsèque introjectée et extrinsèque externe) et à l'amotivation.

Figure 1

Continuum d'autodétermination (adapté d'après Deci et Ryan, 2002; Ryan et Deci, 2017)



1.1.1 Les régulations autonomes. Tout d'abord, la forme de motivation considérée la plus autonome est la motivation intrinsèque. C'est une motivation innée, une inclination naturelle à initier une action pour le pur plaisir de la réaliser, par intérêt et par choix (Deci, 1975; 1980; Ryan et Deci, 2020). D'ailleurs, certains auteurs dénotent que la motivation intrinsèque peut être différenciée selon des motifs spécifiques. Plus particulièrement, il existerait trois types de motivation intrinsèque : la motivation intrinsèque envers la connaissance, envers l'accomplissement et envers la stimulation (Vallerand et al., 1989; Vallerand et Ratelle, 2002).

La motivation intrinsèque envers la connaissance représente l'engagement dans une activité pour la satisfaction et le plaisir expérimentés lors d'un apprentissage, lors de l'exploration ou encore lors de la découverte de quelque chose de nouveau. La motivation intrinsèque envers l'accomplissement caractérise les activités réalisées pour se dépasser tandis que la motivation intrinsèque envers la stimulation se manifeste lorsqu'une personne s'engage dans une activité par plaisir sensoriel. Dans le cadre de ce projet, seule la motivation intrinsèque envers la connaissance sera retenue, puisque c'est celle qui s'applique le mieux au contexte

d'une démarche thérapeutique. En effet, ce type de démarche fait appel à la connaissance de soi, ainsi qu'au développement de nouveaux répertoires d'apprentissage cognitifs, émotionnels et comportementaux. Une personne qui se présente en thérapie pour le plaisir qu'elle éprouve à découvrir de nouvelles choses sur elle-même constitue un exemple de ce type de motivation.

Avant de poursuivre la présentation des deux autres types de motivation autodéterminés, il est nécessaire de distinguer la motivation extrinsèque de la motivation intrinsèque. En contraste avec les comportements intrinsèquement motivés, qui sont faits par plaisir, les comportements extrinsèques sont nommés ainsi parce que leur source n'est pas inhérente à l'activité, elle est externe. Ces comportements sont instrumentaux et ils sont faits pour obtenir des conséquences positives ou éviter des expériences négatives. Il est toutefois indispensable de comprendre une nuance importante : même s'il est instrumental, un comportement peut être fait de façon volontaire. Les motifs extrinsèques se différencient donc en fonction de leur degré d'autonomie et peuvent être faits de façon proactive ou réactive, par choix intentionnel ou par contrainte. Maintenant que la distinction entre la motivation intrinsèque et extrinsèque a été spécifiée, et que la variabilité du degré d'autonomie au sein des motifs extrinsèques a été soulignée, il est possible de revenir aux deux autres formes de motifs autodéterminés qui complètent la motivation intrinsèque : les motivations extrinsèques intégrée et identifiée.

La motivation extrinsèque par régulation intégrée n'est pas tout à fait aussi autodéterminée que la motivation intrinsèque, parce que les comportements régulés de cette façon ne sont pas spontanément agréables. Ils sont toutefois faits délibérément parce que ces actions sont congruentes avec le concept de soi (Deci et Ryan, 1985; 2012). Ainsi, le comportement est significatif pour la personne au plus haut point parce qu'il est cohérent avec la façon dont elle se définit. Un client, par exemple, pourrait suivre une thérapie parce qu'il

considère que prendre soin de sa santé psychologique est une partie intégrante de qui il est, et que ses rencontres thérapeutiques font partie de sa routine de bien-être.

La troisième et dernière forme de motivation autonome est la motivation par régulation identifiée. Cela se présente lorsque la personne sent qu'un comportement est important pour elle (Deci et Ryan, 1985; 2012). Elle choisit donc de réaliser cette action parce qu'elle est valorisée. L'activité est exercée librement, même si celle-ci n'est pas une source de plaisir. Par exemple, une personne s'implique en thérapie parce qu'il est dans ses valeurs de faire tout ce qu'elle peut pour améliorer sa santé psychologique.

1.1.2 Les régulations contrôlées. En comparaison avec les motivations autodéterminées, qui ont en commun d'être intentionnelles et de conduire à des actions choisies volontairement, les trois types de motivation contrôlées sont régies par différentes sources de pression contraignantes.

La première forme de motivation contrôlée est la motivation par régulation introjectée. Celle-ci se présente quand une personne a partiellement intériorisé des conséquences externes. Elle établit alors une représentation interne, cognitive et affective, de la contingence externe, qui s'exprime par l'expérience spontanée d'approbation ou de désapprobation envers une action (Deci et Ryan, 1985; 2012). La personne est donc motivée par la pression qu'elle s'impose et qui se traduit par des émotions telles que l'anxiété et la honte, si elle n'adopte pas le comportement souhaité, ou l'orgueil et la fierté contingente, si elle l'adopte. Une personne pourrait ainsi se rendre en thérapie parce qu'elle aurait honte de ne pas essayer d'améliorer sa situation ou parce qu'elle se sentirait coupable si elle ne faisait rien pour s'aider.

La deuxième forme de motivation contrôlée est la motivation par régulation externe. Par contraste avec la régulation introjectée, qui procède par contingence interne, la présence d'une

contingence extérieure est nécessaire pour engendrer une action faite par régulation externe (Deci et Ryan, 1985; 2012). La personne adopte donc un comportement uniquement parce qu'elle anticipe un résultat positif ou négatif dans son environnement physique ou social. Le comportement peut être fait dans le but d'obtenir une récompense, d'éviter une punition, pour se plier à une demande ou encore par pression sociale. Par exemple, une personne pourrait se rendre en thérapie pour faire plaisir à un membre de sa famille.

Enfin, l'amotivation représente l'absence d'autorégulation (Deci et Ryan, 1985; 2012). Elle se produit lorsqu'une personne effectue un comportement sans savoir pourquoi, ou lorsqu'elle ne le fait tout simplement pas. Dans tous les cas, le comportement est perçu par la personne comme étant inutile et n'ayant aucune valeur. Cela peut résulter du fait qu'elle ne croit pas avoir la capacité d'effectuer le comportement souhaité, d'investir les efforts nécessaires, ou de surmonter l'ennui que la tâche lui inspire (Green-Demers et al., 2008; Legault et al., 2006). Cette absence de régulation mène généralement à court terme à l'abandon d'un comportement. L'amotivation est illustrée par une personne qui se présente en thérapie par habitude, mais qui est découragée et ne croit plus que cela va l'aider.

1.1.3 Soutien empirique. La validité de la TAD a été documentée dans une grande variété de domaines différents (Ryan et al., 2021), tels l'éducation (Mouratidis et al., 2022; Nemeh et al., 2022; Niemiec et Ryan, 2009; Ntoumanis, 2005 ; Standage et al., 2005; Wang et al., 2022), l'emploi (Deci et al., 2001; Gagné, 2014; Gagné et Deci, 2005; Houlihan et al., 2022; Liu et al., 2020; Mokgata et al., 2022), la santé (Fortier et al., 2012; Halvari et al., 2013; Sheldon et al., 2008), la religion (Brambilla et Assor, 2020; Dominguez et López-Noval, 2021; Hardy et al., 2022; Neyrinck et al., 2010; Savarinathan, 2013), l'environnement (Barszcz et al., 2022; Pelletier, 2002; Shin et al., 2022; Webb et al., 2013; Wray-Lake et al., 2019), le sport (Bentzen et

Malmquist, 2022; Blow et al., 2022; Curran et al., 2013; Hagger et Chatzisarantis, 2007; Mossman et al., 2022; Ryan et Deci, 2007), les relations (Akgül, 2022; Erçelik et Dost-Gözkan, 2022; Kaepfel et al., 2020; Knee et al., 2013; LaGuardia et Patrick, 2008) et les loisirs (Chatzisarantis et Hagger, 2009; Folta et al., 2022; Lee et Reeve, 2020; Patrick et Canevello, 2011; Ryan et al., 2006; Zhao et Wu, 2021). Elle constitue ainsi une théorie de la motivation humaine basée sur une multitude de données cumulatives et convergentes (Ryan et Deci, 2019).

En soutien direct au thème du présent projet, un certain nombre de chercheurs ont également examiné la validité et l'utilité de la TIO dans le contexte de l'intervention thérapeutique. Dans ce contexte, la validité de la taxonomie motivationnelle de la TIO a été abordée conceptuellement par Britton, Patrick, Wenzel et Williams (2011) et documentée empiriquement par Pelletier, Tuson et Haddad (1997), ainsi que par Jochems, Mulder, Duivenvoorden, van der Feltz-Cornelis et van Dam (2014).

Parce que les six formes de motivation de la TIO peuvent être placées sur un continuum d'autodétermination, il en découle que plus la motivation est autodéterminée, plus elle apporte des conséquences positives, et inversement, moins elle est autodéterminée, plus les conséquences sont négatives (Deci et Ryan, 1985; 2002; Ryan et Deci, 2017).

Par exemple, Wild, Cunningham et Ryan (2006; Ryan et al., 1995) ont observé la motivation des clients entrant en thérapie pour cesser la consommation de substances. Ils ont trouvé que la régulation identifiée était associée à la perception de bénéficier de l'arrêt de consommation, aux essais de réduction de consommation et à l'intérêt envers la thérapie. Pour les troubles alimentaires, il a été documenté que la motivation extrinsèque envers la thérapie était associée à un piètre bien-être psychologique (Vansteenkiste et al., 2013), alors qu'une plus grande motivation autonome en fin de thérapie menait à une plus grande réduction des

symptômes (Sansfaçon et al., 2017; Steiger et al., 2017; Thaler et al., 2016), à plus de chances d'aller au bout du traitement (Sansfaçon et al., 2017) ainsi qu'à un meilleur maintien post-traitement (Thaler et al., 2016). De même, Kushnir, Godinho, Hodgins, Hendershot et Cunningham (2016) ont obtenu des associations entre la motivation autodéterminée à cesser le jeu pathologique et la résolution de ce problème.

De façon générale, les personnes plus autodéterminées pour la thérapie lui accordent plus d'importance, elles ont davantage d'espoir en leur démarche, elles sont plus concentrées pendant les séances et sont plus satisfaites des services reçus (Ryan et Deci, 2008). Ces personnes déploient également plus d'efforts (Sheldon et Houser-Marko, 2001), elles intègrent davantage les interventions (Williams et al., 1996) et elles obtiennent de meilleurs résultats (Koestner et al., 2002; Leibert et al., 2021; Michalak et al., 2004). Les clients en fin de thérapie ayant une motivation autodéterminée présentent un plus bas niveau de symptomatologie que leurs homologues ayant une motivation plus contrôlée (Zuroff et al., 2007; McBride et al., 2010). Les personnes autodéterminées envers la thérapie sont par ailleurs moins résistantes au traitement et plus persévérantes (Ryan et al., 1995). Au contraire, la motivation contrôlée prédit un épuisement émotionnel (Wu et Li, 2019), moins d'importance accordée aux démarches, plus de tension pendant les séances ainsi que des résultats thérapeutiques plus décevants (McBride et al., 2010; Ryan et Deci, 2008).

Puisque la motivation autonome mène à des conséquences bénéfiques et la motivation contrôlée à des conséquences néfastes, il est utile de s'interroger sur les facteurs qui favorisent l'autodétermination. Bien que la propension à développer l'autonomie de la motivation soit innée, l'accroissement et le maintien de celle-ci dépendent principalement des caractéristiques des comportements interpersonnels des personnes clé de l'environnement dans lesquels la

personne évoluée (Riley, 2016 ; Ryan et Deci, 2000; Deci et Ryan, 2012). Le volet de la théorie de l'autodétermination qui aborde l'influence des facteurs sociaux sur la motivation se nomme la Théorie de l'Évaluation Cognitive (TÉC).

1.2 La Théorie de l'Évaluation Cognitive (TÉC)

D'après la TÉC, les êtres humains ont trois besoins psychologiques primordiaux : le besoin de compétence, le besoin d'autonomie et le besoin d'affiliation (Deci et Ryan, 1985; 2002; 2012; Ryan et Deci, 2002; 2017; Ryan et al., 2021). La TÉC postule ainsi que c'est par la satisfaction ou la frustration de ces besoins que l'environnement social influence la motivation. Ainsi, les comportements interpersonnels qui favorisent la satisfaction de ces besoins augmentent l'autodétermination et les comportements qui les briment la diminuent (Ryan et al., 2016; Van Petegem et al., 2015). Le support ou la frustration de ces besoins peut ainsi être atteint via des agents de socialisation importants: les parents, les enseignants, les employeurs, les intervenants, etc. (Deci et Ryan, 1985; 2002; 2012; Ryan et Deci, 2002; 2017). Les comportements qui participent à ce processus se répartissent en trois groupes : le soutien de l'autonomie, de la compétence et de l'affiliation.

1.2.1 Le soutien de l'autonomie. Le soutien de l'autonomie décrit un environnement social qui respecte et valorise l'individualité, les initiatives et les choix (Vansteenkiste et al., 2005). Une personne soutenant l'autonomie reconnaît et tient compte de la perspective de l'autre, de ses craintes, de ses questionnements, de ses réflexions et de ses émotions (Koestner et al., 1984). Elle s'intéressera à ses émotions, les questionnera, les écouterait, les reconnaîtra et en tiendra compte sans juger l'individu (Assor et al., 2004; Brown et Ryan, 2003). Soutenir l'autonomie signifie également encourager la personne dans ses propres projets, dans ses intérêts et dans les actions qui sont en résonance avec ses valeurs, ainsi que de lui fournir un rationnel

qui fait du sens pour elle lorsqu'une tâche est exigée ou qu'une limite est imposée (Deci et al., 1994). Cela permet ainsi de justifier les nouveaux efforts à déployer ou la raison d'être de la restriction. De plus, cela permet à l'individu de faire des choix plus éclairés et de prendre des initiatives (Moller et al., 2006; Reeve et al., 2003). Il a ainsi la perception d'avoir de la liberté d'actions, du contrôle et d'être à l'origine de la régulation de ses comportements (Deci et Ryan, 1985; Ryan et al., 2008; Ryan et Deci, 2017).

Pour soutenir le besoin d'autonomie, un intervenant pourrait, par exemple, co-développer les objectifs du traitement avec son client. En partenariat, tous deux identifieraient des objectifs individualisés et adaptés aux besoins de la personne et à ses intérêts. La personne participerait ainsi activement au processus. Elle se sentirait entendue, prise en compte, en contrôle et respectée.

1.2.2 Le soutien de la compétence. Le soutien de la compétence fait référence à un environnement social qui facilite les expériences d'efficacité et de succès et met en place les conditions permettant à la personne d'atteindre ses objectifs personnels importants. Elle expérimente alors un sentiment de croissance, l'impression de développer ses habiletés et de maîtriser les tâches réalisées (Ryan et Deci, 2017). Elle a l'impression qu'elle peut apporter des changements positifs et progressifs vers les résultats qu'elle souhaite obtenir. Elle est capable d'user de ses compétences ou d'apprendre de nouvelles compétences pour atteindre son but (Ryan et Deci, 2017). Construire un environnement qui soutient la compétence implique de fournir une structure qui veille à maintenir un niveau de difficulté optimal dans les défis à surmonter, ce qui permet d'optimiser les apprentissages sans entraver la perception de compétence et de capacité (Ryan et Deci, 2017). Les deux autres composantes centrales du soutien de la compétence sont la transmission claire de l'information requise pour faire la tâche

ainsi que les rétroactions utiles et constructives, qui permettent à la personne de s'améliorer sans porter atteinte à son estime personnelle (Grolnick, 2002; Ryan et Deci, 2017). Par exemple, face à l'adversité et à des facteurs qui auraient le potentiel de diminuer la perception de compétence et la motivation autodéterminée, tel qu'un échec scolaire ou une défaite sportive, l'apport de rétroaction positive sur les aspects bien effectués, sur ce qu'il reste à apprendre et sur ce qui a été bien appris peut limiter voire remédier aux impacts négatifs possibles (Ryan et Deci, 2017).

En vue de soutenir le besoin de compétence, l'intervenant pourrait partager avec son client ses connaissances sur ses difficultés et réaliser de l'éducation psychologique, dans le but que celui-ci possède l'information nécessaire pour affronter ces difficultés. Il pourrait proposer à son client des défis graduels de difficulté optimale, lui permettant ainsi de s'améliorer progressivement. Enfin, un retour sur les tentatives du client de relever ces défis pourrait être fait afin de lui offrir des rétroactions constructives.

1.2.3 Le soutien de l'affiliation. Le soutien de l'affiliation, quant à lui, se traduit par un sentiment d'attachement et d'appartenance, par l'impression d'être en lien et supporté par les autres (Martela et al., 2018; Ryan et al., 1995; Shahar et al., 2003). Une personne soutenant l'affiliation permettrait ainsi de bâtir une relation basée sur des interactions et de la sollicitude sincères et le partage d'expériences gratifiantes (Deci et Ryan, 2009). Fournir un environnement chaleureux, où l'individu a le sentiment qu'on se préoccupe réellement de lui et qu'il est important, lui permet de développer son autodétermination de façon optimale (Ryan et Deci, 2017). Le travail d'équipe et la coopération sont ainsi valorisés (Leyton et al., 2017). Le besoin d'affiliation peut être comblé par le sentiment qu'on prend soin de la personne, mais aussi par le sentiment qu'elle peut apporter et contribuer à la relation. Elle aura l'impression de travailler, main dans la main avec l'autre, vers un objectif commun. La nécessité de tels liens rappelle à la

théorie de l'attachement (Ainsworth, 1985; Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1979; Cassidy et Shaver, 2018). De cette façon, développer un attachement sécuritaire avec l'autre permet d'explorer sans craintes, ce qui favorise l'autodétermination et la compétence (Moss et St Laurent, 2001). Bien que le premier lien significatif se fasse habituellement avec les parents, ce sentiment de connexion peut se développer dans la multiplicité des environnements qui incluent des agents sociaux importants (p. ex.: avec la fratrie, les enseignants, etc. ; Riley, 2016). Il est dit que la motivation autodéterminée serait plus susceptible d'augmenter lorsque les gens entretiennent des relations sécurisantes, authentiques, enrichissantes avec autrui et dans lesquels ils sont acceptés inconditionnellement par autrui (Desmet et al., 2023; Kilday et Ryan, 2022).

Pour soutenir le besoin d'affiliation, l'intervenant sera chaleureux et fera preuve d'empathie lors des échanges avec son client. Il écoutera celui-ci sans jugement, s'intéressera à lui et démontrera des préoccupations véritables et authentiques envers sa situation, ses problématiques et son processus de changement. De manière générale, tous les comportements relationnels du thérapeute qui favorisent le développement, alimentent et consolident l'alliance thérapeutique nourrissent le besoin d'affiliation.

1.2.4 Soutien empirique. Lorsque les besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation d'une personne sont satisfaits, elle peut ainsi fonctionner optimalement, s'engager volontairement dans une activité avec pleine conscience et congruence, et avoir recours à toute sa vitalité dans l'auto-régulation de cette action, ce qui est reflété par plusieurs indicateurs; autant psychologiques, physiologiques, que comportementaux (Ryan et al., 2021). La TÈC a d'ailleurs fait ses preuves dans une multitude de domaines, démontrant que le soutien des besoins précédemment nommés contribue au développement d'une motivation plus autodéterminée et permet une multitude de conséquences positives. Comme il n'est pas possible

de les recenser tous, les paragraphes qui suivent résument le soutien empirique observé dans les créneaux documentaires les plus déployés. Il s'agit des relations parent-enfant, de l'éducation, des sports, du travail et de la santé physique, en préambule aux travaux portant sur le contexte qui fait l'objet de la présente étude, soit la qualité de la relation thérapeute-client.

Dans le contexte des relations parent-enfant, lorsque le parent adopte des comportements soutenant les besoins psychologiques de l'enfant, une panoplie de conséquences positives en découlent. Notamment, leurs enfants ont tendance à être plus confiants (Whipple et al., 2011), à accorder une plus grande valeur à ce qu'ils font (Joussemet et al., 2004), à faire preuve de plus de persévérance (Frodi et al., 1985; Grolnick et Ryan, 1989; Marbell-Pierre et al., 2019; Ratelle et al., 2005), à évaluer les échecs comme des défis et à utiliser des stratégies d'adaptation actives (Caruso, 2022). Ils ont également de meilleurs résultats dans ce qu'ils réalisent (Bernier et al., 2010 ; Gurland et Grolnick, 2005; Joussemet et al., 2005), et ils vivent un plus grand bien-être psychologique (Ferguson et al., 2011; Mabbe et al., 2020; Marbell-Pierre et al., 2019; Sheldon et al., 2009; Soenens et al., 2009). Par ailleurs, lorsque les besoins psychologiques de l'enfant sont satisfaits, la relation parent-enfant est de meilleure qualité et est caractérisée par des interactions plus fonctionnelles et plus saines (Andreadakis et al., 2019; Costa et al., 2019; Laurin et Joussemet, 2017; Marbell-Pierre et al., 2019; Wuyts et al., 2018).

De la même façon, en contexte scolaire, lorsque l'enseignant soutient les besoins fondamentaux, les élèves ont généralement des sentiments plus positifs à l'égard d'un cours, même difficile (Assor et al., 2002 ; Black et Deci, 2000; Baten et al., 2020), ils font preuve d'engagement (Ganotice et King, 2014; Hospel et Galand, 2016; Lietaert et al., 2015), ils ont plus de motivation pour apprendre (Frenzel et al., 2019; Hornstra et al., 2020; Reeve, 2016; Schuitema et al., 2012; Yan, 2018), ils développent davantage de stratégies d'apprentissage

constructives (Flunger et al., 2019; Mendoza et Yan, 2021; Wang et al., 2016; Yan et al., 2020) et ils obtiennent de meilleurs résultats (Black et Deci, 2000; Ganotice et King 2014). Enfin, ils ont moins l'intention de quitter l'école (Hardre et Reeve, 2003; Legault et al., 2006) et ils décrochent moins souvent (Vallerand et al., 1992; Vansteenkiste et al., 2004).

Dans les sports, l'individu dont les besoins psychologiques sont supportés par ses entraîneurs présentera davantage de motivation face à l'activité physique et démontrera un niveau d'activité physique bénéfique pour sa santé (Baceviciene et Jankauskiene, 2021; Cohen et al., 2020; Escriva-Boulley et al., 2018 ; Kreutz et al., 2021; Lonsdale et al., 2019; Veitch et al., 2021; Vlachopoulos et al., 2010). De plus, ces individus adopteront de meilleures stratégies d'adaptation en cas d'échec (Halvari et al., 2009), se fixeront des buts qui sont davantage en lien avec leurs valeurs et leurs intérêts (Smith et al., 2007 ; Solberg et Halvari, 2009) et investiront plus d'efforts (Curran et al., 2016; Smith et al., 2007). Une meilleure performance s'en suivra (Cheon et al., 2015; Gillet et al., 2010), ainsi qu'un plus grand bien-être physique et psychologique (Adie et al., 2008; Amorose et al., 2009; Mack et al., 2011; Quested et al., 2013; Trigueros et al., 2019).

Au travail, un superviseur qui a des comportements interpersonnels positifs permettra à l'employé de ressentir une plus grande confiance envers l'organisme, moins de pression et une plus grande satisfaction envers son emploi (Deci et al., 1989). L'employé sera plus motivé, plus heureux et il coopérera davantage (Goemaere et al., 2019; Hardré et Reeve, 2009; Senecal et al., 2001; Slemp et al., 2018). Il aura aussi plus envie de rester dans cet emploi (Moreau et Mageau, 2012) et son rendement sera meilleur (Goemaere et al., 2019; Kim, 2022). Aussi, le soutien des besoins psychologiques en milieu de travail a été associé positivement à une meilleure santé psychologique (Moreau et Mageau, 2012 ; Sénécal, et al., 2001; Slemp et al., 2018). Au

contraire, les employés dont la frustration des besoins est plus élevée présenteraient la santé psychologique la plus pauvre (Rouse et al, 2020). D'ailleurs, le soutien à l'autonomie, à l'auto-efficacité et la cohésion d'équipe a prédit négativement le taux de burnout chez les employés (Dreison et al., 2018).

Dans le domaine de la santé physique, on observe également des retombées positives du soutien de l'autonomie, de la compétence et de l'affiliation de la part du personnel soignant. Les individus s'impliquent et se conforment alors davantage au le traitement (Deci et Ryan, 2008; Kinnafick et al., 2016; Luxon et al., 2022; Williams et Deci, 2001; Martela et al., 2021), l'intervention fonctionne davantage (Halvari et Halvari, 2006; Silva et al., 2008; Williams et al., 2005; Williams et al., 2006; Williams et al., 2005), les gens sont plus satisfaits des services reçus (Williams et al., 2005; Kinnafick et al., 2016), ils maintiennent mieux leurs gains ou vivent moins de rechute (Deci et Ryan, 2008; Martela et al., 2021; Powers et al., 2022; Zeldman et al., 2004) et leurs indices de santé s'améliorent davantage (Luxon et al., 2022; Ng et al. 2012; Ntoumanie et al., 2021). De plus, ils ont une plus grande satisfaction de vie et un meilleur bien-être psychologique (Deci et Ryan, 2008; Ng et al., 2012; Ng et al., 2013; Ntoumanis et al., 2021; Teas et al., 2022; Williams et al., 2006).

Enfin, le nombre plus réduit d'études réalisées dans le contexte de la santé mentale démontrent que le soutien des besoins fondamentaux prédit le bien-être psychologique (Alessandri et al., 2020), et ce, indépendamment de la culture (Ntoumanis et al., 2021; Schutte et Malouf, 2021), en plus d'augmenter la motivation autodéterminée pour la thérapie (Jochems et al., 2017; Steiger et al., 2017). De plus, la satisfaction des besoins est associée à de meilleurs résultats thérapeutiques qui sont maintenus dans le temps (Williams et al., 2006). Par exemple, il a été trouvé qu'une intervention qui soutient les besoins fondamentaux diminue les symptômes

autorapportés de dépression, d'anxiété généralisée (Weinstein et al., 2016) et de trouble alimentaire (Steiger et al., 2017).

Zuroff et ses collègues (2007) ont observé que, chez les patients déprimés, le soutien à l'autonomie était lié positivement à la motivation autodéterminée pour le traitement et à une meilleure alliance thérapeutique, et que la motivation autonome était liée à la diminution de la dépression. Aussi, ce type de soutien permettrait une plus grande intégration de l'identité chez les personnes stigmatisées, ce qui est important auprès de clientèles vulnérables (Weinstein et al., 2017).

Le soutien de la compétence, quant à lui, pourrait attirer davantage les gens vers les services d'aide, en plus d'assurer une meilleure rétention au sein de ceux-ci (Rodda et al., 2018). Effectivement, le besoin de compétence est un prédicteur positif de la motivation autodéterminée (Bureau et al., 2022; Yu et al., 2022). De cette façon, construire sur les tentatives de résolution de problème passées de la personne et offrir un aperçu clair de la structure de services disponibles semblent être des clés pour engager les gens dans un processus d'aide (Rodda et al., 2018).

Enfin, le soutien de l'affiliation pourrait être profitable à la relation thérapeutique, puisqu'il permet l'internalisation et la valorisation du processus thérapeutique (Markland et al., 2005). Perlman et ses collègues (2017) ont montré que, même chez une population présentant des troubles de santé mentale, l'affiliation permet de faire preuve de plus de résilience face aux événements pénibles. La satisfaction des besoins permet ainsi d'augmenter le sentiment de résilience et de favoriser la bonne santé mentale (Glassner, 2021).

De cette façon, le soutien à la compétence, à l'autonomie et à l'affiliation peut entraîner une variété de bienfaits, dont la principale serait de favoriser la motivation autodéterminée. Dans

le cadre du présent projet, la conséquence de la motivation qui nous intéresse plus spécifiquement est le changement. La section subséquente recense l'information à ce sujet.

2. Le changement thérapeutique

2.1 Le Modèle transthéorique du changement

Dans le cadre de cette étude, le changement thérapeutique sera conceptualisé à l'aide du modèle transthéorique du changement (Prochaska, 1979; 2008; 2013; Prochaska et DiClemente, 1983, 1986; Prochaska et al., 1992; Prochaska, et al., 2006). Il s'agit d'un modèle global de changement, qui permet de décrire l'avancement de chaque personne dans leur propre processus d'évolution, de la prise de conscience de la désirabilité du changement jusqu'au maintien du comportement (Grimley et al., 1994; Prochaska et DiClemente, 1982; 1984; Sullivan, 1998). Il est d'ailleurs démontré que les individus entreprenant des thérapies peuvent se trouver à des étapes de changement bien différentes les uns des autres (McConaughy et al., 1983).

Selon le modèle de Prochaska et DiClemente, le changement s'observe à travers une séquence de cinq étapes qualitativement distinctes, considérant le niveau de disposition au changement de la personne : la pré-contemplation, la contemplation, la préparation (détermination), l'action et le maintien (DiClemente et al., 1991; Velicer et Prochaska, 2008; Velicer et al., 1992).

Au stade de la pré-contemplation, la personne ne perçoit pas le rôle qu'elle joue dans son problème et elle n'envisage pas changer ses comportements (DiClemente et al., 1991; Velicer et al., 1992; Prochaska et al., 1991). Elle ne perçoit pas que le changement puisse être bénéfique pour elle, parce qu'elle est mal informée des conséquences à long terme de son problème, parce qu'elle est démoralisée quant à sa capacité de changer, ou parce qu'elle réagit de façon défensive à la notion de changer, ce qui peut être exacerbé par la pression exercée par son environnement

social. La pré-contemplation est l'étape la plus stable de ce modèle et plusieurs personnes ne passeraient jamais au stade suivant (Prochaska et al., 1991).

Au stade de la contemplation, la personne commence à ressentir de l'ambivalence. Elle envisage changer ses comportements, mais hésite à renoncer aux bénéfices de sa situation actuelle et à faire face à l'inconfort du changement. Elle sait cependant que le problème est réel et l'intérêt pour le changement est ainsi grandissant, bien que le changement ne soit pas envisagé à court terme. Elle peut, par exemple, avoir l'intention de changer dans les six prochains mois. Toutefois, si elle ne trouve pas la volonté d'agir, elle peut, ici aussi, rester enlisée dans cette étape un long moment.

Au stade de la préparation, aussi appelé le stade de la détermination ou de la décision, la personne est prête à passer à l'action, généralement à court terme. Elle prend des décisions et les réalise. À ce stade, elle recueillera l'information nécessaire pour opérer le changement et l'instaurer dans sa vie. Elle élabore un plan d'action et acquiert les habiletés nécessaires pour arriver à changer. Ce stade à la fois intentionnel et comportemental est un stade transitoire que les gens traversent rapidement. En raison de sa nature passagère et fugitive, ce stade est difficile à capter, puisqu'à un moment donné dans le temps, la vaste majorité des gens ne l'ont pas encore expérimenté ou l'ont déjà franchi. Il est donc rarement inclus dans les mesures du changement et dans les études à ce sujet. La présente étude se conforme à cette pratique.

Au stade de l'action, la personne met en place des changements concrets dans ses habitudes. Un changement manifeste de comportement survient et la personne se sert de ses acquis : informations, expériences, habiletés et motivation, pour instaurer ce changement. Cette étape est la plus active, celle où l'individu est directement engagé à gérer son problème. Le stade de l'action est néanmoins, de tous les stades, le plus difficile, le moins stable et celui où la

personne est la plus vulnérable. C'est souvent à cette étape du changement que la personne vivra des régressions.

Le stade de maintien prend place au cours des six mois où la personne consolide les changements qu'elle a déjà effectués, de façon à ce que le comportement problématique affecte de moins en moins son fonctionnement quotidien. La personne s'abstient ainsi activement de reproduire son problème et elle utilise les stratégies d'adaptation qu'elle a mises en place avec efficacité. Les comportements alternatifs sains ont été adoptés, ils font maintenant partie du répertoire de la personne et ils lui sont accessibles à tout moment.

Bien que les gens traversent les stades en ordre, de façon consécutive, il est possible de régresser à travers ceux-ci, lorsqu'une personne fait une rechute, par exemple. En pratique, la progression à travers les stades est décrite comme typiquement cyclique plutôt que linéaire, impliquant que certaines personnes peuvent régresser de temps à autre (Prochaska et DiClemente, 1982; Prochaska et al., 1992 ; Sullivan, 1998).

