

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE
OFFERTE À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
EN VERTU D'UN PROTOCOLE D'ENTENTE
AVEC L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

PAR
KARINE SAVARD

QUALITÉS PSYCHOMÉTRIQUES DE LA MESURE D'IMPACT (MI-45)
VERSION FRANCOPHONE DU OUTCOME QUESTIONNAIRE (OQ-45.2) VISANT
À MESURER L'EFFICACITÉ DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

Juin 2009



Mise en garde/Advice

Afin de rendre accessible au plus grand nombre le résultat des travaux de recherche menés par ses étudiants gradués et dans l'esprit des règles qui régissent le dépôt et la diffusion des mémoires et thèses produits dans cette Institution, **l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** est fière de rendre accessible une version complète et gratuite de cette œuvre.

Motivated by a desire to make the results of its graduate students' research accessible to all, and in accordance with the rules governing the acceptance and diffusion of dissertations and theses in this Institution, the **Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** is proud to make a complete version of this work available at no cost to the reader.

L'auteur conserve néanmoins la propriété du droit d'auteur qui protège ce mémoire ou cette thèse. Ni le mémoire ou la thèse ni des extraits substantiels de ceux-ci ne peuvent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

The author retains ownership of the copyright of this dissertation or thesis. Neither the dissertation or thesis, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

Sommaire

L'efficacité de la psychothérapie est maintenant bien établie depuis la fin des années 1970. Toutefois, l'évaluation du progrès en thérapie et du succès ou de l'échec d'interventions thérapeutiques a rencontré plusieurs difficultés méthodologiques, notamment au niveau de l'utilisation d'instruments peu appropriés quant à leur validité et leur fidélité. Une équipe de recherche de Brigham Young University dirigée par Michael J. Lambert s'est intéressée à cette problématique. Lambert et Burlingame (1996) ont développé un questionnaire connu sous le nom de « Outcome Questionnaire » (OQ-45.2) visant à mesurer l'efficacité thérapeutique. Le OQ-45.2 est une mesure unique, rapide et auto-administrée facile à corriger et à interpréter. Il comporte 45 items répartis en trois sous-échelles se rapportant aux trois dimensions fondamentales de la santé mentale proposées par Lambert et Burlingame (1996). Ces sous-échelles se nomment : Symptômes intrapsychiques de détresse (Symptom Distress), Relations interpersonnelles (Interpersonal Relations) et Performance dans les rôles sociaux (Social Roles). Le OQ-45.2 est peu coûteux, sensible aux changements et compatible avec plusieurs mesures reconnues en santé mentale. Jusqu'à tout récemment, aucun instrument de mesure unique de l'efficacité thérapeutique n'était disponible en français. Ce questionnaire a été traduit par Flynn, Aubry, Guindon, Tardif, Viau et Gallant (2003) sous le nom de Mesure d'impact (MI-45). Hormis l'étude de Flynn et al. (2003), aucune autre étude à ce jour ne s'est penchée sur l'examen des qualités psychométriques de cette traduction. La présente étude comporte trois objectifs : (1) évaluer la cohérence interne de la MI-45 et de ses sous-échelles, (2) déterminer la validité de construit de la MI-45

et (3) examiner la structure factorielle de la version francophone de la MI-45 auprès d'un échantillon clinique et non clinique. Au total, 374 participants dont 126 clients (95 femmes et 31 hommes) ayant recours à des services de psychothérapie et 248 étudiants (183 femmes et 65 hommes) inscrits à un programme de premier cycle à l'Université du Québec à Chicoutimi ont participé à l'étude. Les participants ont répondu à un questionnaire incluant la version francophone de la MI-45, un questionnaire sociodémographique, différentes échelles mesurant à la fois la présence de symptômes en lien avec le stress psychologique, la dépression et l'anxiété, ainsi que la présence d'indicateurs de bien-être psychologique dont l'estime de soi, l'actualisation du potentiel, la satisfaction de vie et le sens à la vie. Dans l'ensemble, les résultats révèlent que la MI-45 possède une cohérence interne satisfaisante et des qualités psychométriques comparables à celles obtenues pour la version originale anglaise ainsi que pour la traduction francophone de Flynn et al. (2003). La cohérence interne de la MI-45 a été mesurée à l'aide de l'alpha de Cronbach qui s'est révélé tant pour l'échantillon clinique que non clinique similaire à ceux obtenus par Lambert et al. (1996). L'évaluation de la validité de construit a été mesurée à l'aide de coefficients de corrélation de Pearson lesquels se sont révélés similaire à ceux obtenus par Lambert et al. (1996). Les résultats de l'analyse factorielle exploratoire appuient le modèle théorique à trois sous-échelles proposé par Mueller, Lambert et Burlingame (1996). Cependant, une différence subsiste dans la composition des sous-échelles, dans la mesure où certains items ne se retrouvent pas dans leurs sous-échelles originales. Bien que le modèle à trois facteurs soit supporté sur le plan théorique, il apparaît préférable d'utiliser la solution à un facteur afin de

respecter les résultats obtenus lors de l'analyse factorielle originale. Finalement, l'ensemble des résultats obtenus sont discutés sur la base de leurs implications cliniques, des forces et limites de la recherche et des pistes de recherche future.

Table des matières

Sommaire	ii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	viii
Liste des figures	ix
Remerciements.....	x
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	5
La santé mentale.....	7
Définition	7
La psychothérapie	8
Définition	8
L'efficacité thérapeutique	9
Efficacy versus Effectiveness	10
Définition.....	10
Recension des écrits portant sur l'efficacité thérapeutique.....	11
Déterminants de l'efficacité thérapeutique	18
L'utilisation de l'évaluation de la thérapie lors d'intervention thérapeutique.....	21
Le Outcome Questionnaire (OQ-45.2).....	22
Description du OQ-45.2.....	22
Sensibilité et spécificité du OQ-45.2	26
Sensibilité aux changements du OQ-45.2	27
Sensibilité à reconnaître une psychopathologie du OQ-45.2.....	27
Seuil critique	28
Système de cotation du OQ-45.2	28
Fidélité du OQ-45.2	29
Validité convergente du OQ-45.2	29
Structure factorielle du OQ-45.2	31
Le Outcome Questionnaire 30 (OQ-30.2).....	35
Description du OQ-30.2.....	35
Résultats.....	35
Le Youth Outcome Questionnaire (YOQ)	36

Analyses factorielles réalisées sur d'autres versions du OQ-45.2	38
Version italienne du OQ-45.2	38
Version allemande du OQ-45.2	38
La Mesure d'impact 45 (MI-45)	39
Description de la MI-45	39
La mini Mesure d'impact (MI-10)	42
Description de la MI-10	42
Résultats de l'étude de validation	42
Modèle de la santé mentale de Labelle, Bastin, Dubé, Alain, Bouffard et Lapierre... 43	
Objectifs de l'étude	48
Méthode	49
Participants	50
Instruments de mesure	51
Déroulement de l'étude	57
Plan de l'expérience	59
Stratégies d'analyse	59
Résultats	61
Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon clinique	62
Caractéristiques des participants	64
Caractéristiques reliées au processus thérapeutique	65
Caractéristiques reliées aux motifs de consultation des participants	67
Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon non clinique	69
Caractéristiques des participants	69
Cohérence interne de la MI-45	71
Évaluation de la validité de construit de la MI-45	72
Validité discriminante de la MI-45	75
Structure factorielle de la MI-45	76
Indices d'adéquation de la solution globale auprès d'un échantillon clinique	77
Structure factorielle de la MI-45 auprès d'un échantillon clinique	77
Indices d'adéquation de la solution globale auprès d'un échantillon non clinique	85
Structure factorielle de la MI-45 auprès d'un échantillon non clinique	85
Discussion	95

Rappel des objectifs de la recherche	96
Cohérence interne de la MI-45 et de ses trois sous-échelles	97
Évaluation de la validité de construit de la MI-45	97
Validité discriminante	99
Structure factorielle de la MI-45	99
Structure factorielle auprès d'un échantillon clinique	100
Structure factorielle auprès d'un échantillon non clinique	106
Implications théoriques et pratiques	108
Forces et limites de la recherche	111
Pistes de recherches futures	112
Conclusion	117
Références	121
Appendice A : Questionnaire version longue	130
Appendice B : Questionnaire version courte	151
Appendice C : Informations générales	158
Appendice D : Directives aux clients	162
Appendice E : Formulaire de consentement du thérapeute	164
Appendice F : Formulaire de consentement du client	166

Liste des tableaux

Tableaux

1	Inventaire des instruments utilisés lors des trois études de validation	47
2	Caractéristiques sociodémographiques des participants cliniques	63
3	Caractéristiques reliées au processus thérapeutique des participants cliniques.....	66
4	Caractéristiques reliées aux motifs de consultation des participants cliniques.....	68
5	Caractéristiques sociodémographiques des participants non cliniques.....	70
6	Corrélations entre le score global de la MI-45 et les différentes mesures de santé psychologique auprès d'un échantillon clinique	74
7	Corrélations entre le score global de la MI-45 et les différentes mesures de santé psychologique auprès d'un échantillon non clinique	75
8	Comparaison du score global de la MI-45 entre les deux échantillons en fonction du sexe.....	76
9	Analyse factorielle exploratoire à trois facteurs auprès d'un échantillon clinique adulte	79
10	Analyse factorielle exploratoire à deux facteurs auprès d'un échantillon clinique adulte	82
11	Analyse factorielle exploratoire à un facteur auprès d'un échantillon clinique adulte	84
12	Analyse factorielle exploratoire à trois facteurs auprès d'un échantillon non clinique adulte	87
13	Analyse factorielle exploratoire à deux facteurs auprès d'un échantillon non clinique adulte	90
14	Analyse factorielle exploratoire à un facteur auprès d'un échantillon non clinique adulte.....	92

Liste des figures

Figure

- 1 Les trois modèles découlant de l'analyse factorielle exploratoire de Mueller, Lambert et Burlingame (1998) correspondant au continuum de l'efficacité thérapeutique de Lambert et Hill (1994) 34

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier ma directrice de recherche, madame Claudie Émond, Ph.D, pour son soutien, ses conseils et sa présence tout au long de la réalisation de mon mémoire. Je remercie également monsieur Gilles Lalande, Ph.D, pour son support tout au long de ce parcours. Je tiens à remercier madame Audrey Brassard pour ses conseils judicieux et son implication au niveau de la réalisation des analyses statistiques. Un merci tout particulier à tous les psychologues et clients qui ont, par leur participation, permis la réalisation de ce projet de recherche. Je remercie également madame Annie Laprise pour son support technique tout au long de l'écriture de mon mémoire. Je remercie particulièrement mes amies, Nancy Boisvert, Nancy Ouellet, Nancy Tremblay et Suzanne Simard pour votre douce présence et pour votre compréhension pendant l'écriture de ce mémoire. Le dernier remerciement va à la personne qui a été la plus importante pour moi dans la réalisation de ce mémoire, ma mère. Merci maman pour tous tes encouragements et ton support tout au long de mes études. Merci de croire en moi.

Introduction

La prévalence des problèmes en santé mentale en occident se maintient à des taux très élevés (Poirier & Lafrenière, 2003). Selon l'Organisation mondiale de la Santé (2007), cinq des dix principales causes d'incapacité dans le monde sont reliées à des troubles de santé mentale. La recherche a pour sa part établi que la psychothérapie est reconnue efficace pour aider des personnes à résoudre nombre de problèmes psychologiques ou d'adaptation (Lambert & Ogles, 2004). Cette conclusion s'appuie sur de multiples recensions des écrits et de nombreuses méta-analyses couvrant 60 ans de travaux réalisés auprès de milliers de personnes présentant un vaste éventail de problèmes traités à l'aide d'une grande variété d'approches. Une méta-analyse de Smith, Glass et Miller (1980) démontre que 80 % des patients en psychothérapie se portaient mieux que les patients du groupe témoin (sans traitement psychologique). Une seconde méta-analyse menée par Orlinski, Grawe et Parks (1994) vient appuyer ce résultat en démontrant que l'état de 50 % des clients s'améliore de façon significative après aussi peu que huit à dix rencontres. Cette même méta-analyse témoigne aussi de tels progrès observés pour un autre quart (25 %) des clients après 26 séances ou six mois de traitements hebdomadaires.

Malgré ces avancées sur le plan scientifique, l'efficacité thérapeutique demeure un concept très complexe car plusieurs facteurs peuvent expliquer l'efficacité d'une thérapie (client, approche thérapeutique, motivation du client) d'où l'importance de poursuivre les

recherches portant sur ce sujet. Cet intérêt croissant porté à l'évaluation de l'efficacité thérapeutique s'est traduit par le développement d'instruments de mesure, qui respectent plusieurs critères méthodologiques importants (Burlingame, Lambert, Reisinger, Neff, & Moasier, 1995). Toutefois, selon Hill et Lambert (2004), les méthodes et les mesures utilisées pour évaluer l'efficacité d'une psychothérapie sont loin de faire l'unanimité parmi les chercheurs. En effet, l'efficacité thérapeutique peut être mesurée sous différents angles en tenant compte de multiples dimensions (sociale, affective, psychologique) (Hill & Lambert, 2004). C'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles on retrouve une pluralité d'instruments de mesure mis à la disposition des cliniciens et des chercheurs permettant d'évaluer l'efficacité thérapeutique. La grande majorité de ces instruments n'ont toutefois pas été conçus dans l'optique d'évaluer ce concept (Hill & Lambert, 2004), mais plutôt élaborés dans le but d'évaluer une symptomatologie spécifique (p. ex. l'Inventaire de dépression de Beck) (Lambert, Okiishi, Finch, & Johnson, 1998).

Dans le but de contrer cette lacune, l'équipe de recherche du professeur Lambert de l'Université Brigham Young a développé un outil de mesure très sensible aux changements. Cette mesure facile à administrer et à interpréter et dont le coût est minime est connue sous le nom de : Outcome Questionnaire (OQ-45.2) (Lambert, Hansen, Umphress, Lunnen, Okiishi, Burlingame, Huefner, & Reisinger 1996). Cet instrument présente de bonnes qualités psychométriques et est compatible avec plusieurs mesures reconnues en santé mentale.

Le OQ-45.2 a été traduit par Flynn, Aubry, Guindon, Tardif, Viau et Gallant (2003) sous le titre de Mesure d'impact (MI-45). À ce jour, aucune analyse factorielle de la MI-45 n'a été réalisée à partir de cette version francophone. La présente étude poursuit trois objectifs : le premier objectif vise à évaluer la cohérence interne de la MI-45 et des trois sous-échelles qui la composent auprès d'un échantillon clinique et non clinique; le deuxième objectif est de déterminer la validité de construit de la MI-45; le troisième objectif consiste à examiner la structure factorielle de la version francophone de la MI-45.

Ce mémoire se divise en quatre parties. Tout d'abord la première partie est consacrée à la recension des écrits scientifiques en lien avec les variables à l'étude soit l'efficacité thérapeutique ainsi que les qualités psychométriques du Outcome Questionnaire (OQ-45.2). La deuxième partie de l'étude présente la méthode utilisée incluant les participants, les instruments de mesure, le déroulement de même que le plan de l'expérience. La troisième partie expose les résultats relatifs aux différentes analyses statistiques réalisées par rapport aux objectifs et à la question de recherche. Finalement, la dernière partie présente la discussion des résultats et leurs retombées théoriques et pratiques et dégage certaines pistes de recherches futures.

Contexte théorique

Ce premier chapitre se subdivise en cinq parties. La première section présente une définition générale de la santé mentale ainsi que de la psychothérapie. Par la suite une définition de l'efficacité thérapeutique sera proposée ainsi que les données empiriques se rattachant à ce concept. Les déterminants de l'efficacité thérapeutique seront également présentés. La section suivante décrit les qualités psychométriques du Outcome Questionnaire (OQ-45.2) et expose brièvement les outils de mesure qui en découlent soit le Outcome Questionnaire 30 (OQ-30.2) et le Youth Outcome Questionnaire (YOQ). La troisième section traite de la traduction et de la validation de la MI-45 réalisées par Flynn, Aubry, Guindon, Tardif, Viau et Gallant (2003) et de la validation de la version francophone de la mini Mesure d'impact (MI-10) réalisée par Lalande, Émond, Savard, Boisvert et Simard (2005). La quatrième section traite des analyses factorielles réalisées sur d'autres versions du OQ-45.2. La cinquième section énonce le modèle cognitivo-affectif de Labelle, Bastin, Dubé, Alain, Bouffard et Lapierre (2001) sur le bien-être psychologique ayant servi à la validation de construit de la MI-45. Finalement, cette section se termine par la présentation des trois objectifs de l'étude réalisée dans le cadre de ce mémoire.

La santé mentale

Définition

L'Association canadienne pour la santé mentale définit la santé mentale comme un état d'équilibre psychique et émotionnel qui fait en sorte que la personne est bien avec elle-même, qu'elle a des relations satisfaisantes avec autrui et qu'elle soit capable de faire face aux exigences de la vie. Pour ce faire, tous les aspects de notre vie (social, physique, spirituel, économique et mental) doivent être en harmonie (Association canadienne pour la santé mentale, 2008). Pour sa part, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé mentale comme un état de bien-être dans lequel chaque personne réalise son potentiel, fait face aux difficultés normales de la vie, travaille avec succès de manière productive et peut apporter sa contribution à la communauté (Organisation mondiale de la Santé, 2007).

Au cours de sa vie, environ 20 % de la population canadienne souffrira d'une maladie mentale et 80 % sera affectée par la maladie mentale d'un membre de sa famille, un ami ou un collègue (Santé Canada, 2006). Des données épidémiologiques révèlent que chaque année, près de 3 % des Canadiens connaîtront une maladie mentale grave (avec éléments psychotiques) et 17 % seront atteints d'une maladie mentale légère à modérée (névrose) (Gouvernement du Canada, 2006). La dépression et le trouble d'anxiété généralisée sont les troubles psychiatriques les plus fréquemment diagnostiqués. D'après une enquête menée par les autorités de santé publique du Québec, environ 8 % des

personnes âgées de 12 ans et plus ont rapporté avoir vécu un épisode de dépression au cours des douze derniers mois et 5 à 10 % un trouble d'anxiété généralisée (Kirby & Keon, 2006). Ces statistiques témoignent de l'importance de bonifier les études portant sur la santé mentale et la mise en place de moyens permettant de soulager les personnes aux prises avec de telles problématiques. À cette fin, une définition de la psychothérapie est présentée dans la section qui suit.

La psychothérapie

L'univers de la psychothérapie a beaucoup évolué depuis les cinquante dernières années. Auparavant, seulement quelques patients privilégiés pouvaient bénéficier des services d'un psychiatre ou d'un psychologue pour résoudre leurs problèmes d'ordre psychologique ou d'adaptation. Ces services ne s'adressaient qu'à l'élite, en raison du fait que le traitement était souvent très long (approche freudienne) et très coûteux. De plus, on retrouvait peu de lieu d'enseignement s'intéressant à ce domaine. Aujourd'hui, la psychothérapie s'adresse à tous les individus sans égard à leurs statuts socio-économique et les études portant sur ce sujet se multiplient (Nathan, Stuart & Dolan, 1996).

Définition

En 2007, un comité d'experts en santé mentale mandaté par l'Office des professions du Québec a défini la psychothérapie de la façon suivante :

La psychothérapie est un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique; elle présente les caractéristiques suivantes : un processus interactionnel structuré entre un professionnel et un client, une évaluation initiale rigoureuse, l'application de modalités thérapeutiques basées sur la communication, des moyens reposant sur des modèles théoriques scientifiquement reconnus et s'appuyant sur des méthodes d'intervention validées, respectant la dignité humaine, le cadre législatif et les règles déontologiques. Elle a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel, comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité, dans son état de santé. Il s'agit d'un processus qui va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien (Site web de l'Ordre des psychologues du Québec, 2007).

Avant de pouvoir conclure à l'efficacité des thérapies, des chercheurs et des cliniciens ont eu à se pencher sur la question. La prochaine section présente plus en détail la définition et les écrits portant sur l'efficacité thérapeutique.

L'efficacité thérapeutique

Peu de domaine en psychothérapie ont généré un débat aussi controversé que celui entourant l'efficacité des thérapies. La quantité de données empiriques disponibles sur le sujet témoigne de l'importance de la problématique auprès des chercheurs et des cliniciens. La grande question étant : la psychothérapie est-elle efficace? Avant de pouvoir répondre à cette question, les chercheurs ont dû s'assurer que les études réalisées dans ce domaine répondaient à des standards élevés au niveau de la méthodologie de recherche « efficacy ». Les chapitres qui suivent présentent l'évolution de la recherche au niveau de l'efficacité thérapeutique.

Efficacy versus Effectiveness

Barlow (1996) définit l'« efficacy » comme les résultats de recherches respectant des devis de mesure contrôlé. A cet effet, les chercheurs doivent répondre à de nombreux critères. Ils doivent en outre s'assurer que les clients qui participent aux recherches ont reçu un même diagnostic absent de comorbidité (groupe homogène). Le thérapeute qui participe à la recherche doit recevoir des instructions détaillées sur la marche à suivre et ses interventions doivent respecter les critères des manuels de traitement. Les traitements étudiés seront de courtes durées et les changements observés seront davantage en lien avec une diminution de symptômes plutôt qu'en lien avec un changement au niveau de la personnalité ou de la qualité de vie. En somme, les résultats de ces recherches doivent être généralisables. Par ailleurs, Barlow (1996) définit l'« effectiveness » comme de la recherche plus évaluative en milieu de service. La recherche se déroule en milieu naturel sans groupe contrôle et les chercheurs ne choisissent pas les participants ni l'approche thérapeutique utilisée. Le OQ-45.2 appartient à cette dernière catégorie et permet en ce sens de mesurer l'« effectiveness ». La section qui suit présente le développement de la recherche sur l'efficacité thérapeutique (« efficacy »).

Définition

L'efficacité thérapeutique est un phénomène très complexe et bien qu'il existe de nombreuses définitions à ce sujet, les chercheurs s'entendent généralement pour la définir

comme étant les changements observables du client à court et à long terme et ce conséquemment à une psychothérapie (Hill & Lambert, 2004).