Cela peut se produire, par exemple, lorsqu'une personne ayant pris la décision d'opérer des changements dans sa situation commence à prendre des actions et réalise que plus de conséquences en découlent qu'elle ne le croyait, ou encore que ses actions soient plus difficiles à entreprendre qu'elle ne l'imaginait au départ. Cette personne retournera alors au stade de la contemplation, insatisfaite de sa situation, mais n'étant pas prête à agir pour la changer. De plus, ayant rechuté, les sentiments d'embarras, de honte ou de culpabilité peuvent envahir la personne et entraver la progression dans les stades de changement. Toutefois, d'autres personnes vivant une régression au niveau de leur démarche de changement progresseront plus rapidement lors des prochaines tentatives, c'est-à-dire qu'ils ne perdront pas les progrès effectués lors de leurs tentatives initiales et que l'expérience acquise lors des tentatives précédentes leur servira

utilement (Sullivan, 1998). Considérer la régression comme partie intégrante du processus de changement permet à la personne de ne pas s'y attarder et de reprendre ses démarches sans se culpabiliser (Prochaska et DiClemente, 1984; Sullivan, 1998).

L'aspect temporel du modèle transthéorique du changement est également dynamique (Prochaska et DiClemente, 1982). Certaines personnes évolueront rapidement dans les stades de changement, alors que d'autres chemineront beaucoup plus lentement. Le temps passé au sein de chacun des stades est également conçu comme sujet aux différences individuelles.

Par ailleurs, chacun des stades a été lié à des conséquences différentes pour le changement (Bridges et al., 2022; Bryant et al., 2022; Levy, 1997; Prochaska, 1991; Prochaska et Velicer, 1997; Prochaska et al., 1988). C'est-à-dire que chacun des stades serait lié à ses propres états sociaux et psychologiques reliés au changement (Bryant et al., 2022; Kim et al., 2021; Vancampfort et al., 2022). Par exemple, quelqu'un en pré-contemplation pourrait présenter de l'ignorance par rapport à ses difficultés, éviter activement d'y réfléchir ou chercher à confirmer ses biais cognitifs. Une personne au stade de la contemplation pourrait présenter des dissonances cognitives, avoir une motivation raisonnée (des biais autojustificatifs ou un système de justifications), présenter des biais de statu quo, se préoccuper de la représentation sociale et des normes sociales. La personne au stade de l'action, quant à elle, changera ses habitudes et fera preuve de volonté. Et finalement, la personne au stade de maintien pourrait rechercher du soutien.

Certains auteurs jugent même que les résultats de la thérapie pourraient être directement liés au stade de changement auquel se retrouve l'individu avant de débiter le traitement (Krebs et al., 2018; Norcross et al., 2011; Prochaska et Velicer, 1997). Les différents stades du modèle permettent ainsi théoriquement de prédire la participation au traitement, l'abandon, l'efficacité et

le maintien à long terme de l'amélioration (Bridges et al., 2022; Brogan et al., 1999; Derisley et Reynolds, 2000; Prochaska, 1991; Prochaska et Velicer, 1997; Smith et al., 1995). On retrouverait davantage de terminaisons prématurées chez les gens en stade de pré-contemplation, 66% plus de progrès chez les gens au stade de contemplation que chez les gens au stade de la pré-contemplation et un processus thérapeutique plus rapide avec une terminaison plus appropriée chez les gens au stade de l'action (Brogan et al., 1999; Prochaska et Velicer, 1997). Suite au stade de contemplation, les gens seraient plus à même de se présenter à leur rendez-vous de suivi que les participants en pré-contemplation et en contemplation (Bridges et al., 2022).

2.2 Soutien empirique

Ainsi, de par sa versatilité et parce qu'il se prête à une diversité de contexte, le modèle transthéorique du changement a souvent été utilisé pour mieux comprendre et promouvoir le changement dans une grande diversité de domaines, tels que la dépendance (Adugna et al., 2020; Balmumcu et Unsal Atan, 2021; Evers et al., 2012; Nidecker et al., 2008; Rai et Arokiasamy, 2020; Tas et al., 2020), les comportements liés à la santé (Blow et al., 2022; Chao et al., 2022; Hidrus et al., 2022; Kim et Lee, 2022; Reed et al., 2013; Robinson et Vail, 2012), la prévention de comportements risqués (Edmond et al., 2022; Hoy et al., 2016; Perri et Strike, 2020; Prochaska et Prochaska, 2020; Prochaska et Prochaska, 2021; Prochaska et al., 2004; Kidd et al, 2003; Yusufov et Orchowski, 2020) et la santé mentale (Dozois et al., 2004; Huang et al., 2021; Kambanis et al., 2020; Leamy et al., 2011; Morin et Meilleur, 2022; Petrocelli, 2002; Prochaska et al., 2020; Tsoh et Hall, 2004). Le grand éventail de domaines couverts par le modèle représentant des comportements différant au plan de la dépendance, de la fréquence, de la légalité, de l'intimité et de leur acceptabilité sociale démontre à quel point le modèle transthéorique du changement est généralisable (Prochaska et al., 1994).

En somme, le présent projet vise à évaluer l'influence du soutien du thérapeute et de la motivation envers le changement, tels que conceptualisés par la théorie de l'autodétermination (Deci et Ryan, 2002, Ryan et Deci, 2017), sur le changement thérapeutique, tel que conçu selon le modèle transthéorique du changement (Prochaska, 1979; 2008; 2013; Prochaska et al., 2006). Il s'agit d'une question de recherche originale puisque la recherche sur la théorie de l'autodétermination et le modèle transthéorique du changement ont largement évolué en parallèle par le passé. Tel qu'annoncé au début du contexte théorique, la problématique ciblée par ces variables antécédentes est le degré de symptômes dépressifs.

3. La symptomatologie dépressive

L'Agence en Santé Publique du Canada (ASPC; 2016) répertorie divers troubles dépressifs dont le trouble bipolaire, la dépression périnatale et la dépression caractérisée, qui serait la plus commune. Cette agence définit les troubles dépressifs comme étant des maladies qui peuvent avoir de graves conséquences physiques et psychologiques.

Sont considérés comme des symptômes dépressifs les neuf critères diagnostiques de la dépression selon le DSM-5 (APA, 2013) : (1) une humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, (2) une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, (3) une perte ou un gain de poids significatif en l'absence de régime, (4) de l'insomnie ou de l'hypersomnie, (5) une agitation ou un ralentissement psychomoteur, (6) une fatigue ou une perte d'énergie, (7) un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessif et inapproprié, (8) une diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision et, finalement, (9) des pensées de mort récurrentes, des pensées suicidaires sans plan ou avec plan, ou tentatives de suicide. D'autres manifestations psychologiques peuvent également être observées en lien avec les troubles dépressifs, tels que les pleurs, l'irritabilité, le

fait de broyer du noir, les ruminations obsédantes, l'anxiété, les phobies, l'inquiétude excessive à propos de la santé physique et les plaintes somatiques (APA, 2013); tels les problèmes d'estomac, les maux musculaires et les douleurs articulaires (ASPC, 2016). Ce sont ainsi des troubles associés à une grande souffrance, et même liés à une mortalité élevée, due majoritairement au suicide (APA, 2013).

Bien qu'il date de plus d'une quarantaine d'années, l'un des modèles théoriques qui demeure parmi les plus utiles pour comprendre la dépression est la théorie cognitive de Beck (1976). D'après cet auteur, les manifestations dépressives résultent de schémas de pensée mésadaptés qui se sont développés dès l'enfance, à la suite d'interactions négatives avec les principaux donneurs de soins (Beck, 1979). Une fois activés, ces schémas seraient un facteur de vulnérabilité au développement de symptômes dépressifs, puisqu'ils influencent de façon dysfonctionnelle l'attention, l'interprétation et le processus de mémorisation, en favorisant des erreurs d'interprétation néfastes des expériences vécues (Beck, 1964; 1976; Calvete et al., 2005; Cho et Telch, 2005; Dozois et Frewen, 2006; Lambertson et Oei, 2008; Miranda et al., 2008; Miranda et Mennin, 2007; Ohrt et al., 1999; Smith et Mumma, 2008; Safren et al., 2000; Wong, 2008). Ainsi, les individus ayant des symptômes dépressifs manifesteraient des schémas de pensées mésadaptés, résultant de distorsions cognitives et de croyances irrationnelles. Leurs patrons de pensées seraient caractérisés par une déficience de pensées positives ainsi que par une abondance de pensées négatives à propos d'eux-mêmes, du monde et du futur, qui émergeraient de façon automatique (Beck, 1964; 1976).

Beck a désigné la présence simultanée d'autoévaluations négatives, de vision pessimiste du monde et de désespoir face à l'avenir par l'expression : «la triade cognitive de la dépression » (Beck, 1964; 1976). D'après cet auteur, ces pensées automatiques négatives entraînent les

émotions négatives et les comportements dysfonctionnels qui sont à la source des symptômes comportementaux, affectifs et cognitifs de la dépression. Plusieurs études basées sur ce modèle ont permis d'en établir la validité (p. ex. : Cho et Telch, 2005; Lamberton et Oei, 2008; Miranda et al., 2008; Miranda et Mennin, 2007; Possel, 2009; Smith et Mumma, 2008; Wong, 2008).

Le trouble dépressif fait partie des problèmes psychologiques les plus prévalents (ASPC, 2016; Statistique Canada, 2012; 2021). Il est estimé qu'en 2019, à l'échelle mondiale, 5% des adultes et 5,7% des personnes âgées souffraient de dépression (Institute of Health Metrics and Evaluation, 2019). Quant à elles, les enquêtes sur la santé des collectivités canadiennes effectuées en 2015 et 2016, portant sur les canadiens âgés de 18 à 64 ans qui n'étaient pas étudiants à temps plein, révèlent que la prévalence annuelle moyenne des épisodes de dépression majeur était de 5% parmi les répondants qui étaient occupés, de 12% chez les participants chômeurs et de 15% chez les participants inactifs (Dobson et al., 2020). Par ailleurs, au Québec, en 2017, 2,8% de la population de 1 an et plus auraient été atteint de dépression (Leclerc et al., 2020), alors que l'institut de la Statistique du Québec (Lesage et al., 2010) estime que c'est en moyenne 5% des adultes qui seraient atteints de dépression chaque année. Situation qui se serait même dégradée dans les dernières années, puisqu'une étude réalisée au cours de la pandémie de COVID-19 sur un échantillon québécois soulevait que 22% des femmes adultes et 17% des hommes adultes avaient rapporté un niveau modéré à élevé de symptômes dépressifs, ce qui est bien plus élevé que la représentation symptomatique normale dans la province (Schmitz et al., 2020).

C'est en raison de l'incidence élevée de la détresse associée aux symptômes dépressifs que cette problématique a été ciblée dans le cadre de ce projet. En accord avec les perspectives contemporaines qui préconisent qu'au-delà de l'absence de détresse, la santé psychologique doit

prendre en considération la présence de facteurs sains, le présent projet inclut également, en complément à la symptomatologie dépressive, une variable multidimensionnelle positive : le bien-être psychologique.

4. Le bien-être psychologique

Dans le cadre de ce projet, le modèle PERMA est utilisé afin de rendre compte des conséquences positives du changement thérapeutique. Dans ce modèle, Seligman (2012) propose qu'il y ait 5 piliers du bien-être : les émotions positives (P), l'engagement (E), les relations épanouissantes (R), le sens à son expérience (M; *Meaning*) et l'accomplissement (A). Selon Seligman (2012; 2018), ces cinq domaines sont autosuffisants, bien qu'ils fassent chacun partie intégrante du bien-être général. Ils possèdent également trois caractéristiques communes: ils contribuent au bien-être général, ils sont poursuivis pour eux-mêmes et ils peuvent être définis et mesurés séparément, bien qu'ils corrèlent entre eux (Goodman et al., 2017; King et al., 2006; Locke et Latham, 2002; Seligman, 2002; 2012; 2019).

Le premier pilier du bien-être serait de vivre des émotions positives (Seligman, 2012; 2018). En effet, les émotions positives sont associées à une multitude de conséquences bénéfiques (Arslan, 2021; Howell et al., 2007 ; Huppert, 2009 ; Lyubomirsky et al., 2005; King et al., 2020). Les affects positifs peuvent, entre autres, diminuer l'activation du système nerveux sympathique et ainsi favoriser un fonctionnement optimal, réguler la libération d'hormones du stress, influencer le système opioïde et les réponses immunitaires, atténuer les effets des événements stressants en augmentant la résilience et en améliorant les réactions d'adaptation, augmenter la tolérance à la douleur, ralentir la progression d'une maladie, favoriser la santé cardiovasculaire ainsi qu'augmenter l'espérance de vie (Friedman, 2007; Garland et al., 2010; Kok et al., 2013; Pressman et Cohen, 2005 ; Rabin et al., 1994).

Le deuxième pilier du modèle PERMA est l'engagement (Seligman, 2012; 2018). Les dimensions considérées pour définir l'engagement sont les sphères émotionnelle, cognitive et comportementale (Seligman, 2012 ; Butler et Kern, 2016). Une personne ayant un niveau élevé d'engagement possède certaines caractéristiques, telles qu'avoir des objectifs clairs, s'intéresser aux tâches à accomplir, ressentir qu'elle peut conserver un sentiment de contrôle personnel sur l'activité, ressentir que l'activité est en cohérence avec sa conscience, réaliser des tâches qui fournissent une rétroaction directe et immédiate et être totalement immergée dans ce qu'elle fait (Awofeso et Rabih, 2022; Csikszentmihalyi, 1975; 1996; Scott-Jackson et Mayo, 2017). L'engagement a été associé à des retombées positives telles que la socialisation, le bonheur, une meilleure santé et de meilleures performances dans une activité donnée (Fredricks et al., 2004 ; Grzywacz et Marks, 2000; Ito et Umemoto, 2022; Lyubomirsky et al., 2005; Montgomery et al., 2003; Schaufeli et al., 2001; Wang et al., 2022).

Le troisième pilier du modèle PERMA se trouve être les relations sociales (Seligman, 2012; 2018). Il a été établi de longue date que les relations sociales sont fondamentales à l'existence humaine (Ainsworth, 1985; 1991; 2010; Bowlby, 1980; 2004; Baumeister, 2005; Baumeister et Leary, 1995; Cassidy et Shaver, 2018). Le fait de sentir que l'on se soucie de nous, que l'on est estimé, aimé et qu'on a de la valeur, est même l'un des ingrédients les plus influent du bien-être (Reis et Gable, 2003). Les relations saines et riches sont associées positivement à des conséquences positives ; entre autres sur la santé physique, sur la santé psychologique et sur les comportements sains (Chandoevrit et Thampanishvong, 2016; Chopik, 2017; Tay et al., 2013; Taylor, 2011; Tepeli Temiz et Elsharnouby, 2022), et sont associées négativement à des conséquences négatives ; telles que la solitude, la dépression, la psychopathologie et le risque de mortalité (Carmicheal et al., 2015; Nwoke et al., 2017; Tay et al., 2013 ; Taylor, 2011).

D'ailleurs, ces conséquences perdurent tout au long de la vie, c'est-à-dire à l'enfance (Gomez et al., 2017), à l'adolescence (Clarke et al., 2011), à l'âge adulte (Schmidt et al., 2022) ainsi que lors du vieillissement (Wedgeworth et al., 2017).

Le quatrième pilier du bien-être serait la présence de sens (Seligman, 2012; 2018); d'avoir une direction dans la vie, de connecter à quelque chose de plus grand que soi, de se sentir valable et digne, qu'il y ait un but à ce que l'on fait (Seligman, 2012; Steger, 2012). Le sens est lié à la santé physique, à la satisfaction de vie et à un moindre risque de mortalité (Avsec et al., 2022; Boyle et al., 2009; Fonseca et al., 2014; Ryff et al., 2004; Steger, 2012). Avoir un sentiment de directionnalité serait également associé à l'intuition (Heintzelman et King, 2016), ainsi qu'à la projection et à la stimulation mentale (Waytz et al., 2015). Trouver une direction à ces actions pourrait même protéger de l'épuisement de compassion, de l'épuisement professionnel et du stress post-traumatique (Lakioti et al., 2020).

Le cinquième et dernier pilier du modèle PERMA est l'accomplissement (Seligman, 2012; 2018). L'accomplissement peut être considéré d'un point de vue objectif comme d'un point de vue subjectif (Butler et Kern, 2016). Objectivement, l'accomplissement impliquerait une performance supérieure, comme dans les domaines tels que l'éducation et le sport, où des critères de réussites sont utilisés (Butler et Kern, 2016; Ericsson, 2002; Heckhausen et al., 2010; Negru, 2008). Subjectivement, l'accomplissement impliquerait un sens du travail pour atteindre ses objectifs, maîtriser une tâche et la réaliser avec efficacité (Butler et Kern, 2016; Ericsson, 2002; Heckhausen et al., 2010, Negru, 2008). Dans le cadre du modèle PERMA, c'est l'accomplissement subjectif qui est considéré. Le vécu d'expériences d'accomplissement permettrait de prendre conscience de notre potentiel de croissance et de nous remémorer nos succès lorsque nous faisons face à des difficultés (Brunzell et al., 2016). Ces expériences

d'accomplissements passés seraient liées à une diminution des niveaux d'anxiété et de dépression (El-Anzi, 2005; Machell et al., 2015; Villavicencio et Bernardo, 2013).

4.1 Soutien empirique

Le modèle PERMA (Seligman, 2012; 2018) prédomine au sein des travaux empiriques portant sur le bien-être. Il a été utilisé avec succès dans une grande variété de contextes, tels la santé mentale (Huck et al., 2022; Makin et al., 2022; Umucu et al., 2021), l'éducation (Kern et al., 2015; Lovett et Lovett, 2016; Mao et al., 2022; Moula, 2021; Oades et al., 2011), le sport (Doyle et al., 2016; Seligman, 2007), le travail (Green et al., 2021; Kun et al., 2017; Kun et Gadanez, 2022; Pataki-Bitto et Kun, 2022; Slavin et al., 2012; Watanabe et al., 2018), les relations familiales (Corkin et al., 2021; Lauderdale, 2022, McConchie, 2022), la retraite (Asebedo et Seay, 2014), la maladie physique (Makhmur et Rath, 2022; Umucu et al., 2021; Zablocka-Zytka et Wisniewski, 2021), les finances (Asebedo et Seay, 2015; Hollebeek et Belk, 2021), les médias sociaux (Schwartz et al., 2016), les jeux vidéos (Jones et al., 2014; Kelly, 2020) et la morale (Garcia et al., 2018), entre autres.

5. Le présent projet

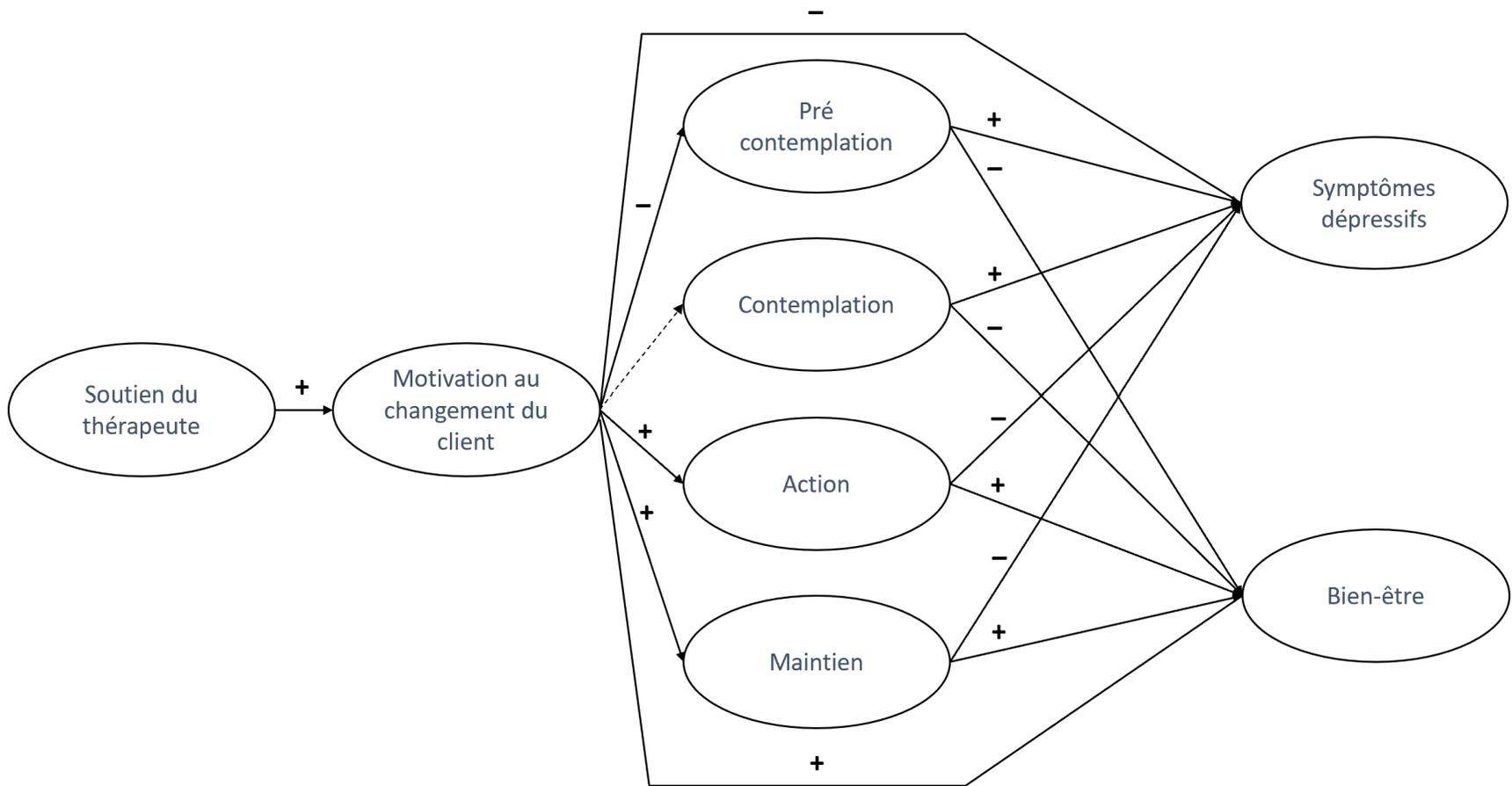
L'objectif de cette étude est d'explorer les interrelations entre la motivation autodéterminée et les stades de changement (pré-contemplation, contemplation, préparation, action et maintien), leurs antécédents sociaux (les comportements interpersonnels du thérapeute) et leurs conséquences psychologiques, soit la symptomatologie dépressive et le bien-être (les émotions positives, l'engagement, les relations, la recherche de sens et l'accomplissement). Les hypothèses de cette étude sont présentées ci-dessous et illustrées graphiquement à la Figure 2.

- (1) Les comportements interpersonnels du thérapeute (c.-à-d. le soutien à l'autonomie, à l'affiliation et à la compétence) seront associés positivement à la motivation autodéterminée à changer.
- (2) La motivation autodéterminée à changer sera associée positivement à l'évolution dans les stades de changement :
 - a. La motivation autonome envers le changement sera associée négativement au stade de la pré-contemplation;
 - b. La motivation autonome envers le changement ne sera pas associée au stade de la contemplation ;
 - c. La motivation autonome envers le changement sera associée positivement au stade de l'action ;
 - d. La motivation autonome envers le changement sera associée positivement au stade de maintien.
- (3) La motivation autodéterminée sera associée négativement aux symptômes dépressifs.
- (4) La motivation autodéterminée sera associée positivement au bien-être psychologique.
- (5) Le degré d'évolution des stades de changement sera associé aux symptômes dépressifs et au bien-être psychologique ;
 - a. Le stade de la pré-contemplation sera associé positivement aux symptômes dépressifs et négativement au bien-être psychologique ;
 - b. Le stade de la contemplation sera associé positivement aux symptômes dépressifs et négativement au bien-être psychologique ;
 - c. Le stade de l'action sera associé négativement aux symptômes dépressifs et positivement au bien-être psychologique ;

- d. Le stade de maintien sera associé négativement aux symptômes dépressifs et positivement au bien-être psychologique.

Figure 2

Modèle hypothétique



CHAPITRE II

MÉTHODE

1. Participants

L'échantillon initialement recueilli comportait 96 participants. Les données des participants présentant des patrons non aléatoires de données manquantes séquentielles ($n=4$) ont été éliminées du fichier de données. Les participants présentant un niveau de symptômes dépressifs inexistant ou très faibles ($BDI < 14$; Beck, Steer et Brown, 1996; 1998) étaient présents de façon disproportionnellement élevée dans l'échantillon (48%). Bien qu'il soit nécessaire d'inclure un certain nombre de participants ayant un niveau faible de symptômes dépressifs pour assurer la représentation de ce profil au sein du continuum de gravité de la dépression, un nombre trop élevé de participants dans cette strate aurait artificiellement nivelé les résultats vers le bas en créant un effet de plancher. Afin de gérer ce problème, les données d'une partie des participants ayant rapporté un faible niveau de symptômes dépressifs ($n=21$) ont été retirées de l'échantillon. Les données qui ont été éliminées ont été déterminées par sélection aléatoire stratifiée. Le choix des cas à éliminer a ainsi été fait aléatoirement, de façon équilibrée au sein de chaque groupe de percentiles observés chez les participants dont les scores au BDI se situaient en deçà du seuil clinique ($BDI < 14$). À la suite de cette procédure, selon les seuils de coupure officielle de l'inventaire de Beck (Beck et al., 1996; 1998), la répartition au sein des groupes de sévérité des symptômes dépressifs était davantage équilibrée [symptômes minimaux ($0 < \text{score BDI} < 14$) = 31%, symptômes légers ($13 < \text{score BDI} < 20$) = 28.2%, symptômes moyens ($19 < \text{score DBI} < 29$) = 19.7% et symptômes sévères ($28 < \text{score BDI} < 64$) = 21,1%]. Suite à l'épuration des données, l'échantillon final inclut 71 participants.

2. Informations démographiques

L'échantillon de 71 participants est composé de 16 hommes (22,5%) et de 55 femmes (77,5%), âgés de 22 à 68 ans. En fait, 33,8% des participants avaient moins de 30 ans, 42,3% des participants avaient entre 30 ans 39 ans, 11,2% des participants avaient entre 40 et 49 ans, 8,5% des participants avaient entre 50 et 59 ans et 4,2% des participants avaient 60 ans et plus ($M = 35,83$; $É.T. = 10,41$). De ces participants, 32,4% étaient célibataires, 9,9% étaient en couple, mais n'habitaient pas ensemble, 32,4% avaient des conjoints de fait, 19,7% étaient mariés, 2,8% étaient divorcés et 2,8% étaient veufs.

Pour ce qui est de la diversité ethnique, 87,3% des répondants se décrivaient comme Caucasiens ou Européen-Américains, 4,2% se percevaient comme Noirs, Africain-Américain ou Africain-Caraïbéen, 2,8% étaient Hispanique-Américain ou Latin, 2,8% se décrivaient comme Asiatique Américain ou Asiatique et finalement, 1,4% se percevait comme Arabe Américain ou du Moyen-Orient. Un participant (1,4%) a choisi de ne pas dévoiler son ethnicité.

Le plus haut niveau d'éducation complété des participants était modérément élevé : 11,3% avaient terminé le secondaire, 23,9% avaient un diplôme d'études collégial, 7% possédaient un certificat universitaire, 40,8% avaient un baccalauréat, 15,5% avaient une maîtrise et 1,4% possédaient un doctorat.

Au plan de l'occupation principale, 67,6% des participants étaient travailleurs à temps plein, 7% étaient travailleurs à temps partiel, 5,6% étaient en congé parental, 2,8% étaient retraités, 4,2% étaient non employés, 11,3% étaient en congé de maladie pour difficultés psychologiques et 1,4% étaient en congé de maladie pour difficultés physiques (voir Tableau 1).

Dans le même sens, 11,3% des répondants étaient aux études à temps partiel et 12,7% étaient aux études à temps plein.

Tableau 1

Professions des participants

Professions	N	Pourcentages
Adjoint(e) administratif(ve)	5	7%
Aide pédagogique	1	1,4%
Analyste financier	1	1,4%
Archiviste médical	1	1,4%
Art thérapeute	1	1,4%
Commis à l'accueil	1	1,4%
Comptable	5	7%
Conseillère en ressource humaine	3	4,2%
Consultante	1	1,4%
Coordonnatrice de programme	1	1,4%
Éducateur(trice) à la petite enfance	1	1,4%
Éducateur(trice) spécialisé(e)	5	7%
Enseignant(e)	4	5,6%
Fonctionnaire	3	4,2%
Gestionnaire	3	4,2%
Gestionnaire de projet	1	1,4%
Greffier(ère)	1	1,4%
Hygiéniste dentaire	1	1,4%
Infirmier(ère)	1	1,4%
Ingénieur(e)	1	1,4%

Tableau 1*Professions des participants (suite)*

Professions	N	Pourcentages
Intervenant(e) communautaire	2	2,8%
Livreur(se)	1	1,4%
Magasiner	1	1,4%
Physiothérapeute	1	1,4%
Politicologue	2	2,8%
Préposé(e) aux bénéficiaires	1	1,4%
Propriétaire de salon esthétique	1	1,4%
Psychologue	2	2,8%
Psychothérapeute	1	1,4%
Responsable de services de garde	1	1,4%
Technicien(ne) informatique	1	1,4%
Technicien(ne) en laboratoire	2	2,8%
Technicien(ne) en pharmacie	1	1,4%
Travailleur(se) social(e)	7	9,8%
Vendeur(se)	1	1,4%
Données manquantes	3	4,2%

En termes de revenu, 11,8% des répondants rapportaient gagner moins de 20 000\$ par an, 17,6% partageaient faire entre 20 000\$ et 39 999\$, 26,5% disaient faire entre 40 000\$ et 59 999\$, 23,5% rapportaient faire entre 60 000\$ et 79 999\$, 16,2% partageaient faire entre 80 000\$ et 99 999\$ et finalement, 4,4% rapportaient faire plus de 100 000\$.

2.1 Informations reliées au contexte des services d'aide reçus

2.1.1 Type de professionnel consulté. Chez les participants, 43,7% rapportaient avoir consulté un psychologue, 31% disaient avoir rencontré un travailleur social, 11,3% nommaient avoir vu un psychoéducateur, 7% partageaient avoir consulter un thérapeute et 2,8% rapportaient avoir rencontré un intervenant. De ces rencontres, 9,9% ont eu lieu en centre communautaire, 66,2% ont eu lieu en clinique privée, 5,6% ont pris place à la clinique de services psychologiques de l'UQO et 14,1% ont eu lieu dans un CLSC. Certains participants (4,2%) n'ont pas déclaré le type de professionnel consulté ni le milieu dans lequel ils les ont rencontrés.

2.1.2 Approche psychologique. Les répondants ont également rapporté que 36,6% d'entre eux avaient rencontré un intervenant d'approche cognitivocomportementale, que 15,5% d'entre eux avaient rencontré un intervenant d'approche psychodynamique, que 1,4% d'entre eux avaient rencontré un intervenant d'approche éclectique ou intégrée, que 2,8% d'entre eux avaient rencontré un intervenant d'approche humaniste et que 2,8% d'entre eux avaient rencontré un intervenant d'approche systémique. Parmi les participants, plusieurs ne savaient pas de quelle approche était leur intervenant (35,2%). De plus, 5,6% des répondants ont choisi de ne pas répondre à la question.

2.1.3 Durée de la relation d'aide. Concernant la durée approximative des suivis des participants à l'étude, les répondants ont consulté sur des périodes diverses (voir Tableau 2), ce qui a favorisé la représentation des différents stades de changement au sein de l'échantillon.

Tableau 2*Durée approximative du suivi avec le professionnel en relation d'aide*

Durée	N	Pourcentage
Moins de 3 mois	18	25,2 %
3 mois à moins de 6 mois	11	15,5%
6 mois à moins de 9 mois	6	8,4%
9 mois à moins de 1 an	5	7%
1 an à moins de 1 an 3 mois	9	12,7%
1 an 3 mois à moins de 1 an 6 mois	2	2,8%
1 an 6 mois à moins de 1 an 9 mois	1	1,4%
1 an 9 mois à moins de 2 ans	1	1,4%
2 ans et plus	6	8,4%
Données manquantes	12	16,9%

3. Procédures

Les clients recevant des services psychologiques ont été recrutés par l'entremise de la clinique de services psychologique de l'UQO, de cliniques privées et du regroupement des organismes communautaires de l'Outaouais, à l'aide d'affichage. Les participants ont complété un questionnaire en ligne au moyen de la plateforme Lime Survey. Le projet a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais (UQO).

4. Mesures

Le questionnaire complété par les participants (voir Annexes C à I) comprenait des instruments de mesure qui recueillaient des informations sur leurs caractéristiques démographiques, leur état de santé psychologique, les services de relation d'aide reçus, le soutien

de leur thérapeute, leur motivation au changement, leur stade de changement thérapeutique, leurs symptômes dépressifs ainsi que leur bien-être psychologique.

4.1. Inventaire des comportements interpersonnels. Le soutien du thérapeute a été mesuré à l'aide de l'Inventaire des comportements interpersonnels (ICI) développé et validé par Pelletier et Otis (2002) et basé sur la théorie de l'évaluation cognitive (Deci et Ryan, 1985; 2002; 2012; Ryan et Deci, 2017). Cet outil comporte 12 items, divisés en trois sous-échelles : soutien de l'autonomie, de la compétence et de l'affiliation (4 items/sous-échelle). Les participants ont évalué à quel degré chaque énoncé correspondait à leur vision du soutien de leur thérapeute, à l'aide d'une échelle de Likert de 1 à 7, allant de 1 (*Pas du tout*) à 7 (*Tout à fait*). La structure de l'instrument a été corroborée au moyen d'analyses factorielles exploratoire et confirmative, la validité de construit a été documentée à l'aide de corrélations avec une variété de construits psychologiques et comportementaux pertinents et, finalement, la cohérence interne variait de ,71 à ,88 pour les trois sous-échelles (Green-Demers et Pelletier, 2003). Dans la présente étude, la cohérence interne était acceptable pour chacune des sous-échelles (α soutien de l'autonomie = ,78 ; α soutien de la compétence = ,86 ; α affiliation = ,85). Pour les fins de la présente étude, un score global pour chacune des sous-échelles, ainsi que pour la totalité d'entre elles ($\alpha = ,94$), a été obtenu en générant la moyenne.

4.2 Échelle de motivation au changement thérapeutique (EMCT). Pour examiner la qualité de la motivation des individus envers le changement thérapeutique, une échelle de 24 items (4 items/sous-échelles) a été spécifiquement développée pour les besoins de la présente étude sur la base des concepts de la TIO. Les participants ont été invités à indiquer à quel point le motif nommé par l'énoncé correspondait à leur motif personnel de vouloir changer, sur une échelle de Likert en 7 points, allant de 1 (*Ne correspond pas*) à 7 (*Correspond complètement*).

De façon précise, les items étaient présentés en réponse à l'énoncé suivant : 'Je fais des choses pour aller mieux parce que...' Des exemples d'items incluent : 'C'est satisfaisant d'en savoir plus sur ma situation' (motivation intrinsèque), 'Je suis une personne qui prend son bien-être à cœur' (régulation intégrée), 'C'est une bonne idée d'essayer d'améliorer ma santé psychologique' (régulation identifiée), 'Je me sentirais coupable de ne pas tenter d'aller mieux' (régulation introjectée), 'Mes proches me l'ont demandé' (régulation externe) et 'Je ne sais pas, j'ai vraiment l'impression de perdre mon temps' (amotivation). La structure de l'EMCT a été mise à l'épreuve avec succès dans le cadre de la présente étude au moyen d'une analyse factorielle exploratoire. La cohérence interne des sous-échelles était satisfaisante (α motivation intrinsèque (MI) = ,84 ; α motivation extrinsèque intégrée (INTEG) = ,77 ; α motivation extrinsèque identifiée (IDEN) = ,77 ; α motivation extrinsèque introjectée (INTRO) = ,86 ; α motivation extrinsèque par régulation externe (EXT) = ,86 ; α amotivation (AMO) = ,78 ; α index global de motivation autodéterminée = ,91). Pour les fins de la présente étude, un score global pour chacune des sous-échelles a été obtenu en générant la moyenne. Parce que les différentes formes de motivation de la TAD se situent théoriquement sur un continuum d'autodétermination, il est possible d'obtenir un score global de motivation autonome en générant la moyenne de l'ensemble des sous-échelles, le score de chaque sous-échelles étant pondéré pour ce faire en fonction de sa position sur ce continuum (Sheldon, 2023; Sheldon et al., 2023). L'index global de motivation autodéterminée a ainsi été calculé au moyen de la formule suivante : $MOTIVATION = [(3MI)+(2INTEG)+(IDEN)-(INTRO)-(2EXT)-(3AMO)]/6$.

4.3. University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA). L'échelle URICA (McConaughy et al., 1983), basée sur le modèle transthéorique du changement (Prochaska et DiClemente, 1982), a été utilisée afin de mesurer où se situe le client dans son

processus de changement. L'instrument comprenait 32 questions et 4 sous-échelles, donc 8 questions concernant chacun des stades de changement évalués (i.e. pré-contemplation, contemplation, action et maintien). Pour chaque item, les participants ont été invités à noter, sur une échelle de Likert en 7 point, selon une gradation allant de 1 (*Fortement en désaccord*) à 7 (*Fortement en accord*), dans quelle mesure ils s'identifiaient à l'énoncé. La structure à quatre facteurs de l'URICA a été démontrée à plusieurs reprises (Carney et Kivlahan, 1995; McConnaughy et al., 1983; Pantaloni et al., 2002). Cet outil présente des propriétés psychométriques adéquates concernant la validité de contenu, la validité de construit, la validité convergente, la validité divergente et la validité prédictive (Amodei et Lamb, 2004; Carbonari et DiClemente, 2000 ; Dozois et al., 2004; Edens et Willoughby, 2000; McCaunnaughy et al., 1983) et la fiabilité test-retest (Abellanas et McLellan, 1993). L'échelle démontre aussi une bonne fidélité pour toutes ses sous-échelles ($\alpha = ,88$ à $,89$; Abellanas et McLellan, 1993; McCaunnaughy et al., 1983). Dans le cadre de la présente étude, après avoir éliminé 3 items qui portaient préjudice à la fidélité de la sous-échelle pré-contemplation, la cohérence interne des sous-échelles était acceptable (α pré-contemplation = $,67$; α contemplation = $,81$; α action = $,87$; α maintien = $,84$). Pour les fins de la présente étude, un score global pour chacune des sous-échelles a été obtenu en générant la moyenne. Pour la sous-échelle de maintien, tous les items ont été recodés pour représenter la confiance que les gains thérapeutiques peuvent être maintenus plutôt que l'insécurité de la rechute (ce qui est évalué par cette sous-échelle dans sa forme originale).

4.4. Inventaire de dépression de Beck- II. C'est l'Inventaire de dépression de Beck-II (Beck et al., 1996; 1998) qui a été utilisé afin de détecter la présence des symptômes dépressifs rapportés par le client. L'Inventaire de dépression de Beck-II est basé sur le DSM-IV (APA,

1994) et il comprend 21 items qui évaluent les symptômes affectif-cognitifs (c.-à-d., pessimisme, échecs passés, sentiment de culpabilité, sentiment de punition, autosatisfaction, autocritique, pensées ou désirs suicidaires, inutilité), ainsi que les symptômes végétatif-somatiques (c.-à-d., tristesse, perte de plaisir, pleurs, agitation, perte d'intérêt, indécision, perte d'énergie, changement de sommeil, irritabilité, changement d'appétit, difficultés de concentration, fatigue, perte d'intérêt pour la sexualité) de la dépression (Beck et al., 1998). Les participants cotaient les énoncées sur une échelle de Likert en 4 points, allant de 0= *Symptôme absent*, à 3= *Symptôme sévère*. L'Inventaire de dépression de Beck-II démontre sa validité de construit et critérienne, par rapport au DSM-IV (1994; Beck et Steer, 1987; Beck et al., 1996; 1998; Beck et al., 1988; Wang et Gorenstein, 2013), sa validité convergente (Beck et al., 1979; Beck et al., 1988), concurrente (Beck et al., 1998; Beck et al., 1988; Wang et Gorenstein, 2013), divergente (Hamilton, 1959, 1960) et structurelle (Beck et al., 1998; Wang et Gorenstein, 2013), ainsi qu'une bonne fidélité test-retest (Beck et al., 1996; 1998; Wang et Gorenstein, 2013), et ce, chez des échantillons cliniques et non-cliniques (Beck et al., 1998; Beck et al., 1988; Piotrowski et al., 1985), ainsi qu'auprès d'échantillons provenant de populations culturellement variées (Wang et Gorenstein, 2013). Enfin, cet instrument possède une bonne cohérence interne ($\alpha = ,92$; Beck et al., 1998; Wang et Gorenstein, 2013). Dans le cadre de la présente étude, la cohérence interne était très satisfaisante ($\alpha = ,91$). Pour les fins de la présente étude, un score global a été obtenu en générant la moyenne.

4.5. Échelle PERMA. Le dernier instrument utilisé, afin de mesurer le bien-être psychologique, fût l'échelle PERMA (Butler et Kern, 2016), fondée sur la théorie du bien-être de Seligman (2012). Cette échelle comprend 23 questions : 3 items sur les émotions positives, 3 items sur l'engagement, 3 items sur les relations, 3 items sur la recherche de sens, 3 items sur

l'accomplissement et 8 items additionnels (3 items sur les émotions négatives, 3 items sur la santé physique, 1 item sur la solitude et 1 item sur le bien-être général). Les participants répondent aux énoncés sur une échelle de Likert de 1 à 10, s'échelonnant de 0 (*Jamais, terrible, pas du tout*) à 10 (*Toujours, excellente ou complètement*). Une série de 8 études (N= 31,966) a été conduite pour tester les valeurs psychométriques de cette mesure (Butler et Kern, 2016). La structure factorielle de l'échelle PERMA a été examinée au moyen d'une analyse confirmative. Ses sous-échelles présentent également une validité de contenu, une validité de construit, une validité convergente, une validité divergente et une stabilité temporelle adéquates. La cohérence interne est acceptable pour les cinq sous-échelles ($\alpha = ,79$ à $\alpha = ,92$) ainsi que pour l'échelle globale ($\alpha = ,94$; Butler et Kern, 2016). Dans le cadre de la présente étude, la cohérence interne des sous-échelles était acceptable (α émotions positives = ,86 ; α engagement = ,72 ; α présence de sens dans sa vie = ,87 ; α accomplissement = ,76 ; α relations = ,79). Pour les fins de la présente étude, un score global pour chacune des sous-échelles, ainsi que pour la totalité d'entre elles ($\alpha = ,92$), a été obtenu en générant la moyenne.

CHAPITRE III

RÉSULTATS

1. Analyses préliminaires : Traitement des cas extrêmes et vérification des postulats statistiques

Les valeurs standardisées (score Z) ont été calculées pour toutes les variables étudiées. Quatre scores extrêmes univariés dépassaient légèrement (-3,3, -3,32, -3,56, -4,1) le seuil critique ($Z = 3,29, p < ,001$). Les données de ces participants ont été examinées individuellement et comparées systématiquement à celles des autres participants de l'échantillon. Rien d'inquiétant n'a été détecté lors de ces comparaisons. Bien que ces quatre valeurs soient inférieures au centroïde de la distribution, elles se situent dans l'axe de la distribution des autres valeurs. Elles ne risquent donc pas de modifier la pente de la droite qui détermine les coefficients de régression. Ces valeurs ont été conservées sous réserve de les retirer si elles se présentaient également sous la forme de cas extrêmes multivariés. La présence possible de cas extrêmes multivariés a été évaluée au moyen de la méthode des distances de Mahalanobis (Tabachnick et Fidell, 2020). Aucun cas extrême n'a été détecté [$\chi^2(21) = 46,80, p < ,001$].

La kurtose et l'asymétrie des variables étudiées sont présentés au Tableau 3. Quelques valeurs dépassent les balises conventionnelles de -1,00 à 1,00. Cela n'a toutefois pas été considéré problématique puisque la moyenne des valeurs de kurtose et d'asymétrie se situait à l'intérieur des balises conventionnelles (M kurtose = ,97, M asymétrie = -0,28; Mùthen et Kaplan, 1985). Le diagramme de dispersion des résiduels multivariés a été généré et scruté. Cette distribution appert approximativement normale. Aucun indice d'écart au postulat de normalité multivarié n'a été détecté. Le respect des postulats d'homoscédasticité et de linéarité a été vérifié grâce à l'examen visuel des diagrammes de dispersion bivariés. Aucune indication

d'hétéroscédasticité ni de curvilinearité n'a été observée. Les corrélations bivariées entre toutes les paires possibles de variables étudiées sont rapportées au Tableau 4. Puisqu'aucune de ces valeurs n'est supérieure à $|,90|$, il n'y a pas présence de multicollinéarité (Tabachnick et Fidell, 2020).

2. Analyses préliminaires : statistiques descriptives

La moyenne, l'écart-type, la kurtose et l'asymétrie des variables à l'étude ont été calculés et examinés. Elles sont présentées au Tableau 3.

Les participants ont endossé le soutien du thérapeute, en moyenne, à un degré élevé. L'amplitude moyenne de la motivation autodéterminée envers le changement était modérément élevée. En ce qui concerne les stades de changement, les répondants ont endossé faiblement le stade de la pré-contemplation, fortement les stades de contemplation et d'action, et modérément le stade de maintien. Les niveaux moyens de symptomatologie dépressive et de bien-être psychologique étaient modérés.

Enfin, pour l'ensemble des variables présentées, le rapport entre l'étendue observée et l'étendue théorique est comparable à ce qui est typiquement obtenu pour des échelles comportant un nombre de points de mesure comparable. Par ailleurs, les valeurs des écarts-type suggèrent que les données recueillies présentent une dispersion acceptable.

3. Analyses préliminaires : corrélations

Le lecteur est invité à consulter le Tableau 4, dans lequel les corrélations observées entre les différentes variables à l'étude sont présentées.

Tout d'abord, on peut y observer que le soutien du thérapeute était associé positivement et significativement à la motivation autodéterminée envers la thérapie. Plus le soutien du

Tableau 3*Statistiques descriptives*

	Étendue	Moyenne	É.-T.	Kurtose	Asymétrie
<i>Soutien du thérapeute</i>	3,08 – 7,00 (1,00 – 7,00)	6,00	1,03	,46	-1,05
<i>Motivation au changement</i>	-1,50 – 5,67 (-6,00 – 6,00)	3,37	1,48	,25	-,68
<i>Stades de changement</i>					
Pré-contemplation	1,00 – 4,00 (1,00 – 7,00)	1,56	,74	2,13	1,60
Contemplation	2,13 – 7,00 (1,00 – 7,00)	5,92	,93	4,57	-1,71
Action	2,13 – 7,00 (1,00 – 7,00)	5,67	1,07	1,09	-1,11
Maintien	1,50 – 7,00 (1,00 – 7,00)	3,61	1,36	-,17	,69
<i>Symptomatologie dépressive</i>	0,00 – 48,00 (0,00 – 63,00)	18,70	10,78	,05	,56
<i>Bien-être psychologique</i>	2,25 – 8,44 (0,00 – 10,00)	6,12	1,58	-,58	-,53

Notes. L'étendue théorique est présentée entre parenthèses en dessous de l'étendue observée; É.-T.= écart-type.

thérapeute était élevé, plus le niveau d'autonomie de la motivation des clients l'était également. En ce qui concerne les différents stades de changement, le soutien du thérapeute n'était pas associé significativement aux stades de pré-contemplation et de contemplation. Il était toutefois associé positivement et significativement aux stades de l'action et associé négativement et significativement au stade de maintien. Le soutien du thérapeute pourrait ainsi être aidant aux stades de l'action, mais non au stade de maintien. Enfin, le soutien du thérapeute ne présentait pas d'association significative avec la symptomatologie dépressive ni avec le bien-être psychologique.

Pour ce qui est de la motivation au changement, une association négative et significative avec le stade de la pré-contemplation a été identifiée. Il semble ainsi que plus la motivation au changement était élevée chez les participants, moins ils endossaient les énoncés représentant ce stade. La motivation au changement n'était pas associée significativement au stade de contemplation, mais l'était toutefois positivement et significativement au stade de l'action. Ainsi, plus la motivation au changement était grande, plus les répondants s'identifiaient aux énoncés du stade de l'action. Ensuite, la motivation au changement n'était pas significativement associée avec le stade de maintien. Pour finir, la motivation au changement était associée négativement et significativement aux symptômes dépressifs ainsi que positivement et significativement au bien-être psychologique. Plus la motivation autodéterminée était élevée, moins la symptomatologie dépressive était présente et plus le bien-être psychologique était prononcé.

En ce qui a trait aux stades de changement, le stade de pré-contemplation était associé négativement et significativement aux stades de contemplation et d'action, mais il n'était toutefois pas significativement associé au stade de maintien, ni aux symptômes dépressifs et au bien-être psychologique. Le stade de contemplation, quant à lui, est associé positivement et

significativement au stade de l'action ainsi qu'aux symptômes dépressifs, alors qu'il est négativement et significativement associé au stade du maintien et au bien-être psychologique. Pour sa part, le stade de l'action était associé négativement et significativement au stade de maintien, mais il n'était pas associé aux symptômes dépressifs ni au bien-être psychologique. Conformément aux attentes, le stade de maintien était associé négativement et significativement aux symptômes dépressifs et positivement et significativement au bien-être psychologique. Enfin, tel qu'il était possible de l'anticiper sur des bases conceptuelles et cliniques, la symptomatologie dépressive était associée négativement et significativement au bien-être psychologique.

4. Analyses principales : Analyse acheminatoire par régressions multiples

Le réseau d'associations prévu entre les variables étudiées a été mis à l'épreuve au moyen d'une analyse acheminatoire par régressions multiples. Les résultats sont présentés graphiquement à la Figure 3.

Tel que prévu par l'hypothèse 1, le soutien de l'intervenant (de l'autonomie, de l'affiliation et de la compétence) était associé positivement et significativement à la motivation autodéterminée du client à changer. Le soutien du thérapeute expliquait 10% de la motivation à changer du client, ce qui correspond à un effet de taille modéré (Cohen, 1988).

Tel que prévu par les hypothèses 2(a), 2(b), 2(c) et 2(d), les associations entre la motivation et les stades de changement étaient congruentes avec le niveau d'autodétermination de la motivation. Dans un premier temps, la motivation autonome était négativement et significativement associée au stade de changement le moins évolué; la pré-contemplation. La motivation expliquant 15% de la variance des scores de pré-contemplation, ce qui constitue une taille d'effet élevée (Cohen, 1988). Dans un deuxième temps, l'association entre la motivation et

Tableau 4*Corrélation entre les variables étudiées*

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Soutien du thérapeute	-	,34**	-,21	,18	,37**	-,35**	-,01	,07
2. Motivation au changement		-	-,41***	.02	.31**	,23	-,40***	,46***
3. Pré-contemplation			-	-,27*	-,39***	-,02	,11	-,08
4. Contemplation				-	,65***	-,53***	,37**	-,30*
5. Action					-	-,38***	,02	,09
6. Maintien						-	-,51***	,42***
7. Symptômes dépressifs							-	-,83***
8. Bien-être psychologique								-

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

le stade de la contemplation était non significative. Le niveau d'autodétermination de la motivation ne présente donc pas de patron systématique de covariance avec ce stade de changement. Dans un troisième temps, la motivation était associée positivement et significativement au stade de l'action. La motivation expliquait 8% de la variance du stade de l'action, une taille d'effet modérée (Cohen, 1988). Cette dernière association est d'une importance particulière puisque, conceptuellement, il va de soi que le niveau d'autonomie de la motivation soit un prédicteur positif et significatif de l'action. Dans un quatrième temps, la motivation était associée positivement et significativement au stade de maintien. La motivation expliquait 4% de la variance du stade de maintien, une taille d'effet modeste (Cohen, 1988).

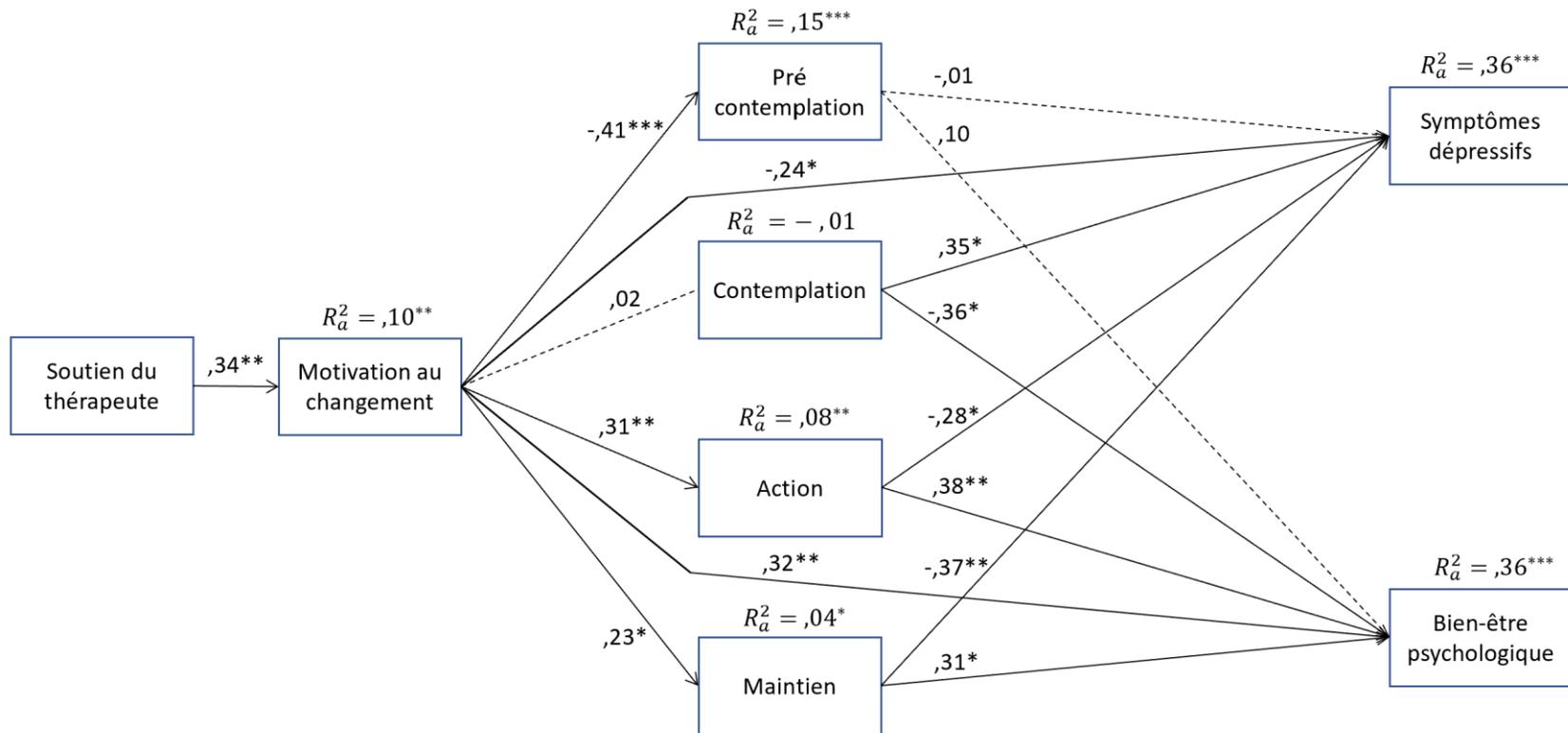
Selon une perspective plus globale, il est utile de noter que l'amplitude des associations entre la motivation et les quatre stades de changement décrits au paragraphe précédent est proportionnelle au niveau d'autodétermination de la motivation. En effet, l'association entre la motivation et la pré-contemplation, un stade où la volonté de changer est minimale, est négative et significative. L'association entre la motivation et le stade subséquent, soit la contemplation, est absente, ce qui est congruent avec l'ambivalence qui caractérise la contemplation. Tel que souligné précédemment, l'association entre la motivation et l'action, un stade où le client est engagé de façon proactive dans les comportements qui visent le changement, est positive et significative. Puis, l'association entre la motivation et le maintien, un stade où la personne se doit toujours d'être active dans son rétablissement, bien que l'essentiel du travail soit réalisé, est positive et significative. Cette séquence d'associations progressives, allant du négatif vers le positif en fonction, d'une part, du niveau d'autonomie de la motivation et, d'autre part, de l'engagement envers l'action, peut être qualifiée de patron de type simplex (Holbrook, 2022; Humphreys, 1960; Roznowski et al., 1994).

Tel que prévu par les hypothèses 3 et 4, la motivation autodéterminée était associée négativement aux symptômes dépressifs et positivement au bien-être psychologique.

Tel que prévu par les hypothèses 5(a), 5(b), 5(c) et 5(d), les associations entre les stades de changement, d'une part, et les symptômes dépressifs et le bien-être psychologique, d'autre part, étaient congruentes avec le degré d'évolution des stades de changement. Dans un premier temps, le stade de la pré-contemplation n'était pas associé aux symptômes dépressifs ni aux bien-être. Dans un second temps, le stade de la contemplation était positivement associé aux symptômes dépressifs et négativement au bien-être. Dans un troisième temps, le stade de l'action était négativement associé aux symptômes dépressifs et positivement au bien-être. Dans un quatrième temps, le stade de maintien était négativement associé aux symptômes dépressifs et positivement au bien-être. Ensemble, la motivation et les stades de changement prédisaient 36% de la variance des symptômes dépressifs et 36% des symptômes du bien-être psychologique, ce qui correspond à deux tailles d'effet élevées (Cohen, 1988).

Figure 3

Associations entre le soutien de l'intervenant, la motivation du client à changer, les stades de changement, la symptomatologie dépressive et le bien-être



CHAPITRE IV

DISCUSSION

1. Mise en rapport des objectifs et de la synthèse des résultats

L'objectif de l'étude était d'explorer les interrelations entre la motivation autodéterminée et les stades de changement (pré-contemplation, contemplation, préparation, action et maintien), leurs antécédents sociaux (les comportements interpersonnels du thérapeute), et leurs conséquences psychologiques, soit la symptomatologie dépressive et le bien-être (les émotions positives, l'engagement, les relations, la présence de sens et l'accomplissement). Les hypothèses de cette étude sont présentées ci-dessous et illustrées graphiquement à la Figure 2 (voir p.44).

Hypothèse 1. La première hypothèse anticipait que les comportements interpersonnels du thérapeute (c.-à-d. le soutien à l'autonomie, à l'affiliation et à la compétence) seraient associés positivement à la motivation autodéterminée à changer. Cette hypothèse a été corroborée. Les résultats de l'analyse acheminatoire ont révélé que le soutien du thérapeute était statistiquement significatif et conforme à la direction attendue.

Hypothèse 2. La deuxième hypothèse prévoyait que la motivation autodéterminée serait associée positivement à l'évolution dans les stades de changement, c'est-à-dire que (a) la motivation autonome envers le changement serait associée négativement au stade de la pré-contemplation; (b) qu'elle ne serait pas associée au stade de la contemplation ; (c) qu'elle serait associée positivement au stade de l'action et finalement, (d) qu'elle serait associée positivement au stade de maintien. Les résultats de l'analyse acheminatoire étaient congruents avec les quatre composantes de cette hypothèse.

Hypothèse 3. La troisième hypothèse proposait que la motivation autodéterminée serait associée négativement aux symptômes dépressifs. Cette hypothèse a été corroborée, les résultats obtenus suggérant que la motivation autonome favorise effectivement une baisse de la symptomatologie dépressive.

Hypothèse 4. Selon l'hypothèse quatre, il était prévu que la motivation autodéterminée serait associée positivement au bien-être psychologique. Ici encore, cette hypothèse a été corroborée, révélant qu'en effet, la motivation autodéterminée est liée au bien-être.

Hypothèse 5. La cinquième et dernière hypothèse prévoyait que le degré d'évolution des stades de changement serait associé négativement aux symptômes dépressifs et positivement au bien-être psychologique, ou plus précisément ; que (a) le stade de la pré-contemplation et (b) le stade de la contemplation seraient associés positivement aux symptômes dépressifs et négativement au bien-être psychologique et que les stades de (c) l'action et (d) du maintien seraient associés négativement aux symptômes dépressifs et positivement au bien-être psychologique. Ces hypothèses ont été partiellement corroborées. Contrairement à l'hypothèse initiale (5a) le stade de la pré-contemplation n'était pas associé aux symptômes dépressifs ni au bien-être psychologique. Les sous-hypothèses subséquentes ont toutefois été corroborées. (5b) Le stade de la contemplation était associé positivement et significativement aux symptômes dépressifs et négativement et significativement au bien-être psychologique. (5c) Le stade de l'action était associé négativement et significativement aux symptômes dépressifs et positivement et significativement au bien-être psychologique. Enfin, (5d) le stade de maintien était associé négativement et significativement aux symptômes dépressifs et positivement et significativement au bien-être psychologique.

2. Résultats imprévus

Généralement, les données recueillies corroborent la direction prévue des résultats. Un résultat non significatif a toutefois été obtenu tel que rapporté précédemment : les données n'ont identifié aucune association entre le stade de la pré-contemplation et la symptomatologie dépressive ainsi que le bien-être psychologique. Néanmoins, ce résultat paraît théoriquement plausible considérant qu'à ce stade, les individus présentent fréquemment une méconnaissance des conséquences liées à leur problématique. Effectivement, il est préconisé que pour favoriser le changement chez les gens au stade de la pré-contemplation, il est nécessaire de viser spécifiquement la prise de conscience des avantages au changement et des conséquences de maintenir les comportements habituels; c'est-à-dire d'augmenter l'inconfort au statu quo (Krebs et al., 2018). Il est ainsi compréhensible que ces gens ne présentent pas un grand indice de bonheur, ayant des comportements néfastes pour eux-mêmes, mais qu'ils ne présentent pas non plus un grand indice de symptômes dépressifs, étant moins en contact conscient avec les conséquences qu'apporte leur problématique dans leur vie (Bryant et al., 2022; Krebs et al., 2018; Prochaska et Prochaska, 2016; Prochaska et al., 1994).

Rappelons que les autres stades du modèle transthéorique du changement, les stades de contemplation, d'action et de maintien présentaient les associations attendues. Ainsi, en ce qui concerne les associations entre les stades de changement, d'une part, et la symptomatologie dépressive et le bien-être psychologique, d'autre part, les résultats non-significatifs relatifs au stade de la pré-contemplation sont un problème isolé.

En résumé, à l'exception du résultat imprévu dont il est question plus haut, les hypothèses annoncées ont été intégralement corroborées. Ces résultats probants sont porteurs de nombreuses retombées pour l'avancement des connaissances, qui sont détaillées à la section ci-dessous.

L'étude réalisée comporte également à un degré moindre, une retombée de nature psychométrique ainsi que des retombées appliquées relatives à l'intervention thérapeutique. Celles-ci seront abordées lors de sections subséquentes.

3. Retombées fondamentales

Dans un premier temps, la retombée conceptuelle la plus intéressante de l'étude est l'évaluation conjointe et séquentielle des associations entre la motivation autodéterminée et les stades de changement.

Individuellement, chacune de ces théories a démontré sa pertinence et les créneaux documentaires à leur sujet représentent une quantité colossale de connaissances.

En effet, pour commencer par le modèle transthéorique du changement, il a été utilisé pour mieux comprendre et promouvoir le changement dans une grande diversité de domaines, tels que la dépendance (Bauer et al., 2014; Cook et al., 2015; Evers et al., 2012; Gomez-Pena et al., 2012; Kim et al., 2021; Mayfield et Fogger, 2022; Myers et al., 2016; Ogilvie et Carson, 2021; Sherman et al., 2016; Soberay et al., 2014; Stotts et al., 2003), les comportements liés à la santé (Callaghan et al., 2010; Eshah et al., 2021; Fonte et Cruzado, 2021; Hashemzadeh et al., 2019; Krebs et al., 2018; Reed et al., 2013; Robinson et Vail, 2012; Wallen Warner et al., 2021), la prévention de risques (Edmonds et al., 2022; Hoy et al., 2016; Karakurt et al., 2021; Matsuo et Hirano, 2021; Prochaska et al., 2004; Kidd et al., 2003) et la santé psychologique (Dozois et al., 2004; Petrocelli, 2002; Prochaska et al., 2020; Ramirez-Cifuentes et al., 2021; Roughley et al., 2021; Tsoh et Hall, 2004). Cette théorie s'est ainsi taillé une place de choix lorsqu'il est question de mieux comprendre les processus de changements comportementaux entourant une panoplie de contextes très diversifiés.

D'ailleurs, il est possible de dire que son égale au niveau de la motivation est la théorie de l'autodétermination (TAD). Il s'agit du cadre théorique prévalent le plus déployé empiriquement en ce qui concerne les processus motivationnels. Effectivement, la validité de la taxonomie motivationnelle de la TAD a été documentée dans une grande variété de domaines différents, tels l'éducation (Alamer et al., 2022; Cinar-Tanriverdi et Karabacak-Celik, 2022; Niemiec et Ryan, 2009; Ntoumanis, 2005 ; Philpott et Son, 2022; Standage et al., 2006), l'emploi (Gagné, 2014; Gagné et Deci, 2005; Henning et al., 2022; Kao et al., 2022; Tudu et Singh, 2022), la santé physique (Bentzen et al., 2021; Fortier et al., 2012; Halvari et al., 2013; Ntoumanis et al., 2021; Rocchi et al., 2021; Sheldon et al., 2008), la religion (Barberis et al., 2022; MacLean et Riebschleger, 2021; Neyrinck et al., 2010; Savarinathan, 2013; Springer et al., 2021), l'environnement (Andkjaer et al., 2021; Lee et al., 2021; Pelletier, 2002; Webb et al., 2013; Yang et al., 2022), les relations (Caffrey et Browne, 2022; Jorgensen-Wells et al., 2022; Knee et al., 2013; Segrin et al., 2022) et les loisirs (Chatzisarantis et Hagger, 2009; Hutmacher et al., 2021; More et Philips, 2021; Pasi et al., 2021; Patrick et Canevello, 2011; Ryan et al., 2006).