Recension des écrits portant sur l'efficacité thérapeutique

Par le passé, les résultats des études traitant de l'efficacité thérapeutique étaient très contradictoires. Les conclusions de la recherche étaient souvent critiquées en raison de l'opposition entre les écoles de pensée, différentes philosophies et des positions théoriques divergentes. Les premières tentatives pour quantifier les résultats thérapeutiques manquaient de rigueur sur le plan scientifique et n'avaient pour la plupart aucun support théorique. De plus, une même échelle était rarement utilisée d'une étude à l'autre ce qui rendait difficile la généralisation des résultats.

C'est Eysenck qui en 1952, a commencé le débat sur l'efficacité thérapeutique en comparant les résultats d'une étude menée par Landis (1938) à ceux d'une étude de Denker (1946). Landis (1938) avançait que les deux tiers des patients ayant un trouble de l'humeur traités en milieu hospitalier et ne recevant que les traitements d'usage (sans psychothérapie) démontraient une amélioration de leur état et ce, au-delà d'une année. Des résultats similaires ressortaient de l'étude de Denker (1946). Cependant, les patients de Denker (1946) étaient soumis à différents types de psychothérapies (p. ex. psychodynamique, cognitivo-comportementale, etc.) en clinique externe et ces derniers rapportaient une amélioration après deux ans. Eysenck (1952) a conclu, sur la base de ces résultats contradictoires, qu'il n'était pas démontré que les psychothérapies, qu'elles

soient de différentes approches, facilitaient la rémission des patients névrotiques. La méthodologie rudimentaire d'Eysenck (1952), qui consistait en un regroupement d'études ayant trait à des problèmes disparates et à une comparaison à un groupe contrôle arbitraire, a été critiquée par Garfield et Bergin (1978). Cependant, même si l'étude d'Eysenck (1952) comporte des limites, elle a le mérite d'avoir pavé la voie à cinquante années de recherches contrôlées.

Rosenzweig, en 1954, a été l'un des deux auteurs qui avec Luborsky (1954), a critiqué les études de Eysenck (1952) ainsi que les études à la base de ses conclusions soit celles de Landis (1938) et Denker (1946). Rosenzweig (1954) considérait que Eysenck (1952) n'avait pas pris les précautions nécessaires lors de son étude afin de s'assurer de la fiabilité des diagnostics, des traitements et de la définition des mesures d'impact en psychothérapie. Rosenzweig (1954) a démontré que Eysenck (1952) a utilisé différents instruments afin de prouver l'amélioration de l'état des clients, ce qui peut avoir eu comme conséquence de modifier les résultats et par le fait même, a pu empêcher leur généralisation. Il a également questionné la sévérité des problématiques présentées par les patients. Il a conclu que les participants de l'étude de Denker (1946) étaient moins atteints que le groupe qui était hospitalisé et que, par conséquent, les deux groupes à l'étude n'étaient pas homogènes.

Luborsky (1954) a également repris les recherches de Eysenck (1952). Il s'est intéressé plus spécifiquement à la sévérité des troubles des deux groupes de

Denker (1946) et de Landis (1938) ne recevant pas de traitement et ceux ayant reçu des traitements thérapeutiques non spécifiques. Luborsky (1954) questionnait la validité des traitements alors qu'Eysenck (1952) comparait un groupe traité en 1920 et un autre traité en 1940. Luborsky (1954) est donc arrivé à la conclusion que le groupe contrôle n'était pas adéquat et qu'il était donc difficile d'établir des comparaisons.

Une seconde étude de Eysenck (1961) est venue en réponse aux critiques de Rosenzweig (1954) et de Luborsky (1954) et démontrait une plus grande rigueur méthodologique. Eysenck (1961) dans ses recherches tenait compte du fait que plusieurs facteurs pouvaient venir influencer sur l'efficacité d'une thérapie. Il prenait en considération les relations interpersonnelles, les diplômes, l'expérience du thérapeute, la motivation du client à entreprendre une psychothérapie, le type de psychothérapie utilisée et la théorie s'y rattachant ainsi que les améliorations ou le mécontentement du client face aux visées thérapeutiques. Cependant, les chercheurs n'utilisaient pas encore de protocole de recherche et les interventions offertes aux clients ne respectaient pas les devis des manuels de traitement (Spielmanns, Master & Lambert, 2006). Même si l'étude de Eysenck (1961) démontrait une plus grande rigueur au niveau méthodologique, le fait de ne pas utiliser de manuel de traitement laissait une grande latitude au clinicien dans les techniques qu'il pouvait utiliser avec son client. Un thérapeute pouvait donc se définir comme appartenant à une approche spécifique et ne pas utiliser les techniques prescrites par les manuels de traitement en lien avec cette approche, ce qui pouvait venir influencer les résultats.

Eysenck (1961) a également recensé trois études traitant de l'efficacité des thérapies, soit celles de Brill et Beebe (1955), Barron et Leary (1955) et de Rogers et Dymond (1954). Les deux premières études sont arrivées à la conclusion qu'il n'y avait pas de différence entre le groupe ayant subi un traitement et le groupe contrôle. Quant à la dernière étude, bien qu'elle supporte les bienfaits de la psychothérapie, elle a été exclue en raison de deux failles méthodologiques : la première étant le groupe contrôle qui manquait d'homogénéité et la deuxième correspondant aux temps de testing entre les deux groupes qui n'étaient pas identiques. Eysenck (1961) arrive à la même conclusion à l'effet qu'il n'était toujours pas démontré que la psychothérapie comporte des effets. Cette même conclusion a été reprise ultérieurement par Rachman (1983), l'un de ses collaborateurs. Ce dernier a réalisé une recension des écrits portant sur la psychothérapie et a démontré qu'il n'est pas possible de prouver l'efficacité des psychothérapies et qu'il en revenait au thérapeute de démontrer que sa thérapie était efficace. La problématique qu'on retrouve dans l'étude de Rogers et Dymond (1954) avec le groupe contrôle persiste dans les recherches actuelles. Il demeure difficile en psychothérapie de reproduire l'effet placebo. Mintz, Drake et Crits-Cristoph (1996) dans une étude traitant de l'efficacité thérapeutique concluent que pour qu'une étude sur l'efficacité thérapeutique soit valide, les chercheurs doivent nécessairement inclure un groupe contrôle. Cependant, plusieurs chercheurs se sont objectés par la suite à cette conclusion. Il y avait entre autre des objections d'ordre éthique à soumettre un client à un traitement inerte ou relativement moins efficace que le traitement du groupe témoin. De plus, il était difficile pour le chercheur de s'assurer que les participants du groupe témoin ne reçoivent aucun aide de

la part d'aidants naturels dans leur milieu, ce qui pourrait avoir eu comme effet de diminuer la présence de symptômes chez le client (Nathan, Stuart & Dolan, 1996).

C'est Smith et Glass (1977) qui ont identifié que 88 % parmi les 375 études recensées regroupant 25 000 participants au total, démontraient que la psychothérapie était efficace. Dans une méta-analyse complémentaire, Smith, Glass et Miller (1980) ont observé que 80 % des patients en psychothérapie se portaient mieux que les patients des groupes témoins (sans traitement psychologique).

Dans le but de peaufiner la méthodologie de Smith et Glass (1977) et de vérifier la validité de leurs résultats, Andrews et Harvey (1981) ont sélectionné uniquement les études portant sur des problématiques spécifiques, tels les états dépressifs. Quatre-vingt-une recherches furent regroupées et analysées. Les résultats obtenus confirmaient ceux de Smith, Glass et Miller (1980) à l'effet que 77 % de l'état des participants du groupe clinique s'améliorait davantage que les participants des groupes témoins. Lors d'un suivi réalisé deux ans après le traitement, le taux de rechute était faible. De plus, comme cette méta-analyse permettait également de comparer l'effet placebo à celui de la psychothérapie, les auteurs conclurent que le traitement placebo n'était responsable que d'une infime partie du progrès réalisé par les clients. Il ressort que les résultats étaient clairement attribuables au traitement psychologique et non à d'autres facteurs.

Dans une autre étude plus récente, Howard, Moras, Brill, Martinovich et Lutz (1996) ont analysé les échantillons d'études échelonnées sur 30 ans en recueillant des données auprès de 2431 patients en psychothérapie individuelle. Trois critères étaient utilisés : l'évaluation de l'amélioration du patient par son thérapeute, l'évaluation du mieux-être par le patient et l'évaluation par le chercheur à partir de grilles d'informations cliniques. Des analyses de régression linéaire ont permis de déterminer la quantité de traitements nécessaires pour obtenir des résultats satisfaisants. On a ainsi constaté que 48 % à 50 % des patients se portaient mieux dès la huitième session de thérapie et que 75 % d'entre eux démontraient une amélioration notable dans les six mois suivant le début de la thérapie. Cette étude, qui concorde avec plusieurs autres, démontre dès lors que les services psychologiques sont efficaces rapidement, souvent en l'espace de quelques semaines (Kadera, Lambert, & Andrews, 1996).

Lipsey et Wilson (1993) ont conduit à ce jour la plus vaste méta-analyse portant sur 302 recherches traitant de l'efficacité des interventions psychologiques. Il était désormais probant que la psychothérapie était efficace. Ces résultats amenèrent les chercheurs à modifier leur question de recherche afin de s'intéresser davantage aux déterminants de l'efficacité thérapeutique.

Dans leur étude, Shadish, Navarro, Matt et Phillips (2000) ont fait une méta-analyse portant sur 90 études représentant un échantillon très varié quant aux types et milieux de pratique. Ils ont trouvé, à partir d'analyses de régression linéaire, que la

psychothérapie était efficace et ce indépendamment de l'approche utilisée par le thérapeute.

Ces recherches démontrent que les méthodes d'évaluation qui, au début des psychothérapies, étaient fondées sur des études de cas plus ou moins nombreuses, regroupant des patients semblables ou comparables par des auteurs ayant une grande notoriété, ont progressivement été remplacées par des essais contrôlés qui ont connu un essor considérable ces trente dernières années.

Les chercheurs s'intéressant à l'efficacité thérapeutique sont désormais préoccupés par la généralisation de leurs résultats. Il est primordial que les études actuelles permettent à d'autres chercheurs de poursuivre leurs travaux dans des contextes semblables pour tester les mêmes hypothèses. Il est important pour les chercheurs, que les cliniciens qui participent aux études, suivent un protocole de recherche permettant de baliser leurs interventions. On retrouve dans ces protocoles une description des techniques spécifiques à la thérapie à l'essai, une description claire des opérations que le thérapeute doit accomplir et des mesures permettant de vérifier si le thérapeute utilise des mesures conformes aux techniques prescrites (Kiegler, 1994). De plus, une méta-analyse conduite par Anderson et Lambert (1995) démontre que les recherches qui utilisaient des manuels de traitement étaient plus valides que celles qui n'utilisaient que le jugement clinique du thérapeute. Par ailleurs, les études actuelles nécessitent une évaluation plus fiables des patients et l'utilisation de mesures reconnues en psychologie pour évaluer les

symptômes des clients au fil du temps (Mintz et al., 1996). Il importe donc lors des recherches sur l'efficacité thérapeutique de s'assurer que les participants reçoivent les bons diagnostics (en essayant d'éviter d'inclure les patients qui présentent une lourde comorbidité) à l'aide d'instruments valides et fidèles.

L'ensemble de ces résultats a par ailleurs incité de nombreux chercheurs à tenter de comprendre quels ingrédients actifs de la thérapie pouvaient expliquer l'efficacité thérapeutique (Castonguay, 1986). Parmi ces chercheurs, on retrouve Lipsey et Wilson (1993) qui souhaitent comprendre les mécanismes impliqués dans l'efficacité thérapeutique. Ils voulaient entre autre déterminer les interventions les plus efficaces pour les diverses conditions de santé et approfondir la connaissance du lien entre le traitement et les caractéristiques particulières des patients pouvant en bénéficier. L'approche qui a retenu le plus l'attention de la communauté scientifique est l'approche traitant des facteurs communs permettant de prédire l'efficacité d'une thérapie (Asay & Lambert, 1999). La prochaine section présente les recherches sur l'ensemble de ces déterminants thérapeutiques pouvant influencer sur le fonctionnement d'une psychothérapie.

Déterminants de l'efficacité thérapeutique

En ce qui concerne les recherches sur les déterminants de l'efficacité thérapeutique, deux perspectives s'en dégagent, soit celle qui attribue les changements à des traitements spécifiques et celle qui attribue les changements aux facteurs communs des psychothérapies (variables non spécifiques). Au sujet des thérapies, il existe peu

d'évidence à l'effet qu'une approche est supérieure aux autres (Lambert & Ogles, 2004). En ce qui a trait aux variables non spécifiques, on retrouve entre autres les variables reliées aux thérapeutes et aux clients ainsi que celles associées à la relation thérapeute-client. Ces variables seront exposées ci-dessous.

En dépit des différentes théories, on retrouve un noyau central et reconnaissable en psychothérapie. Ce noyau se compose de facteurs communs ou de variables non spécifiques à une école de pensée. Plusieurs professionnels de la santé mentale ont en effet observé que les différentes formes de psychothérapie partagent des éléments communs et des dispositifs centraux (Asay & Lambert, 1999; Lambert & Bergin, 1994; Tallman & Bohart, 1999).

La plupart des experts s'entendent aujourd'hui sur les quatre éléments centraux permettant de prédire l'issue d'une thérapie et sur leur importance relative (Lambert, Ogles & Master, 1992 & Catty, 2004). Lambert et Burlingame (1996) soutiennent que 40 % des effets d'une thérapie sont attribuables à des changements extra-thérapeutiques chez les clients lesquels font notamment référence aux caractéristiques du client ainsi qu'à son réseau social et à certains événements de vie extérieurs au traitement, qui peuvent l'aider à surmonter ses difficultés. Quinze pour cent de l'effet serait expliqué par les attentes du client et l'effet placebo. Trente pour cent de la variance serait liée aux facteurs communs à tous les modes de traitement dont l'alliance thérapeutique, l'empathie et l'acceptation du thérapeute. Finalement, les techniques à proprement parler

n'expliqueraient que 15 % de la variance. Ce modèle a été en grande partie confirmé par Wampold (2001) qui suggère que 8 % de la variance dans l'amélioration constatée chez un client est due aux techniques thérapeutiques, comparativement à 70 % pour l'effet général du traitement lié aux facteurs communs. De plus, 22 % de la variance serait encore inexpliqué, bien que fort probablement lié aux caractéristiques du client (Wampold, 2001).

Dans une étude plus récente, Castonguay et Beutler (2006) démontre que peu importe son orientation clinique, un thérapeute doit poursuivre au moins cinq grands objectifs pendant le processus thérapeutique. D'abord il se doit d'augmenter l'espoir de son client face à sa capacité de surmonter ses problèmes. Il se doit également d'établir et de maintenir une bonne alliance thérapeutique afin de permettre à son client de développer une nouvelle vision de lui-même; ce que plusieurs appellent l'insight. Le thérapeute doit aussi permettre au client de s'engager dans de nouvelles façons de se comporter qui soient positives et correctives. En effet, le client doit faire plus que d'acquérir une nouvelle compréhension de soi et du monde qui l'entoure. Il doit aussi affronter ses peurs et se comporter de façon différente avec les gens. Enfin, la thérapie doit permettre un apprentissage continu et fournir au client les outils qui lui permettront de s'adapter si ses problèmes réapparaissent dans le futur.

L'utilisation de l'évaluation lors d'intervention thérapeutique

Alors que l'évaluation des résultats standardisés est partie intégrante de la recherche en psychothérapie les thérapeutes, dans le cadre de leur pratique, vont quand à eux davantage évaluer leurs clients de façon informelle (Ogles, Lambert & Champ, 2002). Certains vont se baser sur la relation thérapeutique et d'autres sur leur jugement clinique. Très peu de cliniciens utilisent donc des mesures standardisées (Phelps, Eisman & Kohout, 1998). Néanmoins plusieurs raisons incitent les cliniciens à évaluer leur client dans le cadre de leur pratique. La plus importante demeure le suivi des progrès du client tout au long de la thérapie, la seconde raison est de déterminer si le thérapeute maintient le traitement en place ou s'il doit le modifier. Les autres raisons touchent le fonctionnement général du client au niveau social et personnel. Malgré le fait qu'il existe maintenant des instruments valides et efficaces pour mesurer l'efficacité thérapeutique, certains thérapeutes choisissent de ne pas évaluer leur client. Ils considèrent cette démarche comme étant trop contraignante et craignent qu'elle ajoute un fardeau supplémentaire au client (Hatfield & Ogles, 2004).

Cette décision de ne pas évaluer son client peut être considérée comme étant préjudiciable pour ce dernier, car bien que la majorité des clients bénéficient des traitements, chercheurs et cliniciens sont confrontés au fait que malgré les approches, certains clients résistent aux changements. Qui plus est, entre 5 et 10 % des clients vont voir leur état se détériorer en cours de traitement. Or, le chercheur Michael Lambert a

démontré qu'en mesurant le changement du client de façon régulière et en donnant une simple rétroaction au thérapeute, on peut décroître de façon significative les cas de détérioration en cours de traitement (Lambert, 2007).

L'élaboration du Outcome Questionnaire (OQ-45.2) s'inscrit dans la foulée de ces recherches qui étudient l'efficacité des psychothérapies. Lambert et Burlingame (1996) voulaient concevoir un instrument permettant de mesurer l'efficacité des thérapies sans préconiser une approche théorique particulière afin qu'il soit utilisé par le plus grand nombre de cliniciens. Lambert et ses collaborateurs ont mis en place cette mesure en respectant les théories sur les facteurs communs. La section qui suit porte précisément sur la présentation détaillée de ce questionnaire et la description sommaire du OQ-30.2 et du YOQ.

Le Outcome Questionnaire

Description

L'élaboration du Outcome Questionnaire (OQ-45.2) qui est la version révisée du OQ-45 repose sur les trois principaux indicateurs associés à la santé mentale des adultes, soit les symptômes intrapsychiques de détresse, les relations interpersonnelles et les performances dans les rôles sociaux. Ces trois indicateurs proviennent des recherches de Lambert et Hill (1994) en ce qui a trait aux principaux changements perceptibles qui démontrent l'efficacité thérapeutique. Selon Lambert et Hill (1994), l'efficacité d'une

thérapie suit un continuum bien précis qui amène le thérapeute à se questionner sur comment le client se sent intérieurement, comment il se sent avec les autres et comment il évolue dans son milieu de travail.

Le OQ-45.2 a été élaboré afin de mesurer les progrès du client en thérapie, et ce, tout au long du processus. Les résultats obtenus au OQ-45.2 permettent au thérapeute d'ajuster son traitement ou ses interventions. Pour le clinicien, le OQ-45.2 a l'avantage de permettre d'identifier l'appartenance d'un client à une population « fonctionnelle » ou à une population « clinique » en fonction de son score total. Cet instrument n'est cependant pas conçu pour poser un diagnostic.

Le OQ-45.2 est un questionnaire auto-administré qui ne requiert aucune instruction autre que celles inscrites sur la feuille réponse. Il se veut une mesure unique, sensible aux changements, facile à administrer (cinq minutes) et peu coûteux. Il comporte 45 items répartis en trois sous-échelles se rapportant aux trois dimensions fondamentales de la santé mentale identifiées par Lambert et ses collègues. Le nombre d'items a été limité à 45 afin de rendre l'administration plus facile et ainsi permette au thérapeute d'administrer le questionnaire à différents moments au cours du processus thérapeutique. Il est très important que les personnes qui administrent le test, encouragent le client à répondre de manière consciencieuse et de la façon la plus honnête possible. Une attitude négative de la part des cliniciens ou des administrateurs peut sévèrement compromettre la validité du

test (Lambert, Morton, Hatfield, Harmon, Reid, Shimokawa, Christopherson, & Burlingame, 2004).

Les trois sous-échelles du OQ-45.2 sont identifiées dans la version originale de la façon suivante : Symptom Distress (Symptômes intrapsychiques de détresse), Interpersonal Relations (Relations interpersonnelles) et Social Roles (Performance dans les rôles sociaux).

La sous-échelle Symptom Distress comprend 25 items (p. ex. « I tire quickly. »). Cette sous-échelle mesure les symptômes de détresse psychologique et est basée sur une étude du National Institute of Mental Health (Regier, Boyd, Burke, Rea, Myers, Kramer et al., 1988) qui permet d'identifier les désordres mentaux les plus fréquemment diagnostiqués aux États-Unis dans les années 1990 ainsi que la revue *Human Affairs International* (Feldman, 1993) traitant des données relatives aux diagnostics les plus fréquemment émis à l'aide du DSM-III-R. On retrouve dans cette sous-échelle des items mesurant les conditions les plus courantes de santé mentale soit, la dépression (p. ex. « I feel hopeless about the future. ») et l'anxiété (p. ex. « I feel afraid of open spaces, of driving, or being on buses, subways, and so forth. »). L'item 8 (p. ex. « I have thoughts of ending my life. ») et l'item 11 (p. ex. « After heavy drinking, I need a drink the next morning to get going. ») permettent de plus au thérapeute de déceler le risque suicidaire ainsi que l'abus d'alcool chez son client.

La sous-échelle Interpersonal Relations comprend 11 items (p. ex. « I get along well with others. »). Cette sous-échelle a été construite à partir d'un corpus de recherches sur la satisfaction de vie qui suggèrent qu'il est essentiel pour le bien-être psychologique de vivre des relations interpersonnelles positives (Andrews & Witner, 1974; Beiser, 1983; Blau, 1977; Diener, 1984; Veit & Ware, 1983). Ces items proviennent des écrits portant sur la thérapie familiale et traitent de variables tels l'amitié, la vie familiale, le mariage, l'isolement et le sentiment d'incompétence. Les recherches traitant des caractéristiques des clients en thérapie démontrent que les problèmes les plus fréquents abordés en thérapie sont de nature interpersonnelle (Horowitz, 1979; Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno, & Villasenor, 1988). Bien que les facteurs associés à la qualité de vie varient d'une étude à l'autre, la plupart insistent sur l'importance des relations intimes dans le maintien du bien-être (Deiner, 1984; Zautra, 1983). De plus, les problèmes interpersonnels peuvent être à la fois la cause et le résultat d'une psychopathologie (Horowitz et al., 1988). Quant à l'item 26 (p. ex. « I feel annoyed by people who criticize my drinking. »), permet aussi de déceler l'abus d'alcool chez un client.