Notons qu'un petit groupe de chercheurs ont examiné la validité et la pertinence de la Théorie de l'Intégration Organismique (TIO) dans le domaine de l'intervention thérapeutique en santé mentale (Jochems et al., 2014; Kennedy et Gregoire, 2009; Kushnir et al., 2016; Pelletier et al., 1997; Wild et al., 2006). La majorité d'entre eux ont identifié avec succès les six différentes formes de motivation proposées par Deci et Ryan (Deci et Ryan, 2012; Ryan et Deci, 2017) en contexte thérapeutique. Néanmoins, seuls quelques pionniers se sont intéressés directement aux associations entre l'intégration organismique et ses retombées thérapeutiques. Ainsi, peu d'auteurs se sont penchés sur la question de savoir quels types de motivations sont associées à des retombées thérapeutiques précises. Par ailleurs, le nombre limité d'études portant sur le sujet

concerne le domaine de la dépendance (Kennedy et Gregoire, 2009; Kushnir et al., 2016; Wild et al., 2006) et le domaine des troubles alimentaires (Mansour et al., 2012; Vansteenkiste et al., 2013). Les corrélats thérapeutiques associés aux autres troubles demeurent largement inexplorés. L'étude présente vient ainsi élargir le spectre des connaissances à ce sujet en y ajoutant la symptomatologie dépressive, un sujet qui n'avait été abordé au préalable que par un seul auteur (Zuroff et al., 2012; Zuroff et al., 2017).

Tel qu'indiqué en début de section, bien que l'étude réalisée ici contribue à élargir les connaissances empiriques associées individuellement à chacune de ces deux théories, son originalité se démarque tout particulièrement dans l'amalgame de ces deux géants conceptuels. En effet, bien que ces deux théories soient rattachées à un amoncellement très étoffé de littérature, le fait de les étudier de pair est une innovation qui s'inscrit au sein d'un champs d'étude récent en pleine expansion.

Pour les associer, les chercheurs ont d'abord commencé par s'intéresser davantage à la sous-théorie de l'évaluation cognitive de la TAD, afin de la jumeler au modèle transthéorique du changement. Ils ont cherché de cette façon à constater si le soutien des besoins psychologiques pourrait contribuer à l'évolution dans les stades de changement (Bezner et al., 2020; Biddle et Nigg, 2000; Blow et al., 2022; Blow et al., 2019; Jochems et al., 2011; Palmeira et al., 2007; Wood, 2008), ce qui s'est avéré être le cas.

Ce n'est qu'un peu plus tard que les chercheurs se sont intéressés à observer l'effet de la qualité de la motivation d'une personne sur les différents stades de changement de son parcours, mettant enfin en relation avec le modèle transthéorique du changement une deuxième sous-théorie de la TAD : la théorie de l'intégration organismique. Toutefois, la majorité de ces études

ont été menées en milieu sportif (p. ex. : Bellg, 2003; Castuera et al., 2015; Clough et Casey, 2011; Daley et Duda, 2006; Putnam, 2002; Vancampfort et al., 2019; Vancampfort et al., 2014; Vancampfort et al., 2016; Vancampfort et al., 2018). En contraste, un nombre beaucoup plus restreint de chercheurs ont examiné cette thématique en contexte de santé mentale (Jochems et al., 2016; Jochems et al., 2014; Kennedy et Gregoire, 2009; Kushnir et al., 2016). De plus, ces recherches ont examiné la taxonomie motivationnelle et la taxonomie du changement de façon parallèle, à titre de conséquences d'autres variables. Les stades de changement ont ainsi rarement été conceptualisés comme une conséquence possible de la motivation au changement thérapeutique. Le nombre d'études préalables ayant porté sur l'arrimage séquentiel de la motivation et des stades de changement se limite à deux, une concernant les problématiques de jeu pathologique (Kushnir et al., 2016) et l'autre s'intéressant à la consommation de substances (Kennedy et Gregoire, 2009).

Par ailleurs, à notre connaissance, aucune étude n'aborde à ce jour le concept de changement thérapeutique de façon globale, tel qu'exposée dans cette étude. Dans le passé, la motivation au changement a été opérationnalisée en fonction des différents troubles auxquels on cherchait à l'associer, alors qu'ici, la motivation au changement thérapeutique est conceptualisée et opérationnalisée de façon universelle, c'est-à-dire qu'elle pourrait s'associer aux diverses difficultés psychologiques que pourrait rencontrer une personne.

En somme, la présente étude a permis de mettre en relation de façon séquentielle pour la première fois, la motivation et les stades de changement en opérationnalisant ces deux ensembles de construits de façon universelle (c.-à-d. non confondue avec leurs conséquences psychologiques). Il s'agit d'une contribution originale unique. L'évaluation de l'impact conjoint

de la motivation et des stades de changement sur la symptomatologie dépressive et le bien-être est également une retombée fondamentale novatrice.

Les paragraphes qui précèdent soulignent l'importance des retombées fondamentales centrales de la présente étude. Elle comporte également des retombées fondamentales complémentaires. La présente étude a permis de consolider les connaissances portant sur l'importance du soutien interpersonnel pour augmenter l'autodétermination ainsi que sur l'importance de l'autodétermination pour optimiser les conséquences de la motivation. Elle a également permis de consolider les connaissances au sujet des conséquences psychologiques des différents stades de changement. Enfin, elle élargit les données disponibles au sujet d'une population étudiée de façon minoritaire dans la documentation nord-américaine : les personnes québécoises francophones.

Dans un deuxième temps, la théorie de l'évaluation cognitive a fait ses preuves, démontrant que le soutien des besoins contribue au développement d'une motivation plus autodéterminée et permet une multitude de conséquences positives, et ce, dans une grande variété de domaines, tels qu'en contexte parental (Ferguson et al., 2011; Grolnick et al., 2021; Gurland et Grolnick, 2005; Kausik et Hussain, 2020; Su-Russel et Russel, 2021; Whipple et al., 2011), en contexte scolaire (Amholt et al., 2022; Cohen et al., 2022; Conesa et al., 2022; Hardre et Reeve, 2003 ; Legault et al., 2006; Vansteenkiste et al., 2004), dans le domaine de la santé (Kilb et al., 2022; Smith et al., 2022; Williams et Deci, 2001; Halvari et Halvari, 2006; Sheeran et al., 2021; Williams et al., 2006), dans les sports (Bentzen et Malmquist, 2022; Gillet et al., 2010; Matsumoto et Takenaka, 2022; Moreau et Mageau, 2012; Sabo et al., 2022), de même qu'en santé mentale (Alqahtani et al., 2022; Brownlow, 2022; Jochems et al., 2017; Sifat et al., 2022; Weinstein et al., 2017). L'étude réalisée vient ainsi une fois de plus consolider ce savoir

théorique, en apportant de nouveaux résultats qui documentent le rôle utile que joue le soutien du clinicien dans le développement de la motivation au changement thérapeutique du client.

Dans un troisième temps, il est bien établi dans la documentation que, de façon générale, les gens autodéterminés retirent des effets plus positifs que les gens présentant une motivation contrôlée (Deci et Ryan, 1985; 2002; Ryan et Deci, 2017). La motivation envers la thérapie ne semble pas faire exception. Effectivement, une panoplie d'auteurs rapportent que l'autodétermination envers la thérapie apporte plusieurs conséquences positives, que ce soit au niveau de la présence en thérapie, des changements réalisés ou simplement au niveau de l'expérience subjective plus positive (Leibert et al., 2021; Michalak et al., 2004; Ryan et Deci, 2008; Sheldon et Houser-Marko, 2001; Taylor et al., 2020). Au contraire, il est connu qu'une motivation contrôlée envers la thérapie prédirait moins d'importance accordée aux démarches, plus de tension pendant les séances ainsi que des résultats thérapeutiques plus décevants (McBride et al., 2010; Ryan et Deci, 2008; Taylor et al., 2020; Wu et Li, 2019).

Les résultats de la présente étude s'inscrivent en continuité avec cette documentation. En effet, une motivation autodéterminée amène les gens à progresser davantage au niveau des changements souhaités, à présenter moins de symptomatologie dépressive et à vivre davantage de bien-être. Inversement, la motivation non autodéterminée face au changement thérapeutique est associée à moins de progression envers le changement souhaité, ainsi qu'à plus de symptômes dépressifs et à moins de bien-être. D'ailleurs, il est utile de noter que le modèle PERMA de Seligman (2012; 2018) n'a été mis en relation que quelques fois avec la théorie de l'autodétermination, et ce, que ce soit de façon théorique (Littman-Ovadia, 2019) ou empirique (Bonneville-Roussy et al., 2020). La recherche présente vient donc s'ajouter à la documentation limitée mettant en relation ces deux théories.

Dans un quatrième temps, dans le cas du modèle transthéorique du changement, la littérature le concernant prend une direction similaire à celle concernant la TIO quant à ses conséquences, dans le sens où, de façon générale, une plus grande progression dans les stades de changement est associée à des conséquences thérapeutiques plus positives. Inversement, une plus faible progression est associée à des conséquences moins désirables (Belair et al., 2020; Bridges et al., 2022; Brogan et al., 1999; Bryant et al., 2022; Krebs et al., 2018; Norcross et al., 2011; Prochaska et Velicer, 1997). Ces résultats se retrouvant tant en contexte de thérapie de groupe (Calson et al., 2003; Velasquez et al., 2001) qu'en contexte de thérapie individuelle (Sharifirad et al., 2012) et qu'en contexte monitoré par ordinateur (Prochaska et Velicer, 1997), et ce, autant chez les adultes (Krebs et al., 2018) que chez les adolescents (Engels et al., 2022; Joyner et Loprinzi, 2019).

Tout comme la théorie de l'autodétermination, le modèle transthéorique du changement n'a été lié théoriquement que quelques fois au modèle PERMA (Archuleta et al., 2018; Mancini, 2020; Reynolds et al., 2018), et jamais, à notre connaissance, de façon empirique. Il semble aller de soi qu'améliorer sa qualité de vie et travailler sur ses difficultés augmente le bien-être psychologique. Néanmoins, aucune étude ne semble, à ce jour, avoir lié les différents stades de changement et les indices de bien-être de PERMA. Cette étude contribue à combler ce manque.

Enfin, l'échantillon visé appartenant à une population clinique canadienne-française, l'information à leur sujet est considérablement moins grande, par comparaison à toute l'information disponible au sujet de la population canadienne-anglaise (Guay et al., 2008; Noels et al., 2000; Vallerand et al., 1992) et américaine-anglaise (Hennessey, 2000; Levesque et al., 2004; Niemiec et Ryan, 2009). L'étude réalisée permet donc d'approfondir nos connaissances sur cette population minoritaire.

4. Retombée psychométrique

Quelques outils sont disponibles dans la littérature afin d'évaluer la motivation envers la thérapie (Levesque et al., 2006; Pelletier et al., 1997; Rosenbaum et Horowitz, 1983), mais aucun ne porte sur la motivation envers le changement thérapeutique. L'échelle de motivation envers le changement thérapeutique créée spécifiquement pour ce projet est un nouvel outil, qui a le potentiel d'être utile aux chercheurs et aux cliniciens qui désirent mesurer cette variable. Les informations psychométriques obtenues pour les fins du présent projet sont préliminaires mais intéressantes. La structure factorielle de l'instrument est bonne et la cohérence interne de ses sous-échelles est stable. Il serait nécessaire de documenter par d'autres procédures (p. ex. : validité de construit, validité discriminante, validité convergente) les propriétés métrologiques de cet instrument afin d'évaluer sa qualité davantage avant d'élargir son utilisation. Il peut toutefois constituer un point de départ dont le potentiel est prometteur.

5. Retombées appliquées

Les résultats de la présente étude étant concluants, si ses résultats étaient répliqués dans d'autres études, ces nouvelles connaissances pourraient avoir des contributions appliquées potentielles pour les intervenants en santé mentale. Il pourrait être plus facile pour les intervenants en relation d'aide de cerner les cibles d'intervention les plus utiles pour créer le changement chez leurs clients. Cela est important, puisqu'il serait possible de cette façon pour les intervenants tant que pour les clients de s'assurer d'investir leur énergie et leurs efforts dans la bonne direction.

Pour commencer, les résultats obtenus sont venus valider l'étendue déjà vaste de données rapportant l'importance capitale du soutien que le thérapeute apporte à son client lors du travail difficile qu'est le changement thérapeutique pour soutenir et développer sa motivation.

Effectivement, il est bien connu maintenant que le soutien des besoins psychologiques du client (autonomie, compétence et affiliation); c'est-à-dire, entre autres, de prendre en compte le client dans son cheminement thérapeutique, de favoriser l'alliance par l'empathie, de croire en lui et de lui offrir les informations nécessaires à sa réussite est indispensable à la motivation du client au sein du processus d'aide et pourrait même compter pour une partie non négligeable des progrès réalisés (Keleher et al., 2019). Il est ainsi essentiel pour quiconque entrant en relation d'aide de tenir compte de ces informations et d'intervenir en conséquence.

Néanmoins, le plus grand apport de cette étude serait au sein des résultats suivants, rapportant une relation significative et positive entre la motivation autodéterminée et l'évolution dans les stades de changement. Il est vrai que, présentement, certaines approches, telles que l'entretien motivationnel (EM), se basant sur les différents stades de changement, utilisent déjà la motivation du client comme moteur de progression. Toutefois, une profonde compréhension du processus d'intégration de la motivation autodéterminée ne paraît pas clairement imbriquée dans ces modèles. Il semble plutôt que les cliniciens identifient le stade de changement dans lequel se trouve leur client et qu'ils sélectionnent ensuite d'instinct et d'expérience une des interventions proposées pour favoriser le mouvement du client d'un stade à l'autre, sans réellement ou plutôt sans explicitement comprendre les processus motivationnels en action chez leurs clients. C'est ici que l'apport de la TAD est utile, rendant beaucoup plus concret le cheminement du client vers l'intégration de son processus de changement. De façon plus précise, on pourrait voir le client progresser dans différentes étapes d'intégration face à sa difficulté ; c'est-à-dire qu'il pourrait initialement ne pas voir de raisons pour changer, ensuite vouloir changer pour éviter certaines conséquences, par la suite vouloir changer pour se débarrasser de la honte, vouloir changer parce que c'est important pour lui et que cela fait partie de ses valeurs, vouloir changer parce que cela

fait partie de son concept de soi et que prendre soin de soi est une partie intégrante de qui il est ou finalement, de vouloir changer pour le plaisir que cela lui apporte de se découvrir davantage et de croître au plan personnel. Il est ainsi très avantageux de connaître le processus d'intégration de motivation en tant qu'intervenant, puisque cela offre des cibles précises pour l'intervention et donne des indices sur la progression du client quant à ses motifs d'actions.

Il s'agit donc de tirer profit d'une plus grande compréhension du processus qui sous-tend l'intégration de cette motivation chez le client, de manière à intervenir de façon plus informée et d'avoir une meilleure conceptualisation des mécanismes de changement qui opèrent en lui. De cette façon, ayant une compréhension optimale des processus motivationnels en cours chez leurs clients, les intervenants pourront sélectionner, au sein même des interventions démontrées comme efficaces par les données probantes, les actes thérapeutiques les plus adaptées à la situation particulière et individuelle de leur client. C'est ainsi dans cet apport, au sein d'un domaine qui semble nouvellement en grande expansion, que s'inscrit l'unicité cette étude au plan appliqué.

Il est d'autant plus intéressant de considérer ces résultats, tenant compte du fait que ces connaissances pourraient être appliquées à diverses approches, tant humaniste que psychodynamique, que cognitivocomportementales, etc. Effectivement, toutes les formes d'interventions visent à obtenir un changement chez la personne aidée, afin d'améliorer sa qualité de vie, que ce soit par exemple en développant sa connaissance d'elle-même, en acquérant de nouvelles habiletés sociales, en entrant davantage en contact avec son monde émotionnel ou même en travaillant une dynamique relationnelle. Peu importe l'approche de conceptualisation ou encore le changement recherché, il a été abondamment démontré que les processus qui sous-tendent l'intégration de la motivation de la TAD se généralisent d'un

domaine à l'autre. (p. ex. : Ryan & Deci, 2017). Il est donc possible de concevoir que ces processus transcenderaient également l'approche thérapeutique. De cette façon, il est permis d'espérer que les résultats obtenus pourraient venir ajouter aux interventions des cliniciens intéressés, indépendamment de leur appartenance disciplinaire.

Dans le même ordre d'idées, théoriquement, selon la TAD (Deci & Ryan, 2002; Ryan & Deci, 2017), le soutien des besoins et l'intégration des motifs de changement resteraient pertinents à travers tous les contextes organisationnels de relation d'aide; en milieux publics (CLSC, hôpitaux), en milieux communautaires (organismes œuvrant auprès des gens ayant une problématique reliée à la santé mentale) et en milieux privés (cliniques privées, cliniques universitaires).

De plus, si le soutien des besoins fondamentaux (autonomie, compétence et affiliation) est utile pour que la personne aidée développe une motivation plus autodéterminée envers le changement et progresse vers l'atteinte de ses objectifs, il faut considérer que les intervenants sont aussi susceptibles d'être sensibles à ces mêmes facteurs. Il est conceptuellement plausible de proposer qu'un milieu qui ne soutient pas les besoins de ses intervenants limiterait chez eux leur motivation autodéterminée et leur disposition à être totalement à l'écoute des gens aidés, à acquérir de nouvelles connaissances importantes pour leur travail et à implanter des changements dans leur pratique. Des caractéristiques de milieux qui pourraient soutenir les besoins des intervenants seraient par exemple une équipe engagée et soutenante, un supérieur hiérarchique reconnaissant et présent, une charge de cas adéquate et une liberté de jugement professionnel, selon les capacités et les besoins de l'intervenant. À l'inverse, un milieu où les supérieurs hiérarchiques exercent de la pression (p. ex. : en imposant une charge de travail ou des contraintes de temps déraisonnables, des objectifs irréalistes, ou des attentes contraignantes au

plan du rendement), où il y a absence de reconnaissance du bon travail réalisé, absence de rétroactions utiles ou présence de critiques blessantes et où le climat de travail est indifférent et hostile pourrait possiblement altérer négativement la motivation du thérapeute, ce qui risquerait d'affecter en retour la qualité de son travail avec ses clients.

De plus, les résultats obtenus ont permis de dénoter que la motivation autodéterminée et l'évolution dans les stades de changement augmentaient le bien-être psychologique et, inversement, diminuait la symptomatologie dépressive. Cette connaissance est susceptible de permettre aux professionnels en relation d'aide de doubler les cibles d'action possibles, les interventions pouvant être orientées par rapport au niveau de motivation du client selon la théorie de l'intégration organismique, ou encore par rapport aux différents stades du modèle transthéorique du changement.

6. Forces et limites

La force principale de l'étude réalisée réside dans la nature de l'échantillon recueilli. Trop souvent, les études portant sur les variables de santé mentale font appel à des échantillons composés d'étudiants universitaires. Dans la présente étude, des gens du grand public présentant des symptômes dépressifs d'amplitude variée ont été recrutés. Cette stratégie n'est pas tout à fait aussi optimale que le recrutement de clients ayant reçu un diagnostic formel de dépression, mais la validité externe des résultats obtenus demeure supérieure à celle d'un échantillon universitaire de convenance.

Pour ce qui est des limites du projet, tel que mentionné plus haut, le devis de recherche choisi afin de tester les hypothèses ne permet pas de combler tous les postulats nécessaires à l'établissement d'une relation de cause à effet complète, c'est-à-dire que la covariation des variables est observée, mais qu'il est impossible d'établir de séquence temporelle entre les

variables mesurées. La réalisation d'études longitudinales futures est requise pour obtenir cette information.

Une autre vulnérabilité du projet pourrait être sa sensibilité au biais du volontaire. Comme le projet s'intéresse à une population clinique présentant des particularités variées, certains types de participants pourraient être plus disposés à répondre au questionnaire que d'autres. Par exemple, il pourrait être possible que les participants présentant une symptomatologie dépressive sévère aient davantage de symptômes de type neuro-végétatif et que cela influence leur taux de participation à l'étude. Ce sont toutefois des participants indispensables pour les fins de la présente étude, puisque ceux-ci représentent toute une extrémité du continuum de la symptomatologie ciblée.

Dans le même sens, une autre limite de l'étude serait la symptomatologie dépressive auto rapportée. Effectivement, il est nécessaire de reconnaître que bien que les participants relatent présenter certains symptômes dépressifs, ceux-ci n'ont pas été appréciés par un clinicien et le diagnostic de dépression caractérisée n'a pas été posé dans le cadre de l'étude. En dépit de cela, le fait que les participants de l'échantillon recruté représentent différents degrés du continuum de symptômes dépressifs augmente considérablement la validité écologique des résultats obtenus. L'étude permettant de représenter trois groupes présentant différents niveaux de symptomatologie selon l'inventaire de Beck : léger, moyen et sévère. L'information recueillie est utile, parce qu'une grande partie de la population présente un certain degré de symptomatologie dépressive, sans toutefois présenter le syndrome clinique complet. Néanmoins, il resterait important pour la rigueur scientifique ajoutée que dans des études futures, cette dite symptomatologie soit évaluée par un clinicien compétent et que les participants cliniquement dépressifs soient identifiés et diagnostiqués.

En conclusion, ce projet utilisant un devis de recherche de type corrélationnel et transversal comporte des forces au niveau de l'échantillon retenu et de la validité externe. Il comporte toutefois des vulnérabilités au niveau de l'établissement d'une relation de cause à effet et au niveau de la sensibilité au biais du volontaire.

7. Études futures

Comme étude future, afin d'ajouter d'autant plus de rigueur au modèle proposé, il serait pertinent d'élaborer une étude longitudinale qui pourrait porter sur toute la durée du processus thérapeutique des clients et qui inclurait diverses problématiques, dont les diagnostics seraient établis par des cliniciens participants au processus de recherche. De cette façon, au début, à la fin, ainsi qu'à intervalles réguliers au cours des séances, la motivation au changement thérapeutique, la progression dans les différents stades de changement et leurs conséquences pourraient être mesurées conjointement. Il serait alors possible d'investiguer plus profondément plusieurs questions de recherche, c'est-à-dire ; pour quels troubles de santé mentale ce modèle est-il vrai, ce modèle s'applique-t-il indépendamment de la sévérité du trouble rencontré, la comorbidité de plusieurs diagnostics est-il un obstacle à l'application de ce modèle, etc. De surcroît, une étude longitudinale permettrait de documenter, en temps réel, l'évolution au sein des stades de changement et ses corrélats.

Aussi, la recherche présente portant sur une clientèle présentant une symptomatologie dépressive, il pourrait être intéressant de reproduire l'étude en ciblant d'autres problématiques de santé mentale. Effectivement, tel que mentionné plus tôt, la littérature en lien avec la théorie de l'autodétermination (Deci et Ryan, 1985; 2012; Ryan et Deci, 2017) gagnerait à être développée encore davantage dans le domaine de la santé mentale et le modèle transthéorique du changement (Prochaska, 1979; 2008; 2013), qui semble être utilisé dans plusieurs domaines

d'intervention, gagnerait également à obtenir davantage de support théorique. La recherche s'étant attardée davantage, jusqu'à présent, à la dépendance et aux troubles alimentaires (Evers et al., 2012; Nidecker et al., 2008; Vansteenkiste et al., 2013). Il serait ainsi intéressant d'étendre les connaissances sur l'efficacité de ces théories à d'autres troubles de santé mentale.

Par exemple, il serait pertinent de faire davantage de recherche en ce sens incluant la symptomatologie anxieuse, sachant que l'anxiété est fréquemment rapportée comme la problématique de santé mentale la plus prévalente (Institut national de santé publique du Québec, 2012). Ces données permettraient ainsi de rejoindre un plus grand pourcentage de la population et dans le même sens, une proportion plus grande des traitements psychologiques dispensés. Sachant qu'il est de la plus haute importance que les interventions cliniques soient basées sur des données probantes, il est essentiel que ces dites données existent. Pour suivre le même cours d'idées, une autre population intéressante auprès de laquelle ces informations seraient pertinentes serait les gens atteints de troubles plus sévères, tels que la schizophrénie ou le trouble obsessionnel-compulsif. On sait que ces personnes sont particulièrement difficiles à engager en traitement et que les services les rejoignant présentent souvent des taux d'attrition tristement élevés. Il serait donc primordial de mieux comprendre les mécanismes de motivation et de changement les concernant, dans le but de mieux cerner leurs besoins et d'adapter les services pour assurer le meilleur taux de réussite possible.

Finalement, il pourrait être intéressant d'ajouter des variables comportementales au modèle. L'étude présente étant basée sur des questionnaires autorapportés se fiant davantage sur les intentions et sur les impressions des clients, il serait intéressant d'ajouter une variable pouvant tenir compte de façon observable de l'évolution des clients au niveau de la progression dans les stades de changement ou encore au niveau des changements dans la symptomatologie.

Par exemple, dans le cas d'une population présentant une symptomatologie dépressive plutôt sévère, l'activation comportementale pourrait être observée à l'aide de l'implication dans une activité choisie.

CONCLUSION

Des efforts considérables sont réalisés par des gens qui souhaitent s'améliorer, devenir de meilleures versions d'eux-mêmes et surpasser leurs difficultés, ainsi que par leurs intervenants, qui s'emploient à déceler leur potentiel et qui font tout ce qui est en leur pouvoir pour les amener à obtenir les résultats souhaités. C'est ici qu'intervient, parmi une large littérature en constant développement, cette étude. L'objectif principal de ce projet de recherche était d'examiner les interrelations entre le soutien du thérapeute, la motivation du client, les stades de changement thérapeutique, la symptomatologie dépressive et le bien-être, des variables liées de très près au cheminement thérapeutique.

Les résultats ont soulevé, en premier lieu, l'importance du soutien des besoins psychologiques par le thérapeute pour le maintien et le développement de la motivation autodéterminée chez le client. En deuxième lieu, les données analysées ont permis de révéler la nature de la relation entre la motivation autodéterminée ainsi que les différents stades de changement, l'évolution de tous deux allant de pair. Puis, en troisième et quatrième lieu, les résultats ont permis de constater les effets bénéfiques de la progression du client au sein de chacun de ces processus (autodétermination de la motivation et progression dans les stades de changement), liant l'évolution au sein de chacun à une augmentation du bien-être psychologique et à une diminution de la symptomatologie dépressive.

Ces résultats permettent ainsi de contribuer à l'avancement des connaissances, d'offrir un outil sur la motivation au changement thérapeutique aux chercheurs intéressés à le développer davantage et dans une vision plus élargie, de permettre aux intervenants en relation d'aide d'alimenter leur pratique clinique.

La motivation est la source d'énergie qui alimente le comportement (Reeve, 2018). Trouver un sens personnel à l'action est donc indispensable à sa réalisation. Le changement personnel est difficile. Le changement thérapeutique, nécessaire à un moment où la personne est en détresse, l'est encore davantage. Il est permis d'espérer que les résultats de la présente étude élargiront la compréhension des interrelations entre la régulation de la motivation et le déploiement séquentiel du changement thérapeutique, et que la recherche future découvrira de nouveaux facteurs permettant d'optimiser ces étapes vers le mieux-être.

Références

- Abellanas, L., & McLellan, A.T. (1993). "Stage of change" by Drug Problem in Concurrent Opioid, Cocaine, and Cigarette Users. *Journal of Psychoactive Drugs*, 25(4), 307-313. <https://doiorg.proxybiblio.uqo.ca/10.1080/02791072.1993.10472288>
- Adie, J.W., Duda, J.L., & Ntoumanis, N. (2008). Autonomy support, basic need satisfaction and the optimal functioning of adult male and female sport participants: A test of basic needs theory. *Motivation and Emotion*, 32(3), 189-199. <https://doi-org.proxybiblio..ca/10.1007/s11031-008-9095-z>
- Adugna, A., Azale, T., & Handebo, S. (2020). Seven in every ten khat chewers in Gondar City had an intention to stop khat chewing: Cross-sectional study using Transtheoretical Model. *BMC Psychiatry*, 20, 557. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1186/s12888-020-02984-4>
- Agence de la santé publique du Canada. (2016). *Rapport du système Canadien de surveillance des maladies chroniques : Les troubles anxieux et de l'humeur au Canada, 2016* (Report : HP35-70/2016F-PDF). Canada. ASPC. https://publications.gc.ca/collections/collection_2016/aspc-phac/HP35-70-2016-fra.pdf
- Ainsworth, M.D.S. (1985). Patterns of attachment. *The Clinical Psychologist*, 38(2), 27-29.
- Ainsworth, M.D.S. (1991). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp.33-51). New York, NY: Tavistock/Routledge.

Ainsworth, M.D.S. (2010). Security and attachment. In R. Volpe (Ed.), *The Secure Child: Timeless Lessons in Parenting and Childhood Education* (pp. 43-53). Charlotte, NC: IAP Information Age Publishing.

Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., et Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Akgül, G. (2022). Emerging Adults during the Pandemic: The Experiences of Generation Z in the Context of Self-Determination Theory. *Child & Youth Services*, 1-24.
[https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1080/014](https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1080/0145935X.2022.2065982)

5935X.2022.2065982

Alessandri, E., Dawn, R., & Wasley, D. (2020). Health and wellbeing in higher education: A comparison of music and sport students through the framework of self determination theory. *Frontiers in Psychology*, 11, 566307. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.3389/fpsyg.2020.566307>

Alamer, A., Al Khateeb, A., & Jenö, L.M. (2022). Using whatsapp increases language students' self-motivation and achievement, and decreases leaning anxiety: A self-determination theory approach. *Journal of Computer Assisted Learning*.
<https://doi.org/10.1111/jcal.12753>

Alqahtani, F., Orji, R., Riper, H., Mccleary, N., Witterman, H., & Mcgrath, P. (2022). Motivation-based approach for tailoring persuasive mental health applications. *Behaviour & Information Technology*, advance online publication.
<https://doi.org/10.1080/0144929X.2022.2031296>

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Amholt, T.T., Dalgas, B.W., Veitch, J., Ntoumanis, N., Jespersen, J.F., Schipperijn, J., & Pawlowski, C. (2022). Motivating playgrounds: Understanding how school playgrounds support autonomy, competence, and relatedness of tweens. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 17(1), Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2096085>
- Amodei, N., & Lamb, R.J. (2004). Convergent and concurrent validity of the Contemplation Ladder and URICA scales. *Drug and Alcohol Dependence*, 73(3), 301-306. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1016/j.drugalcdep.2003.11.005>
- Amorose, J.A., Anderson-Butcher, D., & Cooper, J. (2009) Predicting changes in athletes' well-being from changes in need satisfaction over the course of a competitive season. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 80(2), 386-392. <https://doi.org/10.1080/02701367.2009.10599575>
- Andkjaer, S., Klein-Wengel, T.T., Ishoi, A., & Bjork Peterson, C. (2021). Being and doing in the outdoors bring something extra! Evaluating the Danish Healthy in Nature project. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 16(1), 1983947. <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1983947>
- Andreasdakis, E., Joussemet, M., & Mageau, G.A. (2019). How to support toddlers' autonomy: Socialization practices reported by parents. *Early Education and*

Development, 30(3), 297-314. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1080/10409289.2018.1548811>

Archuleta, K.L., Asebedo, S.D., & Palmer, L. (2018). Contemporary Theories and Frameworks for Use in Financial Counseling. In D. Durband, R. Law & A. Mazzolini (Eds.), *Financial Counseling* (pp. 91-109). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-72586-4_7

Arslan, G. (2021). Psychological maltreatment predicts decreases in social wellbeing through resilience in college students: A conditional process approach of positive emotions. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 1-11. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01583-0>

Asebedo, S.D., & Seay, M.C. (2014). Positive psychological attributes and retirement satisfaction. *Journal of Financial Counseling and Planning*, 25(2), 161-173. 2014-55079-004

Asebedo, S.D., & Seay, M.C. (2015). From functioning to flourishing: Applying positive psychology to financial planning. *Journal of Financial Planning*, 28(11), 50-58.

Assor, A., Kaplan, H., & Roth, G. (2002) Choice is good, but relevance is excellent: Autonomy-enhancing and suppressing teacher behaviors predicting students' engagement in schoolwork. *British Journal of Educational Psychology*, 72(2), 261-278. <https://doi.org/10.1348/000709902158883>

- Assor, A., Roth, G., & Deci, E.L. (2004). The emotional costs of parents' conditional regard: A Self-Determination Theory analysis. *Journal of personality*, 72(1), 47-88. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1111/j.0022-3506.2004.00256.x>
- Avsec, A., Eisenbeck, N., Carreno, D.F., Kocjan, G.Z., & Kavcic, T. (2022). Coping styles mediate the association between psychological inflexibility and psychological functioning during the COVID-19 pandemic: A crucial role of meaning-centered coping. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 26, 201-209. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.10.001>
- Awofeso, N., & Rabih, Z.A.H. (2022). Correlates of self-paced classes engagement policy & course contents' view by learners at HBMSU, United Arab Emirates. *Open Learning: The Journal of Open and Distance Learning*, 37(2), 169-177. <https://doi.org/10.1080/02680513.2020.1742102>
- Baceviciene, M., & Jankauskiene, R. (2021). Self-determined motivation mediates the association between self-reported availability of green spaces for exercising and physical activity: An explorative study. *Sustainability*, 13(3), <https://doi.org/10.3390/su13031312>
- Balmumcu, A., & Unsal Atan, S. (2021). Smoking cessation programs for pregnant woman: Utilizing WhatsApp text messaging. *Journal of Addictions Nursing*, 32(3), 188-196. <https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000417>
- Barberis, N., Cannavo, M, Calaresi, D., & Gugliandolo, M.C. (2022). The mediational role of autonomous and controlled motivation in the relationship between

- perceptions of god, self-esteem, and religious practices. *Spirituality in Clinical Practice*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/scp0000307>
- Barszcz, S.J., Oleszkowicz, A.M., Bąk, O., & Słowińska, A.M. (2022). The role of types of motivation, life goals, and beliefs in pro-environmental behavior: The Self-Determination Theory perspective. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 1-16. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1007/s12144-022-02995-2>
- Baten, E., Vansteenkiste, M., De Muyneck, G.-J., De Poortere, E., & Desoete, A. (2020). How can the blow of math difficulty on elementary school children's motivational, cognitive and affective experiences be dampened? The critical role of autonomy-supportive instructions. *Journal of Educational Psychology*, 112(8), 1490-1505. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1037/edu0000444>
- Bauer, S., Strik, W., & Moggi, F. (2014). Motivation as a predictor of drinking outcomes after residential treatment programs for alcohol dependence. *Journal of Addiction Medicine*, 8(2), 137-142. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000013>
- Baumeister, R.F. (2005). *The cultural animal: Human nature, meaning, and social life*. New York: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195167030.001.0001>
- Baumeister, R.F., & Leary, M.R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachment as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497–529. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1037/0033-2909.117.3.497>

- Beck, A.T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561–571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1963.01720160014002>
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Beck, A.T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.
- Beck, A.T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.47.2.343>
- Beck, A.T., & Steer, R.A. (1987). *Manual for the revised Beck depression inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *BDI-II : Beck Depression Inventory Manual*. (2nd edn). San Antonio, TX : Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1998). *BDI-II : Inventaire de Dépression de Beck (Deuxième édition manuel)*. Toronto, Canada: PsychoCorp.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Carbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*, 8(1), 77-100. [https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Belair, M., Provencher, M.D., Foldes-Busque, G., & Belleville, G. (2020). Évaluation des effets de la thérapie cognitive comportementale dans une clinique universitaire :

Relations avec la motivation au changement et l'alliance thérapeutique/

Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in a university clinic: Relationship between motivation to change and therapeutic alliance. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 25(1), 46–61.

Bellg, A.J. (2003). Maintenance of health behavior change in preventive cardiology: Internalization and self-regulation of new behaviors. *Behavior Modification*, 27(1), 103-131. <https://doi.org/10.1177/0145445502238696>

Bentzen, M., Brurok, B., Roeleveld, K., Hoff, M., Jahnsen, R., Wouda, M.F., & Baumgart, J.K. (2021). Changes in physical activity and basic psychological needs related to mental health among people with physical disability during the covid-19 pandemic in norway. *Disability and Health Journal*, 14(4), 101126. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2021.101126>

Bentzen, M., & Malmquist, L.K. (2022). Differences in participation across physical activity contexts between adolescents with and without disability over three years: a self-determination theory perspective. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 44(9), 1660-1668. <https://doi-org-proxybiblio.uqo.ca/10.1080/09638288.2021.1894489>

Bernier, A., Carlson, S.M., & Whipple, N. (2010). From external regulation: Early parenting precursor of young children's executive functioning. *Child Development*, 81(1), 326-339. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01397.x>

- Bezner, J.R., Franklin, K.A., Lloyd, L.K., & Crixell, S.H. (2020). Effect of group health behavior change coaching on psychosocial constructs associated with physical activity among university employees. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 18(1), 93-107. <https://doi.org/10.1080/1612197X.2018.1462232>
- Biddle, S.J.H., & Nigg, C.R. (2000). Theories of exercise behavior. *International Journal of Sport Psychology*, 31(2), 290-304.
- Black, A.E., & Deci, E.L. (2000). The effects of instructors' autonomy support and students' autonomous motivation on learning organic chemistry: A self-determination theory perspective. *Science Education*, 84(6), 740-756. [https://doi.org/10.1002/1098-237X\(200011\)84:6<740::AID-SCE4>3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/1098-237X(200011)84:6<740::AID-SCE4>3.0.CO;2-3)
- Blow, J., Sagaribay, I.R., & Cooper, T.V. (2022). A pilot study examining the impact of a brief health education intervention on food choices and exercise in a Latinx college student sample. *Appetite*, 173, 105979. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1016/j.appet.2022.105979>
- Blow, J., Torres, I.N., & Cooper, T.V. (2019). Correlates of overweight and obesity in a Hispanic sample. *Journal of Behavioral Medicine*, 42(2), 256-264. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9963-2>
- Bonneville-Roussy, A., Hruska, E., & Trower, H. (2020). Teaching music to support students: How autonomy-supportive music teachers increase students' well-being. *Journal of Research in Music Education*, 68(1), 97-119. <https://doi.org/10.1177/0022429419897611>

- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London, UK: Tavistock. <https://doi.org/10.1192/bjp.130.3.201>
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, R. (2004). *Fifty years of attachment theory*. London, England: Karnac Books.
- Boyle, P.A., Barnes, L.L., Buchman, A.S., & Bennett, D.A. (2009). Purpose in life is associated with mortality among community-dwelling older persons. *Psychosomatic Medicine*, 71(5), 574-579. <http://dx.doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181a5a7c0>
- Brambilla, M., & Assor, A. (2020). Understanding the psychology of religion: the contribution of self-determination theory. In K.E. Vail III & C. Routledge (Eds.), *The Science of Religion, Spirituality, and Existentialism* (pp. 83-90). Academic Press. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-817204-9.00007-x>
- Bridges, A.J., Mapes, A.R., Scafe, M., & Guzman, L.E. (2022). Primary care behavioral health patients' stage of change: Correlates and relation to follow-up session attendance. *Families, Systems, & Health*, 40(1), 60-69. <http://dx.doi.org/10.1037/fsh0000495>
- Britton, P.C., Patrick, H., Wenzel, A., & Williams, G.C. (2011). Integrating motivational interviewing and self-determination theory with cognitive behavioral therapy to prevent suicide. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(1), 16-27. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.004>

- Brogan, M.M., Prochaska, J.O., & Prochaska, J.M. (1999). Predicting termination and continuation status in psychotherapy using the transtheoretical model. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(2), 105-113. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1037/h0087773>
- Brown, K.W., & Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822-848. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Brownlow, L. (2022). Targeting the needs of self-determination theory: An overview of mental health care apps. *European Journal of Mental Health*, 17(1), 91-100. <https://doi.org/10.5708/EJMH/17.2022.1.8>
- Brunzell, T., Stokes, H., & Water, L. (2016). Trauma-informed positive education: Using positive psychology to strengthen vulnerable students. *Contemporary School Psychology*, 20, 63-83. <https://doi.org/10.1007/s40688-015-0070-x>
- Bryant, C.J., Prosser, A.M.B., & Barnett, J. (2022). Going veggie: Identifying and overcoming the social and psychological barriers to veganism. *Appetite*, 169, 105812. <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2021.105812>
- Bureau, J.S., Howard, J.L., Cong, J.X.Y., & Guay, F. (2022). Pathways to student motivation: A meta-analysis of antecedents of autonomous and controlled motivations. *Review of Educational Research*, 92(1), 46-72. <https://doi.org/10.3102/00346543211042426>

- Butler, J., & Kern, M.L. (2016). The PERMA-Profiler: A brief multidimensional measure of flourishing. *International Journal of Well-Being*, 6(3), 1-48. <http://dx.doi.org/10.5502/ijw.v6i3.526>
- Caffrey, L., & Browne, F. (2022). Understanding the social worker-family relationship through self-determination theory: A realist synthesis of Signs of Safety. *Child & Family Social Work*, 27(3), 513-525. <https://doi.org/10.1111/cfs.12903>
- Callaghan, P., Khalil, E., & Morres, I. (2010). A prospective evaluation of the Transtheoretical Model of Change applied to exercise in young people. *International journal of nursing studies*, 47(1), 3-12. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.06.013>
- Calvete, E., Estévez, A., Landín, C., Martínez, Y., Cardeñoso, O., Villardón, L., & Villa, A. (2005). Self-talk and affective problems in college students: Valence of thinking and cognitive content specificity. *The Spanish journal of psychology*, 8(1), 56-67. <https://doi.org/10.1017/s1138741600004960>
- Carbonari, J.P., & DiClemente, C.C. (2000). Using transtheoretical model profiles to differentiate levels of alcohol abstinence success. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 68(5), 810-817. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1037/0022-006X.68.5.810>
- Carlson, L.E., Taenzer, P., Koopmans, J. & Casebeer, A. (2003). Predictive value of aspects of the Transtheoretical Model on smoking cessation in a community-

- based, large-group cognitive behavioral program. *Addictive Behaviors*, 28(4), 725-740. [https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(01\)00268-4](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(01)00268-4)
- Carmichael, C., Reis, H., & Duberstein, P. (2015). In your 20s it's quantity, in your 30s it's quality: The prognostic value of social activity across 30 years of adulthood. *Psychology and Aging*, 30(1), 95-105. <https://doi.org/10.1037/pag0000014>
- Carney, M.M., & Kivlahan, D.R. (1995). Motivational subtypes among veterans seeking substance abuse treatment: Profiles based on stages of change. *Psychology of Addictive Behaviors*, 9(2), 135–142. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1037/0893-164X.9.2.135>
- Caruso, A.J. (2022). *Antecedents and Correlates of Health Mindsets in Pediatric Chronic Pain*. (Publication No.28650982) [Doctoral dissertation, Clark University].
- Cassidy, J., & Shaver, P.R. (2018). *Handbook of attachment; Theory, Research and Clinical Applications*. New York, NY: Guilford Press. <https://doi.org/10.1002/imhj.21730>
- Castuera, R.J., Navarrete, B.M., Roman, M.L., & Rabaz, F.C. (2015). Motivación y estadios de cambio para el ejercicio físico en adolescentes/ Motivation and stages of change for physical exercise in adolescents. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47(3), 196–204. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2014.11.001>
- Chandoevrit, W., & Thampanishvong, K. (2016). Valuing social relationships and improved health condition among the Thai population. *Journal of Happiness Studies*, 17(5), 2167-2189. <https://doi.org/10.1007/s10902-015-9690-0>

- Chao, S.-M., Yen, M., Lin, H.-S., Sung, J.-M., Hung, S.-Y. & Natashia, D. (2022).
`Effects of helping relationships on health-promoting lifestyles among patients
with chronic kidney disease: A randomized controlled trial`: Erratum.
International Journal of Nursing Studies, 134, 104346. [http://dx.doi.org/
10.1016/j.ijnurstu.2021.104137](http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104137)
- Chatzisarantis, N.L., & Hagger, M.S. (2009). Effects of an intervention based on self-
determination theory on self-reported leisure-time physical activity
participation. *Psychology and Health*, 24(1), 29-48. [https://doi.org/
10.1080/08870440701809533](https://doi.org/10.1080/08870440701809533).
- Cheon, S.H., Reeve, J., Lee, J., & Lee, Y. (2015). Giving and receiving autonomy
support in a high-stakes sport context: A field-based experiment during the 2012
London Paralympic Games. *Psychology of Sport and Exercise*, 19, 1-11.
<https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2015.02.007>
- Cho, Y., & Telch, M.J. (2005). Testing the cognitive content-specificity hypothesis of
social anxiety and depression: An application of structural equation
modeling. *Cognitive Therapy and Research*, 29(4), 399-416. [https://doi.org/
10.1007/s10608-005-2081-9](https://doi.org/10.1007/s10608-005-2081-9)
- Chopik, W.J. (2017). Associations among relational values, support, health, and well-
being across the adult lifespan, *Personal Relationships*, 24(2), 408-422.
<https://doi.org/10.1111/pere.12187>

Cinar-Tanriverdi, E., & Karamacak-Celik, A. (2022). Psychological need satisfaction and academic stress in college students: Mediator role of grit and academic self-efficacy. *European Journal of Psychology of Education*, 1-30. <https://doi.org/10.1007/s10212-022-00658-1>

Clarke, A., Friede, T., Putz, R., Ashdown, J., Martin, S., Blake, A., Adi, Y., Parkinson, J., Flynn, P., Platt, S., & Stewart-Brown, S. (2011). Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): validated for teenage school students in England and Scotland. A mixed methods assessment. *BMC Public Health*, 11(1), 487. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-487>

Clough, B.A., & Casey, L.M. (2011). Technological adjuncts to increase adherence to therapy: A review. *Clinical Psychology Review*, 31(5), 697-710. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.03.006>

Cohen, J. (1988). Set correlation and contingency tables. *Applied psychological measurement*, 12(4), 425-434. <https://doi.org/10.1177/0146621688012004>

Cohen, D.A., Han, B., Williamson, S., Nagel, C., McKenzie, T.L., Evenson, K.R., & Harnik, P. (2020). Playground features and physical activity in U.S. neighborhood parks. *Preventive Medicine*, 131, 105945. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.105945>

Cohen, R., Katz, I., Aelterman, N., & Vansteenkiste, M. (2022). Understanding shifts in students' academic motivation across a school year: The role of teachers' motivating styles and need-based experiences. *European Journal of Psychology of*

Education, advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10212-022-00635-8>

Conesa, P.J., Onandia-hinchado, I., Dunabeitia, J.A., & Moreno, M.A. (2022). Basic psychological needs in the classroom: A literature review in elementary and middle school students. *Learning and Motivation*, 79, 1-22. <https://doi.org/10.1016/j.lmot.2022.101819>

Cook, S., Heather, N., & McCambridge, J. (2015). Posttreatment motivation and alcohol treatment outcome 9 months later: findings from structural equation modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 232-237. <https://doi.org/10.1037/a0037981>

Corkin, M.T., Dando, E., Peterson, E.R., Anderjic, N., Waldie, K.E., Reese, E., & Morton, S.M.B. (2021). ``The way she smiles brightens me up``: Highlights of parenting an infant in a large nationally diverse cohort: Correction. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 40(4), 1631-1634. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-0050-1>

Costa, S., Sireno, S., Larcán, R., & Cuzzocrea, F. (2019). The six dimensions of parenting and adolescent psychological adjustment: The mediating role of psychological needs. *Scandinavian Journal of Psychology*, 60(2), 128-137. <https://doi.org/10.1111/sjop.12507>

Csikszentmihalyi, M. (1975). Play and intrinsic rewards. *Journal of Humanistic Psychology*, 15(3), 41-63. <https://doi.org/10.1177/0022167875015000306>

- Csikszentmihalyi, M. (1996). *Creativity: Flow and the psychology of discovery and invention*. New York: Harper Collins.
- Curran, T., Hill, A.P., & Niemiec, C.P. (2013). A conditional process model of children's behavioral engagement and behavioral disaffection in sport based on self-determination theory. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 35(1), 30-43. <https://doi.org/10.1123/jsep.35.1.30>
- Curran, T., Hill, A.P., Ntoumanis, N., Hall, H.K., & Jowett, G.E. (2016). A three-wave longitudinal test of self-determination theory's mediation of engagement and disaffection in youth sport. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 38(1), 15-29. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1123/jsep.2015-0016>
- Daley, A.J., & Duda, J.L. (2006). Self-determination, stage of readiness to change for exercise, and frequency of physical activity in young people. *European Journal of Sport Science*, 6(4), 231-243. <https://doi.org/10.1080/1761390601012637>
- Deci, E.L. (1975). *Intrinsic motivation*. Plenum Press. <https://doi.org/10.1007/978-1-4613-4446-9>
- Deci, E.L. (1980). *The psychology of self-determination*. Lexington, MA: D. C. Heath.
- Deci, E.L., Connell, J.P., & Ryan, R.M. (1989). Self-determination in a work organisation. *Journal of Applied Psychology*, 74(4), 580-590. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.74.4.580>

- Deci, E.L., Eghrari, H., Patrick, B.C., & Leone, D.R. (1994). Facilitating internalization: The self-determination theory perspective. *Journal of personality*, 62(1), 119-142. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1111/j.1467-6494.1994.tb00797.x>
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. New York: Plenum Press. <http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4899-2271-7>
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2002). Overview of self-determination theory: An organismic dialectical perspective. In E.L. Deci & R.M. Ryan (Eds.), *Handbook of self-determination research* (pp. 3-33). University of Rochester Press.
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian psychology/ Psychologie canadienne*, 49(1), 14-23. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1037/0708-5591.49.3.262>
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian psychology/ Psychologie canadienne*, 49(3), 182-185. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1037/a0012801>
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2009). Self-determination theory: a consideration of human motivational universals. In P.J. Corr & M. Gerald (Eds.). *The Cambridge Handbook of Personality Psychology* (pp. 441-456). Cambridge University Press.

Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2012). Motivation, Personality, and Development Within Embedded Social Contexts: An Overview of Self-Determination Theory. In Deci E.L. & Ryan, R.M. (Eds.), *The Oxford Handbook of Human Motivation* (pp.85-107). État-Unis: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195399820.013.0006>

Deci, E.L., Ryan, R.M., Gagné, M., Leone, D.R., Usunov, J., & Kornazheva, B.P. (2001). Need satisfaction, motivation, and well-being in the work organizations of a former eastern bloc country: A cross-cultural study of self-determination. *Personality and social psychology bulletin*, 27(8), 930-942. <https://doi.org/10.1177/0146167201278002>

Derisley, J., & Reynolds, S. (2000). The transtheoretical stages of change as a predictor of premature termination, attendance and alliance in psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(4), 371-382. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1348/014466500163374>

Desmet, K., Bracke, P., Deproost, E., Goossens, P., J., J., Vandewalle, J., Vercruyse, L., Beeckman, D., Van Hecke, A., Kinnaer, L.-M., & Verhaghe, S. (2023). Patient-reported outcomes of the nurse-patient relationship in psychiatric inpatient hospitals: A multicentred descriptive cross-sectional study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jpm.12895>

DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S.K., Velicer, W.F., Velasquez, M.M., & Rossi, J.S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of

precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 295-304. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.2.295>

Dobson, K., Vigod, S.N., Mustard, C., & Smith, P.M. (2020). Tendances relatives à la prévalence de la dépression et des troubles anxieux chez les adultes canadiens en âge de travailler de 2000 à 2016. *Rapport sur la santé*, 31(12), 13-25.

Domínguez, R., & López-Noval, B. (2021). Religiosity and life satisfaction across countries: New insights from the self-determination theory. *Journal of Happiness Studies*, 22(3), 1165-1188. <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00268-y>

Doyle, J.P., Filo, K., Lock, D., Funk, D.C., & McDonald, H. (2016). Exploring PERMA in spectator sport: Applying positive psychology to examine the individual-level benefits of sport consumption. *Sport Management Review*, 19(5), 506-519. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2016.04.007>

Dozois, D.J., & Frewen, P.A. (2006). Specificity of cognitive structure in depression and social phobia: A comparison of interpersonal and achievement content. *Journal of affective disorders*, 90(2-3), 101-109. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005-09-008>

Dozois, D.J.A., Westra, H.A., Collins, K.A., Fung, T.S., & Garry, J.K.F. (2004). Stages of change in anxiety: psychometric properties of the University of Rhode Island Change Assessment (URICA) scale. *Behaviour Research and Therapy*, 42(6), 711-729. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00193-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00193-1)

- Dreison, K.C., White, D.A., Bauer, S.M., Salyers, M.P., & McGuire, A.B. (2018). Integrating Self-Determination and Job Demands–Resources Theory in Predicting Mental Health Provider Burnout. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *45*(1), 121-130. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0772-z>
- Edens, J.F., & Willoughby, F.W. (2000). Motivational patterns of alcohol dependent patients: A replication. *Psychology of Addictive Behaviors*, *14*(4), 397-400. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.14.4.397>
- Edmonds, W.A., Craig, L.L., Christopher, R., Kennedy, T.D., & Mann, D.T.Y. (2022). Adolescent athletes and suicide: A model for treatment and prevention. *Aggression and Violent Behavior*, *64*, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2021.101580>
- El-Anzi, F.O. (2005). Academic achievement and its relationship with anxiety, self-esteem, optimism, and pessimism in Kuwaiti students. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, *33*(1), 95-104. <https://doi.org/10.2224/sbp.2005.33.1.95>
- Engels, E.S., Nigg, C.R., & Reimers, A.K. (2022). Predictors of physical activity behavior change based on the current stage of change- An analysis of young people for Hawaii. *Journal of Behavioral Medicine*, *45*(1), 38-49. <https://doi.org/10.1007/s10865-021-00255-5>

- Erçelik, P., & Dost-Gözkan, A. (2022). Basic psychological needs in relationships with parents and best friend and identity statuses among Turkish emerging adults. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 41(5), 2821–2834. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00710-7>
- Ericsson, K.A. (2002). Attaining excellence through deliberate practice: Insights from the study of expert performance. In M. Ferrari (Ed.), *The pursuit of excellence through education* (pp. 21-55). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. <https://doi.org/10.1002/9780470690048.ch1>
- Escriva-Boulley, G., Tessier, D., Ntounamis, N., & Sarrazin, P. (2018). Need-supportive professional development in elementary school physical education: Effects of a cluster-randomized control trial on teachers' motivating style and student physical activity. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 7(2), 218-234. <https://doi.org/10.1037/spy000019>
- Eshah, N.F., Mosleh, S.M., & Al-Smadi, A. (2021). The decisional balance toward health behaviors among patients with hypertension. *Clinical Nursing Research*, 30(7), 977-984. <https://doi.org/10.1177/1054773820967548>
- Evers, K.E., Paiva, A.L., Johnson, J.L., Cummins, C.O., Prochaska, J.O., Prochaska, J.M., Padula, J., & Gökbayrak, N.S. (2012). Results of a transtheoretical model-based alcohol, tobacco and other drug intervention in middle schools. *Addictive Behaviors*, 37(9), 1009-1018. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.04.008>

- Ferguson, Y.L., Kasser, T., & Jahng, S. (2011). Differences in life satisfaction and school satisfaction among adolescents from three nations: The role of perceived autonomy support. *Journal of Research on Adolescence, 21*(3), 649-661. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795-7795.2010.00698.x>
- Flunger, B., Mayer, A., & Umbach, N. (2019). Beneficial for some or for everyone? Exploring the effects of an autonomy-supportive intervention in real-life classroom. *Journal of Educational Psychology, 111*(2), 210-234. <https://doi.org/10.1037/edu0000284>
- Folta, S.C., Bandini, L.G., Must, A., Pelletier, J., Ryan, K., & Curtin, C. (2022). Exploring leisure time use and impact on well-being among transition-age autistic youth. *Research in Autism Spectrum Disorders, 96*, 101996. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2022.101996>
- Fonseca, S., Lancastre, L., & Guerra, M. (2014). Life satisfaction in women with cancer. *Paidéia, 24*(59), 295-303. <https://doi.org/10.1590/1982-43272459201403>
- Fonte, J.D., & Cruzado, J.A. (2021). El Modelo Transteorico y el Ejercicio en Supervivientes de Cancer de Mama. / Transtheoretical model and exercise in breast cancer survivors. *Clinica y Salud, 32*(3), 129-137. <https://doi.org/10.5093/clysa2021a15>
- Fortier, M.S., Duda, J.L., Guerin, E., & Teixeira, P.J. (2012). Promoting physical activity: development and testing of self-determination theory-based

- interventions. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 20. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-20>
- Fredricks, J.A., Blumenfeld, P.C., & Paris, A.H. (2004). School engagement: Potential of the concept, state of the evidence. *Review of Educational Research*, 74(1), 59–109. <https://doi.org/10.3102/0034654307400105>
- Frenzel, A.C., Taxer, J.L. Schwab, C., & Kuhbandner, C. (2019). Independent and joint effects of teacher enthusiasm and motivation on student motivation and experiences: A field experiment. *Motivation and Emotion*, 43(2), 255-265. <https://doi.org/10.1007/s11031-018-9738-7>
- Friedman, H.S. (2007). Personality, disease, and self-healing. In H.S. Friedman & R.C. Silver (Eds.), *Foundations of Health Psychology* (pp. 172-199). New York, NY: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/978019542819.013.0010>
- Frodi, A., Bridges, L., & Grolnik, W.S. (1985). Correlates of mastery related behavior: A short-term longitudinal study of infants in their second year. *Child Development*, 56(5), 1291-1298. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1985.tb00187.x>
- Gagné, M. (2014). *The Oxford handbook of work engagement, motivation, and self-determination theory*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199794911.001.0001>

- Gagné, M., & Deci, E.L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational behavior*, 26(4), 331-362.
<https://doi.org/10.1002/job.322>
- Ganotice, F.A., & King, R.B. (2014). Social influences on students' academic engagement and science achievement. *Psychological Studies*, 59(1), 30-35.
<https://doi.org/10.1007/s12646-013-0215-9>
- Garcia, D., Moradi, S., Amato, C., Granjard, A., & Cloninger, K.M. (2018). Well-Being and Moral Identity. *PsyCH Journal*, 7(1), 53-54. <https://doi.org/10.1002/pchj.205>
- Garland, E., Fredrickson, B., Kring, A., Johnson, D., Meyer, P., & Penn, D. (2010). Upward spirals of positive emotions counter downward spirals of negativity: Insights from the broaden-and-built theory and affective neuroscience on the treatment of emotion dysfunctions and deficits in psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 849-964. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.002>
- Gillet, N., Vallerand, R.J., Amoura, S., & Baldes, B. (2010). Influence of coaches' autonomy support on athletes' motivation and sport performance: A test of the hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation. *Psychology of sport and exercise*, 11(2), 155-161. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2009.10.004>
- Glassner, A. (2021). Training youth at risk mentors in paths, an innovative te program: Promoting resilience, mental wellbeing and meaningful learning through a self-determined learning environment. *Learning Environments Research*, 25(1), 841-857. <https://doi.org/10.1007/s10984-021-09391-w>

Goemaere, S., Van Caelenberg, T., Beyers, W., Binsted, K., & Vansteenkiste, M. (2019).

Life on Mars from a Self-Determination Theory perspective: How astronauts' needs for autonomy, competence and relatedness go hand in hand with crew health and mission success- Results from HI-SEAS IV. *Acta Astronautica*, 159, 273-285. <https://doi.org/10.1016/j.actaastro.2019.03.059>

Gómez, D.O., Casas, F., Inzunza, J.A., & Costa, P.A. (2017). School and

Neighborhood: Influences of Subjective Well-Being in Chilean Children.

In J. Sarriera & L. Bedin (Eds.), *Psychosocial Well-being of Children and Adolescents in Latin America* (pp. 153-165). Springer, Cham.

https://doi.org/10.1007/978-3-319-55601-7_8

Gómez-Peña, M., Penelo, E., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Alvarez-Moya, E.,

Santamaría, J.J., Moragas, L., Aymami, M.N., Gunnard, K., Menchon, J.M., &

Jimenez-Murcia, S. (2012). Correlates of motivation to change in pathological gamblers completing cognitive-behavioral group therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 68(7), 732–744. <https://doi.org/10.1002/jclp.21867>

Goodman, F., Disabato, D., Kashdan, T., & Kauffman, S. (2017). Measuring well-being:

A comparison of subjective well-being and PERMA. *The Journal of Positive Psychology*,

13(4), 321-332. <https://doi.org/10.1080/17439760.2017.1388434>

Green, S., Jarden, A., & Leach, C. (2021). Coaching for workplace wellbeing. In W.A.

Smith, I. Boniwell, & S. Green (Eds.) *Positive Psychology Coaching in the*

Workplace (pp. 199-219). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-79952-6_11

Green-Demers, I., Legault, L., Pelletier, D., & Pelletier, L.G. (2008). Factorial invariance of the Academic Amotivation Inventory (AAI) across gender and grade in a sample of Canadian high school students. *Educational and Psychological Measurement*, 68(5), 862-880. <https://doi.org/10.1177/0013164407313368>

Green-Demers, I., & Pelletier, D. (2003). Motivations, objectifs et perspectives futures des élèves de l'Outaouais. Région de l'Outaouais. Gatineau, QC : Université du Québec en Outaouais.

Grimley, D., Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Blais, L.M., & DiClemente, C.C. (1994). The transtheoretical model of change. In T.M. Brinthaupt & R.P. Lipka (Eds.), *Changing the self: Philosophies, techniques, and experiences* (pp. 201-227). Albany: State University of New York Press.

Grolnick, W.S. (2002). *The psychology of parental control: How well-meant parenting backfires*. Psychology Press.

Grolnick, W.S., Levitt, M.R., Caruso, A.J., & Lerner, R.E. (2021). Effectiveness of a brief preventive parenting intervention based in self-determination theory. *Journal of Child and Family Studies*, 30(9). Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-01908-4>

- Grolnick, W.S., & Ryan, R.M. (1989). Parent styles associated with children's self-regulation and competence in school. *Journal of Educational Psychology*, *81*(2), 143-154. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.81.2.143>
- Grzywacz, J.G., & Marks, N.F. (2000). Reconceptualizing the work–family interface: An ecological perspective on the correlates of positive and negative spillover between work and family. *Journal of Occupational Health Psychology*, *5*(1), 111–126. <https://doi.org/10.1037//1076-8998.5.1.111>
- Guay, F., Ratelle, C.F., & Chanal, J. (2008). Optimal learning in optimal contexts: The role of self-determination in education. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, *49*(3), 233-240. <https://doi.org/10.1037/a0012758>
- Gurland, S.T., & Grolnick, W.S. (2005). Perceived threat, controlling parenting, and children's achievement orientations. *Motivation and Emotion*, *29*(2), 103-121. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7956-2>
- Hagger, M.S., & Chatzisarantis, N.L. (2007). *Intrinsic motivation and self-determination in exercise and sport: Reflecting on the past and sketching the future*. Human Kinetics. <https://doi.org/10.5040/9781718206632.0008>
- Halvari, A.E.M., & Halvari, H. (2006). Motivational predictors of change in oral health: An experimental test of self-determination theory. *Motivation and Emotion*, *30*(4), 295-306. <https://doi.org/10.1007/s11031-006-9035-8>

Halvari, A.E.M., Halvari, H., Bjørnebekk, G., & Deci, E.L. (2013). Oral health and dental well-being: testing a self-determination theory model. *Journal of Applied Social Psychology, 43*(2), 275-292. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2012.00996.x>

Halvari, H., Ulstad, S.O., Bagoien, T.E., & Skjesol, K. (2009). Autonomy support and its links to physical activity and competitive performance: Mediations through motivation, competence, action orientation and harmonious passion, and the moderator role of autonomy support by perceived competence. *Scandinavian Journal of Educational Research, 53*(6), 533-555. <https://doi.org/10.1080/00313830903302059>

Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology, 32*, 50-55. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 23*(1), 56-62. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>

Hardre, P.L., & Reeve, J. (2003). A motivational model of rural students' intentions to persist in, versus drop out of, high school. *Journal of educational psychology, 95*(2), 347-356. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.95.2.347>

Hardre, P.L., & Reeve, J. (2009). Training corporate managers to adopt a more autonomy-supportive motivating style toward employees: A intervention study.

International Journal of Training and Development, 13(3), 165-184.

<https://doi.org/10.1111/j.1468-2419.2009.00325.x>

Hardy, S.A., Nelson, J.M., Frandsen, S.B., Cazzell, A.R., & Goodman, M.A. (2022).

Adolescent religious motivation: A self-determination theory approach. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 32(1), 16-30.

<https://doi.org/10.1080/10508619.2020.1844968>

Hashemzadeh, M., Rahimi, A., Zare-Farashbandi, F., Alavi-Naeini, A.M., & Daei, A.

(2019). Transtheoretical model of health behavioral change: A systematic review.

Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 24(2), 83-90.

https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_94_17

Heckhausen, J., Wrosch, C., & Schulz, R. (2010). A motivational theory of life-span

development. *Psychological Review*, 117(1), 32-60. <http://dx.doi.org/10.1037/a0017668>

Heintzelman, S.J., & King, L.A. (2016). Meaning in life and intuition. *Journal of*

personality and social psychology, 110(3), 477-492. [https://doi.org/10.1037/](https://doi.org/10.1037/pspp0000062)

[pspp0000062](https://doi.org/10.1037/pspp0000062)

Hennessey, B.A. (2000). Self-determination theory and the social psychology of

creativity. *Psychological Inquiry*, 11(4), 293-298.