La sous-échelle Social Roles comprend neuf items (p. ex. « I feel stressed at work/school. »). Cette sous-échelle mesure à la fois l'insatisfaction, les conflits, la détresse au travail, dans les rôles familiaux et dans les loisirs. Ces items sont développés à partir de mesures de performance dans les tâches sociales, au travail et dans les loisirs. La satisfaction dans ces domaines est fortement corrélée avec la sous-échelle globale de

satisfaction de vie (Beiser, 1983; Blau, 1977; Frisch, Cornelle, Villaneuva, & Relzlaff, 1992; Veit & Ware, 1983). L'item 32 (p. ex. « I have trouble at work/school because of drinking or drug use. ») et l'item 44 (p. ex. « I feel angry enough at work/school to do something I might regret. ») permettent de déceler l'abus d'alcool et de drogues ainsi que la violence en milieu de travail ou en milieu scolaire.

L'ensemble de ces trois sous-échelles mesure l'expérience subjective et le fonctionnement global de la personne en permettant de questionner le client sur comment il se sent intérieurement, comment il se sent avec les autres et comment il évolue dans son milieu de travail.

Sensibilité et spécificité

Les études de validation réalisées par Lambert et Hill (1994) permettent de démontrer que le OQ-45.2 présente une bonne sensibilité et une bonne spécificité auprès des adultes, indépendamment du sexe et de la problématique. Le taux de vrais positifs (sensibilité) a été établi à 0,84, ce qui signifie que les participants faisant partie du groupe clinique ont bien été répertoriés dans ce groupe dans 84 % des cas. Le taux de vrais négatifs (spécificité) a été identifié à 0,83, ce qui signifie que 83 % des participants du groupe non clinique se sont bien retrouvés dans le groupe non clinique. Ces résultats démontrent que le OQ-45.2 permet de discriminer efficacement l'échantillon clinique de l'échantillon non clinique.

Sensibilité aux changements

Lambert et Hill (1994) ont également voulu démontrer que le OQ-45.2 était sensible aux changements. C'est-à-dire que le score total diminue suite à un traitement en psychothérapie. Cette étude a été réalisée auprès de participants adultes (N = 40) bénéficiant de traitement dans une clinique universitaire. Les scores totaux aux pré-tests étaient de 84,6 et aux post-tests de 67,18, et ce, après sept séances. Ces résultats viennent appuyer la prémisse de Lambert à l'effet que le OQ-45.2 est sensible aux changements consécutifs à une psychothérapie (Vermeersch, Whipple, Lambert, Hawkins, Burchfield, & Okiishi, 2004).

Sensibilité à reconnaître une psychopathologie

Lambert et Hill (1994) ont également voulu démontrer que le OQ-45.2 est sensible pour différencier l'échantillon clinique de l'échantillon non clinique. Ils ont donc par la suite procédé à une analyse factorielle exploratoire afin de déterminer la différence entre les deux échantillons avec un niveau de confiance de 0,001. Les résultats attestent que le OQ-45.2 est sensible à la psychopathologie, et ce, indépendamment de la nationalité de l'individu laissant voir des résultats de l'échantillon clinique plus élevés que ceux de l'échantillon non clinique. Le OQ-45.2 permet donc de faire la différence entre l'échantillon clinique (échantillon provenant de cliniques externes et de programmes d'aide aux employés) et l'échantillon non clinique (échantillon provenant de la communauté) (Lambert, Smart, Campbell, Hawkins, Harmon, & Slade, 2005).

Seuil critique

Le seuil critique qui correspond au point de coupure entre la population clinique et la population non clinique a été établi à 63. Ce seuil permet au thérapeute de surveiller la progression de son client tout au long du processus thérapeutique. Afin de vérifier si le changement perçu chez le client est cliniquement significatif, les auteurs ont utilisé la formule de Jacobson et Truax (1991). Cette formule a permis d'établir que pour qu'un changement soit considéré comme étant cliniquement significatif, il doit y avoir un changement d'au moins 14 points avec le score global précédent.

Système de cotation

La cotation du OQ-45.2 consiste à additionner les cotes attribuées à chaque item. Le système de cotation est de type Likert allant de 4 (jamais) à 0 (presque toujours). Une attention spéciale doit être portée aux items 1, 12, 13, 20, 21, 24, 31, 37 et 43, qui sont inversés. L'instrument peut donner un score total d'efficacité thérapeutique ainsi que des scores à chacune des sous-échelles qui correspondent aux trois dimensions fondamentales de la santé mentale proposées par Lambert et Hill (1994). De plus, tel que mentionné précédemment, certains items peuvent permettre au thérapeute de vérifier le potentiel suicidaire (l'item 8), l'abus de drogue et d'alcool (l'item 11, 26, 32) ainsi que la violence en milieu de travail (l'item 44). Le clinicien devrait donc porter une attention particulière à ces items lorsqu'ils sont supérieurs à 0.

Fidélité

L'échantillon non clinique de Lambert et Hill (1994) était composé de 157 étudiants universitaires (54 hommes et 103 femmes) dont la moyenne d'âge était de 23,04 ans. Les coefficients alpha étaient de 0,93 pour le score total, de 0,92 pour la sous-échelle Symptom Distress, de 0,70 pour la sous-échelle Social Roles et de 0,74 pour la sous-échelle Interpersonal Relations. En ce qui concerne l'échantillon clinique, les coefficients alpha rapportés sont de 0,93 pour le score total, de 0,91 pour la sous-échelle Symptom Distress, de 0,74 pour la sous-échelle Interpersonal Relations et de 0,71 pour la sous-échelle Social Roles.

Quant à la fidélité test-retest de la version originale du OQ-45.2 sur une période de 10 semaines, des coefficients de corrélation de Pearson de 0,84 ont été rapportés pour le score total, de 0,78 pour la sous-échelle de Symptom Distress, de 0,80 pour l'échelle Interpersonal Relations et de 0,82 pour la sous-échelle Social Roles, et ce, auprès du même groupe de 157 étudiants universitaires utilisé lors de l'étude de fidélité (Lambert & Finch, 1999).

Validité convergente

La validité convergente du OQ-45.2 a été mesurée à l'aide du coefficient de corrélation de Pearson auprès d'un échantillon non clinique (Lambert & Hill, 1994). Les résultats indiquent une forte validité convergente avec le Zung Self-Rating Depression

Scale (0,88), le Zung Self-Rating Anxiety Scale (0,81) et le Taylor Manifest Anxiety (0,86). Les résultats révèlent également des corrélations significatives avec le General Symptom Index of the Symptom Check List-90-Revised (0,78), le Beck Depression Inventory (0,79), le State Trait Anxiety Inventory (0,63), l'Inventory of Interpersonal Problems (0,53) et le Social Adjustment Scale (0,64).

Une seconde étude de validité a été réalisée cette fois auprès de trois populations cliniques (Umpruss, 1995). Le premier échantillon était composé de participants recevant des services de psychothérapie dans une clinique universitaire ($n = 53$). Le second échantillon incluait des clients provenant de cliniques externes ($n = 106$). Finalement, le troisième échantillon était constitué de participants recevant des traitements dans des cliniques internes ($n = 24$). Tous les participants ont complété le OQ-45.2, le Symptom Check List 90-R (SCL-90-R), le Social Adjustment Rating Scale et l'Inventory of Interpersonal Problems.

Le score total du OQ-45.2 est fortement corrélé avec le SCL-90-R, et ce, pour chacun des échantillons (0,79 à 0,88). Les corrélations sont similaires entre le SCL-90-R et la sous-échelle des Symptom Distress (0,82 à 0,92). Les résultats aux sous-échelles Interpersonal Relations et Social Roles apparaissent toutefois moins prometteurs. Les résultats à la sous-échelle Interpersonal Relations corrélaient faiblement avec l'Inventory of Interpersonal Problems (0,42 à 0,64). Les résultats à la sous-échelle Social Roles corrélaient de manière modérée avec le Social Adjustment Rating Scale (0,33 à 0,73) et

corrèlent également de manière modérée avec l'Inventory of Interpersonal Problems (0,54 à 0,63). Selon Lambert et Hill (1994), ces résultats sont expliqués par le fait qu'il est normal que la sous-échelle Symptom Distress corrèle davantage avec le Symptom Check List 90-R que les autres sous-échelles car il s'agit d'un instrument mesurant la présence de symptômes psychologiques.

Structure factorielle

À ce jour, une seule étude rapportant l'analyse factorielle du OQ-45.2 est recensée et aucune pour sa version française. Mueller, Lambert et Burlingame (1998) ont procédé à une analyse factorielle confirmatoire du OQ-45.2.

Cette analyse factorielle confirmatoire a été réalisée auprès de 1085 participants. Les femmes représentaient 63,2 % de l'échantillon total et les hommes 36,8 %. L'âge moyen des participants était de 32,41 ans (ÉT = 11,89). Les résultats de l'analyse ont permis de réaliser trois modèles en lien avec le cadre théorique de Lambert et Hill (1994)

Le premier modèle contient les trois sous-échelles: Symptom Distress, Interpersonal Relations et Social Roles. Ce modèle est fidèle au construit théorique proposé par Lambert et Hill (1994). Lors de l'analyse factorielle, Mueller et al. (1998) ont éliminé deux items : l'item 14 (« I work/study to much. ») et l'item 32 (« I have trouble at work/school because of drinking or drug use. »), par manque de variance commune avec la sous-échelle Social Roles. La corrélation entre les trois facteurs est très

élevée. Les résultats à la sous-échelle Symptom Distress corrélaient à 0,92 avec ceux de la sous-échelle Interpersonal Relations et à 0,89 avec la sous-échelle Social Roles. Les résultats à la sous-échelle Interpersonal Relations et la sous-échelle Social Roles corrélaient à 0,84.

Les résultats du modèle à trois facteurs suggèrent que la sous-échelle Social Roles et la sous-échelle Interpersonal Relations peuvent former une seule échelle étant donnée que les items sont fortement corrélés entre eux (0,84). Ainsi, le deuxième modèle en est un à deux facteurs et comprend les Symptômes intrapsychiques de détresse ainsi que le mode de fonctionnement du client dans ses relations interpersonnelles.

Le troisième modèle ne contient qu'un seul facteur. Selon les chercheurs, les modèles un et deux ne sont pas entièrement supportés par leur analyse confirmatoire en raison des corrélations trop élevées entre les facteurs. Trois items ont été enlevés lors de l'analyse, soit : l'item 11 (« After heavy drinking, I need a drink the next morning to get going. »), l'item 14 (« I work/study too much. ») et l'item 32 (« I have trouble at work/school because of drinking. ») en raison d'un niveau de corrélation trop faible à 0,30.

Sur la base de leurs résultats, Mueller, Lambert et Burlingame (1998) en viennent à la conclusion qu'il est préférable d'adopter une solution à un seul facteur malgré le fait que chacune des sous-échelles est supportée sur le plan théorique. Il est donc recommandé d'utiliser le score global pour des fins cliniques bien que l'utilisation de

chacune des sous-échelles demeure une piste d'intervention importante pour le thérapeute. Une représentation schématique des modèles de Mueller, Lambert et Burlingame (1998) est présentée à la Figure 1.

Suite à la validation du OQ-45.2, Lambert et ses collaborateurs ont réalisé différents outils permettant de mesurer l'efficacité thérapeutique soit le Outcome Questionnaire 30 (OQ-30.2) (Lambert, Finch, Okiishi & Burlingame, 2005) et le Youth Outcome Questionnaire (YOQ) (Burlingame, Wells & Lambert, 1996). Ces questionnaires ont été réalisés afin de répondre aux besoins des chercheurs et des cliniciens oeuvrant autant dans le système public que privé, et ce afin d'évaluer les clients tout au long de leur processus. Ces différents outils de mesure sont présentés dans les paragraphes suivants.

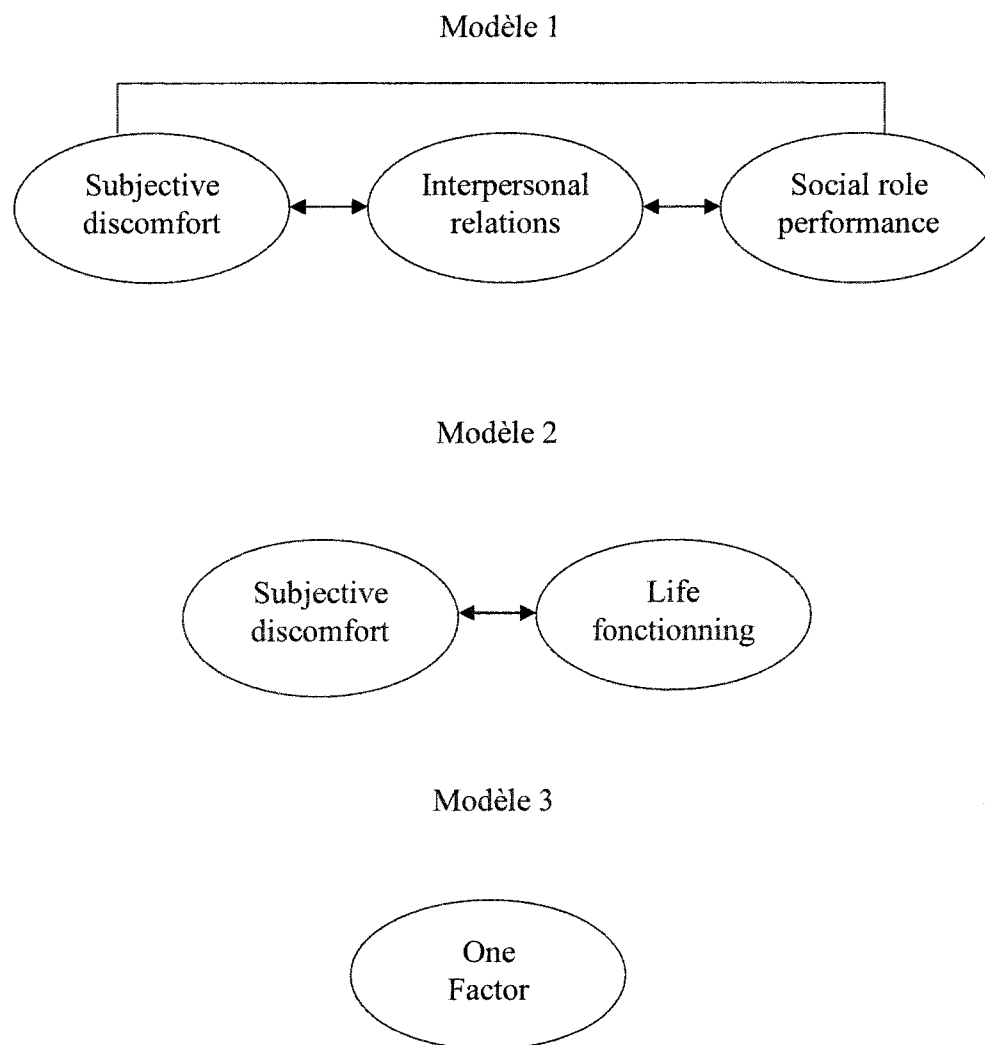


Figure 1. Les trois modèles découlant de l'analyse factorielle exploratoire de Mueller, Lambert et Burlingame (1998) correspondant au continuum de l'efficacité thérapeutique de Lambert et Hill (1994).

Le Outcome Questionnaire 30 (OQ-30.2)

Description

Le OQ-30.2 (Lambert, Finch, Okiishi & Burlingame, 2005) est une version brève du OQ-45.2 (Lambert & al., 2004) et permet au clinicien de vérifier les progrès de son client et ce tout au long du processus. Tout comme la version originale, le OQ-30.2 permet au thérapeute d'ajuster son traitement ou ses intervention en questionnant le client sur comment il se sent intérieurement, comment il se sent avec les autres et comment il évolue dans son milieu de travail. Les items qu'on retrouve dans le OQ-30.2, proviennent d'items du OQ-45.2 qui sont considérés comme étant les plus sensibles à reconnaître une psychopathologie chez le client. Les premiers items touchent les problèmes les plus courants à travers une grande variété de troubles (anxiété et dépression). Les items correspondent donc aux symptômes les plus susceptibles d'être présents chez un plus grand nombre de clients. On retrouve également des items permettant de mesurer les caractéristiques personnelles et sociales qui influent le plus sur la qualité de vie de l'individu.

Résultats

Lors de cette étude, Lambert et al. (2005) ont obtenu un coefficient alpha de 0,93 pour le score total du OQ-30.2. Quant à la corrélation de Pearson entre le OQ-30.2 et le Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R), elle était de 0,70, de 0,62 avec le Inventory of

Interpersonal Problems (IIP), de 0,59 avec le Social Adjustment Scale (SAS) et finalement de 0,61 avec le Beck Depression Inventory (BDI). Les résultats de l'analyse factorielle confirmatoire démontrent que les résultats sont comparables aux résultats obtenus avec le OQ-45.2. C'est donc dire qu'il est préférable d'utiliser le score total même si l'utilisation des sous-échelles demeure pertinent au niveau clinique.

Ellsworth, Lambert et Johnson (2006) ont comparé le OQ-45.2 au OQ-30.2. Les résultats démontrent qu'il y a une très grande concordance entre les deux mesures au niveau statistique. Cependant, le OQ-45.2 semble être le mieux indiqué pour indiquer le client comme faisant partie de la population non clinique alors que le OQ-30 semble plus approprié pour dire si un client fait partie de la population clinique. Ces conclusions peuvent s'expliquer par le nombre important d'items en lien avec les symptômes dépressifs et anxieux qu'ont retrouvés dans le OQ-30.2. Les auteurs recommandent donc d'utiliser le OQ-45.2 en début et en fin de processus et le OQ-30.2 pour l'évaluation en cours de traitement. Cependant, le OQ-45.2 demeure l'instrument qui permet d'évaluer plus efficacement l'évolution du processus thérapeutique du client.

Le Youth Outcome Questionnaire (YOQ)

Le Youth Outcome Questionnaire (Burlingame, Wells & Lambert, 1996) est une mesure qui comprend 64 items permettant d'évaluer le fonctionnement psychosocial des enfants et des adolescents. Il a été conçu afin de répondre aux besoins des chercheurs et des cliniciens qui travaillent auprès de cette clientèle. Le YOQ n'a pas été développé afin

de remplacer les mesures existantes mais pour permettre au thérapeute d'évaluer son client tout au long du processus et non seulement à la fin du processus.

Le YOQ se compose de six sous-échelles mesurant la détresse intrapersonnelle (intrapersonal distress), les symptômes somatiques (somatic), les problèmes interpersonnels (interpersonnal problems), les troubles du comportement (behavioral dysfunction), les problèmes sociaux (social problems) et les items critiques (critical items). Contrairement au OQ-45.2 qui consiste en une mesure auto-administrée, le YOQ doit être complété par les parents.

Burlingame et al. (1996) ont obtenu un coefficient alpha de 0,96 pour la population clinique. L'évaluation de la validité de construit a été mesurée à l'aide du coefficient de corrélation de Pearson auprès d'un échantillon clinique. Des analyses entre le score global du YOQ et des instruments s'adressant aux enfants et aux adolescents tels le Child Behavior Checklist (CBC) et le Conners Rating Scales (CRS) ont été réalisées. Les résultats démontrent que le score total du YOQ corrèle de manière significative avec le CBC (0,89) et le CRS (0,91).

Analyses factorielles réalisées sur d'autres versions du OQ-45.2

Version italienne du OQ-45.2

Des chercheurs ont étudié la structure factorielle de la traduction italienne du OQ-45.2 auprès d'un échantillon d'élèves du collège (n=522) et de clients recevant des soins externes en psychiatrie (n=301). Ils ont réalisé une analyse factorielle confirmatoire (CFA) afin de vérifier si leur traduction correspondait au cadre théorique de Lambert et Hill (1994). Les résultats démontrent que le OQ-45.2 dans sa version italienne est un instrument multidimensionnel qui contient un facteur général (Symptom Distress) et trois autres sous-échelles qui se composent d'items appartenant aux sous-échelles Interpersonnal Relations et Social Roles. (Coco, Chiappelli, Bensi, Gullo, Prestana & Lambert, 2008).

Version allemande du OQ-45.2

La validité transculturelle du OQ-45.2 dans la population allemande a été examinée en comparant les propriétés psychométriques de la version originale américaine aux résultats obtenus auprès de la population allemande. Les auteurs ont procédé à une analyse factorielle confirmatoire (CFA) et ils ont vérifié si le seuil critique ainsi que le seuil de changement significatif étaient les mêmes. Les données ont été recueillies auprès d'étudiants universitaire (n=268), auprès de la collectivité (n=810) et dans trois organisations de soins en santé mentale (n=1920). Les résultats démontrent que les

propriétés psychométriques du OQ-45.2 sont adéquates et similaires à l'instrument original. Deux facteurs additionnels ont ressorti de l'analyse factorielle : l'un est constitué d'items appartenant davantage au rôle sociaux et l'un constitué d'items reflétant l'anxiété et les symptômes somatiques. En outre, les scores normatifs étaient différents pour les échantillons américains et allemands, ce qui a résulté en un seuil différent pour estimer une variation cliniquement significative. Toutefois, les auteurs n'ont pas précisé la valeur de ce seuil. (Jong, Nugter, Polak Wagenborg, Spinhoven & Heiger, 2007).

La Mesure d'impact (MI-45)

Cette section présente l'étude de validation de la version francophone du Outcome Questionnaire réalisée par Flynn, Aubry, Guindon, Tardif, Viau et Gallant. (2003), traduite par ces derniers sous le nom de Mesure d'impact (MI-45).

Description de la MI-45

La MI-45 est la version francophone réalisée par Flynn et al. (2003) à partir du OQ-45.2. La traduction du OQ-45.2 a été faite à l'aide de la méthode de la traduction parallèle inversée (Vallières & Vallerand, 1990) qui consiste à traduire dans la langue désirée, puis à traduire à nouveau la nouvelle version dans sa langue originale par une autre personne bilingue. La nouvelle version est considérée adéquate si les deux versions correspondant à la langue originale sont équivalentes.

Flynn et al. (2003) ont débuté leur recherche en 1997 alors que le OQ-45.2 était l'instrument le plus couramment utilisé en milieu clinique et le mieux appuyé par une quantité appréciable de recherches. Étant donné que leur recherche se déroulait dans le secteur public et qu'ils avaient besoin d'un instrument concis et peu coûteux, ils ont choisi d'utiliser le OQ-45.2. L'objectif premier de leur étude était de vérifier les qualités psychométriques et la validité de la version francophone du OQ-45.2.