Henning, G., Stenling, A., Tafvelin, S., Ebener, M., & Lindwall, M. (2022). Levels and

change in autonomous and controlled work motivation in older workers- the role

of proximity to retirement and sense of community at work. *Journal of Occupational and Organisational and Organizational Psychology*.

<https://doi.org/10.1111/joop.12406>

Hidrús, A., Kueh, Y.C., Norsá'adad, B., Kim, Y. Chang, Y.-K., & Kuan, G. (2022).

Structural equation model of psychological constructs of transtheoretical model, motives for physical activity, and amount of physical activity among people with type 2 diabetes mellitus in Malaysia. *PLoS ONE*, *17*(3), e0266104.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266104>

Holbrook, A.J. (2022) Generating MCMC proposals by randomly rotating the regular simplex. *Journal of Multivariate Analysis, advanced electronic copy*, 105-106.

<https://doi.org/10.48550/arXiv.2110.06445>

Hollebeek, L.D., & Belk, R. (2021). Consumers' technology-facilitated brand

engagement and wellbeing: Positivist TAM/PERMA- vs. Consumer Culture

Theory perspectives. *International Journal of Research in Marketing*, *38*(2), 387-

401. <https://doi.org/10.1016/j.ijresmar.2021.03.001>

Hornstra, L., Bakx, A., Mathijssen, S., & Denissen, J.A.A. (2020). Motivating gifted and non-gifted students in regular primary schools: A self-determination perspective.

Learning and Individual Differences, *80*, 101871. [https://doi.org/10.1016/j.lindif.](https://doi.org/10.1016/j.lindif.2020.101871)

2020.101871

- Hospel, V., & Galand, B. (2016). Are both classroom autonomy support and structure equally important for students' engagement? A multilevel analysis. *Learning and Instruction, 41*, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.learnstruc.2015.09.001>
- Houfort, N., Cécire, P., Koestner, R., & Verner-Filion, J. (2022). Managing the work-home interface by making sacrifices: Costs of sacrificing psychological needs. *Motivation and Emotion, 46*, 658-671. <https://doi.org/10.1007/s11031-022-09971-0>
- Howell, R., Kern, M.L., & Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review, 1*(1), 83-136. <http://dx.doi.org/10.1080/17437190701492486>
- Hoy, J., Natarajan, A., & Petra, M.M. (2016). Motivational interviewing and the Transtheoretical Model of change: Under-explored resources for suicide intervention. *Community mental health journal, 52*(5), 559-567. <https://doi.org/10.1007/s10597-016-9997-2>
- Huang, R., Wang, X.Q., Yang, B.X., Liu, Z., Chen, W.C., Jiao, S.F., & Chen, J. (2021). Self-management of depression among Chinese community individuals: A cross-sectional study using the transtheoretical model. *Perspectives in psychiatric Care, 58*(1), 256-265. <https://doi.org/10.1111/ppc.12779>
- Huck, G.E., Umucu, E., Shelton, S., Brickham, D., & Smedema, S. (2022). An evaluation of the PERMA model as a framework for reducing psychiatric comorbidity in

- individuals with alopecia areata. *European Journal of Health Psychology*, 29(2), 77-87. <https://doi.org/10.1027/2512-8442/a000086>
- Humphreys, L.G. (1960). Investigations of the simplex. *Psychometrika*, 25, 313-323. <https://doi.org/10.1007/BF02289750>
- Huppert, F.A. (2009). Psychological Well-being: Evidence Regarding its Causes and Consequences. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1(2), 137-164. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2009.01008.x>
- Hutmacher, D., Eckelt, M., Bund, A., & Steffgen, G. (2021). Lifting the curtain on motivation in exercise: Validation of two questionnaires for physical education and leisure time in French and German. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 39(5), 623-639. <https://doi.org/10.1177/07342829211005571>
- Institut national de santé publique du Québec (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services* (Report No. 1578). Gouvernement du Québec. Direction de l'analyse et de l'évaluation des systèmes de soins et services. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQc_PrevalMortaProfilUtiliServices.pdf
- Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (2019). Retrieved from <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b>

Ito, T., & Umemoto, T. (2022). Examining the causal relationships between interpersonal motivation, engagement, and academic performance among university students.

PLoS ONE, *17*(9), 0274229. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274229>

Jochems, E.C., Dam, A., Duivenvoorden, H.J., Scheffer, S.C.M., van der Feltz-Cornelis,

C.M., & Mulder, N.L. (2016). Different perspectives of clinicians and patients with severe mental illness on motivation for treatment. *Clinical Psychology &*

Psychotherapy, *23*(5), 438-451. <https://doi.org/10.1002/cpp.1971>

Jochems, E.C., Duivenvoorden, H.J., van Dam, A., van der Feltz- Cornelis, C.M., &

Mulder, C.L. (2017) Motivation, treatment engagement and psychosocial

outcomes in outpatients with severe mental illness: a test of Self-Determination

Theory, *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *26*(3), 1-10.

<https://doi.org/10.1002/mpr.1537>

Jochems, E.C., Mulder, C.L., Duivenvoorden, H.J., van der Feltz-Cornelis, C.M., &

van Dam, A. (2014). Measures of motivation for psychiatric treatment based on

self-determination theory: psychometric properties in Dutch psychiatric

outpatients. *Assessment*, *21*(4), 494-510. <https://doi.org/10.1177/>

1073191113517928

Jochems, E. C., Mulder, C. L., van Dam, A., & Duivenvoorden, H. J. (2011). A critical

analysis of the utility and compatibility of motivation theories in psychiatric

treatment. *Current Psychiatry Reviews*, *7*(4), 298-312. <https://doi.org/10.2174/>

157340011797928204

- Jones, C., Scholes, L., Johnson, D., Katsikitis, M., & Carras, M.C. (2014). Gaming well: links between videogames and flourishing mental health. *Frontiers in psychology*, 5, 260. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00260>
- Jorgensen-Wells, M.A., James, S.L., Rogers, A.A., & Padilla-Walker, L.M. (2022). Best friend forever and family ties: Continuity and change in closeness with parents and friends among Australian adolescents. *Journal of Family Studies*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/13229400.2022.2122534>
- Joussemet, M., Koestner, R., Lekes, N., & Houliort, N. (2004). Introducing uninteresting tasks to children: A comparison of the effects of reward and autonomy support. *Journal of Personality*, 72(1), 139-166. <https://doi.org/10.1111/j.0022-3506.2004.00259.x>
- Joussemet, M., Koestner, R., Lekes, N., & Landry, R. (2005). A longitudinal study of the relationship of maternal autonomy support to children's adjustment and achievement in school. *Journal of Personality*, 73(5), 1215-1236. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00347.x>
- Joyner, C., & Loprinzi, P.D. (2019). Prospective results from the PA (Personality and Activity) project: Evaluating the influence of the transtheoretical model on physical activity while considering personality trait characteristics. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research*, 8(1), 25-31. <https://doi.org/10.5455/JCBPR.292481>

Kaepfel, K., Grenier, R.S., & Björngard-Basayne, E. (2020). The F word: The role of women's friendships in navigating the gendered workplace of academia. *Human Resource Development Review, 19*(4), 362–383. <https://doi.org/10.1177/1534484320962256>

Kambanis, P.A., Bottera, A.R., Mancuso, C.J., & De Young, K.P. (2020). Motivation to change predicts naturalistic changes in binge eating and purging, but not fasting or driven exercise among individuals with eating disorders. *Eating Disorders: The journal of Treatment and Prevention, 30*(3), 279-301. <https://doi.org/10.1080/10640266.2020.1823174>

Kao, K.-Y., Hsu, H.-H., Thomas, C.L., Cheng, Y.-C., Lin, M.-T., & Li, H.-F. (2022). Motivating employees to speak up: Linking job autonomy, P-O fit, and employee voice behaviors through work engagement. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues, 41*(11), 7762-7776. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01222-0>

Karakurt, G., Ayluctarhan, Z., Erguner-Tekinalp, B., & Kose, O. (2021). Regaining courage to leave abusive relationships: Theoretical framework. *American Journal of Family Therapy, 50*(2), 144-158. <https://doi.org/10.1080/01926187.2021.1877208>

Kausik, N.H., & Hussain, D. (2020). Integrating nurtured health approach with self-determination theory: A proposed intervention model for managing disruptive

behaviors of children. *Child Care in Practice*, 26(1), 50-61. <https://doi.org/10.1080/13575279.2018.1516627>

Keleher, B., Oakman, J.M., Capobianco, K., & Mittelstaed, W.H. (2019). Basic psychological needs satisfaction, working alliance, and early termination in psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 32(1), 64-80. <https://doi.org/10.1080/09515070.2017.1367271>

Kelly, R. (2020). Positive psychology and gaming: Strength and resilience +1. In R. Kowert (Ed.), *Video Games and Well-being* (pp. 77-96). Palgrave Pivot, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-32770-5_6

Kennedy, K., & Gregoire, T.K. (2009). Theories of Motivation in Addiction Treatment: Testing the Relationship of the Transtheoretical Model of Change and Self-Determination Theory. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 9(2), 163-183. <https://doi.org/10.1080/15332560902852052>

Kern, M.L., Waters, L.E., Adler, A., & White, M.A. (2015). A multidimensional approach to measuring well-being in students: Application of the PERMA framework. *The Journal of Positive Psychology*, 10(3), 262-271. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.936962>

Kidd, P., Reed, D., Weaver, L., Westneat, S., & Rayens, M.K. (2003) The Transtheoretical model of change in adolescents: Implications for injury prevention. *Journal of Safety Research*, 34(3), 281-288. [https://doi.org/10.1016/s0022-4375\(03\)00029-x](https://doi.org/10.1016/s0022-4375(03)00029-x)

- Kilb, M., Dickhauser, O., & Mata, J. (2022). A theory-based video intervention to enhance communication and engagement in online health communities: Two experiments. *Health Psychology and Behavioral Medicine, 10*(1), 199-228. <https://doi.org/10.1080/21642850.2022.2032074>
- Kilday, J.E., & Ryan, A.M. (2022). The intersection of the peer ecology and teacher practices for student motivation in the classroom. *Educational Psychology Review, 34*(4), 2095-2127. <https://doi.org/10.1007/s10648-022-09712-2>
- Kim, J.H. (2022). An experimental examination of incentive and sorting effects of pay-for-performance on creative performance (Publication No. 29169661) [Doctoral dissertation, University of Wisconsin].
- Kim, Y., Kang, S., & Vongjaturapat, N. (2021). Application of transtheoretical model to explain adolescents' smoking behavior. *Journal of Substance Use, 1*-6. <https://doi.org/10.1080/14659891.2021.2019328>
- Kim, B-H., & Lee, H. (2022). Associations between smartphone use for physical activity by South Korean college students and behavioral change constructs of the transtheoretical model. *Perceptual and Motor Skills, 129*(4), 1270-1282. <https://doi.org/10.1177/00315125221099258>
- Kinnafick, F.-E., Thogersen-Ntoumanis, C., & Duda, J. (2016). The effect of need supportive text messages on motivation and physical activity behavior. *Journal of Behavioral Medicine, 39*(4), 574-586. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9722-1>

- King, L.A., Hicks, J.A., Krull, J.L., & Del Gaiso, A.K. (2006). Positive affect and the experience of meaning of life. *Journal of Personality and Social Psychology*, *90*(1), 179-196. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.90.1.179>
- King, R.B., Pitliya, R.J., & Datu, J.A. (2020). Psychological capital drives optimal engagement via positive emotions in work and school contexts. *Asian Journal of Social Psychology*, *23*(4), 457-468. <https://doi.org/10.1111/ajsp.12421>
- Knee, C.R., Hadden, B.W., Porter, B., & Rodriguez, L.M. (2013). Self-determination theory and romantic relationship processes. *Personality and Social Psychology Review*, *17*(4), 307-324. <https://doi.org/10.1177/10888683134980>
- Koestner, R., Lekes, N., Powers, T.A., & Chicoine, E. (2002). Attaining personal goals: self-concordance plus implementation intentions equals success. *Journal of personality and social psychology*, *83*(1), 231-244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.1.231>
- Koestner, R., Ryan, R.M., Bernieri, F., & Holt, K. (1984). Setting limits on children's behavior: The differential effects of controlling vs. informational styles on intrinsic motivation and creativity. *Journal of personality*, *52*(3), 233-248. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1984.tb00879.x>
- Kok, B., Coffrey, K., Cohn, M., Cataline, L., Vacharkulksemsuk, T., Algoe, S., Brantley, M., & Fredrickson, B. (2013). How positive emotions build physical health: Perceived positive social connections account for the upward spiral between positive emotions and vagal tone. *Psychological Science*, *24*(7), 1123-1132. <https://doi.org/10.1177/0956797612470827>

- Krebs, P., Norcross, J.C., Nicholson, J.M., & Prochaska, J.O. (2018). Stages of change and psychotherapy outcomes: A review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 74*(11), 1964-1979. <https://doi.org/10.1002/jcpl.22683>
- Kreutz, A., Timperio, A., & Ceitch, J. (2021). Participatory school ground design: Play behaviour and student and teacher views of a school ground post-construction. *Landscape Research, 46*(6), 860-877. <https://doi.org/10.1080/01426397.2021.1909713>
- Kun, A., Balogh, P., & Krasz, K.G. (2017). Development of the work-related well-being questionnaire based on Seligman's PERMA model. *Periodica Polytechnica Social and Management Sciences, 25*(1), 56-63. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.4492.0567>
- Kun, A., & Gadanez, P. (2022). Workplace happiness, well-being and their relationship with psychological capital: A study of Hungarian Teachers. *Current Psychology, 41*(1), 185-199. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00550-0>
- Kushnir, V., Godinho, A., Hodgins, D.C., Hendershot, C.S., & Cunningham, J.A. (2016). Motivation to quit or reduce gambling: Associations between Self-Determination Theory and the Transtheoretical Model of Change. *Journal of addictive diseases, 35*(1), 58-65. <https://doi.org/10.1080/10550887.2016.1107315>
- La Guardia, J.G., & Patrick, H. (2008). Self-determination theory as a fundamental theory of close relationships. *Canadian Psychology/ Psychologie Canadienne, 49*(3), 201-209. <https://doi.org/10.1037/a0012760>

- Lakioti, A., Stalikas, A., & Pezirkianidis, C. (2020). The role of personal, professional, and psychological factors in therapists' resilience. *Professionnal Psychology: Research and Practice*, 51(6), 560-570. <https://doi.org/10.1037/pro0000306>
- Lamberton, A., & Oei, T.P. (2008). A test of the cognitive content specificity hypothesis in depression and anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(1), 23-31. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2006.11.001>
- Lauderdale, M.K.F. (2022). Three essays on families with disability: Financial satisfaction, subjective financial well-being, and life satisfaction. [Doctoral dissertation, Kansas State University].
- Laurin, J.C., & Joussemet, M. (2017). Parental autonomy-supportive practices and toddlers' rule internalization: A prospective observational study. *Motivation and Emotion*, 41(5), 562-575. <https://doi.org/10.1007/s11031-017-9627-5>
- Leamy, M., Bird, V., LeBoutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, 199(6), 445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Leclerc, J., Lesage, A., Rochette, L., Huynk, C., Pelletier, E. & Sampalis, J. (2020). Prevalence of depressive, bipolar and adjustment disorders, in Quebec, Canada. *Journal of Affective Disorders*, 263(2020), 54-59. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.135>

- Lee, E.S., Maillet, M.A., & Grouzet, F.M.E. (2021). Why do individuals engage with the natural world? A self-determination theory perspective on the effect of nature engagement and well-being. *Applied Research in Quality of Life*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11482-021-09970-2>
- Lee, W., & Reeve, J. (2020). Remembering pleasure and personal meaning from episodes of intrinsic motivation: an fMRI study. *Motivation and Emotion*, *44*(6), 810-818. <https://doi.org/10.1007/s11031-020-09855-1>
- Legault, L., Green-Demers, I., & Pelletier, L. (2006). Why Do High School Students Lack Motivation in the Classroom? Toward an Understanding of Academic Amotivation and the Role of Social Support. *Journal of Educational Psychology*, *98*(3), 567-582. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.98.3.567>
- Leibert, T.W., Smith, J.B. & Agaskar, V.R. (2021). Influence of client self-determination on counseling outcome. *Journal of Counselling & Development*, *100*(4), 341-351. <https://doi.org/10.1002/jcad.12434>
- Lesage, A., Bernèche, F. & Bordeleau, M. (2010). Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)* (pp. 104). Québec, Institut de la statistique du Québec.
- Levesque, C.S., Williams, G.C., Elliot, D., Pickering, M.A., Bodenhamer, B., & Finley, P.J. (2006). Validating the theoretical structure of the Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ) across three different health behaviors. *Health education research*, *22*(5), 691-702. <https://doi.org/10.1093/her/cyl148>

- Levesque, C., Zuehlke, A.N., Stanek, L.R., & Ryan, R.M. (2004). Autonomy and competence in German and American university students: A comparative study based on self-determination theory. *Journal of Educational Psychology, 96*(1), 68-84. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.96.1.68>
- Levy, R.K. (1997). The transtheoretical model of change: An application to bulimia nervosa. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 34*(3), 278-283. <https://doi.org/10.1037/h0087651>
- Leyton, M., Batista, M., Lobato, S., Aspano, M.I., & Jimenez, R. (2017). Application of two intervention programs in order to optimize motivation and to improve eating habits in adult and elderly women. *Journal of Human Kinetics, 59*(1), 131-142. <https://doi.org/10.1515/hukin-2017-0153>
- Lietaert, S., Roorda, D., Leavers, F., Verschueren, K., & De Fraine, B. (2015). The gender gap in student engagement: The role of teachers' autonomy support, structure, and involvement. *British Journal of Educational Psychology, 85*(4), 498-518. <https://doi.org/10.1111/bjep.12095>
- Littman-Ovadia, H. (2019). Doing-Being and Relationship-Solitude: A Proposed Model for a Balanced Life. *Journal of Happiness Studies, 20*, 1953-1971. <https://doi.org/10.1007/s10902-018-0018-8>
- Liu, Y., Raza, J., Zhang, J., Zhu, N., & Gul, H. (2020). Linking autonomy support and health at work: The self-determination theory perspective. *Current Psychology, 41*, 3651-3663. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00884-0>

Locke, E.A., & Latham, G.P. (2002). Building a practically useful theory of goal setting and task motivation: A 35-year odyssey. *American Psychologist*, 57(9), 705-717.

<http://doi.org/10.1037/0003-066X.57.9.705>

Lonsdale, C., Lester, A., Owen, K.B., White, R.L., Peralta, L., Kirwan, M., Diallo, T. M.O., Maeder, A.J., Bennie, A., MacMillan, F., Kolt, G.S., Ntounamis, N., Gore, J.M., Cerin, E., Cliff, D.P. & Lubans, D.R. (2019). An internet-supported school physical activity intervention in low socioeconomic status communities: Results from the Activity and Motivation in Physical Education (AMPED) cluster randomised controlled trial. *British Journal of Sports Medicine*, 53(6), 341-347.

<https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-097904>

Lovett, N., & Lovett, T. (2016). Wellbeing in education: Staff matter. *International Journal of Social Science and Humanity*, 6(2), 107-112. <https://doi.org/10.7763/IJSSH.2016.V6.628>

[10.7763/IJSSH.2016.V6.628](https://doi.org/10.7763/IJSSH.2016.V6.628)

Luxon, A.M., Legate, N. & Weinstein, N. (2022). Fluctuations in goal pursuits and health in a lesbian, gay, and bisexual sample across a 2-week diary study.

Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 9(3), 370-382.

<https://doi.org/10.1037/sgd0000462>

Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological bulletin*, 131(6), 803-855.

<https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>

Mabbe, E., Soenens, B., Vansteenkiste, M., & Pauw, S. (2020). In Autonomy-Supportive Parenting Beneficial Only to Adolescents With an Autonomous Personality? Two

Meaning of Goodness of Fit. *Merrill-Palmer Quarterly*, 66(3), 308-332.

<https://doi.org/10.13110/merrpalmquar1982.66.3.0308>

Machell, K., Kashdan, T., Short, J., & Nezlek, J. (2015). Relationships between meaning in life, social achievement events, and positive and negative affect in daily life.

Journal of Personality, 83(3), 287-298. <https://doi.org/10.1111/jopy.12103>

Mack, D.E., Wilson, P.M., Oster, K.G., Kowalski, K.C., Crocker, P.R.E. & Sylvester,

B.D. (2011). Well-being in volley-ball players: Examining the contributions of independent and balanced psychological need satisfaction. *Psychology of Sport and Exercise*, 12(5), 533-539. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2011.05.006>

and Exercise, 12(5), 533-539. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2011.05.006>

MacLean, S.M., & Riebschleger, J. (2021). Considering Catholics: An exploration of the

literature available on religious identify development. *Journal of Religion &*

Spirituality in Social Work: Social Thought, 40(4), 395-419. [https://doi.org/](https://doi.org/10.1080/15426432.2021.1910612)

[10.1080/15426432.2021.1910612](https://doi.org/10.1080/15426432.2021.1910612)

Makhmur, S., & Rath, S. (2022). Perma dimensions of well-being among diabetic and

non-diabetic adults: Evidence from two diabetic care hospitals in odisha.

Psychological Studies, 1-12. <https://doi.org/10.1007/s12646-022-00677-4>

Makin, P., Allen, R., Carson, J., Bush, S., & Merrifield, B. (2022). Light at the end of the

bottle: Flourishing in people recovering from alcohol problems. *Journal of*

Substance Use, 27(1), 107-114. <https://doi.org/10.1080/14659891.2021.1905092>

- Mancini, M.A. (2020). Models of Change and Well-Being from Behavioral Health Disorders. In M.A. Mancini (Ed.), *Integrated Behavioral Health Practice* (pp. 59-84). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/078-3-030-59659-0_3
- Mansour, S., Bruce, K.R., Steiger, H., Zuroff, D.C., Horowitz, S., Anestin, A.S., & Sycz, L. (2012). Autonomous motivation: A predictor of treatment outcome in bulimia-spectrum eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 20(3), 116-122. <https://doi.org/10.1002/erv.2154>
- Mao, Y., Xie, M., Li, M., Gu, C., Chen, Y., Zhang, Z., & Peng, C. (2022). Promoting academic self-efficacy positive relationships, and psychological resilience for Chinese university students' life satisfaction. *Educational Psychology*, 1-20. <https://doi.org/10.1080/01443410.2022.2138830>
- Marbell-Pierre, K.N., Grolnick, W.S., Stewart, A.L., & Raftery-Helmer, J.N. (2019). Parental autonomy support in two cultures: The moderating effects of adolescents' self-construals. *Child Development*, 90(3), 825-845. <https://doi.org/10.1111/cdev.12947>
- Markland, D., Ryan, R.M., Tobin, V.J., & Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(6), 811-831. <https://doi.org/10.1521/jscp.2005.24.6.811>
- Martela, F., Hankonen, N., Ryan, R.M. & Vansteenkiste, M. (2021). Motivating voluntary compliance to behavioral restrictions: Self-determination theory-based checklist of principles for COVID-19 and other emergency communications.

European Review of Social Psychology, 32(2), 305-347. <https://doi.org/10.1080/10463283.2020.1857082>

Martela, F., Ryan, R.M., & Steger, M.F. (2018). Meaningfulness as satisfaction of autonomy, competence, relatedness, and beneficence: Comparing the four satisfactions and positive affect as predictors of meaning in life. *Journal of Happiness Studies*, 19(5), 1261-1282. <https://doi.org/10.1007/s10902-017-9869-7>

Matsumoto, H., & Takenaka, K. (2022). Relationship between basic psychological needs and exercise motivation in Japanese adults: An application of self-determination theory. *Japanese Psychological Research*, 64(4), 385-396. <https://doi.org/10.1111/jpr.12336>

Matsuo, Y., & Hirano, M. (2021). Effectiveness of disaster preparedness education in helping older people prevent isolation. *Public Health Nursing*, 38(5), 837-849. <https://doi.org/10.1111/phn.12911>

Mayfield, B.L., & Fogger, S.A. (2022). Risk reduction strategies for adolescent cannabis use considering COVID-19 stressors. *Journal of Addictions Nursing*, 33(1), 45-50. <https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000449>

McBride, C., Zuroff, D.C., Ravitz, P., Koestner, R., Moskowitz, D.S., Quilty, L., & Bagby, R.M. (2010). Autonomous and controlled motivation and interpersonal therapy for depression: Moderating role of recurrent depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 49(4), 529-545. <https://doi.org/10.1348/014466509X479186>

- McConchie, J. (2022). How close friendships and parental relationships are related to flourishing in emerging adulthood (Publication No.28649274) [Doctoral dissertation, The Claremont Graduate University].
- McConaughy, E.A., Prochaska, J.O., & Velicer, W.F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 20(3), 368- 375. <https://doi.org/10.1037/h0090198>
- Mendoza, N., & Yan, Z. (2021). Involved and autonomy-supportive teachers make reflective students: Linking need-supportive teacher practices to student self-assessment practices. In Z. Yan & L. Yang (Eds.), *Assessment as learning: Maximising opportunities for student learning and achievement* (pp. 117-189). New York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003052081-12>
- Michalak, J., Klapheck, M.A., & Kosfelder, J. (2004). Personal goals of psychotherapy patients: the intensity and the "why" of goal-motivated behavior and their implications for the therapeutic process. *Psychotherapy Research*, 14(2), 193-209. <https://doi.org/10.1093/ptr/kph017>
- Miranda, R., Fontes, M., & Marroquín, B. (2008). Cognitive content-specificity in future expectancies: Role of hopelessness and intolerance of uncertainty in depression and GAD symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 46(10), 1151-1159. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.05.009>
- Miranda, R., & Mennin, D.S. (2007). Depression, generalized anxiety disorder, and certainty in pessimistic predictions about the future. *Cognitive therapy and research*, 31(1), 71-82. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9063-4>

- Mokgata, N., van der Vaart, L., & de Beer, L.T. (2022). Autonomy-supportive agents: whose support matters most, and how does it unfold in the workplace? *Current Psychology*, 1-16. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03550-9>
- Moller, A.C., Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2006). Choice and ego-depletion: The moderating role of autonomy. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(8), 1024-1036. <https://doi.org/10.1177/0146167206288008>
- Montgomery, A.J., Peeters, M.C.W., Schaufeli, W.B., & Den Ouden, M. (2003). Work-home interference among newspaper managers: Its relationship with burnout and engagement. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal*, 16(2), 195–211. <https://doi.org/10.1080/1061580021000030535>
- More, K.R., & Phillips, L.A. (2021). Source-orientation and avoidance/approach-orientation are important components of introjected regulation for leisure-time physical activity. *Behavioral Medicine*, 47(2), 89-98. <https://doi.org/10.1080/08964289.2019.1644284>
- Moreau, E., & Mageau, G.A. (2012). The importance of perceived autonomy support for the psychological health and work satisfaction of health professionals: Not only supervisors count, colleagues too! *Motivation and Emotion*, 36(3), 268-286. <https://doi.org/10.1007/s11031-011-9250-9>
- Morin, G., & Meilleur, D. (2022). Validation d'une version francophone de l'Anorexia Nervosa Stages de Change Questionnaire. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 70(1), 82-89. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2021.05.001>

Moss, E., & St-Laurent, D. (2001). Attachment at school age and academic performance. *Developmental Psychology, 37*(6), 863-874. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.37.6.863>

Mossman, L.H., Slemp, G.R., Lewis, K.J., Colla, R.H., & O'Halloran, P. (2022). Autonomy support in sport and exercise settings: a systematic review and meta-analysis. *International Review of Sport and Exercise Psychology, 1-24*. <https://doi.org/10.1080/1750984X.2022.2031252>

Moula, Z. (2021). ``I didn't know I have the capacity to be creative``: Children's experiences of how creativity promoted their sense of well-being. A pilot randomised controlled study in school arts therapies. *Public Health, 197*, 19-25. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.06.004>

Mouratidis, A., Michou, A., Telli, S., Maulana, R., & Helms-Lorenz, M. (2022). No aspect of structure should be left behind in relation to student autonomous motivation. *British Journal of Educational Psychology, 92*(3), 1086-1108. <https://doi.org/10.1111/bjep.12489>

Muthen, B., & Kaplan, D. (1985). A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-normal Likert variables. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology, 38*(2), 171-189. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8317.1985.tb00832.x>

Myers, B., van der Westhuizen, C., Naledi, T., Stein, D. J., & Sorsdahl, K. (2016). Readiness to change is a predictor of reduced substance use involvement: findings from a randomized controlled trial of patients attending South African emergency

departments. *BMC psychiatry*, 16(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0742-8>

Negru, O. (2008). Personal goals: Structures and processes in adult development. *Cogniție Creier Comportament*, 12(3), 265-283.

Nemeh, A., Hasan, R., & Hazir, Ö. (2022). Business school students' motivations and intentions to pursue a project management career. *British Journal of Guidance & Counselling*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/03069885.2022.2106550>

Neyrinck, B., Lens, W., Vansteenkiste, M., & Soenens, B. (2010). Updating Allport's and Batson's Framework of Religious Orientations: A Reevaluation from the Perspective of Self-Determination Theory and Wulff's Social Cognitive Model. *Journal for the scientific study of Religion*, 49(3), 425-438. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5906.2010.01520.x>

Ng, J.Y.Y., Ntoumanis, N., Thogersen-Ntoumani, C., Deci, E.L., Ryan, R.M., Duda, J.L., & Williams, G.C. (2012). Self-determination theory applied to health contexts: A meta-analysis. *Perspectives on Psychological Science*, 7(4), 325-340. <https://doi.org/10.1177/1745691612447309>

Ng, J.Y.Y., Ntoumanis, N., Thogersen-Ntoumani, C., Stott, K., & Hindle, L. (2013). Predicting Psychological Needs and Well-Being of Individuals Engaging in Weight Management: The Role of Important Others, *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 5(3), 291-310. <https://doi.org/10.1111/aphw.12011>

Nidecker, M., DiClemente, C.C., Bennett, M.E., & Bellack, A.S. (2008). Application of the Transtheoretical Model of change: psychometric properties of leading measures in patients with co-occurring drug abuse and severe mental illness. *Addictive Behaviors*, 33(8), 1021-1030. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.03.012>

Niemiec, C.P., & Ryan, R.M. (2009). Autonomy, competence, and relatedness in the classroom: Applying self-determination theory to educational practice. *School Field*, 7(2), 133-144. <https://doi.org/10.1177/1477878509104318>

Noels, K.A., Pelletier, L.G., Clément, R., & Vallerand, R.J. (2000). Why are you learning a second language? Motivational orientations and self-determination theory. *Language learning*, 50(1), 57-85. <https://doi.org/10.1111/0023-8333.00111>

Norcross, J.C., Krebs, P.M., & Prochaska, J.O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 143-154. <https://doi.org/10.1002/jclp.20758>

Ntoumanis, N. (2005). A prospective study of participation in optional school physical education using a self-determination theory framework. *Journal of educational psychology*, 97(3), 444-453. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.97.3.444>

Ntmoumanis, N., Johan, Y.Y., Prestwich, A., Quested, E., Hancox, J.E., Thogerson-Ntoumanis, C., Deci, E.L., Ryan, R.M., Lonsdale, C., & Williams, G.C. (2021). A meta-analysis of self-determination theory-informed intervention studies in the health domain: Effects on motivation, health behavior, physical, and

psychological health. *Health Psychology Review*, 15(2), 214-244.

<https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1718529>

Ntoumanis, N., Ng, J.Y.Y., Prestwich, A., Quested, E., Hancox, J.E., Thøgersen-

Ntoumanis, C., Deci, E.L., Ryan, R.M., Lonsdale, C., & Williams, G.C. (2021).

A meta-analysis of self-determination theory-informed intervention studies on the health domain: effects on motivation, health behavior, physical, and psychological

health. *Health Psychology Review*, 15(2), 214-244. <https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1718529>

Nwoke, M., Onuigbo, E., & Odo, V. (2017). Social support, self-efficacy and gender as predictors of reported stress among inpatient care-givers. *The Social Science*

Journal, 54(2), 115-119. <https://doi.org/10.1016/j.soscij.2016.08.001>

Oades, L.G., Robinson, P., Green, S., & Spence, G.B. (2011). Towards a positive university. *The Journal of Positive Psychology*, 6(6), 432-439.