Méthode

Deux cent seize clients ont participé à la recherche, parmi lesquels 80 % étaient de sexe féminin. Tous les participants étaient des clients adultes francophones qui, entre 1997 et 2000, avaient reçu des services de counseling et de psychothérapie en français dans un Centre local de services communautaires (CLSC) situé au Québec. Il est à signaler que 84 % des 216 clients pour lesquels ils avaient obtenu des scores à la MI-45 lors de la première session, avaient un score égal ou supérieur à 63, les situant ainsi dans la zone clinique.

L'âge moyen des 216 participants ayant répondu à ce question était de 36 ans (ÉT = 9,3). Plus de la moitié des participants détenaient un diplôme d'études secondaires (56 %), 24 % avaient complété des études collégiales et 16 % avaient complété des études universitaires. Un peu moins de la moitié des participants travaillaient à temps complet (41 %), 18 % travaillaient à temps partiel, 25 % étaient à la maison, 15 % étaient en arrêt de travail pour une raison médicale et 1 % suivait des cours. Parmi les

170 participants ayant indiqué leur statut civil, 27 % étaient mariés et vivaient en union libre avec leur conjoint, 28 % étaient célibataires, 17 % étaient séparés, 11 % étaient divorcés et 2 % étaient veufs. Les clients ont participé en moyenne à 9,7 sessions de psychothérapie ($ET = 7,6$).

Résultats

Lors de cette étude, Flynn et al. (2003) ont obtenu un coefficient alpha de 0,92 pour la MI-45, de 0,85 pour la Liste de symptômes-10 (LS-10) et de 0,95 pour le Questionnaire de satisfaction du consommateur (QSC-11). Quant à la corrélation de Pearson entre la MI-45 et la LS-10, elle était de 0,79 ($p < .001$). La MI-45 possède donc une cohérence interne satisfaisante et était corrélée de façon significative avec une mesure de détresse psychologique (LS-10). Ces résultats, semblables à ceux rapportés par Lambert et Burlingame (1996), suggèrent que le MI-45 présente des qualités psychométriques satisfaisantes et une validité prometteuse. Il faut cependant tenir compte d'un certain nombre de limites mentionnées par Flynn et al. (2003) dans leur étude. Parmi lesquelles limites figurent un nombre restreint de participants ($N = 216$), le nombre insuffisant d'échelles de mesure utilisées pour procéder à la validité convergente ainsi que l'absence d'analyse de structure factorielle.

La mini Mesure d'impact (MI-10)

Cette section présente l'étude de validation de la version francophone de la mini Mesure d'impact réalisée par Lalande, Emond, Savard, Boisvert et Simard. (2005) Les dix items proviennent de la traduction de Flynn et al. (2003).

Description

La mini Mesure d'impact (MI-10) est un questionnaire auto administré qui requiert peu de temps à compléter (deux minutes) et à corriger. Cet outil mesure l'expérience subjective des individus et leur fonctionnement. Il permet un premier dépistage des difficultés et de la détresse psychologique en indiquant la nécessité d'une exploration plus approfondie, il permet une évaluation objective de l'efficacité des interventions en permettant d'objectiver la prise de décisions entourant l'interruption ou la poursuite du traitement et l'ajustement des interventions. Finalement, il permet une rétroaction sur l'évolution du processus.

Résultats de l'étude de validation

Lors de leur étude, Lalande et al. (2005) ont obtenu un coefficient alpha de 0,84 pour la population clinique et un alpha de 0,88 pour la population non clinique. L'évaluation de la validité de construit a été mesurée à l'aide du coefficient de corrélation de Pearson auprès d'un échantillon clinique et non clinique. Des analyses entre le score

global de la MI-45 ont été réalisées avec les différents instruments mesurant des construits associés au bien-être psychologique tels la Mesure d'actualisation du potentiel (MAP), l'Échelle du sens à la vie (ESEV), l'Échelle de satisfaction de vie (ESAV) ainsi que l'Échelle d'estime de soi (EES). Le score global a également été mis en relation avec différents instruments mesurant la détresse psychologique tels que l'Inventaire de dépression de Beck (BDI), la Liste de symptômes 10 (LS-10) ainsi que la Mesure de stress psychologique (MSP-25).

Il était attendu que les résultats à la MI-45 soient associés négativement avec les indicateurs de santé mentale et positivement aux instruments permettant de mesurer les troubles psychologiques. Les résultats démontrent que le score total de la MI-45 corrèle de manière significative avec le BDI (0,67), le SCL-10 (0,76) et la MSP-25 (0,75) et négativement avec le score global du MAP (-0,68), l'ESEV (-0,57), l'ESAV (-0,60) et l'EES (-0,71). Pour ce qui est de la population non clinique les résultats démontrent que le score total de la MI-45 corrèle de manière significative avec la MSP-25 (0,59) et négativement avec le score global du MAP (-0,63), l'ESEV (-0,62), l'ESAV (-0,71) et l'EES (-0,66). Ainsi, les résultats supportent les qualités psychométriques de la MI-10 auprès de la population non clinique et clinique.

Modèle de la santé mentale de Labelle, Bastin, Dubé, Alain, Bouffard et Lapierre

Les indicateurs de santé mentale retenus dans le cadre de la présente étude sont tirés du modèle cognitivo-affectif de Labelle, Bastin, Dubé, Alain, Bouffard et Lapierre

(2001). Le choix de ce modèle repose sur le fait que le OQ-45.2 ne s'intéresse pas qu'aux signes de détresse et à la prédiction des symptômes liés aux troubles mentaux, mais également à la présence d'indices de bien-être psychologique. De plus, étant donné qu'un des deux échantillons de l'étude est non clinique, il est important d'utiliser des instruments de mesure qui n'évaluaient pas que la psychopathologie.

Finalement, il s'est révélé impossible lors de la présente recherche d'utiliser les mêmes questionnaires que Lambert et Hill (1994), car plusieurs d'entre eux (exception faite du BDI et du LS-10) n'étaient pas disponibles en français. Il était donc nécessaire d'utiliser d'autres instruments pour les fins des analyses.

Traditionnellement, les psychologues se sont intéressés beaucoup plus aux problèmes psychologiques (anxiété, dépression) qu'aux états plaisants et à la bonne santé psychologique (Myers & Diener, 1997). De plus en plus de théoriciens et de cliniciens reconnaissent qu'un bon fonctionnement psychologique se caractérise non seulement par l'absence de troubles psychologiques, mais aussi par la présence d'indices de bien-être psychologique (Shmotkin, 1998). Lambert et son équipe font partie de ces chercheurs qui ne s'intéressent pas qu'aux signes de détresse et à la prédiction des symptômes liés aux troubles mentaux, mais également à la présence d'indicateurs de bien-être psychologique. Le OQ-45.2 appartient à cette école de pensée qui, en plus de mesurer l'absence ou la présence de symptômes, cherche également à identifier la présence de marqueurs positifs.

Il est donc apparu opportun pour cette recherche de mettre en relation le OQ-45.2 avec des mesures de bien-être psychologique.

Le modèle hiérarchique de santé mentale de Labelle et al. (2001), s'inspire de deux écoles de pensée en psychologie: celle de la psychopathologie centrée sur les aspects affectifs négatifs (anxiété et dépression) et celle de la qualité de vie associée aux dimensions cognitives positives. Ce modèle hiérarchique a été testé au moyen d'une analyse factorielle confirmatoire à partir de données provenant d'un échantillon de 278 retraités de plus de 55 ans. Le modèle de Labelle et al. (2001), à l'instar du OQ-45.2, s'appuie sur un concept de santé mentale suffisamment large pour y inclure à la fois des dimensions cognitives et affectives. En ce qui concerne la variable de détresse psychologique, on retrouve trois variables dont l'anxiété situationnelle, l'anxiété de trait et la dépression, en raison de l'importance de ne pas négliger des variables aussi fondamentales que l'anxiété et la dépression dans un modèle compréhensif de santé mentale (Labelle et al., 2001). Pour la variable de bien-être psychologique, on y retrouve les variables suivantes : l'estime de soi, l'actualisation du potentiel, la satisfaction de vie et le sens à la vie.

Les résultats rapportés par Labelle et al. (2001) se situent ainsi dans le courant selon lequel une bonne santé mentale se définit de façon multidimensionnelle. De plus, ce modèle complète l'approche traditionnelle de la psychopathologie centrée exclusivement sur les affects négatifs (Myers & Diener, 1997), de même que certaines approches

récentes qui, comme celle de Ryff (1989), ne se limitent qu'aux aspects cognitifs positifs (Labelle et al., 2001).

Le Tableau 1 présente la liste des instruments utilisés lors des trois études de validation du Outcome Questionnaire et de la Mesure d'impact réalisées par Lambert et Hill (1994), Flynn et al. (2003) et la présente étude.

Tableau 1

Inventaire des instruments utilisés lors des trois études de validation du OQ-45.2 et de la MI-45

Outcome Questionnaire (Lambert & Hill, 1994)	Mesure d'impact (Flynn et al. 2003)	Mesure d'impact (Étude actuelle)
General Symptom Index of the Symptom Check List-90-R (SCL-90-R)	Liste de symptômes 10 (LS-10)	Liste de symptômes 10 (LS-10)
Beck Depression Inventory (BDI)	Questionnaire de satisfaction du consommateur (QSC-11)	Inventaire de dépression de Beck (IBD)
Zung Self-Rating Depression Scale (SRDS)		Mesure de stress psychologique (MSP-A)
Zung Self-Rating Anxiety Scale (SRAS)		Échelle de satisfaction de vie (ESAV)
Taylor Manifest Anxiety (TMA)		Échelle d'estime de soi (EES)
State Trait Anxiety Inventory (STAI)		Échelle du sens à la vie (ESEV)
Social Adjustment Scale (SAS)		Mesure d'actualisation du potentiel (MAP)
Inventory of Interpersonal Problems (IIP)		

En somme, les résultats des études de Lambert et Hill (1994) et de Mueller et al. (1998) démontrent que le OQ-45.2 est un instrument qui présente de bonnes qualités psychométriques et qui est compatible avec plusieurs mesures reconnues en santé mentale. Les trois sous-échelles qui le composent permettent aux chercheurs et aux cliniciens d'évaluer comment leur client se sentent intérieurement, avec les autres et dans leur milieu de travail. Les résultats de la validation réalisée par Flynn et al. (2003) sont très prometteurs et démontrent que la MI-45 est un outil valide et fidèle dans sa version francophone. Les études relatives aux propriétés psychométriques de la version française de la MI-45 se sont donc limitées à l'étude de Flynn et al. Ainsi, aucune analyse factorielle n'a été réalisée pour cette nouvelle version. En raison des caractéristiques et des visées de cet instrument, il apparaît justifié d'effectuer une validation élargie de cet outil auprès d'une population francophone.

Objectifs de l'étude

À la lumière des éléments recensés précédemment, la présente recherche poursuit les trois objectifs suivants : (1) évaluer la cohérence interne de la MI-45 et de ses sous-échelles, (2) déterminer la validité convergente de la MI-45 et (3) examiner la structure factorielle de la version francophone de la MI-45 auprès d'un échantillon clinique et non clinique. Le chapitre qui suit portera sur la méthode utilisée lors de la réalisation de la présente étude de validation.

Méthode

Ce deuxième chapitre décrit la méthode utilisée lors de la réalisation de la présente étude de validation. Cette section comprend quatre parties. La première porte sur la description des échantillons à l'étude ainsi que la description de la technique d'échantillonnage. La seconde partie présente les instruments de mesure utilisés et leurs propriétés psychométriques. La troisième partie traite du déroulement de l'étude et finalement ce chapitre se termine par la présentation de la stratégie d'analyse des données et du plan de l'expérience.

Participants

Les participants à l'étude regroupent deux échantillons soit un échantillon clinique et un échantillon non clinique. L'échantillon clinique est constitué d'adultes des deux sexes âgés de 18 ans et plus ayant recours à des services de psychothérapie auprès de différents organismes du Saguenay. Au total, 126 clients ont participé à l'étude. Cet échantillon est composé de 95 femmes et de 31 hommes âgés de 18 à 64 ans ($M = 37,58$ ans, $ÉT = 11,08$). Les milieux ayant participé à l'étude sont le Service aux étudiants du Cégep de Jonquière, le Service de psychologie du Complexe Hospitalier de la Sagamie, la Clinique universitaire de psychologie et le service aux étudiants de l'Université du Québec à Chicoutimi de même que onze Cliniques privées. Le seul critère d'exclusion retenu pour la présente étude était la prise d'antipsychotique. Ces informations ont été

préalablement recueillies par le questionnaire sociodémographique. Il ne s'agit donc pas d'un critère d'exclusion à la participation, mais plutôt d'un critère d'exclusion pour les fins des analyses statistiques. Deux questionnaires ont été retirés de l'étude sur la base de ce critère.

L'échantillon non clinique est constitué d'étudiants universitaires adultes des deux sexes âgés de 18 ans et plus. Ces étudiants étaient inscrits dans un programme de premier cycle à l'Université du Québec à Chicoutimi en enseignement pré-scolaire et primaire. Au total 248 étudiants ont participé à l'étude. Cet échantillon est composé de 183 femmes et 65 hommes âgés de 19 à 52 ans ($M = 24,12$ ans, $ÉT = 6,60$). De plus, un sous-échantillon constitué de 45 étudiants universitaires sélectionnés aléatoirement (36 femmes et 9 hommes), ont répondu au questionnaire à deux reprises dans le but d'établir la fidélité test-retest de l'instrument. Ces participants se sont vus attribuer un code d'identification permettant de pouvoir associer les résultats de la première passation aux résultats de la deuxième passation, et ce, sans que ceux-ci n'aient à indiquer leur nom, permettant ainsi de préserver l'anonymat des participants.

Instruments de mesure

Une méthodologie d'enquête par questionnaire a été utilisée en vue de recueillir les données provenant des deux échantillons. Le questionnaire auquel les participants devaient répondre comprenait un questionnaire sociodémographique, la version française de la MI-45 ainsi que sept échelles de mesure servant à évaluer les indicateurs de santé

mentale retenus. Quatre de ces échelles mesuraient le bien-être psychologique soit : l'estime de soi, l'actualisation du potentiel, la satisfaction de vie et le sens à la vie. Les trois autres échelles mesuraient les symptômes davantage en lien avec une psychopathologie dont la dépression, le stress psychologique et la présence de symptomatologie. Ces mesures ont été utilisées afin d'évaluer la validité de construit de l'instrument, en mesurant la relation positive ou négative de certaines variables avec l'efficacité thérapeutique. Étant donné, le grand nombre d'échelles, la disponibilité des participants ainsi que des milieux, les participants étaient libres de répondre à l'une des deux versions du questionnaire. La version longue se composait de tous les instruments de mesure alors que la version courte ne contenait que la MI-45 ainsi que le questionnaire sociodémographique. Quatre-vingt-dix participants (70,3 %) ont répondu à la version longue du questionnaire et 38 participants (29,7 %) ont répondu à la version courte. Ces deux versions sont présentées aux Appendices A et B. La description ainsi que les propriétés psychométriques de chacun des instruments de mesure utilisés sont présentés dans la section qui suit.

Le *Outcome Questionnaire (OQ-45.2)* a été traduit en français par Flynn et al. (2003) sous le nom de Mesure d'impact (MI-45) selon la technique de la traduction parallèle inversée (Blais, Vallerand, Pelletier, & Brière, 1989). Cet instrument mesure l'efficacité thérapeutique à l'aide d'un score total et de trois sous-échelles mesurant respectivement les Symptômes intrapsychiques de détresse (25 items), les Relations interpersonnelles (11 items) et la Performance dans les rôles sociaux (9 items). Le

répondant indique sur une échelle de type Likert allant de 0 (presque toujours) à 4 (jamais), comment il s'est senti au cours des sept derniers jours. Le résultat total peut donc varier entre 0 et 180. Le seuil critique permettant de situer un client au niveau de la population clinique se situe à 63. Il est également possible d'avoir des résultats pour chacune des sous-échelles. La validation francophone de l'instrument réalisée par Flynn et al. (2003) amène les chercheurs à conclure que la MI-45 possède de bonnes qualités psychométriques. L'instrument démontre une bonne cohérence interne et est fortement corrélé avec une autre mesure de détresse psychologique : la Liste de symptômes-10. Selon les résultats obtenus par Flynn et al. (2003), la MI-45 possède des propriétés psychométriques satisfaisantes et une validité prometteuse. La MI-45 a un coefficient alpha de 0,92. Dans la présente étude, les coefficients de consistance interne obtenus sont de 0,94 pour l'échantillon clinique et de 0,90 pour l'échantillon non clinique.

L'Estime de soi a été mesurée à l'aide du *Self-Esteem Scale* développée par Rosenberg (1965) et traduite et validée par Vallières et Vallerand (1990) sous le nom de *L'Échelle d'estime de soi* (EES). L'EES comprend 10 items ($\alpha = 0,89$) qui mesurent la perception globale d'une personne quant à sa propre valeur. Le répondant indique sur une échelle de type Likert allant de 1 (ne correspond pas du tout) à 4 (correspond exactement), s'il est d'accord avec les énoncés qui lui sont proposés. Les qualités psychométriques de la version anglaise sont satisfaisantes (Cross & Markus, 1994; Wylie, 1989). Lors de la présente étude, le coefficient de consistance interne obtenu est de 0,91 pour l'échantillon clinique et de 0,86 pour l'échantillon non clinique.

La Mesure d'actualisation du potentiel (MAP) construite par Leclerc, Lefrançois, Dubé, Hébert et Gaulin (1997) évalue le processus de développement du potentiel de la personne en congruence avec son image de soi et avec son expérience d'elle-même et de son environnement. Dans la présente recherche, seule l'échelle globale comportant 27 items est retenue comme un des indices du bien-être psychologique. Chaque item (p. ex. « Je connais assez bien mes forces et mes limites. ») est coté sur une échelle de type likert en cinq points. Cette mesure possède une bonne cohérence interne avec un coefficient alpha de 0,88 et un coefficient de stabilité temporelle de 0,89. Dans la présente étude, le coefficient de consistance interne est de 0,90 pour l'échantillon clinique et de 0,85 pour l'échantillon non clinique.

The Satisfaction With Life Scale est conçue par Diener, Emmons, Larsen et Griffin (1985) et validée en français par Blais, Vallerand, Pelletier et Brière (1989) sous le nom de *L'Échelle de satisfaction de vie* (ESAV). L'ESAV comprend cinq items qui permettent d'estimer la qualité de vie d'une personne selon ses propres critères. Le répondant indique sur une échelle de type Likert allant de 1 (fortement en accord) à 7 (fortement en désaccord), son degré d'accord ou de désaccord avec les énoncés qui lui sont présentés. Blais et al. (1989) ont obtenu un coefficient alpha de 0,87 et une structure factorielle à un seul facteur qui explique 60 % de la variance. Le coefficient de consistance interne de la présente étude est de 0,88 pour l'échantillon clinique et de 0,84 pour l'échantillon non clinique.

L'Échelle du sens à la vie (ESEV) traduit par Bouffard et Lapierre (1997) et élaborée par Ryff (1989) sous le nom de Ryff Scale of Psychological Well-Being mesure l'une des six dimensions du fonctionnement psychologique positif et non dysfonctionnel. Elle dégage six dimensions importantes, soit : l'acceptation de soi, les relations positives avec les autres, l'autonomie, la compétence, le sens à la vie et la croissance personnelle (Bouffard & Lapierre, 1997). L'échelle comporte 14 items et se distribue sur une échelle de type Likert allant de 1 (tout à fait d'accord) à 6 (tout à fait en désaccord). Elle indique si le participant a des buts et s'il est orienté vers l'avenir tout en accordant un sens à son présent et à son passé. Le score global varie entre 14 et 84. Un score élevé indique un sens à la vie élevé. Le coefficient alpha pour la version française est de 0,67 (Bouffard & Lapierre, 1997). Les coefficients alpha obtenus avec les deux échantillons de la présente étude est de 0,84 pour l'échantillon clinique et de 0,86 pour l'échantillon non clinique.

La Mesure de stress psychologique (MSP-A), version courte en 25 items du MSP-49, mesure les tensions internes du client (Lemyre, Tessier, & Fillion, 1990). Le répondant indique sur une échelle de type Likert allant de 1 (tout à fait d'accord) à 6 (tout à fait en désaccord), son degré d'accord et de désaccord avec l'énoncé. Cet instrument de mesure possède une cohérence interne de 0,93 et une fidélité test-retest de 0,68 sur un intervalle de deux semaines. Dans la présente étude, le coefficient de consistance interne est de 0,95 pour l'échantillon clinique et de 0,88 pour l'échantillon non clinique.

L'Inventaire de dépression de Beck (BDI) a été conçu par Beck, Ward, Mendelson, Moch et Erbaugh en 1961 sous le nom de Beck Dépression Inventory. Le BDI comprend 21 items qui permettent de mesurer les caractéristiques, les attitudes et les symptômes de la dépression. Le questionnaire contient plusieurs phrases et le participant doit cocher la case qui décrit le mieux comment il se sent dans le moment présent. Oliver, Searight et Lighfoot (1985) obtiennent un coefficient alpha de 0,94 pour la version originale anglaise ainsi que pour la version révisée (1978). Le résultat pour la version française de Bourque et Beaudette (1982) est de 0,90. Dans la présente étude, le coefficient de consistance interne est de 0,73 pour l'échantillon clinique.

La dernière mesure pour évaluer la détresse psychologique est l'*Inventaire de symptômes-10* (Nguyen, Attkisson, & Stegner, 1983). Cette version abrégée de 10 items provient de la version longue de la Liste de vérification des symptômes (SCL-90) Derogatis, 1977. Le répondant évalue les items de dépression, de somatisation et d'anxiété phobique sur une échelle de type Likert allant de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement). Cette mesure possède une cohérence interne satisfaisante avec un coefficient alpha de 0,88 et une fidélité test-retest de 0,59 après un délai de quatre mois. Dans la présente recherche, le coefficient alpha obtenu auprès de l'échantillon clinique est de 0,79.

Enfin, le *questionnaire sociodémographique* comprend des questions relatives à l'âge, au sexe, au revenu, au niveau de scolarité, à la prise de médication, aux motifs de

consultation ainsi qu'à la présence d'événements stressants vécus au cours du processus thérapeutique.