<https://doi.org/10.1080/17439760.2011.634828>

Ogilvie, L., & Carson, J. (2021). Trauma, stages of change and post traumatic growth in addiction: A new synthesis. *Journal of Substance Use*. <https://doi.org/10.1080/14659891.2021.1905093>

Ohrn, T., Sjödin, I., & Thorell, L.H. (1999). Cognitive distortions in panic disorder and major depression: Specificity for depressed mood. *Nordic Journal of*

Psychiatry, 53(6), 459-464. <https://doi.org/10.1080/080394899427719>

- Palmeira, A.L., Teixeira, P.J., Branco, T.L., Martins, S.S., Minderico, C.S., Barata, J.T., Serpa, S.O., & Sardinha, L.B. (2007). Predicting short-term weight loss using four leading health behavior change theories. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *4*, 14. <https://doi.org/10.1186/1479-5969-4-14>
- Pantaloni, M.V., Nich, C., Frankforter, T., & Carroll, K.C. (2002). The URICA as a measure of motivation to change among treatment-seeking individuals with concurrent alcohol and cocaine problems. *Psychology of Addictive Behaviors*, *16*(4), 299–307. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.16.4.299>
- Pasi, H., Lintunen, T., Leskinen, E., & Hagger, M.S. (2021). Predicting school students' physical activity intentions in leisure-time and school recess contexts: Testing an integrated model based on self-determination theory and theory of planned behavior. *PLoS ONE*, *16*(3), e0249019. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249019>
- Pataki-Bitto, F., & Kun, A. (2022). Exploring differences in the subjective well-being of teleworkers prior to and during the pandemic. *International Journal of Workplace Health Management*, *15*(3), 320-338. <https://doi.org/10.1108/IJWHM-12-2020-0207>
- Patrick, H., & Canevello, A. (2011). Methodological overview of a self-determination theory-based computerized intervention to promote leisure-time physical activity. *Psychology of sport and exercise*, *12*(1), 13-19. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2010.04.011>

- Pelletier, L.G. (2002). A motivational analysis of self-determination for pro-environmental behaviours. In E.L. Deci & R.M. Ryan (Eds.), *Handbook of self-determination research* (pp. 205-232). Rochester: University of Rochester Press.
- Pelletier, L.G., & Otis, N. (2002). *Construction et validation de l'Inventaire des Comportements interpersonnels*. Manuscrit inédit. Ottawa, ON: Université d'Ottawa.
- Pelletier, L.G., Tuson, K.M., & Haddad, N.K. (1997). Client motivation for therapy scale: A measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation for therapy. *Journal of personality assessment*, 68(2), 414-435. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6802_11
- Perlman, D., Patterson, C., Moxham, L., Taylor, E.K., Brighton, R., Sumskis, S., & Heffernan, T. (2017). Understanding the influence of resilience for people with a lived experience of mental illness: A self-determination theory perspective. *Journal of Community Psychology*, 45(8), 1026-1032. <https://doi.org/10.1002/jcop21908>
- Perri, M., & Strike, C. (2020). The missing link: Incorporating behavior change theories in overdose education and naloxone distribution programs. *International Journal of Drug Policy*, 83, 102853. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102853>
- Petrocelli, J.V. (2002). Processes and stages of change: Counselling with the transtheoretical model of change. *Journal of Counseling and Development*, 80(1), 22-30. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2002.tb00162.x>

- Philpott, A., & Son, J.-B. (2022). Leaderboards in an EFL course: Student performance and motivation. *Computers & Education, 190*, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2022.104605>
- Piotrowski, C., Sherry, D., & Keller, J.W. (1985). Psychodiagnostic test usage: A survey of the Society for Personality Assessment. *Journal of Personality Assessment, 49*(2), 115-119. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4902_1
- Possel, P. (2009). Cognitive Triad Inventory (CTI): Psychometric properties and factor structure of the German translation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 40*(2), 240-247. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2008.12.001>
- Powers, T.A., Koestner, R., Denes, A., Cornelius, T. & Gorin, A.A. (2022). Autonomy support in a couples weight loss trial: Helping yourself while helping others. *Families, Systems, & Health, 40*(1), 70-78. <https://doi.org/10.1037/fsh0000663>
- Pressman, S.D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin, 131*(6), 925-971. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.925>
- Prochaska, J.O. (1979). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Homewood, IL: Dorsey.
- Prochaska, J.O. (1991). Prescribing to the stage and level of phobic patients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 28*(3), 463-468. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.28.3.463>

- Prochaska, J.O. (2008). Multiple health behavior research represents the future of preventive medicine. *Preventive medicine*, *46*(3), 281-285. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2008.01.015>
- Prochaska, J.O. (2013). Transtheoretical model of behavior change. In M.D. Gellman & J.R. Turner (Eds.) *Encyclopedia of behavioral medicine* (pp. 1997-2000). Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_70
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, *19*(3), 276-288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.51.3.390>
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood: Dow Jones-Irwin.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W.R. Miller & N. Heather (Eds), *Treating addictive behaviors. Applied Clinical Psychology* (pp. 3-27). Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-2191-0_1

- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviours. *American Psychologist*, *47*, 1102-1114. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102>
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C., Fowler, J.L., Follick, M.J., & Abrams, D.B. (1992). Attendance and outcome in a work site weight control program: Processes and stages of change as process and predictor variables. *Addictive Behaviours*, *17*(1), 35-45. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(92\)90051-v](https://doi.org/10.1016/0306-4603(92)90051-v)
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C., & Saul, S.F. (2020). Generating psychotherapy breakthroughs: Transtheoretical strategies from population health psychology. *American Psychologist*, *75*(7), 996-1010. <https://doi.org/10.1037/amp0000568>
- Prochaska, J.O., & Prochaska, J.M. (2016). *Changing to thrive: using the stages of change to overcome the top threats to your health and happiness*. Simon and Schuster.
- Prochaska, J.M., & Prochaska, J.O. (2020). Digitally assisted interventions for the treatment and prevention of risky behavior in adults: Incorporating the transtheoretical model. In M.N. Potenza, K.A. Faust & D. Faust (Eds), *Oxford Handbook of Digital Technologies and Mental Health* (pp. 348-357). Online edn, Oxford Academic. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190218058.013.30>
- Prochaska, J.O., & Prochaska, J.M. (2021). Multiple Behavior Change as Prevention. In W. O'Donohue & M. Zimmermann (Eds), *Handbook of Evidence-Based Prevention of Behavioral Disorders in Integrated Care* (pp. 83-100). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-83469-2_5

Prochaska, J., Prochaska, J., Cohen, F., & Gomes, S. (2004). The Transtheoretical Model of Chance for Multi-level Intervention for Alcohol Abuse on Campus. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 47(3), 34-50.

Prochaska, J.O., & Velicer, W.F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American journal of health promotion*, 12(1), 38-48. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>

Prochaska, J.O., Velicer, W.F., DiClemente, C.C., & Fava, J. (1988). Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(4), 520-528. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.4.520>

Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Guadagnoli, E., Rossi, J.S., & DiClemente, C.C. (1991). Patterns of change: Dynamic typology applied to smoking cessation. *Multivariate behavioral research*, 26(1), 83-107. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2601_5

Prochaska, J.J., Velicer, W.F., Prochaska, J.O., Delucchi, K., & Hall, S.M. (2006). Comparing intervention outcomes in smokers treated for single versus multiple behavioral risks. *Health Psychology*, 25(3), 380-388. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.25.3.380>

Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Rossi, J.S., Goldstein, M.G., Marcus, B.H., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L.L., Redding, C.A., Rosenbloom, D., & Rossi, S.R. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviours. *Health Psychology*, 13(1), 39- 46. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.13.1.39>

- Putnam, S.M. (2002). Changing health behaviors through the medical interview. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, *11*(4), 218-225. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00005777>
- Quested, E., Ntoumanis, N., Viladrich, C., Haug, E., Ommundsen, Y., Van Hoye, A., Merce, J., Hall, H., Zourbajos Nikos, C.F., & Duda, J.L. (2013). Intentions to drop-out of youth soccer: A test of the basic needs theory among European youth from five countries. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, *11*(4), 395-407. <https://doi.org/10.1080/1612197X.2013.830431>
- Rabin, B.S., Kusnecov, A., Shurin, M., Zhou, D., & Rasnick, S. (1994). Mechanistic aspects of stressor-induced immune alteration. In R. Glaser & J. Kiecolt-Glaser (Eds.), *Handbook of human stress and immunity* (pp. 23-51). San Diego, CA: Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-285960-1.50006-X>
- Rai, B., & Arokiasamy, P. (2020). Identifying stages of smoke and smokeless tobacco cessation among adults in India: An application of transtheoretical model. *Journal of Substance Use*, *26*(4), 343-350. <https://doi.org/10.1080/14659891.2020.1807634>
- Ramirez-Cifuentes, D., Freire, A., Baezo-Yates, R., Lamora, N.S., Alvarez, A., Gonzales-Rodriguez, A., Rochel, M.L., Vives, R.L., Valazquez, D.A., Gonfaus, J.M., & Gonzalez, J. (2021). Characterization of anorexia nervosa on social media: Textual, visual, relational, behavioral, and demographical analysis. *Journal of Medical Internet Research*, *23*(7), 25925. <https://doi.org/10.2196/25925>

- Ratelle, C.F., Larose, S., Guay, F., & Senecal, C. (2005). Perceptions of parental involvement and support as predictors of college students' persistence in a science curriculum. *Journal of Family Psychology, 19*(2), 286-293. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.19.2.286>
- Reed, J., Pritschet, B.L., & Cutton, D.M. (2013). Grit, conscientiousness, and the transtheoretical model of change for exercise behavior. *Journal of health psychology, 18*(5), 612-619. <https://doi.org/10.1177/1359105312451866>
- Reeve, J. (2016). Autonomy supportive teaching: What it is, how to do it. In W.C. Liu, J.C.K. Wang & R.M. Ryan (Eds.), *Building autonomous learners: Perspectives from research and practice using self-determination theory* (pp. 129-152) Singapore: Springer Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-287-630-0_7
- Reeve, J. (2018). *Understanding Motivation and Emotion (7th edition)*. Hoboken, NJ : Wiley & Sons.
- Reeve, J., Nix, G., & Hamm, D. (2003). Testing models of the experience of self-determination in intrinsic motivation and the conundrum of choice. *Journal of educational psychology, 95*(2), 375-392. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.95.2.375>
- Reis, H., & Gable, S. (2003). Toward a positive psychology of relationships. In C.L.M. Keyes & J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived* (pp.129-159). Washington, D.C.: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/10594-006>

- Reynolds, R., Palmer, S., & Green, S. (2018). Positive psychology coaching for health and wellbeing. In S. Green & S. Palmer (Eds.) *Positive Psychology Coaching in Practice* (pp.121-135). Routledge.
- Riley, G. (2016). The role of self-determination theory and cognitive evaluation theory in home education. *Cogent education*, 3(1) 1-7. <https://doi.org/10.1080/2331186X.2016.1163651>
- Robinson, L.M., & Vail, S.R. (2012). An integrative review of adolescent smoking cessation using the transtheoretical model of change. *Journal of Pediatric Health Care*, 26(5), 336-345. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2010.12.001>
- Rocchi, M.A., Robichaud Lapointe, T., Gainforth, H.L., Chemtob, K., Arbour-Nicitopoulos, K.P., Kairy, D., & Sweet, S.N. (2021). Delivering a tele-health intervention promoting motivation and leisure-time physical activity among adults with spinal cord injury: An implementation evaluation. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 10(1), 114-132. <https://doi.org/10.1037/spy0000207>
- Rodda, S.N., Dowling, N.A., & Lubman, D.I. (2018). Gamblers seeking online help are active help-seekers: Time to support autonomy and competence. *Addictive Behaviors*, 87, 272-275. <https://doi.org/j.addbeh.2018.06.001>
- Rosenbaum, R.L., & Horowitz, M.J. (1983). Motivation for psychotherapy: A factorial and conceptual analysis. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20(3), 346 –354. <https://doi.org/10.1037/h0090205>
- Roughley, M., Maguire, A., Wood, G., & Lee, T. (2021). Referral of patients with emotionally unstable personality disorder for specialist psychological therapy:

- Why, when and how? *BJPsych Bulletin*, 45(1), 52-58. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.48>
- Rouse, P.C., Turner, P.J., Siddall, A.G., Schmid, J., Standage, M., & Bilzon, J.L. (2020). The interplay between psychological need satisfaction and psychological need frustration within a work context: A variable and person-oriented approach. *Motivation and Emotion*, 44(2), 175-189. <https://doi.org/10.1007/s11031-019-09816-3>
- Roznowski, M., Humphreys, L.G., & Davey, T. (1994). A simplex fitting approach to dimensionality assessment of binary data matrices. *Educational and Psychological Measurement* 54(2), 263-283. <https://doi.org/10.1177/0013164494054002002>
- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2002). Overview of self-determination theory: An organismic-dialectical perspective. In E.L. Deci & R.M. Ryan (Eds.). *Handbook of self-determination research* (pp. 3-33). University of Rochester Press.
- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2007). Active human nature: Self-determination theory and the promotion and maintenance of sport, exercise, and health. In M.S. Hagger & N.L.D. Chatzisarantis (Eds.). *Intrinsic motivation and self-determination in exercise and sport* (pp. 1-19). Leeds: Human Kinetics Europe Ltd. <https://doi.org/10.5040/9781718206632.0007>

- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2008). A self-determination theory approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. *Canadian Psychology/ Psychologie canadienne*, 49(3), 186-193. <https://doi.org/10.1037/a0012753>
- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. Guilford Publications. <https://doi.org/10.1521/978.14625/28806>
- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2019). Brick by brick: The origins, development, and future of self-determination theory. In A. J. Elliot (Ed.), *Advances in motivation science* (pp.111-156). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/bs.adms.2019.01.001>
- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2020). Intrinsic and extrinsic motivation form a self-determination theory perspective: Definitions, theory, practices and future directions. *Contemporary Educational Psychology*, 61, 101860. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2020.101860>
- Ryan, R.M., Deci, E.L., & Grolnick, W.S. (1995). Autonomy, relatedness, and the self: Their relation to development and psychopathology. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Theory and methods* (pp. 618-655). John Wiley & Sons.
- Ryan, R.M., Deci, E.L., & Vansteenkiste, M. (2016). Autonomy and autonomy disturbances in self-development and psychopathology: Research on motivation, Attachment, and clinical process. In D. Cicchetti (Ed.), *Developmental*

psychopathology: Theory and method (pp. 385-438). John Wiley & Sons, Inc.
<https://doi.org/10.1002/9781119125556.devpsy109>

Ryan, R.M., Deci, E.L., Vansteenkiste, M., & Soenens, B. (2021). Building a Science of Motivated Persons: Self-Determination Theory's Empirical Approach to Human Experience and the Regulation of Behavior. *Motivation Science*, 7(2), 97-110.
<https://doi.org/10.1037/mot0000194>

Ryan, R.M., Huta, V., & Deci, E. (2008). Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 9(1), 139-170. <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-006-9023-4>

Ryan, R.M., Plant, R.W., & O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive Behaviours*, 20(3), 279-297. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(94\)00072-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(94)00072-7)

Ryan, R.M., Rigby, C.S. & Przybylski, A. (2006). The motivational pull of video games: A self-determination theory approach. *Motivation and emotion*, 30(4), 344-360. <https://doi.org/10.1007/s11031-006-9051-8>

Ryff, C.D., Singer, B.H., & Love, G.D. (2004). Positive health: connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society London. Series B. Biological Sciences*, 359(1449), 1383-1394. <https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1521>

Sabo, A., Kueh, Y.C., Musa, R.M., Lu, F.J.H., & Kuan, G. (2022). Factorial validity and measurement invariance of the Psychological Need Satisfaction in Exercise Scale across gender. *PLoS ONE*, *17*(6), Advance online publication. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269155>

Safren, S.A., Heimberg, R.G., Lerner, J., Henin, A., Warman, M., & Kendall, P.C. (2000). Differentiating anxious and depressive self-statements: Combined factor structure of the anxious self-statements questionnaire and the automatic thoughts questionnaire-revised. *Cognitive Therapy and Research*, *24*(3), 327-344. <https://doi.org/10.1023/A:1005515421103>

Sansfaçon, J., Gauvin, L., Fletcher, É., Cottier, D., Rossi, E., Kahan, E., Israël, M., & Steiger, H. (2017). Prognostic value of autonomous and controlled motivation in outpatient eating-disorder treatment. *International Journal of Eating Disorders*, *51*(10), 1194-1200. <https://doi.org/10.1002/eat.22901>

Savarinathan, J.B. (2013). *Youth Mentoring, Motivation & Religious Commitment: A Self-determination Theory Perspective on Environments that Facilitate Internalization of Religion Among Catholics in Tamil Nadu, India*. Salesian Pontifical University.

Schaufeli, W.B., Taris, T., LeBlanc, P., Peeters, M., Bakker, A., & DeJonge, J. (2001). Can work produce health? The quest for the engaged worker. *De Psycholoog*, *36*, 422–428.

- Schmidt, M.E., Pellicciotti, H., & Long, R.M. (2022). An exploration of friendship and well-being in established adulthood and midlife. *Journal of Adult Development*.
<https://doi.org/10.1007/s10804-022-09421-8>
- Schmitz, N., Holley, P, Meng, X., Fish, L., & Jedwab, J. (2020). COVID-19 and Depressive Symptoms: A community-based Study in Quebec, Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry/ La revue Canadienne de Psychiatrie*, 65(10), 733-735. <https://doi.org/10.1177/0706743720943812>
- Schuitema, J., Peetsma, T., & van der Veen, I. (2012). Self-regulated learning and students' perceptions of innovative and traditional learning environments: A longitudinal study on secondary education. *Educational Studies*, 38(4), 397-413.
<https://doi.org/10.1080/03055698.2011.643105>
- Schutte, N.S., & Malouff, J.M. (2021). Basic psychological need satisfaction, affect and mental health. *Current Psychology: A Journal of Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 40(3), 1228-1233. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-0055-9>
- Schwartz, H.A., Sap, M., Kern, M.L., Eichstaedt, J.C., Kapelner, A., Agrawal, M., Blanco, E., Dziurzynski, L., Park, G., Stillwell, D., Kosinski, M., Seligman, M.E.P., & Ungar, L.H. (2016). *Predicting Individual Well-Being Through the Language of Social Media*. Paper presented at Biocomputing 2016: Proceedings of the Pacific Symposium (pp. 516-527), Hawaii. https://doi.org/10.1142/9789814749411_0047

Scott-Jackson, W., & Mayo, A. (2017). *Transforming engagement, happiness and well-being: Enthusing people, teams and nations*. Cham: Springer.

<https://doi.org/10.1007/978-3-319-56145-5>

Segrin, C., Jiao, J., & Wang, J. (2022). Indirect effects of overparenting and family communication patterns on mental health of emerging adults in china and the united states. *Journal of Adult Development*. Advance online publication.

<https://doi.org/10.1007/s10804-022-09397-5>

Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic Happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. Free Press.

Seligman, M.E.P. (2007). Coaching and positive psychology. *Australian*

Psychologist, 42(4), 266-267. <https://doi.org/10.1080/00050060701648233>

Seligman, M.E.P. (2012). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Free Press.

Seligman, M.E.P. (2018). PERMA and the building blocks of well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 13(4), 333-335. <https://doi.org/10.1080/17439760.2018.1437466>

2018.1437466

Seligman, M.E.P. (2019). Positive psychology: A personal history. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 1-23. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095653>

095653

- Senecal, C., Vallerand, R.J., & Guay, F. (2001). Antecedents and outcomes of work-family conflict: Toward a motivational model. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(2), 176-186. <https://doi.org/10.1177/0146167201272004>
- Shahar, G., Henrich, C.C., Blatt, S.J., Ryan, R., & Little, T.D. (2003). Interpersonal relatedness, self-definition, and their motivational orientation during adolescence: A theoretical and empirical integration. *Developmental psychology*, 39(3), 470-483. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.3.470>
- Sharifirad, G.R., Eslami, A.A., Charkazi, A., Mostafavi, F., & Shahnazi, H. (2012). The effect of individual counseling, line follow-up, and free nicotine replacement therapy on smoking cessation in the samples of Iranian smokers: Examination of transtheoretical model. *Journal of Research in Medical Sciences*, 17(2), 1128-1136.
- Sheeran, P., Wright, C.E., Avishai, A., Villegas, M.E., Rothman, A.J., & Klein, W.M.P. (2021). Does increasing autonomous motivation or perceived competence lead to health behavior change? A meta-analysis. *Health Psychology*, 40(10), 706-716. <https://doi.org/10.1037/hea0001111>
- Sheldon, K.M. (2023). Conservatives Report Less Autonomous Work Motivation and Less Intrinsic Values than Liberals, but are Happier Nonetheless: The Explanatory Role of Psychological Need-Satisfaction. *Journal of Happiness Studies*, 24(4), 1533-1547. <https://doi.org/10.1007/s10902-023-00656-0>

- Sheldon, K.M., Abad, N., & Omoile, J. (2009). Testing Self-Determination Theory via Nigerian and Indian adolescents. *International Journal of Behavioral Development, 33*(5), 451-459. <https://doi.org/10.1177/0165025409340095>
- Sheldon, K.M., Goffredi, R., & Schlegel, R.J. (2023). Self-concordant goal-striving as internalized motivation: Benefits beyond person-goal fit. *Motivation Science, 9*(1), 53-61. <https://doi.org/10.1037/mot0000277>
- Sheldon, K.M., & Houser-Marko, L. (2001). Self-concordance, goal attainment, and the pursuit of happiness: Can there be an upward spiral? *Journal of personality and social psychology, 80*(1), 152-165. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.80.1.152>
- Sheldon, K.M., Williams, G., & Joiner, T. (2008). *Self-determination theory in the clinic: Motivating physical and mental health*. Yale University Press. <https://doi.org/10.12987/yale/9780300095449.001.0001>
- Sherman, B.J., Baker, N.L., & McRae-Clark, A.L. (2016). Gender differences in cannabis use disorder treatment: change readiness and taking steps predict worse cannabis outcomes for women. *Addictive behaviors, 60*, 197-202. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.04.014>
- Shin, S., van Riper, C.J., Stedman, R.C., & Suski, C.D. (2022). The value of eudaimonia for understanding relationships among values and pro-environmental behavior. *Journal of Environmental Psychology, 80*, 101778. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2022.101778>
- Sifat, M.S., Tasnim, N., Hoque, N., Saperstein, S., Shin, R.Q., Feldman, R., Stoeberl, K., & Green, K.M. (2022). Motivation and barriers for clinical mental health help-

- seeking in bangladeshi university students: A cross-sectional study. *Global Mental Health*, advance online publication. <https://doi.org/10.1017/gmh.2022.24>
- Silva, M.N., Markland, D., Minderico, C.S., Vieira, P.N., Castro, M.M., Coutinho, S.R., Santos, T.C., Matos, M.G., Sardinha, L.B., & Teixeira, P.J. (2008). A randomized controlled trial to evaluate self-determination theory for exercise adherence and weight control: rationale and intervention description. *BMC Public Health*, 8(1), 234-247. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-234>
- Slavin, S.J., Schindler, D., Chibnall, J.T., Fendell, G., & Shoss, M. (2012). PERMA: A Model for Institutional Leadership and Culture Change. *Academic Medecine*, 87(11), 1481. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31826c525a>
- Slemp, G.R., Kern, M.L., Patrick, K.J., & Ryan, R.M. (2018). Leader autonomy support in the workplace: A meta-analytic review. *Motivation and Emotion*, 42(5), 706-726. <https://doi.org/10.1007/s11031-018-9698-y>
- Smith, C.V., Lee, A.A., Hadden, B.W., & Ellison, P.L. (2022). Shared decision making and autonomy preferences of pediatric health care providers and parents of pediatric patients. *Families, Systems, & Health*, 40(3), 343-353. <https://doi.org/10.1037/fsh0000704>
- Smith, P.N., & Mumma, G.H. (2008). A multi-wave web-based evaluation of cognitive content specificity for depression, anxiety, and anger. *Cognitive Therapy and Research*, 32(1), 50-65. <https://doi.org/10.1007/s10608-007-9171-9>

- Smith, A., Ntoumanis, N., & Duda, J. (2007). Goal striving, goal attainment, and well-being: Adapting and testing the self-concordance model in sport. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 29*(6), 763-782. <https://doi.org/10.1123/jsep.29.6.763>
- Smith, R.E., Smoll, F.L., & Cumming, S.P. (2007). Effects of a motivational climate intervention for coaches on young athletes' sport performance anxiety. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 29*(1), 39-59. <https://doi.org/10.1123/jsep.29.1.39>
- Smith, K.J., Subich, L.M., & Kalodner, C. (1995). The transtheoretical model's stages and processes of change and their relation to premature termination. *Journal of Counseling Psychology, 42*(1), 34-39. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.42.1.34>
- Soberay, A.D., Grimsley, P., Faragher, J.M., Barbash, M., & Berger, B. (2014). Stages of change, clinical presentation, retention, and treatment outcomes in treatment-seeking outpatient problem gambling clients. *Psychology of addictive behaviors, 28*(2), 414-419. <https://doi.org/10.1037/a0035455>
- Soenens, B., Vansteenkiste, M., & Sierens, E. (2009). How are parental psychological control and autonomy-support related? Naturally occurring profiles of psychological control and two types of autonomy-support. *Journal of Marriage and Family, 71*(1), 187-202. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2008.00589.x>
- Solberg, P.A., & Halvari, H. (2009). Perceived autonomy support, personal goal content, and emotional well-being among elite athletes: mediating effects of reasons for goals. *Perceptual Motor Skills, 108*(3), 721-743. <https://doi.org/10.2466/PMS.108.3.721-743>

- Springer, M.V., Conley, K.M., Sanchez, B.N., Resnicow, K., Cowdery, J.E., Skolarus, L.E., Morgenstern, L.B., & Brown, D.L. (2021). Process evaluation of a faith-based multicomponent behavioral intervention to reduce stroke risk in Mexican Americans in a Catholic Church setting: The SHARE (Stroke Health and Risk Education) project. *Journal of Religion and Health*, 60(6), 3915-3930.
<https://doi.org/10.1007/s10943-021-01216-7>
- Standage, M., Duda, J.L., & Ntoumanis, N. (2005). A test of self-determination theory in school physical education. *British Journal of Educational Psychology*, 75(3), 411-433. <https://doi.org/10.1348/000709904X22359>
- Standage, M., Duda, J.L., & Ntoumanis, N. (2006). Students' motivational processes and their relationship to teacher ratings in school physical education: A self-determination theory approach. *Research quarterly for exercise and sport*, 77(1), 100-110. <https://doi.org/10.1080/02701367.2006.10599336>
- Statistique Canada. (2012). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadienne – Santé mentale (ESCC)*. Retrieved from http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5015
- Statistique Canada (2021). *Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale, février à mai 2021* (Report No. 11-001-X). Canada. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/210927/dq210927a-fra.pdf?st=t4BGVw1R>
- Steger, M.F. (2012). Experiencing meaning in life: Optimal functioning at the nexus of well-being, psychopathology, and spirituality. In P.T.P. Wong (Ed.), *The human*

quest for meaning: Theories, research, and applications (pp. 165-184).

Routledge/Taylor & Francis Group.

Steigner, H., Sansfaçon, J., Thaler, L., Leonard, N., Cottier, D., Kahan, E., Fletcher, E.,

Rossi, E., Israel, M., & Gauvin, L. (2017). Autonomy support and autonomous

motivation in the outpatient treatment of adults with an eating disorder. *The*

International Journal of Eating Disorders, 50(9), 1058-1066. [https://doi.org/](https://doi.org/10.1002/eat.22734)

10.1002/eat.22734

Stotts, A.L., Schmitz, J.M., & Grabowski, J. (2003). Concurrent treatment for alcohol

and tobacco dependence: are patients ready to quit both? *Drug and alcohol*

dependence, 69(1), 1-7. [https://doi.org/10.1016/s0376-8716\(02\)00227-2](https://doi.org/10.1016/s0376-8716(02)00227-2)

Sullivan, K.T. (1998). *Promoting Health Behavior Change*. ERIC Digest.

Su-Russell, C., & Russell, L.T. (2021). Maternal autonomy support and children's social

competencies, academic skills, and persistence: Social determinants and

mediation. *Journal of Child and Family Studies*, 30(3), 757-770. [https://doi.org/](https://doi.org/10.1007/s10826-020-01869-0)

10.1007/s10826-020-01869-0

Tabachnick, B., & Fidell, L. (2020). *Using Multivariate Statistics (7th Edition)*. Pearson.

Tan, D., & Levesque-Bristol, C. (2023). Understanding preservice teachers' intentions to enact

autonomy support: The combined perspectives from self-determination theory and

mindset theory. *Current Psychology: A journal for Diverse Perspectives on Diverse*

Psychological Issues, 1-15. [https://doi.org.proxybiblio.uqo.ca/10.1007/s12144-023-](https://doi.org.proxybiblio.uqo.ca/10.1007/s12144-023-04860-2)

04860-2

- Tas, F., Sevig, E.U., & Gungormus, Z. (2020). The effect of Transtheoretical Model based motivational interviewing on smokeless tobacco cessation in high school students. *Journal of Substance Use*, 25(6), 639-643. <https://doi.org/10.1080/14659891.2020.1760372>
- Tay, L., Tan, K., Diener, E., & Gonzalez, E. (2013) Social relations, health behaviors, and health outcomes: a survey and synthesis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 5(1), 28-78. <https://doi.org/10.1111/aphw.12000>
- Taylor, S.E. (2011). Social support: A review. In H.S. Friedman (Ed.), *The Oxford handbook of health psychology* (pp.189-214). Oxford University Press.
- Taylor, G., Dunkley, D.M., Zuroff, D.C., Lewkowski, M., Foley, J.E., Myhr, G., & Westreich, R. (2020). Autonomous motivation moderates the relation of self-criticism to depressive symptoms over one year: A longitudinal study of cognitive-behavioral therapy patients in a naturalistic setting. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 39(10), 876-896. <https://doi.org/10.1521/jscp.2020.39.10.876>
- Teas, E., Friedman, E., & Amireault, S. (2022). Purpose in life and personal growth: The unique and joint contribution of physical activity and basic psychological needs. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 14(3), 795-818. <https://doi.org/10.1111/aphw.12347>
- Tepeli Temiz, Z., & Elsharnouby, E. (2022). Relationship satisfaction and well-being during the COVID-19 pandemic: Examining the associations with interpersonal

emotion regulation strategies. *Cognitive Therapy and Research*, 46(5), 902-915.
<https://doi.org/10.1007/s10608-022-10317-w>

Thaler, L., Israel, M., Antunes, J.M., Sarin, S., Zuroff, D.C., & Steiger, H. (2016). An examination of the role of autonomous versus controlled motivation in predicting inpatient treatment outcome for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 49(6), 626-629. <https://doi.org/10.1002/eat.22510>

Trigueros, R., Aguilar-Parra, J.M., Cangas-Diaz, A.J., Fernandez-Batanero, J.M., Manas, M.A., Arias, V.B., & Lopez-Liria, R. (2019). The influence of the trainer on the motivation and resilience of sportspeople: A study from the perspective of self-determination theory. *PLoS ONE*, 14(8), e0221461. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221461>

Tsoh, J.Y., & Hall, S.M. (2004). Depression and smoking: from the transtheoretical model of change perspective. *Addictive Behaviors*, 29(4), 801-805.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.02.011>

Tudu, B., & Singh, S. (2022). Conceptualizing the moderating effects between work from home and individual performance- developing a conceptual framework using the self-determination theory. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 1-12. <https://doi.org/10.1007/s12144-033-03950-x>

Umucu, E., Tansey, T.N., Brooks, J., & Lee, B. (2021). The protective role of character strengths in COVID-19 stress and well-being in individuals with chronic

- conditions and disabilities: An exploratory study. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 64(2), 67-74. <https://doi.org/10.1177/0034355220967093>
- Umucu, E., Villega, D., Viramontes, R., Jung, H., & Lee, B. (2021). Measuring grit in veterans with mental illnesses: Examining the model structure of grit. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 44(1), 87-92. <https://doi.org/10.1037/prj0000420>
- Vallerand, R.J., Blais, M.R., Brière, N.M., & Pelletier, L.G. (1989). Construction et validation de l'échelle de motivation en éducation (EME). *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 21(3), 323-349. <https://doi.org/10.1037/h0079855>
- Vallerand, R.J., Pelletier, L.G., Blais, M.R., Briere, N.M., Senecal, C., & Vallieres, E.F. (1992). The Academic Motivation Scale: A measure of intrinsic, extrinsic, and amotivation in education. *Educational and psychological measurement*, 52(4), 1003-1017. <https://doi.org/10.1177/0013164492052004025>
- Vallerand, R.J., & Ratelle, C.F. (2002). Intrinsic and extrinsic motivation: A hierarchical model. In E.L. Deci & R.M. Ryan (Eds). *Handbook of self-determination research* (pp. 37-63). University of Rochester Press.
- Vancampfort, D., Basangwa, D., Nabanoba, J., Smith, L., & Mugisha, J. (2019). Motives for physical activity in the adoption and maintenance of physical activity in middle-aged and old age outpatients with a mental disorder: A cross-sectional study from a low-income country. *Psychiatry Research*, 282, 112620. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112620>