Déroulement de l'étude

Dans un premier temps, en ce qui concerne l'échantillon clinique, les thérapeutes qui avaient été identifiés à partir du répertoire de l'Ordre des psychologues du Québec ont été rencontrés de façon individuelle afin de leur présenter les objectifs de la recherche. Ceux qui ont accepté de participer à l'étude devaient informer leurs clients de la présente recherche et vérifier leur intérêt à y participer. Pour ce faire, les thérapeutes recevaient une enveloppe pré-affranchie contenant une feuille explicative, le questionnaire ainsi que deux formulaires de consentement dont un pour le thérapeute et l'autre pour le client. Le client était informé que sa décision de participer ou non à l'étude se faisait sur une base volontaire et qu'elle n'affecterait en rien la relation thérapeutique. Les Appendices D, E et F présentent respectivement les documents relatifs aux directives présentées aux clients et aux formulaires de consentement du thérapeute et du client.

Le thérapeute devait lire la feuille de directives au client puis lui remettre le questionnaire afin qu'il le complète sur place ou à son domicile. Les consignes étaient donc présentées verbalement et par écrit sur la première page du questionnaire. Le thérapeute devait expliquer au client que le but de l'étude était de procéder à la validation d'un instrument de mesure dans le but éventuel de mieux comprendre l'influence de certains facteurs sur l'efficacité thérapeutique. Enfin, les directives soulignaient que les

réponses données par les participants ne serviraient qu'à des fins de recherche et qu'elles demeuraient strictement confidentielles. Il était clairement précisé que les thérapeutes n'auraient jamais accès aux résultats des questionnaires. Dans le but de préserver la confidentialité et d'inciter les clients à répondre le plus honnêtement possible, aucune donnée nominative n'apparaissait sur le questionnaire et le formulaire de consentement n'était pas attaché au questionnaire. Les participants répondaient individuellement au questionnaire sur place ou à la maison. Dans le dernier cas, il devait le retourner par la poste dans une enveloppe pré-affranchie. Le temps moyen prévu pour répondre au questionnaire était d'environ 50 minutes pour la version longue et de dix minutes pour la version courte.

Pour ce qui est de l'étude avec l'échantillon non clinique, les assistants de recherche se sont présentés dans les classes où les professeurs avaient accepté de participer à l'étude. Dans tous les groupes, l'assistant de recherche expliquait globalement le sujet de l'étude portant sur la validation d'un instrument permettant de mesurer l'efficacité du processus thérapeutique. Par la suite, le questionnaire était distribué à chaque participant volontaire en leur demandant d'attendre les consignes avant de le compléter. Afin d'assurer une meilleure compréhension de l'étude, l'assistant de recherche lisait à haute voix le formulaire de consentement de même que les consignes s'y rattachant. Une fois le formulaire de consentement complété, les participants volontaires étaient invités à répondre au questionnaire. Tous les participants disposaient d'une heure pour compléter le questionnaire. Cette période de temps s'est avérée

suffisante. Dans le but d'assurer la confidentialité de la recherche, les formulaires de consentement ainsi que les questionnaires étaient placés dans deux enveloppes distinctes.

Tous les renseignements recueillis au cours de cette recherche sont confidentiels. Les formulaires de consentement de même que les questionnaires sont actuellement conservés sous clé dans le Laboratoire de psychologie clinique au Département des sciences de l'éducation et de psychologie de l'Université du Québec à Chicoutimi.

Plan de l'expérience

Le présent devis de recherche est corrélationnel de type exploratoire. Afin de procéder à la validation de la MI-45, des corrélations ont ainsi été calculées entre cette échelle et différentes mesures présentant des similitudes sur le plan conceptuel.

Stratégies d'analyse

La cohérence interne de la MI-45 et de ses trois sous-échelles a été calculée à l'aide de l'alpha de Cronbach et ce, auprès de l'échantillon clinique et non clinique. La validité convergente a été évaluée à l'aide de corrélations de Pearson. Des corrélations entre le score global de la MI-45 ont été calculées avec l'Échelle d'estime de soi, la Mesure d'actualisation du potentiel, l'Échelle de satisfaction de vie, l'Échelle du sens à la vie, la Mesure de stress psychologique, l'Inventaire de dépression de Beck, la Liste de symptômes 10 pour l'échantillon clinique et avec les mêmes instruments à l'exception

des deux derniers, pour l'échantillon non clinique. La structure factorielle de la MI-45 auprès d'un échantillon clinique et non clinique a été vérifiée à l'aide d'une analyse factorielle exploratoire afin de comparer les résultats de la version francophone à ceux de la version originale anglaise (Lambert & Burlingame, 1996). La méthode *Principal Axis Factoring* (PAF) avec une rotation oblique de type oblimin a été utilisée à cette fin. Un critère de saturation minimale des items de 0,30 a été exigé afin qu'ils soient inclus au sein des facteurs.

Résultats

Ce chapitre décrit les résultats de la recherche et se divise en deux sections. Tout d'abord, les résultats de l'analyse descriptive effectuée sur les données obtenues à l'aide des questionnaires sociodémographiques de l'échantillon clinique et non clinique sont présentés. Par la suite, les résultats de la cohérence interne, de la validité de construit ainsi que les résultats des analyses factorielles exploratoires de la version francophone de la MI-45, et ce pour les échantillons clinique et non clinique, sont examinés.

Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon clinique

Le Tableau 2 présente les caractéristiques sociodémographiques des participants de l'échantillon clinique. Les analyses descriptives effectuées sur les données sociodémographiques ont permis de recueillir des informations relatives aux caractéristiques des participants, au processus thérapeutique ainsi qu'aux motifs de consultation.

Tableau 2
Caractéristiques sociodémographiques des participants cliniques

Variables	<i>N</i>	%
Sexe		
Féminin	95	75,4
Masculin	31	24,6
État matrimonial		
Marié/conjoint de fait	73	57,9
Célibataire	32	25,4
Séparé/divorcé	21	16,7
Veuf	0	0,0
Principale occupation		
Travail à temps plein	64	57,7
Travail à temps partiel	12	10,8
Chômage	5	4,5
Retraite	3	2,7
Études à temps plein	21	18,9
Autres	6	5,4
Revenu		
Moins de 15 000 \$	35	28,3
Entre 15 000 \$ et 24 999 \$	24	19,2
Entre 25 000 \$ et 34 999 \$	26	20,8
Entre 35 000 \$ et 44 999 \$	12	9,6
Entre 45 000 \$ et 54 999 \$	12	9,8
55 000 \$ et plus	11	8,8
Aucun revenu	5	4,0

Tableau 2
Caractéristiques sociodémographiques des participants cliniques (suite)

Variabes	N	%
Scolarité		
Secondaire non complété	6	4,8
Secondaire complété	26	20,6
Études collégiales non complétées	10	7,9
Études collégiales complétées	36	28,6
Certificat universitaire complété	3	2,4
Baccalauréat non complété	17	13,5
Baccalauréat complété	19	15,1
Maîtrise complétée	8	6,3
Doctorat complété	1	0,8

Note. En raison des données manquantes, la somme des participants ne totalise pas 362 individus dans tous les cas.

Caractéristiques des participants cliniques

Plus des deux tiers de cet échantillon est représenté par des femmes (75,4 %) tandis que les hommes représentent 24,6 % de cet échantillon. L'âge moyen est de 38 ans (ÉT = 10,85). Plus de la moitié des participants sont mariés ou conjoints de fait (57,9 %) alors que 25,4 % sont célibataires et 16,7 % sont séparés ou divorcés. La moitié des participants cliniques adultes travaillent à temps plein (57,7 %), alors que 10,8 % occupent un emploi à temps partiel, 4,5 % sont au chômage, 2,7 % sont à la retraite et 18,9 % étudient à temps plein. Le quart des participants gagnent moins de 15 000 \$ (28,0 %), 19,2 % gagnent entre 15 000 \$ et 24 999 \$, 20,8 % entre 25 000 \$ et 34 999 \$,

9,6 % entre 35 000 \$ et 44 999 \$, 9,8 % entre 45 000 \$ et 54 999 \$, 8,8 % plus de 55 000 \$ et 4,0 % n'ont aucun revenu.

Caractéristiques reliées au processus thérapeutique

En ce qui concerne les caractéristiques reliées au processus thérapeutique, 38,7 % des participants ont suivi moins de cinq séances avec leur thérapeute, 19,8 % ont participé entre 5 et 9 séances, 7,5 % ont suivi entre 10 et 14 séances, 3,8 % ont suivi entre 15 et 19 séances et, enfin, 30,2 % ont suivi plus de 20 séances. Le nombre moyen de séances est de 31,77 (ÉT = 44,56) avec un minimum de 3 séances et un maximum de 260 séances. Une proportion de 40,2 % des participants en sont à leur première expérience thérapeutique comparativement à 50,8 % qui ont déjà consulté un autre psychologue dans le passé. Près de la moitié des participants (49,6 %), ayant déjà été en thérapie avec un autre thérapeute ou non, sont avec leur thérapeute actuel depuis 15,01 mois (ÉT = 17,86), avec un minimum de un mois et un maximum de 84 mois. Près des deux tiers des participants (63,5 %) rapportaient ne prendre aucune médication au moment de la passation du questionnaire. Près de la moitié des participants (49,2 %) disent avoir vécu un événement stressant particulier pendant la période couvrant le traitement thérapeutique. Le Tableau 3 présente les caractéristiques liées au processus thérapeutique de l'échantillon clinique.

Tableau 3

Caractéristiques reliées au processus thérapeutique des participants cliniques

Variables	N	%
Nombre de séances		
Moins de 5 séances	41	38,7
5 à 9 séances	21	19,8
10 à 14 séances	8	7,5
15 à 19 séances	4	3,8
20 séances et plus	32	30,2
Durée de la thérapie		
Moins de 3 mois	45	38,1
3 à 5 mois	22	18,6
6 à 8 mois	8	6,8
9 à 11 mois	3	2,5
12 mois et plus	40	33,9
Fréquence des rencontres		
Une fois semaine	62	49,6
Deux fois semaine	6	4,8
Une fois aux deux semaines	43	34,4
Une fois par mois	9	7,2
Autres	5	4,0
Païement des honoraires		
Client même	57	46,2
Autre source	69	54,8
Déjà consulté un autre psychologue		
Oui	64	50,8
Non	62	40,2
Prise de médication		
Oui	46	36,5
Non	80	63,5

Tableau 3

Caractéristiques reliées au processus thérapeutique des participants cliniques (suite)

Variables	N	%
Type de médicaments		
Antidépresseurs	40	31,7
Anxiolytiques	3	2,4
Autres	2	1,6
Ne s'applique pas	82	64,1
Événements stressants depuis le début des séances		
Oui	62	49,2
Non	64	50,8
Type d'événements		
Divorce	19	14,8
Deuil	16	11,6
Perte d'emploi	8	6,3
Conflits familiaux	1	0,8
Maladie	7	5,5
Autres	13	10,2

Note. En raison des données manquantes, la somme des participants ne totalise pas 362 individus dans tous les cas.

Caractéristiques reliées aux motifs de consultation des participants

Les principaux motifs de consultation pour lesquels les clients ont entrepris une psychothérapie sont : la dépression (16,0 %), l'anxiété (12,0 %), les difficultés relationnelles (11,4 %), les difficultés reliées au contexte de vie (12,5 %) et les problèmes familiaux (10,2 %). Le Tableau 4 présente l'ensemble des motifs de consultation recueillis à l'aide du questionnaire sociodémographique.

Tableau 4

Caractéristiques reliées aux motifs de consultation des participants cliniques

Variables	<i>N</i>	%
Motif de consultation		
Anxiété/angoisse	15	12,0
Connaissance de soi/croissance personnelle	8	6,4
Dépression	20	16,0
Difficultés liées à un événement stressant	8	6,4
Difficultés de communication interpersonnelle	2	1,1
Difficultés relationnelles	14	11,2
Difficultés liées au contexte de vie	14	11,2
Épuisement professionnel	3	2,4
Estime de soi/confiance en soi	11	8,8
Phobies	1	0,8
Troubles de l'alimentation	1	0,8
Victime de sévices sexuels	2	1,6
Violence	1	0,8
Problèmes familiaux	13	10,4
Autres	12	9,6

Note. En raison des données manquantes, la somme des participants ne totalise pas 362 individus dans tous les cas.

Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon non clinique

Cette section présente les analyses descriptives effectuées sur les données sociodémographiques de l'échantillon non clinique. Ces analyses descriptives ont permis de recueillir des informations relatives aux caractéristiques des participants.

Caractéristiques des participants

Près des trois quart de cet échantillon est composé de femmes (73,8 %) tandis que les hommes représentent 26,2 % de cet échantillon. L'âge moyen de cet échantillon est de 24,12 ans (ÉT = 6,25). Plus du tiers des participants sont mariés ou conjoints de fait (37,3 %), 59,0 % sont célibataires et 3,7 % sont séparés ou divorcés. La majorité des participants sont étudiants à temps plein (82,3 %), alors que 6,0 % sont étudiants à temps partiel, 6,0 % travaillent à temps plein, 1,2 % travaillent à temps partiel et 0,4 % sont au chômage. La moitié des participants détiennent un baccalauréat (50,4 %) et 36,3 % ont complété des études collégiales. Plus des deux tiers gagnent moins de 15 000 \$ (75,3 %), 13,4 % gagnent entre 15 000 \$ et 24 999 \$, 3,3 % entre 25 000 \$ et 34 999 \$, 2,1 % entre 35 000 \$ et 44 999 \$, 0,4 % entre 45 000 \$ et 54 999 \$, 0,4 % plus de 55 000 \$ et 5,0 % n'ont aucun revenu. Le Tableau 5 présente une description détaillée des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon.

Tableau 5
Caractéristiques sociodémographiques des participants non cliniques

Variables	<i>N</i>	%
Sexe		
Féminin	183	73,8
Masculin	65	26,2
État matrimonial		
Marié/conjoint de fait	91	37,3
Célibataire	144	59,0
Séparé/divorcé	9	3,7
Veuf	0	0,0
Principale occupation		
Travail à temps plein	15	6,0
Travail à temps partiel	3	1,2
Chômage	0,4	1,0
Études à temps partiel	15	6,0
Études à temps plein	204	82,3
Autres	9	3,6
Revenu		
Moins de 15 000 \$	180	75,3
Entre 15 000 \$ et 24 999 \$	32	13,4
Entre 25 000 \$ et 34 999 \$	8	3,3
Entre 35 000 \$ et 44 999 \$	5	2,1
Entre 45 000 \$ et 54 999 \$	1	0,4
55 000 \$ et plus	1	0,4
Aucun revenu	12	5,0

Tableau 5
Caractéristiques sociodémographiques des participants non cliniques (suite)

Variables	N	%
Scolarité		
Secondaire non complété	0	0
Secondaire complété	4	1,6
Études collégiales non complétées	5	2,0
Études collégiales complétées	90	36,3
Certificat universitaire complété	10	4,0
Baccalauréat non complété	125	50,4
Baccalauréat complété	14	5,6
Maîtrise complétée	0	0
Doctorat complété	0	0

Note. En raison des données manquantes, la somme des participants ne totalise pas 362 individus dans tous les cas

Cohérence interne

La cohérence interne de la MI-45 a été mesurée à l'aide de l'alpha de Cronbach et ce, pour l'échantillon clinique et non clinique. Les résultats auprès de l'échantillon clinique indiquent un alpha de 0,94 pour le score total, de 0,90 pour la sous-échelle Symptômes intrapsychique de détresse, de 0,78 pour la sous-échelle Relations interpersonnelles et de 0,69 pour la sous-échelle Performance dans les rôles sociaux. En ce qui concerne l'échantillon non clinique, les résultats sont de 0,90 pour le score total, de 0,85 pour la sous-échelle Symptômes intrapsychiques de détresse, de 0,79 pour la sous-échelle Relations interpersonnelles et de 0,63 pour la sous-échelle Performance dans les rôles sociaux. Ces coefficients sont généralement comparables à ceux obtenus par

Lambert et Hill (1994). Les coefficients alpha rapportés par les chercheurs étaient de 0,93 pour le score total de l'échantillon clinique, de 0,91 pour la sous-échelle Symptômes intrapsychique de détresse, de 0,74 pour la sous-échelle Relations interpersonnelles et de 0,71 pour la sous-échelle Performances dans les rôles sociaux. En ce qui concerne l'échantillon non clinique, un score de 0,93 a été obtenu pour le score total, de 0,91 pour la sous-échelle Symptômes intrapsychique de détresse, de 0,74 pour la sous-échelle Relations interpersonnelles et de 0,71 pour la sous-échelle Performances dans les rôles sociaux. Le plus grand écart se situe entre les coefficients de la sous-échelle Performance dans les rôles sociaux pour l'échantillon non clinique qui est légèrement inférieur au résultat obtenu par Lambert et Hill (1994) (0,63 vs 0,71). Le seul coefficient alpha disponible dans l'étude de Flynn et al. (2003) est de 0,92.

Évaluation de la validité de construit

L'évaluation de la validité de construit a été mesurée à l'aide du coefficient de corrélation de Pearson auprès d'un échantillon clinique et non clinique. Des analyses entre le score global de la MI-45 ont été réalisées avec les différents instruments mesurant des construits associés au bien-être psychologique tels la Mesure d'actualisation du potentiel (MAP), l'Échelle du sens à la vie (ESEV), l'Échelle de satisfaction de vie (ESAV) ainsi que l'Échelle d'estime de soi (EES). Le score global a également été mis en relation avec différents instruments mesurant la détresse psychologique tels que l'Inventaire de dépression de Beck (BDI), la Liste de symptômes 10 (LS-10) ainsi que la

Mesure de stress psychologique (MSP-25). Rappelons que ces questionnaires ont été sélectionnés en raison de l'absence de version francophone de la plupart des questionnaires utilisés par Lambert et Hill (1996) (le Social Adjustment Scale, le Zung Self-Rating Anxiety Scale, le Zung Self-Rating Depression Scale, le Taylor Manifest Anxiety, le State Trait Anxiety Inventory et l'Inventory of Interpersonnal Problems).

Le Tableau 6 présente les corrélations de Pearson obtenues entre le score global de la MI-45 et les construits psychologiques associés, et ce, pour l'échantillon clinique. Il est attendu que les résultats à la MI-45 soient associés négativement avec les indicateurs de santé mentale et positivement aux instruments permettant de mesurer les troubles psychologiques. Les résultats démontrent que le score total de la MI-45 corrèle de manière significative avec le BDI (0,73), le SCL-10 (0,79) et la MSP-25 (0,83) et négativement avec le score global du MAP (-0,71), l'ESEV (-0,60), l'ESAV (-0,60) et l'EES (-0,75). Le score pour le BDI est légèrement inférieur au résultat obtenu par Lambert et Hill (1996) (0,73 vs 0,79). La corrélation la plus élevée (0,83) se trouve entre la MI-45 et la MSP-25 et la plus faible (-0,63) se trouve entre la MI-45 et l'ESAV. Dans l'ensemble, les corrélations établies avec les mesures de détresse sont légèrement supérieures à celles obtenues avec les mesures de bien-être.

Tableau 6

Corrélations entre le score global à la MI-45 et les différentes mesures de bien-être psychologique auprès d'un échantillon clinique

	Corrélations
Actualisation de potentiel (MAP)	-0,72***
Sens de la vie (ESEV)	-0,60***
Satisfaction de vie (ESAV)	-0,61***
Estime de soi (EES)	-0,76***
Dépression (BDI)	0,73***
Symptômes psychologiques (SCL-10)	0,79***
Stress psychologique (MSP)	0,86***

*** $p < 0,001$.

Le Tableau 7 présente les corrélations de Pearson obtenues entre le score global de la MI-45 et les construits psychologiques associés, et ce, pour l'échantillon non clinique. Tout comme pour l'échantillon clinique, des corrélations négatives ont été observées entre les résultats à l'exception de la mesure de stress psychologique. Les résultats démontrent que le score total de la MI-45 corrèle de manière significative avec le score global du MAP (-0,63), l'ESAV (-0,70), l'ESEV (-0,62) et l'EES (-0,68) et avec la MSP-25 (0,65).

Tableau 7

Corrélations entre le score global à la MI-45 et les différentes mesures de bien-être psychologique auprès d'un échantillon non clinique

	Corrélations
Actualisation de potentiel (MAP)	-0,63***
Sens à la vie (ESEV)	-0,62***
Satisfaction de vie (ESAV)	-0,70***
Estime de soi (EES)	-0,68***
Stress psychologique (MSP)	0,65***

*** $p < 0,001$

Il est impossible de faire des comparaisons avec l'étude de Lambert et Hill (1994) car aucun des tests présentés pour l'échantillon non clinique n'a été utilisé dans l'étude originale. Comparativement à l'échantillon clinique, la corrélation la plus élevée se retrouve entre la MI-45 et l'ESAV (-0,70) alors que comme pour l'échantillon clinique, la plus faible se situe entre la MI-45 et l'ESEV (-0,62).

Validité discriminante

Afin de vérifier si la MI-45 discrimine l'échantillon clinique de l'échantillon non clinique, une analyse de variance a été effectuée à partir du score global de la MI-45. De plus, les différences intersexes ont été testées dans cette analyse de variance à deux facteurs (sexe et groupe). Les résultats présentés au Tableau 8 révèlent l'absence de différences entre les hommes et les femmes.

Tableau 8
Comparaison du score de la MI-45 entre les deux
échantillons en fonction du sexe

MI	Échantillon clinique (n = 126)		Échantillon non clinique (n = 248)		G X S	Groupe	Sexe
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes			
Moyenne	1,52	1,58	1,08	1,16	0,05	52,09***	1,39
Écart-type	0,54	0,66	0,39	0,48			

*** $p < 0,001$.

Tel qu'attendu, les groupes clinique et non clinique diffèrent significativement quant à leur score à la MI-45. Ainsi, les participants de l'échantillon clinique rapportent des scores plus élevés à la MI-45 que ceux de l'échantillon non clinique. Ces résultats sont similaires à ceux de Lambert et Hill (1994) car les scores globaux de l'échantillon non clinique sont tous inférieurs à 63 (seuil clinique) et ceux de l'échantillon clinique supérieurs à 73.

Structure factorielle de la MI-45

Cette section présente les résultats des analyses factorielles exploratoires de type *Principal Axis Factoring* (PAF) réalisées à partir des 45 items de la MI-45. Afin d'obtenir une congruence entre les deux échantillons, plusieurs items ont dû être exclus de l'analyse (les items 11, 14, 26, 27, 35 et 45 par manque de variance commune et

l'item 32 par absence de variance). Ainsi, 38 items ont été conservés pour les fins de cette analyse.

Indices d'adéquation de la solution globale auprès d'un échantillon clinique

Tout d'abord, les données recueillies auprès de l'échantillon clinique ont été soumises aux tests de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) et de sphéricité de Bartlett. Ces indices d'adéquation de la solution permettent de vérifier la pertinence de réaliser une analyse factorielle sur les données obtenues dans la présente étude. Dans l'ensemble, les résultats aux tests d'adéquation de la solution globale sont satisfaisants. Le test de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) s'avère satisfaisant pour l'ensemble de la matrice (0,845) et les indices individuels KMO varient entre moyen (0,648) et excellent (0,92) pour l'ensemble des items du questionnaire. Par ailleurs, le déterminant de la matrice est adéquat ($R > 0$), ce qui indique l'absence d'une matrice singulière. En ce qui concerne le test de spécificité de Bartlett ($\chi^2(703) = 2209,01$, $p < 0,001$), les résultats révèlent que la matrice utilisée ne correspond pas à une matrice d'identité, c'est-à-dire une matrice où tous les coefficients de corrélation sont égaux à zéro.

Structure factorielle de la MI-45 auprès d'un échantillon clinique

Le critère du test d'accumulation de Cattell suggère une structure à un facteur, alors que le critère de Keiser, qui se fait à l'aide de l'examen des valeurs propres (eigenvalues) suggère une structure à huit facteurs. Toutefois, la solution à un facteur a été privilégiée

en regard de la difficulté à interpréter les huit facteurs extraits. L'analyse factorielle exploratoire de type *Principal Axis Factoring* (PAF) auprès d'un échantillon clinique révèle une solution initiale à un facteur expliquant 33,21 % de la variance. Par la suite, l'analyse est suivie d'une deuxième analyse factorielle de type *Principal Axis Factoring* (PAF) dont les solutions sont fixées à trois et deux facteurs, à des fins de comparaison avec l'analyse factorielle réalisée par Mueller, Lambert et Burlingame (1998). Cette procédure se justifie par la nécessité de comparer les résultats actuels avec les structures obtenues antérieurement à partir du même instrument. Cette analyse tient compte du concept théorique sous-jacent au construit du OQ-45.2.

La solution à trois facteurs obtenue à l'aide de l'analyse factorielle exploratoire de type *Principal Axis Factoring* (PAF) explique 42,88 % de la variance commune des items de l'instrument. La structure factorielle obtenue lors de l'analyse factorielle est présentée au Tableau 9. Le premier facteur explique à lui seul 31,83 % de la variance et se compose des items relatifs à la détresse psychologique ainsi que d'items relatifs à la performance dans les rôles sociaux. Les items appartenant à cette dernière sous-échelle sont : l'item 4 (« Je me sens stressé au travail ou à l'école »), l'item 28 (« Je ne travaille ou je n'étudie pas aussi bien qu'avant »), l'item 39 (« J'ai trop de désaccords au travail ou à l'école ») et l'item 44 (« Je me sens suffisamment fâché au travail ou à l'école pour faire quelque chose que je pourrais regretter »).

Tableau 9
Analyse factorielle exploratoire à trois facteurs auprès d'un échantillon
clinique adulte

	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3
Item 1 – Je m'entends bien avec mon entourage.	-0,19	<u>0,66</u>	-0,03
Item 2 – Je me fatigue rapidement.	<u>0,49</u>	0,08	0,05
Item 3 – Rien ne m'intéresse.	<u>0,36</u>	0,15	<u>0,35</u>
Item 4 – Je me sens stressé(e) au travail ou à l'école.	<u>0,67</u>	0,25	-0,15
Item 5 – J'ai tendance à me blâmer.	<u>0,52</u>	0,19	0,07
Item 6 – Je me sens irritable.	0,26	<u>0,41</u>	0,08
Item 7 – Je me sens malheureux(se) dans ma relation amoureuse.	0,03	0,08	<u>0,66</u>
Item 8 – J'ai des pensées suicidaires.	<u>0,39</u>	0,02	0,22
Item 9 – Je me sens faible.	<u>0,67</u>	0,05	0,15
Item 10 – Je me sens craintif(ve).	<u>0,71</u>	-0,03	0,06
Item 12 – Je trouve mon travail ou l'école satisfaisante.	0,29	<u>0,36</u>	0,05
Item 13 – Je suis une personne heureuse.	0,25	<u>0,54</u>	0,23
Item 15 – Je me sens inutile.	0,20	0,26	<u>0,41</u>
Item 16 – Je suis préoccupé(e) par des problèmes familiaux.	0,09	0,03	0,21
Item 17 – Ma vie sexuelle n'est pas satisfaisante.	0,02	0,02	<u>0,59</u>
Item 18 – Je me sens seul(e).	0,04	0,09	<u>0,70</u>
Item 19 – Je me dispute souvent.	0,03	0,29	<u>0,30</u>
Item 20 – Je me sens aimé(e) et apprécié(e).	-0,01	<u>0,68</u>	0,27
Item 21 – J'apprécie mes temps libres.	0,07	<u>0,42</u>	<u>0,37</u>
Item 22 – J'ai de la difficulté à me concentrer.	<u>0,69</u>	0,14	-0,14
Item 23 – J'ai perdu espoir en l'avenir.	<u>0,44</u>	-0,02	<u>0,34</u>
Item 24 – Je m'aime.	0,15	<u>0,52</u>	0,28
Item 25 – Des pensées troublantes, dont je ne peux pas me débarrasser, me viennent à l'esprit.	<u>0,68</u>	-0,11	0,05
Item 28 – Je ne travaille ou je n'étudie pas aussi bien qu'avant.	<u>0,57</u>	-0,01	-0,08
Item 29 – Mon cœur bat trop fort.	<u>0,63</u>	-0,30	0,21
Item 30 – J'ai de la difficulté à bien m'entendre avec des ami(e)s et des connaissances proches.	0,25	<u>0,59</u>	-0,27
Item 31 – Je suis satisfait(e) de ma vie.	0,30	<u>0,41</u>	<u>0,38</u>
Item 33 – J'ai le sentiment que quelque chose de mauvais va se produire.	<u>0,65</u>	-0,12	0,13
Item 34 – Mes muscles sont endoloris.	<u>0,60</u>	-0,17	0,07
Item 36 – Je me sens nerveux(se).	<u>0,69</u>	0,06	-0,10
Item 37 – Mes relations avec mes proches sont pleinement satisfaisantes.	-0,01	<u>0,66</u>	0,23
Item 38 – Je sens que je ne réussis pas bien au travail ou à l'école.	<u>0,48</u>	0,07	-0,01
Item 39 – J'ai trop de désaccords au travail ou à l'école.	<u>0,41</u>	0,34	-0,21
Item 40 – Je sens que quelque chose ne tourne pas rond dans ma tête.	<u>0,57</u>	0,05	0,14
Item 41 – J'ai de la difficulté à m'endormir ou à rester endormi(e).	<u>0,42</u>	0,03	0,01
Item 42 – Je me sens déprimé(e) (triste).	<u>0,55</u>	-0,03	<u>0,43</u>

Tableau 9

Analyse factorielle exploratoire à trois facteurs auprès d'un échantillon clinique adulte (suite)

	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3
Item 43 – Je suis satisfait(e) de mes relations avec les autres.	0,20	<u>0,69</u>	0,17
Item 44 – Je me sens suffisamment fâché(e) au travail ou à l'école pour faire quelque chose que je pourrais regretter.	<u>0,54</u>	0,11	-0,11
Eigenvalues	12,10	2,56	1,65
% de variance expliquée	31,83	6,72	4,33

Un chevauchement se manifeste avec la sous-échelle Performance dans les rôles sociaux, dont l'item 3 (« Rien ne m'intéresse. »), l'item 23 (« J'ai perdu espoir en l'avenir ») et l'item 42 (« Je me sens déprimé. ») saturent à la fois sur le premier et le troisième facteur de la MI-45. Les items qui se retrouvent dans le premier facteur sont en lien avec des manifestations de nature anxieuse ou dépressive dont l'item 36 (« Je me sens nerveux (se). ») ou l'item 2 (« Je me fatigue rapidement. »), ce qui peut expliquer leur regroupement.

Le deuxième facteur explique 6,72 % de la variance et se compose d'items relatifs aux trois facteurs. Un chevauchement se manifeste également avec la sous-échelle Performance dans les rôles sociaux : l'item 21 (« J'aime mon temps libre. ») et l'item 31 (« Je suis satisfait de ma vie. ») saturent à la fois dans Relations interpersonnelles et Performance dans les rôles sociaux. Le troisième facteur explique 4,33 % de la variance et se compose d'items appartenant aux sous-échelles Symptômes intrapsychiques de détresse et Relations interpersonnelles.

Le pourcentage élevé de la variance expliqué par le premier facteur (31,83 %) laisse peu de place au deuxième et troisième facteur. Ceux-ci sont sous-définis puisqu'ils expliquent moins de 10 % de la variance (6,72 % pour le facteur 2 et 4,33 % pour le facteur 3). Par ailleurs, pas plus de dix items atteignent une pondération de 0,40 pour le facteur deux et seulement quatre pour le facteur trois. Ces résultats démontrent la nécessité de procéder à la deuxième analyse factorielle à deux facteurs car l'interprétation tridimensionnelle de l'efficacité thérapeutique impliquant les Symptômes intrapsychiques de détresse, la Performance dans les rôles sociaux ainsi que les Relations interpersonnelles n'est pas appuyée statistiquement.

La solution à deux facteurs obtenue à l'aide de l'analyse factorielle exploratoire de type *Principal Axis Factoring* (PAF) explique 38,38 % de la variance commune des items de l'instrument. La structure factorielle obtenue lors de l'analyse factorielle est présentée au Tableau 10. Le premier facteur explique à lui seul 31,73 % de la variance et se compose des items relatifs aux Symptômes intrapsychiques de détresse ainsi que d'items relatifs aux Performances dans les rôles sociaux (4, 28, 38 et 44). Un chevauchement se manifeste avec l'item 3 (« Rien ne m'intéresse. ») et l'item 25 (« l'item 31 (« Je suis satisfait de ma vie. »). Le deuxième facteur explique 6,65 % de la variance et se compose d'items relatifs aux Symptômes intrapsychiques de détresse et d'items appartenant à la sous-échelle Relations interpersonnelles. Il ressort que les items qu'on retrouve dans le premier facteur sont davantage en lien avec le participant lui-même, comparativement avec le deuxième facteur où l'on retrouve le client en relation avec les autres.

Tableau 10
Analyse factorielle exploratoire à deux facteurs auprès d'un échantillon
clinique adulte

	Facteur 1	Facteur 2
Item 1 – Je m'entends bien avec mon entourage.	-0,29	0,63
Item 2 – Je me fatigue rapidement.	0,49	0,10
Item 3 – Rien ne m'intéresse.	0,41	0,32
Item 4 – Je me sens stressé(e) au travail ou à l'école.	0,58	0,18
Item 5 – J'ai tendance à me blâmer.	0,50	0,22
Item 6 – Je me sens irritable.	0,21	0,45
Item 7 – Je me sens malheureux(se) dans ma relation amoureuse.	0,19	0,39
Item 8 – J'ai des pensées suicidaires.	0,43	0,13
Item 9 – Je me sens faible.	0,69	0,17
Item 10 – Je me sens craintif(ve).	0,72	-0,00
Item 12 – Je trouve mon travail ou l'école satisfaisante.	0,24	0,39
Item 13 – Je suis une personne heureuse.	0,21	0,65
Item 15 – Je me sens inutile.	0,25	0,46
Item 16 – Je suis préoccupé(e) par des problèmes familiaux.	0,13	0,13
Item 17 – Ma vie sexuelle n'est pas satisfaisante.	0,17	0,30
Item 18 – Je me sens seul(e).	0,21	0,42
Item 19 – Je me dispute souvent.	0,06	0,43
Item 20 – Je me sens aimé(e) et apprécié(e).	-0,06	0,82
Item 21 – J'apprécie mes temps libres.	-0,05	0,60
Item 22 – J'ai de la difficulté à me concentrer.	0,62	0,07
Item 23 – J'ai perdu espoir en l'avenir.	0,52	0,15
Item 24 – Je m'aime.	0,12	0,67
Item 25 – Des pensées troublantes, dont je ne peux pas me débarrasser, me viennent à l'esprit.	0,71	-0,09
Item 28 – Je ne travaille ou je n'étudie pas aussi bien qu'avant.	0,54	-0,50
Item 29 – Mon cœur bat trop fort.	0,73	-0,20
Item 30 – J'ai de la difficulté à bien m'entendre avec des ami(e)s et des connaissances proches.	0,09	0,44
Item 31 – Je suis satisfait(e) de ma vie.	0,32	0,60
Item 33 – J'ai le sentiment que quelque chose de mauvais va se produire.	0,70	-0,07
Item 34 – Mes muscles sont endoloris.	0,64	-0,13
Item 36 – Je me sens nerveux(se).	0,65	0,02
Item 37 – Mes relations avec mes proches sont pleinement satisfaisantes.	0,07	0,78
Item 38 – Je sens que je ne réussis pas bien au travail ou à l'école.	0,46	0,06
Item 39 – J'ai trop de désaccords au travail ou à l'école.	0,30	0,24
Item 40 – Je sens que quelque chose ne tourne pas rond dans ma tête.	0,59	0,12
Item 41 – J'ai de la difficulté à m'endormir ou à rester endormi(e).	0,41	0,03
Item 42 – Je me sens déprimé(e) (triste).	0,65	0,18
Item 43 – Je suis satisfait(e) de mes relations avec les autres.	0,12	0,77

Tableau 10
Analyse factorielle exploratoire à deux facteurs auprès d'un échantillon
clinique adulte (suite)

	Facteur 1	Facteur 2
Item 44 – Je me sens suffisamment fâché(e) au travail ou à l'école pour faire quelque chose que je pourrais regretter.	<u>0,48</u>	0,06
Eigenvalues	12,06	2,52
% de variance expliquée	31,73	6,65

Tout comme pour le modèle à trois facteurs, le premier facteur explique la majeure partie de la variance (31,73 %) comparativement à 6,65 % pour le deuxième facteur. Il est donc encore une fois difficile de définir ce deuxième facteur car le niveau de variance expliqué est trop faible. Ces résultats n'appuient donc pas un modèle bidimensionnel car le faible taux de variance expliqué par le deuxième facteur empêche l'identification d'un construit indépendant.

En somme, c'est la solution à un facteur qui a été privilégiée afin de respecter les résultats obtenus lors de l'analyse factorielle réalisée par Mueller, Lambert et Burlingame (1998). Ce facteur permet d'expliquer 33,21% de la variance commune des items de l'instrument. Le tableau 11 présente les résultats de l'analyse factorielle exploratoire à un facteur de la MI-45. Les items qui se retrouvaient au départ dans la sous-échelle Symptômes intrapsychique de détresse obtiennent un niveau de saturation plus élevé que les items se trouvant dans les autres sous-échelles. Il est donc démontré que ces items partagent davantage le même construit et que les autres correspondent davantage à une variance spécifique.

Tableau 11
Analyse factorielle exploratoire à un facteur auprès d'un échantillon
clinique adulte

	Facteur 1
Item 1 – Je m'entends bien avec mon entourage.	0,26
Item 2 – Je me fatigue rapidement.	<u>0,52</u>
Item 3 – Rien ne m'intéresse.	<u>0,64</u>
Item 4 – Je me sens stressé(e) au travail ou à l'école.	<u>0,67</u>
Item 5 – J'ai tendance à me blâmer.	<u>0,64</u>
Item 6 – Je me sens irritable.	<u>0,55</u>
Item 7 – Je me sens malheureux(se) dans ma relation amoureuse.	<u>0,49</u>
Item 8 – J'ai des pensées suicidaires.	<u>0,50</u>
Item 9 – Je me sens faible.	<u>0,72</u>
Item 10 – Je me sens craintif(ve).	<u>0,65</u>
Item 12 – Je trouve mon travail ou l'école satisfaisante.	<u>0,53</u>
Item 13 – Je suis une personne heureuse.	<u>0,73</u>
Item 15 – Je me sens inutile.	<u>0,61</u>
Item 16 – Je suis préoccupé(e) par des problèmes familiaux.	0,23
Item 17 – Ma vie sexuelle n'est pas satisfaisante.	<u>0,40</u>
Item 18 – Je me sens seul(e).	<u>0,53</u>
Item 19 – Je me dispute souvent.	<u>0,41</u>
Item 20 – Je me sens aimé(e) et apprécié(e).	<u>0,61</u>
Item 21 – J'apprécie mes temps libres.	<u>0,45</u>
Item 22 – J'ai de la difficulté à me concentrer.	<u>0,62</u>
Item 23 – J'ai perdu espoir en l'avenir.	<u>0,59</u>
Item 24 – Je m'aime.	<u>0,65</u>
Item 25 – Des pensées troublantes, dont je ne peux pas me débarrasser, me viennent à l'esprit.	<u>0,56</u>
Item 28 – Je ne travaille ou je n'étudie pas aussi bien qu'avant.	<u>0,45</u>
Item 29 – Mon cœur bat trop fort.	<u>0,49</u>
Item 30 – J'ai de la difficulté à bien m'entendre avec des ami(e)s et des connaissances proches.	<u>0,45</u>
Item 31 – Je suis satisfait(e) de ma vie.	<u>0,79</u>
Item 33 – J'ai le sentiment que quelque chose de mauvais va se produire.	<u>0,58</u>
Item 34 – Mes muscles sont endoloris.	<u>0,47</u>
Item 36 – Je me sens nerveux(se).	<u>0,60</u>
Item 37 – Mes relations avec mes proches sont pleinement satisfaisantes.	<u>0,57</u>
Item 38 – Je sens que je ne réussis pas bien au travail ou à l'école.	<u>0,47</u>
Item 39 – J'ai trop de désaccords au travail ou à l'école.	<u>0,46</u>
Item 40 – Je sens que quelque chose ne tourne pas rond dans ma tête.	<u>0,63</u>
Item 41 – J'ai de la difficulté à m'endormir ou à rester endormi(e).	<u>0,40</u>
Item 42 – Je me sens déprimé(e) (triste).	<u>0,74</u>
Item 43 – Je suis satisfait(e) de mes relations avec les autres.	<u>0,73</u>
Item 44 – Je me sens suffisamment fâché(e) au travail ou à l'école pour faire quelque chose que je pourrais regretter.	<u>0,49</u>
Eigenvalues	12,62
% de variance expliquée	33,21

Indices d'adéquation de la solution globale auprès d'un échantillon non clinique

Dans un premier temps, les données recueillies auprès de l'échantillon non clinique ont été soumises aux tests de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) et de sphéricité de Bartlett. Dans l'ensemble, les résultats aux tests d'adéquation de la solution globale sont satisfaisants. Le test de Keiser-Meyer-Olkin (KMO) s'avère satisfaisant pour l'ensemble de la matrice (0,85) et les indices individuels KMO varient entre moyen (0,64) et excellent (0,94) pour l'ensemble des items du questionnaire. Par ailleurs, le déterminant de la matrice est adéquat ($R > 0$) ce qui indique l'absence de matrice singulière. En ce qui concerne le test de sphéricité de Bartlett ($\chi^2(666) = 2212,414, p < 0,001$), les résultats révèlent que la matrice n'est également pas une matrice d'identité.

Structure factorielle de la MI-45 auprès d'un échantillon non clinique

Tout comme pour l'échantillon clinique, le critère du test d'accumulation de Cattell suggère une structure à un facteur, alors que le critère de Keiser, qui se fait à l'aide de l'examen des valeurs propres (eigenvalues) suggère une structure à 8 facteurs. Toutefois, la solution à un facteur a été privilégiée en regard de la difficulté à interpréter les huit facteurs extraits. Ainsi, une analyse factorielle exploratoire de type *Principal Axis Factoring* (PAF) auprès de l'échantillon non clinique révèle une solution initiale à un facteur expliquant 23,26 % de la variance. Par la suite, l'analyse est suivie d'une deuxième analyse factorielle de type *Principal Axis Factoring* (PAF) dont les solutions sont fixées à trois et deux facteurs, à des fins de comparaison avec l'analyse factorielle

réalisée par Mueller, Lambert & Burlingame (1998). La solution à trois facteurs obtenue à l'aide de l'analyse factorielle exploratoire de type *Principal Axis Factoring* (PAF) explique 30,24 % de la variance commune des items de l'instrument. La structure factorielle obtenue lors de l'analyse factorielle est présentée au Tableau 12.