- Vancampfort, D., Bryansi, P.K., Namutebi, H., Lillian, N., Kinyanda, E., Bibosa, R.S., Ward, P.B., Lukwata, H., & Mugisha, J. (2022). Correlates of physical activity stages of change in people living with HIV in a Uganda community. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 44(3), 443-448. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1770345>
- Vancampfort, D., De Hert, M., Broderick, J., Lederman, O., Firth, J., Rosenbaum, S., & Probst, M. (2018). Is autonomous motivation the key to maintaining an active lifestyle in first-episode psychosis? *Early Intervention in Psychiatry*, 12(5), 821-827. <https://doi.org/10.1111/eip.12373>
- Vancampfort, D., Moens, H., Madou, T., De Backer, T., Vallons, V., Bruyninx, P., Vanheuverzwijn, S., Mota, C.T., Soundy, A., & Probst, M. (2016). Autonomous motivation is associated with the maintenance stage of behavior change in people with affective disorders. *Psychiatry Research*, 240, 267-271. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.005>
- Vancampfort, D., Vansteenkiste, M., De Hert, M., De Herdt, A., Soundy, A., Stubbs, B., Buys, R., & Probst, M. (2014). Self-determination and stage of readiness to change physical activity behaviour in schizophrenia. *Mental Health and Physical Activity*, 7(3), 171-176. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2014.06.003>
- Van Petegem, S., Soenens, B., Vanteenkiste, M., & Beyers, W. (2015). Rebels with a cause? Adolescent defiance from the perspective of reactance theory and self-determination theory. *Child Development*, 86(3), 903-918. <https://doi.org/10.1111/cdev.12355>

Vansteenkiste, M., Claes, L., Soenens, B., & Verstuyf, J. (2013). Motivational dynamics among eating-disordered patients with and without non suicidal self injury: A self-determination theory approach. *European Eating Disorders Review*, 21(3), 209-214. <https://doi.org/10.1002/erv.2215>

Vansteenkiste, M., Ryan, R.M., & Soenens, B. (2020). Basic Psychological need theory: Advancements, critical themes, and future directions. *Motivation and Emotion*, 44(1), 1-31. <https://doi.org/10.1007/s11031-019-09818-1>

Vansteenkiste, M., Simons, J., Lens, W., Sheldon, K.M., & Deci, E. L. (2004). Motivating learning, performance, and persistence: the synergistic effects of intrinsic goal contents and autonomy-supportive contexts. *Journal of personality and social psychology*, 87(2), 246-260. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.87.2.246>

Vansteenkiste, M., Simons, J., Lens, W., Soenens, B., & Matos, L. (2005). Examining the Motivational Impact of Intrinsic Versus Extrinsic Goal Framing and Autonomy-Supportive Versus Internally Controlling Communication Style on Early Adolescents' Academic Achievement. *Child Development*, 76(2), 483-501. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2005.00858.x>

Veitch, J., Ball, K., Rivera, E., Loh, V., Deforche, B., & Timperio, A. (2021). Understanding children's preference for park features that encourage physical activity: An adaptative choice based conjoint analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 18(1), 133. <https://doi.org/10.1186/s12966-021-01203-x>

- Velasquez, M., Maurer, G. Crouch, C., & Diclemente, C.C. (2001). *Group treatment for substance abuse: A stage-of-change therapy manual*. New York, NY: The Guilford Press.
- Velicer, W.F., & Prochaska, J.O. (2008). Stage and non-stage theories of behavior and behavior change: A comment on Schwarzer. *Applied Psychology: An International Review*, 57(1), 75-83. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00327.x>
- Velicer, W.F., Prochaska, J.O., Rossi, J.S., & Snow, M.G. (1992). Assessing outcome in smoking cessation studies. *Psychological Bulletin*, 111(1), 23-41. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.111.1.23>
- Villavicencio, F., & Bernardo, A. (2013). Positive academic emotions moderate the relationship between self-regulation and academic achievement. *British Journal of Educational Psychology*, 83(2), 329-340. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8279.2012.02064.x>
- Vlachopoulos, S.P., Ntoumanis, N., & Smith, A. L. (2010). The basic psychological needs in exercise scale: Translation and evidence for cross-cultural validity. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 8(4), 394-412. <https://doi.org/10.1080/1612197X.2020.9671960>
- Wallen Warner, H., Bjorklund, G., & Andersson, J. (2021). Using a three-stage model of change to understand people's use of bicycle, public transport, and car. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behavior*, 82, 167-177. <https://doi.org/10.1016/j.trf.2021.08.002>

- Wang, Y.-P., & Gorenstein, C. (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(14), 416-431. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-1048>
- Wang, J.C.K., Ng, B.L.L., Liu, W.C., & Ryan, R.M. (2016). Can being autonomy-supportive in teaching improve students' self-regulation and performance? In W.C. Liu, J.C.K. Wang & R.M. Ryan, (Eds.), *Building autonomous learners: Perspectives from research and practice using self-determination theory* (pp. 227-243) Singapore: Springer Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-287-630-0_12
- Wang, J., Wang, Y., Zhu, N., & Qiu, J. (2022). Special education teachers' emotional intelligence and its relationships with social support, work engagement and job performance: A job demands-resources theory's perspective. *International Journal of Developmental Disabilities*. <https://doi.org/10.1080/20473869.2022.2149893>
- Wang, Z., Yu, C., Tao, Z., Chen, Y., Chen, Y., & Zhang, W. (2022). Parental psychological control, academic self-efficacy and adolescent drinking: The roles of teacher-student relationship and sensation seeking. *Current Psychology*, 2022, 1-13. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03411-5>
- Watanabe, K., Kawakami, N., Shiotani, T., Adachi, H., Matsumoto, K., Imamura, K., Matsumoto, K., Yamagami, F., Fusejima, A., Muraoka, T., Kagami, T., Shimazu, A., & Kern, M.L. (2018). The Japanese Workplace PERMA-Profiler: A validation

- study among Japanese workers. *Journal of occupational health*, 60(5), 383-393.
<https://doi.org/10.1539/joh.2018-0050-OA>
- Waytz, A., Hershfield, H.E., & Tamir, D.I. (2015). Mental simulation and meaning in life. *Journal of personality and social psychology*, 108(2), 336-355.
<https://doi.org/10.1037/a0038322>
- Webb, D., Soutar, G.N., Mazzarol, T., & Saldaris, P. (2013). Self-determination theory and consumer behavioural change: Evidence from a household energy-saving behaviour study. *Journal of Environmental Psychology*, 35, 59-66.
<https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2013.04.003>
- Wedgeworth, M., LaRocca, M.A., Chaplin, W.F., & Scogin, F. (2017). The role of interpersonal sensitivity, social support, and quality of life in rural older adults. *Geriatric Nursing*, 38(1), 22-26. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.07.001>
- Weinstein, N., Khabbaz, F., & Legate, F. (2016). Enhancing need satisfaction to reduce psychological distress in serian refugees. *Journal of consulting and clinical psychology*, 84(7), 645-650. <https://doi.org/10.1037/ccp0000095>
- Weinstein, N., Legate, N., Ryan, W.S., Sedikides, C., & Cozzolino, P.J. (2017). Autonomy support for conflictual and stigmatized identities: Effects on ownership and psychological health. *Journal of counseling psychology*, 64(5), 584-599.
<https://doi.org/10.1037/cou0000224>
- Whipple, N., Bernier, A., & Mageau, G.A. (2011). A dimensional approach to maternal attachment state of mind: Relations to maternal sensitivity and maternal autonomy

support. *Developmental Psychology*, 47(2), 396-403. <https://doi.org/10.1037/a0021310>

Wild, T.C., Cunningham, J.A., & Ryan, R.M. (2006). Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: A self-determination theory perspective. *Addictive behaviors*, 31(10), 1858-1872. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.01.002>

Williams, G.C., & Deci, E.L. (2001). Activating patients for smoking cessation through physician autonomy support. *Medical care*, 39(8), 813-823. <https://doi.org/10.1097/00005650-200108000-00007>

Williams, G.C., Gagné, M., Mushlin, A.I., & Deci, E.L. (2005). Motivation for behavior change in patients with chest pain. *Health Education*, 105(4), 304-321. <https://doi.org/10.1108/09654280510602516>

Williams, G.C., Grow, V.M., Freedman, Z.R., Ryan, R.M., & Deci, E.L. (1996). Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(1), 115-126. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.70.1.115>

Williams, G.C., McGregor, H.A., King, D., Nelson, C.C., & Glasgow, R.E. (2005). Variation in perceived competence, glycemic control, and patient satisfaction: relationship to autonomy support from physicians. *Patient Education and Counseling*, 57(1), 39-45. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.04.001>

Williams, G.C., McGregor, H.A., Sharp, D., Levesque, C., Kouides, R.W., Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2006). Testing a self-determination theory intervention for

- motivating tobacco cessation: supporting autonomy and competence in a clinical trial. *Health psychology*, 25(1), 91-101. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.25.1.91>
- Wong, S.S. (2008). The relations of cognitive triad, dysfunctional attitudes, automatic thoughts, and irrational beliefs with test anxiety. *Current Psychology*, 27(3), 177-191. <https://doi.org/10.1007/s12144-008-9033-y>
- Wood, M.E. (2008). Theoretical framework to study exercise motivation for breast cancer risk reduction. *Oncology Nursing Forum*, 35(1), 89-95. <https://doi.org/10.1188/08.ONF.89-95>
- Wray-Lake, L., DeHaan, C.R., Shubert, J., & Ryan, R.M. (2019). Examining links from civic engagement to daily well-being from a self-determination theory perspective. *The Journal of Positive Psychology*, 14(2), 166-177. <https://doi.org/10.1080/17439760.2017.1388432>
- Wu, Y., & Li, C. (2019). Helping others helps? A self-determination theory approach on work climate and wellbeing among volunteers. *Applied Research in Quality of Life*, 44(4), 1099-1111. <https://doi.org/10.1007/s11482-018-9642-z>
- Wuyts, D., Soenens, B., Vansteenkiste, M., & Van Petegem, S. (2018). The role of observed maternal autonomy support, reciprocity and psychological need satisfaction in adolescent disclosure. *Journal of Adolescence*, 65, 141-154. <https://doi.org/j.adolescence.2018.03.012>

- Yan, Z. (2018). The Self-assessment Practice Scale (SaPS) for students: Development and psychometric studies. *The Asia-Pacific Education Researcher*, 27(2), 123-135. <https://doi.org/10.1007/s40299-018-0371-8>
- Yan, Z., Brown, G.T.L., Lee, J.C.-K., & Qiu, X.-L. (2020). Student Self-assessment: Why do they do it? *Educational Psychology*, 40(4), 509-532. <https://doi.org/10.1080.01443410.2019.1672038>
- Yang, Y., Cai, H., Yang, Z., Zhao, X., Li, M., Han, R., & Chen, S.X. (2022). Why does nature enhance psychological well-being? A self-determination account. *Journal of Environmental Psychology*, 83, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2022.101872>
- Yu, M.V.B., Hsieh, T.-Y., Lee, G., Jiang, S., Pantano, A., & Simpkins, S.D. (2022). Promoting Latinx adolescents' math motivation through competence support: Culturally responsive practices in an afterschool program context. *Contemporary Educational Psychology*, 68, 1-15. <https://doi.org/10.106/j.cedpsych.2021.102028>
- Yusufov, M., & Orchowski, L.M. (2020). Readiness to engage in assertive responding, self-protective dating behaviors, and sexual communication: A transtheoretical model-based analysis of college women. *Journal of American College Health*, 69(8), 959-970. <https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1719111>
- Zablocka-Zytka, L., & Wisniewski, M. (2021). Mental health of patients suffering from connective tissue diseases. Negative and positive concept and selected correlates. *Psychiatria Polska*, 55(2), 377-396. <https://doi.org/10.12740/PP/116673>

- Zeldman, A., Ryan, R.M., & Fiscella, K. (2004). Motivation, autonomy support, and entity beliefs: Their role in methadone maintenance treatment, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 675-696. <https://doi.org/10.1521/jscp.23.5.675.50744>
- Zhao, S., & Wu, X. (2021). Motivations and consumption practices of fostered idol fans: A self-determination theory approach. *Journal of Consumer Marketing*, 38(1), 91–100. <https://doi.org/10.1108/JCM-08-2019-3370>
- Zuroff, D.C., Koestner, R., Moskowitz, D.S., McBride, C., & Bagby, R.M. (2012). Therapist's autonomy support and patient's self-criticism predict motivation during brief treatments for depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31(9), 903-932. <https://doi.org/10.1521/jscp.2012.31.9.903>
- Zuroff, D.C., Koestner, R., Moskowitz, D.S., McBride, C., Marshall, M., & Bagby, R.M. (2007). Autonomous motivation for therapy: A new common factor in brief treatment for depression. *Psychotherapy Research*, 17(2), 137-147. <https://doi.org/10.1080/10503300600919380>
- Zuroff, D.C., McBride, C., Ravitz, P., Koestner, R., Moskowitz, D.S., & Bagby, R.M. (2017). Autonomous and controlled motivation for interpersonal therapy for depression: Between-therapists and within-therapist effects. *Journal of Counseling Psychology*, 64(5), 525-537. <https://doi.org/10.1037/cou0000239>

Annexe A: Affiche de recrutement



À LA RECHERCHE DE VOLONTAIRES

Recevez-vous des services psychologiques ? Cette étude s'adresse à vous !

Nous sommes à la recherche d'adultes recevant des services psychologiques afin de participer à une étude sur le changement thérapeutique. Si vous choisissez de participer à l'étude, vous serez invité à compléter un questionnaire d'une quinzaine de minutes.

Si vous êtes intéressé, communiquez avec :

Tanya Achkar

 (819) 598-2838

 acht01@uqo.ca

OU



Rendez-vous à l'adresse suivante :

<https://sondages.uqo.ca/index.php/617339?lang=fr>

OU



Prenez un questionnaire ici et déposez-le dans la boîte sécurisée mise à votre disposition une fois complété !



Ce projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'UQO.

Acht01@uqo.ca (819)598-2838 https://sondages.uqo.ca/index.php/617339?lang=fr								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Annexe B : Formulaire de consentement



Université du Québec en Outaouais
Comité d'éthique de la recherche de l'UQO

Case postale 1250, succursale Hull
Gatineau (Québec) J8X 3X7
www.uqo.ca/ethique

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Interrelations entre la motivation et les stades de changements, leurs antécédents sociaux, la symptomatologie dépressive et le bien-être

Ce projet constitue le travail de recherche d'essai doctoral de Tanya Achkar, candidate au doctorat en psychologie à l'Université du Québec en Outaouais (UQO). Il est réalisé sous la supervision d'Isabelle Green-Demers, professeure et chercheure au département de psychoéducation et de psychologie de l'UQO.

Ce projet s'intéresse à la motivation au changement et il vise à mieux comprendre la place que prend celle-ci dans le processus de rétablissement et dans la santé mentale. Pour participer au projet, il faut être majeur et fréquenter un établissement offrant des services touchant le bien-être psychologique.

Vous êtes invité à participer à ce projet de recherche en complétant un questionnaire, papier ou en ligne, d'une quinzaine de minutes. Vous pouvez donc compléter le questionnaire en ligne de n'importe quel ordinateur à l'adresse suivante (<https://sondages.uqo.ca/index.php/617339?lang=fr>) ou encore compléter un des questionnaires papier qui a été laissé à votre disposition dans votre organisme. Dans ce questionnaire, il vous sera posé des questions concernant votre santé psychologique, votre implication envers votre mieux-être et les services que vous recevez.

Votre participation est anonyme et confidentielle. Un code numérique sera assigné à votre questionnaire et les données seront ainsi traitées de façon dénominalisée. Les fichiers numériques seront protégés par un mot de passe et conservés sur les ordinateurs de la chercheure et de sa superviseure. Les documents écrits seront conservés sous clé dans un local de recherche à l'UQO.

La confidentialité des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche sera assurée conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements et politiques de l'Université du Québec en Outaouais¹. Les données seront conservées pendant une période pouvant aller jusqu'à 5 ans et détruites selon un protocole sécurisé par la suite.

Les résultats seront rapportés dans l'essai doctoral de la chercheure et pourront également être diffusés lors de conférences ou publiés dans des journaux scientifiques. Les résultats de la recherche ne pourront en aucun cas mener à votre identification.

Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps sans préjudice. Les risques associés à votre participation sont minimaux et la chercheure s'engage, le cas échéant, à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire.

¹ Notamment à des fins de contrôle, et de vérification, vos données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au *Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications*.

ou les pallier. Une liste de ressources psychologiques peut d'ailleurs vous être envoyée par courriel ou par courrier, si la demande en est formulée ; communiquez avec Tanya Achkar (tél. : 819-598-2838, courriel : acht01@uqo.ca). La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de la motivation au changement est le bénéfice direct anticipé de ce projet. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Ce présent projet n'est récipiendaire d'aucune subvention. Il a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche de l'UQO. Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec Tanya Achkar (tél. : 819-598-2838, courriel : acht01@uqo.ca). Pour toute question concernant les aspects éthiques de ce projet, veuillez communiquer avec André Durivage, président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais (tél. : 819-595-3900 poste 1781, courriel : andre.durivage@uqo.ca).

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale de participer au projet, vous devez en connaître tous les tenants et aboutissants au cours du déroulement de la recherche. En conséquence, vous ne devez jamais hésiter à demander des éclaircissements ou de nouveaux renseignements au cours du projet.

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, j'appose ma signature signifiant que j'accepte librement d'y participer. Le formulaire est signé en deux exemplaires et j'en conserve une copie.

Consentement à participer au projet de recherche :

Nom du participant : _____ Signature du participant : _____

Date : _____

Nom du chercheur : _____ Signature du chercheur : _____

Date : _____

Annexe C : Informations démographiques

Informations personnelles

Genre : Homme Femme Autre (spécifiez) : _____

Âge : _____ ans

Statut civil :

- Célibataire En couple, n'habitant pas ensemble Vivant en union libre/ Conjoint de fait
 Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Orientation sexuelle : Hétérosexuel(le) Homosexuel(le) Bisexuel(le) Autre (spécifiez) : _____

Origine ethnique :

- Caucasien(ne) ou Européen(ne)-Américain(e) Arabe américain(e) ou Moyen-Orient
 Noir(e), Africain(e)-Américain(e) ou Afro-Caraïbéen(ne) Autochtone d'Amérique
 Hispanique-Américain(e) ou Latin(e) Autre (spécifiez) : _____
 Asiatique américain(e) ou Asiatique

Travaillez-vous présentement ?

Oui

- Employé(e), je travaille à temps plein (30h ou plus par semaine)
 Employé(e), je travaille à temps partiel (moins de 30h semaine)

Quelle est votre profession : _____

Non

- Je suis en congé parental
 Je suis retraité(e)
 Je suis non employé(e) présentement
 Je suis en congé maladie suite à mes difficultés psychologiques
 Je suis en arrêt de travail pour des raisons physiques
 Autre (spécifiez) : _____

Le plus haut niveau d'éducation complété :

- Études primaires Études secondaires Collégial (Cégep) ; général ou professionnel
 Certificat universitaire Baccalauréat Maîtrise ou DESS
 Doctorat Autre (spécifiez) : _____

Êtes-vous présentement aux études ;

Oui, spécifier le programme : _____ Non
 Temps partiel Temps plein

Revenu individuel approximatif par an : _____

Revenu familial approximatif par an (vous et conjoint/ partenaire de vie s'il y a lieu) : _____

Annexe D : Informations reliées au contexte des services d'aide reçus

Ma santé psychologique

Quel type de professionnels de la santé psychologique consultez-vous ?

- Psychologue Travailleur social Psychoéducateur
 Thérapeute Intervenants Autre (Spécifiez) : _____

Je consulte ;

- En centre communautaire À la Clinique de services psychologiques de l'UQO
 En clinique privée Au CLSC
 Autre (spécifiez) : _____

Je vois mon intervenant/ thérapeute/ psychologue depuis approximativement _____ semaines.

Mon intervenant/ thérapeute/ psychologue est davantage d'approche ;

- Cognitivo-comportementale Humaniste
 Psychodynamique Systémique
 Éclectique ou intégrée Je ne sais pas
 Autre (spécifiez) : _____

Avez-vous déjà reçu un diagnostic par un professionnel de la santé psychologique (psychiatre, médecin, psychologue)?

- Oui (Spécifiez) : _____ Non
Depuis combien de temps : _____

Annexe E : Inventaire des comportements interpersonnels

Dans l'ensemble, mon thérapeute :

Cocher le chiffre approprié.

	Pas du tout		Moyen- nement		Tout à fait	
1. S'intéresse vraiment à moi	①	②	③	④	⑤	⑥ ⑦
2. Est vraiment intéressé(e) à ce que je change	①	②	③	④	⑤	⑥ ⑦
3. Prends mes intérêts à cœur	①	②	③	④	⑤	⑥ ⑦
4. Est chaleureux(se) avec moi	①	②	③	④	⑤	⑥ ⑦
5. Me met vraiment à l'aise et je peux lui parler franchement	①	②	③	④	⑤	⑥ ⑦
6. Prend le temps d'expliquer pourquoi nous devons faire les choses	①	②	③	④	⑤	⑥ ⑦
7. Me parle avec respect	①	②	③	④	⑤	⑥ ⑦
8. Explique bien ses interventions	①	②	③	④	⑤	⑥ ⑦
9. Prend le temps de répondre à mes questions	①	②	③	④	⑤	⑥ ⑦
10. M'explique comment changer mes comportements	①	②	③	④	⑤	⑥ ⑦
11. Respecte mes idées	①	②	③	④	⑤	⑥ ⑦
12. M'aide à faire des progrès	①	②	③	④	⑤	⑥ ⑦

Annexe F : Échelle de motivation au changement thérapeutique (EMCT)

Je fais des choses pour aller mieux parce que ...

	Ne correspond pas		Correspond modérément			Correspond complètement	
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
1) J'aime apprendre des choses sur moi-même	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
2) Ces démarches enrichissent ma vie	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
3) Je trouve cela important de faire ce que je peux pour aller mieux	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
4) Je me sentirais coupable de ne pas tenter d'aller mieux	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
5) Mes proches insistent pour que j'entreprenne des actions pour aller mieux	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
6) Je ne sais pas, j'ai vraiment l'impression de perdre mon temps	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
7) C'est satisfaisant d'en savoir plus sur ma situation	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
8) Ces démarches jouent un rôle essentiel dans ma vie	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
9) Mon bien-être a de la valeur à mes yeux	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
10) J'aurais honte de ne pas essayer d'améliorer ma situation	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
11) Pour éviter d'être critique par mes proches	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
12) Je ne sais pas, je ne comprends pas à quoi servent ces démarches que j'entreprends	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
13) C'est satisfaisant de découvrir de nouvelles façons de m'aider	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
14) Je suis une personne qui prend son bien-être à cœur	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
15) C'est une bonne idée d'essayer d'améliorer ma santé psychologique	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
16) J'ai des remords quand je ne fais rien par rapport à mon état	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
17) Mes proches me l'ont demandé	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
18) J'ai déjà eu de bonnes raisons d'entreprendre des démarches de rétablissement, mais maintenant je me demande si je devrais continuer	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
19) J'aime trouver de nouvelle façon d'améliorer mon état	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
20) Prendre soin de moi fait partie intégrante de qui je suis	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
21) C'est utile de travailler sur ma santé psychologique	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
22) J'ai l'impression de mal agir lorsque je néglige ma santé psychologique	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
23) Je veux éviter les conflits avec mes proches	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
24) Je ne sais pas vraiment, je ne vois pas ce que j'en retire	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
25) J'aime le sentiment que j'ai lorsque je fais des choses pour me sentir mieux	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
26) Je suis une personne qui prend soin de ma santé psychologique	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
27) Cela me semble raisonnable de prendre soin de mon état	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
28) Je me sentirais mal à l'aise si je ne faisais rien pour m'aider	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
29) Je désire être à la hauteur des attentes de mes proches	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
30) Je me demande pourquoi, la situation ne s'améliore pas	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
31) J'aime poser des actions pour me sentir mieux	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
32) Mon rétablissement est devenu une partie fondamentale de qui je suis	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
33) Il est dans mes valeurs de faire ce que je peux pour m'aider	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
34) Je serais embarrassé(e) si je me laissais aller	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
35) Mes proches s'attendent à ce que je le fasse	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
36) Je me demande pourquoi, je ne vois pas comment mes efforts améliorent ma situation	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

Annexe G: University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA)

Votre expérience thérapeutique

Chaque énoncé ci-dessous décrit comment une personne pourrait se sentir par rapport à son vécu en intervention ou par rapport aux problèmes dans sa vie. Sélectionnez le chiffre qui décrit le mieux votre accord ou votre désaccord avec chaque énoncé

	Fortement en désaccord							Fortement en accord
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
1) En ce qui me concerne, je n'ai aucun problème à changer.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
2) Je pense que je pourrais être prêt à m'améliorer.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
3) Je fais quelque chose à propos des problèmes qui me dérangent.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
4) Il pourrait être utile de travailler sur mon problème.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
5) Je ne suis pas le problème. Cela n'a pas beaucoup de sens pour moi d'envisager de changer.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
6) Cela m'inquiète que je puisse revenir sur un problème que j'ai déjà changé, alors je cherche de l'aide.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
7) Je travaille enfin sur mon problème.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
8) J'ai pensé que je pourrais vouloir changer quelque chose de moi-même.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
9) J'ai réussi à résoudre mon problème, mais je ne suis pas sûr de pouvoir continuer à faire les efforts par moi-même.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
10) Parfois, mon problème est difficile, mais je travaille dessus.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
11) Essayer de changer est une perte de temps pour moi, parce que le problème n'a rien à voir avec moi.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
12) J'espère que je serai capable de mieux me comprendre.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
13) Je suppose que j'ai des défauts, mais il n'y a rien que j'ai vraiment besoin de changer.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
14) Je travailler vraiment fort pour changer.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
15) J'ai un problème et je pense vraiment que je devrais travailler dessus.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
16) Je ne peux pas poursuivre avec ce que j'ai déjà changé aussi bien que je l'avais espéré, et je veux éviter une rechute du problème.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
17) Même si je ne réussis pas toujours à changer, au moins je travaille sur mon problème.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
18) Je pensais qu'une fois que j'aurais résolu le problème, j'en serais libre, mais parfois je me bats toujours avec lui.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
19) J'aimerais avoir plus d'idées sur la façon de résoudre mes problèmes.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
20) J'ai commencé à travailler sur mon problème, mais j'aimerais avoir de l'aide.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
21) Peut-être que quelqu'un ou quelque chose pourra m'aider.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
22) J'ai peut-être besoin d'un coup de pouce en ce moment pour m'aider à maintenir les changements que j'ai déjà faits.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
23) Je fais peut-être partie du problème, mais je ne pense pas vraiment que je le suis.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
24) J'espère que quelqu'un aura de bons conseils pour moi.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
25) Tout le monde peut parler de changer ; je suis en train de faire quelque chose à ce sujet.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	

26) Tout ce discours sur la psychologie est ennuyeux. Pourquoi les gens ne peuvent-ils pas oublier leur problème ?	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
27) Je me bats pour m'empêcher d'avoir une rechute de mon problème.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
28) C'est frustrant, mais je pense que je pourrais vivre le retour d'un problème que j'avais résolu.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
29) J'ai des soucis, mais tout comme les autres.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
30) Je travaille activement sur mon problème.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
31) Je préférerais faire face à mes défauts plutôt que de tenter de les changer	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
32) Après tout ce que j'ai fait pour essayer de changer mon problème, de temps en temps, ça revient me hanter.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

Annexe H : Inventaire de dépression de Beck-II

Êtes-vous déprimé ?

©Inventaire de Dépression de Beck - II

Consignes : Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez **l'énoncé** qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) **au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui**. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, plusieurs semblent décrire ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé. Assurez-vous bien de ne choisir qu'**un seul** énoncé dans chaque groupe.

1. Tristesse

- 0) Je ne me sens pas triste.
- 1) Je me sens très souvent triste.
- 2) Je suis tout le temps triste.
- 3) Je suis si triste ou si malheureux(se) que ce n'est pas supportable

2. Pessimisme

- 0) Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1) Je ne sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2) Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3) J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3. Échec dans les relations

- 0) Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être un(e) raté(e).
- 1) J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- 2) Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
- 3) J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4. Perte de plaisir

- 0) J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant quant aux choses qui me plaisent.
- 1) Je n'éprouve pas autant de plaisir quant aux choses qu'avant.
- 2) J'éprouve très peu de plaisir quant aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3) Je n'éprouve aucun plaisir quant aux choses qui me plaisaient habituellement.

5. Sentiments de culpabilité

- 0) Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1) Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- 2) Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3) Je me sens tout le temps coupable.

6. Sentiment d'être puni(e)

- 0) Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1) Je sens que je pourrais être puni(e).
- 2) Je m'attends à être puni(e).
- 3) J'ai le sentiment d'être puni(e).

7. Sentiments négatifs envers soi-même

- 0) Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- 1) J'ai perdu confiance en moi.
- 2) Je suis déçu(e) par moi-même.
- 3) Je ne m'aime pas du tout.

8. Attitude critique envers soi

- 0) Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1) Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2) Je me reproche tous mes défauts.
- 3) Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9. Pensées ou désirs de suicide

- 0) Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1) Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
- 2) J'aimerais me suicider.
- 3) Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

10. Pleurs

- 0) Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1) Je pleure plus qu'avant.
- 2) Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3) Je voudrais pleurer, mais je n'en suis pas capable.

11. Agitation

- 0) Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1) Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2) Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3) Je suis si agité(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12. Perte d'intérêt

- 0) Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1) Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2) Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3) J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13. Indécision

- 0) Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1) Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2) J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3) J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14. Dévalorisation

- 0) Je pense être quelqu'un de valable.

- 1) Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2) Je me sens moins valable que les autres.
- 3) Je sens que je ne vaudrais absolument rien.

15. Perte d'énergie

- 0) J'ai toujours autant d'énergie qu'avant
- 1) J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2) Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3) J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16. Modifications dans les habitudes de sommeil (Cochez une seule réponse ci-dessous)

- 0) Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.

1a) Je dors un peu plus que d'habitude.

1b) Je dors un peu moins que d'habitude.

2a) Je dors beaucoup plus que d'habitude.

2b) Je dors beaucoup moins que d'habitude.

3a) Je dors presque toute la journée.

3b) Je me réveille une ou deux heures plus tôt de je suis incapable de me rendormir.

17. Irritabilité

- 0) Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1) Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2) Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3) Je suis constamment irritable.

18. Modifications de l'appétit (Cochez une seule réponse ci-dessous)

- 0) Mon appétit n'a pas changé.

1a) J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.

1b) J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.

2a) J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.

2b) J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.

3a) Je n'ai pas d'appétit du tout.

3b) J'ai constamment envie de manger.

19. Difficulté à se concentrer

- 0) Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1) Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2) J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.

- 3) Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20. Fatigue

- 0) Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1) Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2) Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3) Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21. Perte d'intérêt pour le sexe

- 0) Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1) Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2) Le sexe m'intéresse beaucoup moins qu'avant.
- 3) J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

Annexe I : Échelle PERMA

Votre bien-être général

1. Quelle portion du temps sens-tu que tu fais du progrès vers l'accomplissement de tes objectifs ?	0 = jamais, 10 = toujours ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
2. À quelle fréquence deviens-tu absorbé par ce que tu fais ?	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
3. En général, à quelle fréquence ressentez-vous de la joie ?	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
4. En général, à quelle fréquence vous sentez-vous anxieux ?	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
5. À quelle fréquence atteignez-vous les objectifs importants que vous vous êtes fixés ?	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
6. En général, que diriez-vous que votre santé est ?	0 = terrible, 10 = excellente ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
7. En général, dans quelle mesure menez-vous une vie utile et significative ?	0 = pas du tout, 10 = complètement ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
8. Dans quelle mesure recevez-vous de l'aide et du soutien des autres lorsque vous en avez besoin ?	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
9. En général, dans quelle mesure estimez-vous que ce que vous faites dans votre vie est précieux et utile ?	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
10. En général, dans quelle mesure vous sentez-vous excité et intéressé par les choses ?	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
11. À quel point vous sentez-vous seul dans votre vie quotidienne ?	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
12. À quel point êtes-vous satisfait de votre santé physique actuelle ?	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
13. En général, à quelle fréquence vous sentez-vous positif ?	0 = jamais, 10 = toujours ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
14. En général, à quelle fréquence vous sentez-vous en colère ?	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
15. À quelle fréquence êtes-vous capable de gérer vos responsabilités ?	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
16. En général, à quelle fréquence vous sentez-vous triste ?	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
17. À quelle fréquence perdez-vous la notion du temps en faisant quelque chose que vous aimez ?	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

18. Comparé à d'autres personnes de votre âge et du même sexe, comment est votre santé ?	0 = terrible, 10 = excellente ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
19. Dans quelle mesure vous sentez-vous aimé ?	0 = pas du tout, 10 = complètement ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
20. Dans quelle mesure estimez-vous généralement que votre vie à une direction ?	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
21. À quel point êtes-vous satisfait de vos relations personnelles ?	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
22. En général, dans quelle mesure vous sentez-vous satisfait ?	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
23. Considérant tout dans son ensemble, à quel point diriez-vous que vous êtes heureux ?	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