Tableau 12
Analyse factorielle exploratoire à trois facteurs auprès d'un échantillon
non clinique adulte

	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3
Item 1 – Je m'entends bien avec mon entourage.	<u>0,44</u>	-0,05	-0,02
Item 2 – Je me fatigue rapidement.	0,06	<u>0,37</u>	0,31
Item 3 – Rien ne m'intéresse.	0,13	-0,05	0,49
Item 4 – Je me sens stressé(e) au travail ou à l'école.	-0,11	<u>0,66</u>	-0,01
Item 5 – J'ai tendance à me blâmer.	0,18	<u>0,34</u>	0,18
Item 6 – Je me sens irritable.	0,26	<u>0,42</u>	-0,01
Item 7 – Je me sens malheureux(se) dans ma relation amoureuse.	<u>0,56</u>	0,15	-0,18
Item 8 – J'ai des pensées suicidaires.	<u>0,35</u>	-0,08	0,10
Item 9 – Je me sens faible.	0,14	<u>0,38</u>	<u>0,40</u>
Item 10 – Je me sens craintif(ve).	0,17	<u>0,59</u>	0,02
Item 12 – Je trouve mon travail ou l'école satisfaisante.	0,13	-0,07	<u>0,42</u>
Item 13 – Je suis une personne heureuse.	<u>0,59</u>	-0,06	0,22
Item 15 – Je me sens inutile.	0,23	0,14	0,27
Item 16 – Je suis préoccupé(e) par des problèmes familiaux.	<u>0,47</u>	0,25	-0,16
Item 17 – Ma vie sexuelle n'est pas satisfaisante.	<u>0,46</u>	-0,05	0,05
Item 18 – Je me sens seul(e).	<u>0,51</u>	0,09	0,01
Item 19 – Je me dispute souvent.	<u>0,40</u>	0,25	-0,12
Item 20 – Je me sens aimé(e) et apprécié(e).	<u>0,68</u>	-0,16	0,12
Item 21 – J'apprécie mes temps libres.	<u>0,45</u>	-0,10	0,17
Item 22 – J'ai de la difficulté à me concentrer.	-0,08	0,12	<u>0,45</u>
Item 23 – J'ai perdu espoir en l'avenir.	0,24	0,08	<u>0,32</u>
Item 24 – Je m'aime.	<u>0,32</u>	0,08	<u>0,31</u>
Item 25 – Des pensées troublantes, dont je ne peux pas me débarrasser, me viennent à l'esprit.	0,19	0,27	0,25
Item 28 – Je ne travaille ou je n'étudie pas aussi bien qu'avant.	-0,06	0,10	<u>0,48</u>
Item 29 – Mon cœur bat trop fort.	0,12	0,25	0,12
Item 30 – J'ai de la difficulté à bien m'entendre avec des ami(e)s et des connaissances proches.	<u>0,39</u>	0,10	-0,03
Item 31 – Je suis satisfait(e) de ma vie.	<u>0,64</u>	-0,16	0,19
Item 33 – J'ai le sentiment que quelque chose de mauvais va se produire.	0,19	0,17	<u>0,30</u>
Item 34 – Mes muscles sont endoloris.	-0,06	0,30	0,12
Item 36 – Je me sens nerveux(se).	-0,10	<u>0,65</u>	0,03
Item 37 – Mes relations avec mes proches sont pleinement satisfaisantes.	<u>0,75</u>	-0,01	0,00
Item 38 – Je sens que je ne réussis pas bien au travail ou à l'école.	-0,11	-0,02	<u>0,57</u>
Item 39 – J'ai trop de désaccords au travail ou à l'école.	0,18	-0,03	<u>0,36</u>
Item 40 – Je sens que quelque chose ne tourne pas rond dans ma tête.	0,28	0,15	<u>0,39</u>
Item 41 – J'ai de la difficulté à m'endormir ou à rester endormi(e).	-0,02	0,19	0,26
Item 42 – Je me sens déprimé(e) (triste).	<u>0,44</u>	<u>0,31</u>	0,18
Item 43 – Je suis satisfait(e) de mes relations avec les autres.	<u>0,69</u>	-0,03	0,06
Item 44 – Je me sens suffisamment fâché(e) au travail ou à l'école pour faire quelque chose que je pourrais regretter.	0,09	0,03	<u>0,38</u>
Eigenvalues	8,19	2,10	1,21
% de variance expliquée	21,54	5,52	3,18

Le premier facteur explique à lui seul 21,54 % de la variance et se compose des items relatifs aux Relations interpersonnelles ainsi que d'items relatifs aux Symptômes intrapsychiques de détresse (8, 13, 31). Un chevauchement se manifeste avec la sous-échelle Relations interpersonnelles. L'item 42 (« Je me sens déprimé(e) et triste. ») sature à la fois avec la sous-échelle Symptômes intrapsychiques de détresse et la sous-échelle Relations interpersonnelles. Un chevauchement se manifeste également avec la sous-échelle Performance dans les rôles sociaux. L'item 24 (« Je m'aime. ») sature à la fois avec les sous-échelles Symptômes intrapsychiques de détresse et Performance dans les rôles sociaux. Tout comme pour l'échantillon clinique, le fort pourcentage de variance expliqué par le premier facteur rend difficile la définition des deux autres facteurs.

Le deuxième facteur explique 5,52 % de la variance et se compose d'items relatifs aux Symptômes intrapsychiques de détresse. Un chevauchement se manifeste également avec les sous-échelles Performance dans les rôles sociaux. L'item 2 (« Je me fatigue rapidement. ») et l'item 9 (« Je me sens faible. ») saturent à la fois avec la sous-échelle Relations interpersonnelles et Performance dans les rôles sociaux.

Le troisième facteur explique 3,18 % de la variance et se compose d'items appartenant aux sous-échelles Symptômes intrapsychiques de détresse et Performance dans les rôles sociaux. En somme, le premier facteur se compose d'items se rapportant à comment la personne se sent avec son entourage. Le deuxième facteur se compose d'items davantage en lien avec des symptômes physiques (p.ex. l'item 2 « Je me fatigue

rapidement ») qui peuvent être vécus par une personne dans son quotidien et ce pas nécessairement en lien avec une problématique. Le troisième facteur est davantage en lien avec des symptômes d'anxiété et de dépression. Ces résultats n'appuient donc pas le modèle tridimensionnel de Lambert et Hill (1994)

La solution à deux facteurs obtenue à l'aide de l'analyse factorielle exploratoire de type *Principal Axis Factoring* (PAF) explique 26,90 % de la variance commune des items de l'instrument. La structure factorielle obtenue lors de cette analyse factorielle est présentée au Tableau 13. Le premier facteur explique à lui seul 21,48 % de la variance et se compose des items relatifs aux Symptômes intrapsychiques de détresse ainsi que d'items relatifs aux Relations interpersonnelles (1, 7, 16, 17, 18, 19, 20, 30, 37, 43). Un chevauchement se manifeste avec l'item 40 (« Je sens que quelque chose ne marche pas bien dans mon esprit. ») et l'item 42 (« Je me sens déprimé(e) et triste. »).

Le deuxième facteur explique 5,42 % de la variance et se compose d'items relatifs aux Symptômes intrapsychiques de détresse et d'items appartenant à la sous-échelle Performance dans les rôles sociaux (4, 28, 38). Il semble donc que le premier facteur se compose d'items en lien avec la personne et son environnement. Le deuxième facteur se compose davantage d'items en lien avec comment les participants se sentent intérieurement.

Tableau 13

Analyse factorielle exploratoire à deux facteurs auprès d'un échantillon
non clinique adulte

	Facteur 1	Facteur 2
Item 1 – Je m'entends bien avec mon entourage.	0,45	-0,09
Item 2 – Je me fatigue rapidement.	-0,06	<u>0,56</u>
Item 3 – Rien ne m'intéresse.	0,26	0,25
Item 4 – Je me sens stressé(e) au travail ou à l'école.	-0,22	<u>0,60</u>
Item 5 – J'ai tendance à me blâmer.	0,17	<u>0,43</u>
Item 6 – Je me sens irritable.	0,18	<u>0,37</u>
Item 7 – Je me sens malheureux(se) dans ma relation amoureuse.	<u>0,48</u>	0,01
Item 8 – J'ai des pensées suicidaires.	<u>0,40</u>	-0,03
Item 9 – Je me sens faible.	0,17	<u>0,62</u>
Item 10 – Je me sens craintif(ve).	0,08	<u>0,55</u>
Item 12 – Je trouve mon travail ou l'école satisfaisante.	0,25	0,19
Item 13 – Je suis une personne heureuse.	<u>0,66</u>	0,05
Item 15 – Je me sens inutile.	0,28	0,29
Item 16 – Je suis préoccupé(e) par des problèmes familiaux.	<u>0,39</u>	0,11
Item 17 – Ma vie sexuelle n'est pas satisfaisante.	<u>0,48</u>	-0,05
Item 18 – Je me sens seul(e).	<u>0,50</u>	0,07
Item 19 – Je me dispute souvent.	<u>0,32</u>	0,14
Item 20 – Je me sens aimé(e) et apprécié(e).	<u>0,75</u>	-0,12
Item 21 – J'apprécie mes temps libres.	<u>0,51</u>	-0,02
Item 22 – J'ai de la difficulté à me concentrer.	0,02	<u>0,40</u>
Item 23 – J'ai perdu espoir en l'avenir.	<u>0,31</u>	0,27
Item 24 – Je m'aime.	<u>0,39</u>	0,25
Item 25 – Des pensées troublantes, dont je ne peux pas me débarrasser, me viennent à l'esprit.	0,20	0,42
Item 28 – Je ne travaille ou je n'étudie pas aussi bien qu'avant.	0,05	<u>0,39</u>
Item 29 – Mon cœur bat trop fort.	0,10	<u>0,31</u>
Item 30 – J'ai de la difficulté à bien m'entendre avec des ami(e)s et des connaissances proches.	<u>0,37</u>	0,05
Item 31 – Je suis satisfait(e) de ma vie.	<u>0,72</u>	-0,07
Item 33 – J'ai le sentiment que quelque chose de mauvais va se produire.	0,23	<u>0,34</u>
Item 34 – Mes muscles sont endoloris.	0,08	<u>0,37</u>
Item 36 – Je me sens nerveux(se).	-0,19	<u>0,62</u>
Item 37 – Mes relations avec mes proches sont pleinement satisfaisantes.	<u>0,76</u>	-0,05
Item 38 – Je sens que je ne réussis pas bien au travail ou à l'école.	0,05	<u>0,33</u>
Item 39 – J'ai trop de désaccords au travail ou à l'école.	0,28	0,19
Item 40 – Je sens que quelque chose ne tourne pas rond dans ma tête.	<u>0,35</u>	<u>0,38</u>
Item 41 – J'ai de la difficulté à m'endormir ou à rester endormi(e).	0,01	<u>0,35</u>
Item 42 – Je me sens déprimé(e) (triste).	<u>0,43</u>	<u>0,39</u>
Item 43 – Je suis satisfait(e) de mes relations avec les autres.	<u>0,72</u>	-0,03
Item 44 – Je me sens suffisamment fâché(e) au travail ou à l'école pour faire quelque chose que je pourrais regretter.	0,18	0,27
Eigenvalues	8,16	2,06
% de variance expliquée	21,48	5,42

Toutefois, la solution à un facteur a été privilégiée afin de respecter les résultats obtenus lors de l'analyse factorielle réalisée par Mueller et al. (1998). Ce facteur permet d'expliquer 23,26 % de la variance commune des items de l'instrument. Le Tableau 14 présente les résultats de l'analyse factorielle de la MI-45 obtenus à partir de l'échantillon non clinique.

Comparativement aux résultats obtenus avec l'échantillon clinique, il semble y avoir moins de variance commune entre les items car le pourcentage de variance expliqué est plus faible. Il apparaît donc que face à un échantillon non clinique, les items ne se regroupent pas dans un même construit.

Tableau 14

Analyse factorielle exploratoire à un facteur auprès d'un échantillon
non clinique adulte

	Facteur 1
Item 1 – Je m'entends bien avec mon entourage.	<u>0,34</u>
Item 2 – Je me fatigue rapidement.	<u>0,38</u>
Item 3 – Rien ne m'intéresse.	<u>0,44</u>
Item 4 – Je me sens stressé(e) au travail ou à l'école.	<u>0,27</u>
Item 5 – J'ai tendance à me blâmer.	<u>0,49</u>
Item 6 – Je me sens irritable.	<u>0,46</u>
Item 7 – Je me sens malheureux(se) dans ma relation amoureuse.	<u>0,44</u>
Item 8 – J'ai des pensées suicidaires.	<u>0,34</u>
Item 9 – Je me sens faible.	<u>0,63</u>
Item 10 – Je me sens craintif(ve).	<u>0,50</u>
Item 12 – Je trouve mon travail ou l'école satisfaisante.	<u>0,38</u>
Item 13 – Je suis une personne heureuse.	<u>0,63</u>
Item 15 – Je me sens inutile.	<u>0,48</u>
Item 16 – Je suis préoccupé(e) par des problèmes familiaux.	<u>0,43</u>
Item 17 – Ma vie sexuelle n'est pas satisfaisante.	<u>0,40</u>
Item 18 – Je me sens seul(e).	<u>0,50</u>
Item 19 – Je me dispute souvent.	<u>0,40</u>
Item 20 – Je me sens aimé(e) et apprécié(e).	<u>0,58</u>
Item 21 – J'apprécie mes temps libres.	<u>0,45</u>
Item 22 – J'ai de la difficulté à me concentrer.	<u>0,33</u>
Item 23 – J'ai perdu espoir en l'avenir.	<u>0,49</u>
Item 24 – Je m'aime.	<u>0,55</u>
Item 25 – Des pensées troublantes, dont je ne peux pas me débarrasser, me viennent à l'esprit.	<u>0,51</u>
Item 28 – Je ne travaille ou je n'étudie pas aussi bien qu'avant.	<u>0,34</u>
Item 29 – Mon cœur bat trop fort.	<u>0,34</u>
Item 30 – J'ai de la difficulté à bien m'entendre avec des ami(e)s et des connaissances proches.	<u>0,38</u>
Item 31 – Je suis satisfait(e) de ma vie.	<u>0,59</u>
Item 33 – J'ai le sentiment que quelque chose de mauvais va se produire.	<u>0,48</u>
Item 34 – Mes muscles sont endoloris.	<u>0,21</u>
Item 36 – Je me sens nerveux(se).	<u>0,30</u>
Item 37 – Mes relations avec mes proches sont pleinement satisfaisantes.	<u>0,63</u>
Item 38 – Je sens que je ne réussis pas bien au travail ou à l'école.	<u>0,30</u>
Item 39 – J'ai trop de désaccords au travail ou à l'école.	<u>0,40</u>
Item 40 – Je sens que quelque chose ne tourne pas rond dans ma tête.	<u>0,62</u>
Item 41 – J'ai de la difficulté à m'endormir ou à rester endormi(e).	<u>0,28</u>
Item 42 – Je me sens déprimé(e) (triste).	<u>0,70</u>
Item 43 – Je suis satisfait(e) de mes relations avec les autres.	<u>0,62</u>
Item 44 – Je me sens suffisamment fâché(e) au travail ou à l'école pour faire quelque chose que je pourrais regretter.	<u>0,37</u>
Eigenvalues	8,84
% de variance expliquée	23,26

En résumé, la cohérence interne de la MI-45 pour les deux échantillons est équivalente à celle obtenue par Lambert et Hill (1994). La principale différence se retrouve au niveau du résultat de l'échantillon non clinique pour la sous-échelle Performance dans les rôles sociaux qui est légèrement inférieur à celle de Lambert et Hill (1994). Pour ce qui est de la validité convergente, des corrélations significatives ont été obtenues pour les deux échantillons avec tous les indicateurs de santé mentale utilisés. De façon plus spécifique, des corrélations plus élevées ont été obtenues entre les mesures de détresse psychologique et la MI-45 auprès de l'échantillon clinique. Quant à la corrélation la plus élevée de l'échantillon non clinique, elle se situe du côté de l'échelle de Satisfaction de vie. De plus, l'analyse de variance démontre que la MI-45 est également sensible pour discriminer l'échantillon clinique de l'échantillon non clinique et révèle une absence de différence entre les hommes et les femmes.

Finalement, nos conclusions reprennent celles de Mueller, Lambert et Burlingame (1998) tant pour l'échantillon clinique que non clinique à l'effet qu'il est recommandé d'adopter une solution à un seul facteur en raison d'une trop grande proximité entre les facteurs. Les résultats démontrent qu'une interprétation tridimensionnelle de l'efficacité thérapeutique impliquant les Symptômes intrapsychiques de détresse, la Performance dans les rôles sociaux et les Relations interpersonnelles n'est pas appuyée statistiquement en raison d'une trop grande variance expliquée par le premier facteur et ce, tant pour l'échantillon clinique que non clinique.

Toutefois, il existe une différence entre l'échantillon clinique et non clinique à l'effet que les items appartenant à l'échantillon non clinique semblent moins reliés entre eux comme si ils appartenait individuellement à un construit unique. La section qui suit permettra de rendre compte des éléments susceptibles d'expliquer l'ensemble des résultats exposés dans ce chapitre.

Discussion

Cette dernière section présente une analyse des résultats exposés dans le chapitre précédent et se divise en cinq parties. Dans un premier temps, un bref rappel des objectifs et des résultats est présenté. La deuxième partie est consacrée à la discussion des résultats portant sur la cohérence interne et la validité de construit de la MI-45 ainsi que sur les principaux résultats obtenus lors de l'analyse factorielle. Quant à la troisième partie, elle présente les implications théoriques et pratiques en lien avec les résultats. Enfin, la quatrième partie, présente les forces et les limites inhérentes à l'étude. Finalement, des pistes de recherches futures sont proposées.

Rappel des objectifs de la recherche

Cette étude avait comme objectif d'évaluer la cohérence interne de la MI-45 et de ses sous-échelles, de déterminer la validité de construit de cet instrument et d'examiner la structure factorielle de la version francophone de la MI-45 auprès d'un échantillon clinique et non clinique.

Cohérence interne de la MI-45 et de ses trois sous-échelles

La cohérence interne du score global et des trois sous-échelles de la MI-45, vérifié à l'aide de l'alpha de Cronbach, montre des résultats variant entre 0,69 et 0,94 pour l'échantillon clinique et entre 0,63 à 0,90 pour l'échantillon non clinique. Quoique légèrement inférieurs aux résultats obtenus pour le OQ-45.2 qui varient entre 0,71 et 0,93 pour l'échantillon clinique et entre 0,71 et 0,93 pour l'échantillon non clinique, les résultats actuels n'en demeurent pas moins significatifs et comparables à ceux de Lambert et Hill (1994). La sous-échelle Performance dans les rôles sociaux pour l'échantillon clinique obtient le niveau de cohérence interne le plus faible, pouvant s'expliquer par le nombre d'items qui composent cette sous-échelle (8 items comparativement à 25 et 11 dans les autres sous-échelles). De plus, la taille inférieure du présent échantillon comparativement à celle de Lambert peut également expliquer cette différence (Martinez Arias, 1995).

Évaluation de la validité de construit de la MI-45

La validité de construit a été mesurée à l'aide de coefficients de corrélation de Pearson auprès de l'échantillon clinique et non clinique. Rappelons qu'il a été impossible lors de cette recherche d'utiliser les mêmes questionnaires que Lambert et Hill (1994), la majorité d'entre eux n'étant pas disponibles en version française (le Zung Self-Rating, le Taylor Manifest Anxiety, l'Inventory of Interpersonal Problems et le Social Adjustment Scale). Dans leur recherche, Lambert et Hill (1994) ont utilisé huit mesures de santé

mentale. Une mesure de l'étude initiale est utilisée pour la présente étude soit, l'Inventaire de dépression de Beck et une mesure dans sa version courte soit la Liste de symptômes 10. Nous avons tenté lors de la présente étude d'utiliser des instruments de mesure qui évaluent à la fois la détresse psychologique et le bien-être psychologique afin de respecter le cadre théorique de Lambert et Hill (1994).

Les corrélations obtenues sont comparables à celles de Lambert et Hill (1994), et sont par conséquent significatives. La différence qualitative des résultats peut s'expliquer par l'échantillon de la présente étude. Il est probable que les participants à l'étude démontrent une symptomatologie moins lourde que les participants de l'étude originale qui provenaient autant de cliniques internes que de clinique externes. De plus, puisque les participants de la présente étude cumulaient une moyenne de 20 rencontres, il est probable qu'une amélioration de l'état du client se soit manifestée au cours du processus.

De plus, comparativement aux études de Lambert et Hill (1994), nous avons ajouté des mesures qui évaluent le bien-être psychologique, car la MI-45 ne mesure pas que la présence de symptômes pathologiques, mais fournit de l'information sur le fonctionnement général du client. En effet, toutes les corrélations de l'échantillon clinique se sont avérées significatives et ce même si les corrélations établis avec les mesures de détresse psychologique sont légèrement supérieures à celles obtenues avec les mesures de bien-être. En ce qui concerne l'échantillon non clinique, la différence entre la MSP-A et les autres mesures de bien être psychologique est moins marquée que celle

observée pour l'échantillon clinique. Ceci peut s'expliquer par un niveau inférieur de stress psychologique au sein de l'échantillon non clinique.

Validité discriminante

Cette section fait l'état de l'interprétation des résultats des analyses de variance univariées et multivariées sur le score total de la MI-45 auprès de l'échantillon clinique et non clinique. De plus, les différences entre les sexes ont été testées dans cette analyse de variance à deux facteurs. Les résultats tendent à démontrer que les résultats de la version francophone sont similaires aux études de validation réalisées par Lambert et Hill (1994). La MI-45 présente une bonne sensibilité et une bonne spécificité auprès des adultes indépendamment du sexe et de la problématique. La MI-45 est également sensible pour différencier l'échantillon clinique de l'échantillon non clinique. Ainsi, les participants de l'échantillon clinique rapportent des scores supérieurs à la MI-45 comparativement aux résultats obtenus auprès de l'échantillon non clinique (scores tous inférieurs à 63).

Structure factorielle

Le troisième objectif visait à examiner la structure factorielle de la version francophone de la MI-45 auprès d'un échantillon clinique et non clinique. Dans cette section, les résultats obtenus à l'aide des analyses factorielles exploratoires de type *Principal Axis Factoring* sont donc comparés à ceux de la version anglaise obtenus par Mueller, Lambert et Burlingame (1998) réalisée à l'aide d'une analyse factorielle

confirmatoire. Toutefois, puisque le détail de la répartition des items au sein des facteurs retenus n'est pas disponible pour la solution de Mueller et al. (1998), la comparaison se limite au pourcentage de variance expliquée et au nombre de facteurs retenus.

Structure factorielle de la MI-45 auprès d'un échantillon clinique

Le modèle théorique vérifié empiriquement proposé par Lambert et al. (1996) identifie trois sous-échelles se rapportant aux trois dimensions fondamentales de la santé mentale. Ces sous-échelles se nomment : Symptom Distress, Interpersonal Relations et Social Roles. En comparant la solution obtenue à partir des données de la présente recherche à celle obtenue par Mueller et al. (1998), on peut constater qu'au même titre que les résultats de l'étude originale, la solution à trois facteurs n'est pas supportée sur le plan statistique étant donné qu'un facteur unique explique le plus grand pourcentage de variance du construit et que les deux autres facteurs se retrouvent sous-définis car le pourcentage de variance expliquée pour les deux facteurs sont inférieurs à 10 %.

L'analyse factorielle des items de la MI-45 a nécessité l'exclusion de sept items. L'item 11 (« Après avoir beaucoup bu, j'ai besoin d'un verre d'alcool le lendemain matin pour commencer ma journée. »), l'item 14 (« Je travaille ou j'étudie trop. »), l'item 26 (« Je suis contrarié(e) lorsque les gens critiquent ma consommation d'alcool ou de drogue. »), l'item 27 (« J'ai des troubles de digestion. »), l'item 35 (« J'ai peur des grands espaces, de conduire, ou d'être dans un autobus, un métro, etc. ») et l'item 45 (« J'ai des maux de tête. ») ont été retirés par manque de variance commune. L'item 32 (« J'ai de la

difficulté au travail ou à l'école à cause de ma consommation d'alcool ou de drogue. ») a pour sa part été éliminé en raison de l'absence de variance. Notons que trois des sept items retirés l'ont été lors de l'analyse factorielle de Mueller et al. (1998), soit les items 11, 14 et 32.

Parmi les sept items éliminés, quatre items l'ont été de la sous-échelle Symptômes intrapsychiques de détresse, un item de la sous-échelle Relations interpersonnelles et deux items de la sous-échelle Performance dans les rôles sociaux. Lorsque l'on compare les items exclus dans la sous-échelle Symptômes intrapsychiques de détresse aux autres items de cette sous-échelle, on peut se rendre compte qu'il s'agit d'items pouvant être liés à une pathologie spécifique tel l'alcoolisme ou les phobies : l'item 11 (« Après avoir beaucoup bu, j'ai besoin d'un verre d'alcool le lendemain matin pour commencer la journée. ») et l'item 35 (« J'ai peur des grands espaces, de conduire ou d'être dans un autobus, un métro, etc. ») ou encore d'items qui sont davantage associés à des problèmes physiques que psychologiques, comme l'item 27 (« J'ai des troubles de digestion. ») et l'item 45 (« J'ai des maux de tête. »). Le manque de variance observé peut s'expliquer par les caractéristiques de l'échantillon à l'étude. L'échantillon est composé en majeure partie de femmes provenant de cliniques privées et consultant pour des symptômes dépressifs ou anxieux ainsi que pour croissance personnelle et étant en thérapie depuis plus de 20 séances. Il est donc possible que si les symptômes en lien avec l'alcoolisme, les phobies, ou avec la somatisation, ont déjà été présents en début de processus thérapeutique, l'intensité des symptômes soit moins élevée au moment de la passation du

questionnaire (une moyenne de 20 séances de thérapie). Étant donné que les clients étaient davantage dans un stade avancé de leur processus, leurs résultats à la sous-échelle Symptômes intrapsychique de détresse à la MI-45 devaient être moins élevés ou encore ils devaient se sentir moins concernés par ces items.

Le fait que l'item 26 (« Je suis contrarié(e) lorsque les gens critiquent ma consommation d'alcool et de drogue. ») a été retiré de la sous-échelle Relations interpersonnelles peut facilement s'expliquer par le fait que cet item a été ajouté afin de permettre au thérapeute de déceler l'abus d'alcool et de drogue chez son client. Si l'on compare cet item avec les autres items qui composent cette sous-échelle, on constate qu'il respecte moins le postulat théorique à la base de cette sous-échelle, à l'effet qu'il est essentiel pour le bien-être psychologique d'un individu de vivre des relations interpersonnelles positives. De plus, le motif de consultation identifié par les participants n'était pas en lien avec un problème d'alcool ou de drogue ce qui peut également expliquer que cet item ne se soit pas révélé significatif sur le plan statistique.

En ce qui concerne l'exclusion de l'item 14 (« Je travaille ou j'étudie trop. ») appartenant à la sous-échelle Performance dans les rôles sociaux, son retrait peut également s'expliquer par les caractéristiques de l'échantillon à l'étude. Étant donné qu'il s'agit en majeure partie de participants provenant de cliniques privées, il se peut que le fait de travailler ou d'étudier trop ne soit pas vu comme quelque chose de négatif ou étant associé à une problématique, mais plus en lien avec une réussite sur le plan social. Cet

item pourrait être reformulé afin de laisser moins de place à l'interprétation de la part des répondants en indiquant dans la question le nombre d'heures qui est considéré comme travailler ou étudier trop. Par exemple, « Je travaille plus de 40 heures par semaine. » (Le nombre d'heures de travail rémunéré est établi à 31,3 heures par semaine pour la population québécoise par Statistiques Canada, 2007).

En ce qui a trait à l'item 11 (« Après avoir beaucoup bu, j'ai besoin d'un verre d'alcool le lendemain matin pour commencer ma journée. »), l'item 26 (« Je suis contrarié(e) lorsque les gens critiquent ma consommation d'alcool ou de drogue. ») et l'item 32 (« J'ai de la difficulté au travail ou à l'école à cause de ma consommation d'alcool ou de drogue. »), ils pourraient demeurer dans le questionnaire tout en tenant compte qu'ils ne sont pas assez discriminatoires, bien qu'ils puissent permettre au thérapeute de recueillir de l'information clinique pertinente pour la suite du processus. Ces résultats suggèrent la pertinence de rajouter une sous-échelle permettant de regrouper les items critiques visant à évaluer la consommation de drogue et d'alcool, la violence ainsi que le potentiel suicidaire en raison d'un manque de variance commune entre ces items.

En bref, les résultats obtenus auprès de l'échantillon clinique n'appuient pas le modèle tridimensionnel de l'efficacité thérapeutique de Lambert et Hill (1994) impliquant les Symptômes intrapsychiques de détresse, la Performance dans les rôles sociaux ainsi que les Relations interpersonnelles. Le fait que le premier facteur explique

31,83 % de la variance ne permet pas aux autres facteurs d'avoir un construit distinct facilement définissable. Ce premier facteur se compose en majeure partie d'items appartenant à la sous-échelle Symptômes intrapsychiques de détresse. De plus, ces items obtiennent un niveau de variance plus élevé que les items appartenant aux sous-échelles Performance dans les rôles sociaux et Relations interpersonnelles.

Le facteur deux et le facteur trois se composent en majeure partie d'items provenant des sous-échelles Relations interpersonnelles et Performance dans les rôles sociaux. Cela peut s'expliquer par le fait que le construit théorique de ces deux sous-échelles n'est pas totalement distinct. La sous-échelle Relations interpersonnelles avait été construite en partant du principe qu'il est essentiel pour le bien-être psychologique de vivre des relations interpersonnelles positives (amitié, vie familiale, mariage, relation de couple). L'échelle Performance dans les rôles sociaux traite des mêmes construits, mais davantage sous l'angle de l'insatisfaction, des conflits et de la détresse au travail, dans les rôles familiaux et dans les loisirs. Il n'est donc pas étonnant de retrouver une corrélation élevée entre ces deux sous-échelles. C'est d'ailleurs suite à ce même constat que Mueller et al. ont décidé de réaliser le modèle à deux facteurs.

Ce deuxième modèle ne permet pas de confirmer un modèle bidimensionnel. Lorsque que l'on regarde la répartition des items du modèle à trois facteurs on peut supposer que les résultats du modèle à deux facteurs pourraient ressembler à un facteur regroupant les symptômes intrapsychique de détresse d'une part et un autre regroupant

les deux autres sous-échelles. Cependant, les résultats ne vont pas en ce sens car tous les items se retrouvent distribués dans chacun de deux facteurs empêchant ainsi la création de construits distincts.

En somme, la présente étude supporte la conclusion de Mueller et al. (1998) à l'effet qu'il est préférable d'adopter une solution à un facteur étant donné le faible pourcentage de variance expliquée par les deux autres facteurs et le chevauchement important entre les facteurs. Il est donc préférable d'utiliser le score global pour des fins cliniques même si chacune de ces sous-échelles demeure une piste d'intervention importante pour le thérapeute. Dans l'ensemble, même s'il y a eu plus d'items retirés (sept pour la présente étude contre trois pour l'analyse factorielle originale) et que la répartition des items dans chacune des sous-échelles diffère du modèle de Mueller et al. (1998), les résultats de l'analyse factorielle exploratoire sont comparables à ceux obtenus dans l'étude originale et appuient le modèle théorique de la MI-45 auprès d'un échantillon clinique. De plus, lorsque l'instrument de mesure est mis en relation avec le jugement clinique du thérapeute, la nécessité de préserver les trois sous-échelles prend tout son sens. Les trois sous-échelles permettent non seulement au thérapeute de voir si l'état général de son client s'est amélioré, mais de préciser dans quelle sphère de sa vie s'est produit le plus d'amélioration. Par exemple, une augmentation du score à la sous-échelle Symptômes intrapsychiques de détresse ne signifie pas nécessairement que la thérapie n'est pas efficace. Un client anxieux qui présente une phobie sociale peut ressentir temporairement plus de symptômes anxieux. Il y aura donc une augmentation du

résultat à la sous-échelle Symptômes intrapsychiques de détresse en raison d'une exposition accrue aux situations sociales. À cet égard, le jugement clinique du thérapeute permettra de trancher sur l'amélioration réelle en observant une diminution du nombre de symptôme à la sous-échelle Relations interpersonnelles. Par ailleurs, les résultats de la présente étude correspondent aux résultats obtenus lors de la validation de la version italienne (Coco et al., 2008) et allemande (Jong et al., 2007) à l'effet qu'il y a un facteur unique composé d'items appartenant aux symptômes intrapsychiques de détresse qui explique un fort pourcentage de la variance et des sous-échelles secondaires qui se composent d'items appartenants aux trois sous-échelles.

Structure factorielle de la MI-45 auprès d'un échantillon non clinique

Tout comme pour l'échantillon clinique, le modèle tridimensionnel de l'efficacité thérapeutique n'est pas supporté statistiquement. Cependant, la répartition des items dans l'analyse factorielle exploratoire fixée à trois facteurs diffère quelque peu de celle de l'échantillon clinique. Un nouveau construit qui inclut les dimensions personnelles et interpersonnelles et lié au bien-être explique 21,5 % de la variance et un chevauchement se manifeste avec la sous-échelle Relations interpersonnelles. L'item 42 (« Je me sens déprimé(e) et triste. ») sature à la fois dans Symptômes intrapsychique de détresse et Relations interpersonnelles. Un chevauchement se manifeste également avec la sous-échelle Performance dans les rôles sociaux. L'item 24 (« Je m'aime. ») sature à la fois avec Symptômes intrapsychiques de détresse et Performance dans les rôles sociaux.

Ainsi, comparativement au facteur un de l'échantillon clinique, les items appartenant à la sous-échelle Symptômes intrapsychiques de détresse se retrouve distribués à l'intérieur de chacun des trois facteurs. De plus, les pourcentages de saturation pour chaque item sont inférieurs à ceux de l'échantillon clinique suggérant ainsi que les itemsaturent entre eux plus facilement sur chacun des facteurs lorsqu'elles sont dans un contexte clinique.

Le deuxième facteur explique 5,5 % de la variance et se compose d'items relatifs aux Symptômes intrapsychiques de détresse. Cependant, le faible pourcentage de variance expliqué empêche de dégager un constat théorique. Un chevauchement se manifeste avec la sous-échelle Performance dans les rôles sociaux. L'item 2 (« Je me fatigue rapidement. ») et l'item 9 (« Je me sens faible. »)aturent à la fois avec les sous-échelles Relations interpersonnelles et Performance dans les rôles sociaux. Le troisième facteur explique 3,18 % de la variance et se compose d'items appartenant aux trois sous-échelles.

Tout comme pour l'échantillon clinique, le deuxième modèle ne permet pas de confirmer le modèle bidimensionnel. Par ailleurs, les items des trois sous-échelles originales se retrouvent distribués à l'intérieur des deux facteurs de façon aléatoire. Il est donc impossible d'en arriver à définir des construits distincts. Étant donné que les résultats ne confirment pas le modèle à trois facteurs, il demeure préférable d'utiliser le score global lors de l'administration de la MI-45.

Implications théoriques et pratiques

À la lumière des conclusions découlant de la présente recherche, trois principaux constats peuvent être dégagés sur le plan théorique. D'abord, tel qu'énoncé dans le contexte théorique, depuis que l'efficacité de la psychothérapie est désormais probante, la nécessité d'instruments éprouvés permettant d'en mesurer les impacts s'impose (Lipsey & Wilson, 1993). Le OQ-45.2 devient à cette fin un instrument de choix en matière de qualité métriques et pratiques. Toutefois, les propriétés psychométriques de sa version francophone se limitent à la fidélité et à la validité convergente établie par Flynn et al. (2003). La structure factorielle unidimensionnelle validée sur le plan statistique confirme la difficulté de réduire ce construit en sous-échelle.

En second lieu, les qualités psychométriques et pratiques de la MI-45 comportant des items sur la psychopathologie, représentent à l'issue de nos travaux une avenue à considérer pour opérationnaliser ce construit s'inscrivant de plus en plus au cœur de plusieurs pratiques professionnelles.

En dernier lieu, les multiples méta-analyses, visant à démontrer le fondement de la notion de l'efficacité, soulignent l'impossibilité de passer sous silence la variabilité de l'impact thérapeutique reliée aux caractéristiques des psychothérapeutes, des clients et de la relation thérapeutique (Asay & Lambert, 1999). De plus, les différentes études sur les facteurs communs mettent en relief l'importance centrale des caractéristiques inhérentes aux clients et à la relation thérapeutique (Lambert, Ogles & Master, 1992 & Catty, 2004).

Ainsi, parmi les facteurs autres que la symptomatologie, pourrait-on retrouver des variables en lien avec la personnalité du client ou des caractéristiques du thérapeute? Dans l'affirmative, comment les mesurer efficacement?

En bref, la mesure de l'efficacité de la thérapie demeure une réalité complexe à quantifier succinctement. À cet égard, la notion d'efficacité thérapeutique n'apparaît pouvoir être dissociée de celle de la symptomatologie.

Sur le plan pratique, la contribution originale de la présente recherche réside dans le fait de rendre disponible aux cliniciens et aux chercheurs un instrument en langue française conçu pour mesurer l'efficacité thérapeutique. Cet instrument permet également aux cliniciens d'évaluer de façon objective et systématique la présence d'abus d'alcool, d'idéations suicidaires et de violence dans le milieu de travail du client.

De plus, cette étude permet également aux cliniciens et aux chercheurs d'utiliser un instrument offrant de bonnes qualités psychométriques. La MI-45 est une mesure unique, rapide et auto administrée qui est facile à corriger et à interpréter. Elle est également peu coûteuse, sensible aux changements et compatible avec plusieurs mesures uniques de l'efficacité thérapeutique, dont le BDI et la SCL-10.

Par ailleurs, cet instrument offre plusieurs applications possibles dans le contexte de la pratique en santé mentale. Il fournit aux cliniciens un premier dépistage des difficultés de son client et de la détresse psychologique indiquant la nécessité d'une

exploration plus approfondie. Il rend possible une évaluation de l'efficacité des interventions permettant d'objectiver la prise de décisions entourant l'interruption ou la poursuite du traitement et l'ajustement des interventions. Finalement, il offre au client et au thérapeute la possibilité d'avoir une rétroaction sur l'évolution du processus. L'utilisation de la MI-45 prend tout son sens dans le réseau public où les cliniciens doivent intervenir avec leur client de manière brève et efficace. Un thérapeute pourrait donc dès les premières rencontres vérifier la diminution ou l'augmentation des symptômes chez son client et ainsi adapter ses interventions. Il pourra également évaluer le risque suicidaire, l'abus d'alcool et la violence en milieu de travail.

La MI-45 est également un atout pour les chercheurs en psychologie clinique ayant comme sujet d'étude l'efficacité thérapeutique. Auparavant, un chercheur qui souhaitait approfondir ce sujet devait utiliser des outils de mesure souvent longs à administrer et à codifier et n'évaluait qu'une facette de l'efficacité thérapeutique (symptomatologie). De plus, il était ardu pour le chercheur d'administrer à chaque semaine tous les tests, car le temps de passation aurait pu rebuter les participants et la validité de la recherche aurait pu s'en trouver compromise. Ce constat avait comme effet d'allonger inutilement les expérimentations. Il serait également intéressant lors de recherches ultérieures d'utiliser conjointement la MI-45.2 et la MI-30.2 étant donné que les deux mesures sont comparables sur le plan des propriétés psychométriques (Spielmans & al., 2006). Les chercheurs pourraient utiliser la MI-45.2 en début de processus, la MI-30.2 tout au long

du processus et la MI-45.2 en fin de processus. Cela aurait comme effet de réduire considérablement le temps de passation.

Forces et limites de la recherche

Cette recherche est la première à effectuer une analyse factorielle exploratoire de la MI-45 auprès d'un échantillon francophone. De plus, il s'agit des premières données provenant d'un large échantillon de 374 participants dont 126 proviennent d'un échantillon clinique et de 248 d'un échantillon non clinique.

Par ailleurs, le fait que la MI-45 soit pour la première fois mise en relation avec des instruments qui mesurent le bien-être psychologique est une force de cette recherche. En effet, Lambert et Hill (1994), dans leur étude originale, même s'ils définissaient leur instrument comme étant une mesure de bien-être psychologique, avaient utilisé seulement des mesures se rattachant à des problèmes de santé mentale.

Toutefois, cette recherche comporte certaines limites qui peuvent affecter la validité interne et externe des résultats. La première limite a trait à la taille de l'échantillon clinique. Compte tenu des difficultés liées au recrutement de clients en thérapie, l'échantillon clinique est inférieur à l'échantillon original des études de Lambert et Hill (1994). De plus, comme les clients recrutés proviennent essentiellement du Saguenay-Lac-St-Jean, la généralisation des résultats doit se faire avec prudence. Par

ailleurs, l'échantillon non clinique était seulement composé d'étudiants universitaires ce qui n'est pas représentatif de la population en générale.

Une troisième limite réside dans la stratégie d'analyse. Lors de l'analyse du OQ-45.2, Mueller et al. (1998) procédèrent à une analyse factorielle confirmatoire qui se situe dans le prolongement de l'analyse factorielle exploratoire et permet réellement de tester le modèle théorique de l'efficacité thérapeutique. Étant donné le nombre limité de participants recrutés dans le cadre de la présente étude, une analyse factorielle de type exploratoire a dû être réalisée, ce qui a permis de faire émerger une théorie sans pouvoir vraiment la mettre à l'épreuve de façon convaincante.

Finalement, étant donné que la présente recherche porte sur un échantillon francophone, les tests utilisés afin de mesurer la validité convergente ne sont pas les mêmes que ceux de la validation originale dû au fait qu'ils n'étaient pas disponibles en langue française.

Pistes de recherches futures

À la lumière des résultats obtenus, différentes avenues peuvent être développées afin de poursuivre les travaux amorcés dans le cadre de la présente étude.

La première piste serait de procéder à une analyse factorielle confirmatoire auprès d'un plus grand échantillon clinique et non clinique afin de pouvoir établir une réelle comparaison avec le modèle de Mueller et al. (1998).

De plus, des études ultérieures pourraient être réalisées auprès d'une clientèle présentant des problématiques spécifiques autre que la dépression et l'anxiété afin de vérifier si l'instrument demeure aussi sensible pour percevoir une amélioration thérapeutique lorsque mis en relation avec des troubles particuliers. Il serait donc souhaitable de procéder notamment à une autre validation auprès d'une clientèle recevant des services en milieu psychiatrique.

Dans le but d'améliorer la consistance interne de l'instrument, il apparaît pertinent de diminuer le nombre d'items du OQ-45.2 et de poursuivre les recherches auprès du OQ-30, une version plus récente développée par Lambert, Finch, Okiishi et Burlingame (2005). Selon Vallerand (1989), il est en effet possible d'augmenter la consistance interne d'un instrument de mesure en retirant les items présentant de faibles corrélations avec le score total. Les résultats de la présente recherche démontrent en effet que plusieurs items saturant entre eux et qu'il peut être pertinent d'en réduire le nombre. En outre, cette réduction du nombre d'items du questionnaire diminuera le temps de passation et deviendra encore plus intéressant pour les chercheurs et les cliniciens. Cependant, la diminution des items ne doit pas se faire au détriment des trois sous-échelles qui conservent toute leur valeur intrinsèque au plan clinique.

De plus, avec l'augmentation des problématiques de santé mentale chez les jeunes et les adolescents, il serait pertinent de valider la version francophone du Youth Outcome Questionnaire (Burlingame et al., 1996) auprès d'une clientèle québécoise également âgée entre 4 à 17 ans. Comparativement à la version adulte (OQ-45.2), cette mesure (YOQ), comprend 64 items et se compose de six sous-échelles. Ces sous-échelles se nomment Interpersonal Distress (ID), Somatic (S), Interpersonnal Relations (IR), Critical items (CI), Social Problems (SP) et Behavioral Dysfonction (BD). Les résultats quant à seraient obtenus lors d'une tel étude de validation donneraient un éclairage sur l'importance d'ajouter des items à la MI-45.2, car si les résultats démontrent qu'il est plus facile d'arriver à un construit clair en augmentant le nombre de sous-échelles, on peut supposer que la fait d'ajouter des items à la MI-45.2 produirait le même effet.

Finalement, il pourrait être intéressant de considérer l'ajout d'une sous-échelle supplémentaire qui permettrait au thérapeute d'identifier la présence chez son client d'éléments somatiques. Cet ajout pourrait permettre au thérapeute de dresser un portrait plus complet des difficultés de son client. Les questions pourraient être en lien avec des symptômes physiques (« J'ai des tensions musculaires », « J'ai souvent les mains moites et/ou froideur aux extrémités »), des problèmes aux niveaux sexuels (« J'ai une baisse de désir ») et sur le nombre de visites chez le médecin. On retrouve d'ailleurs cette sous-échelle dans la version jeune et adolescent soit le Youth Outcome Questionnaire (YOQ).

Une autre piste de recherche réside dans la détermination du seuil critique (63 et plus) et sur l'ampleur d'un changement cliniquement significatif (14 ou plus). Présentement les mêmes seuils sont utilisés pour le OQ-45.2 et pour la MI-45. Il serait donc pertinent de vérifier si le seuil reflète la réalité de notre population d'autant plus que lors de l'étude de validation de l'instrument auprès d'une population allemande le seuil critique a été modifié ainsi que le niveau de changement significatif (Jong et al., 2007).

Il serait également indiqué de vérifier la possibilité d'ajouter des items au OQ-45.2. Il est évident que le souci de Lambert est de diminuer le temps de passation de l'instrument. Cependant, le YOQ comprend 64 items et le temps de passation est de 10 minutes. Outre le temps de passation, l'instrument doit permettre au thérapeute de voir la progression de son client tout au long du processus. Le fait d'augmenter le nombre d'items pourraient permettre d'ajouter des sous-échelles. De plus, il a été démontré dans l'étude de Ellsworth et al. (2006), que les résultats au OQ-45.2 permettent de dégager un portrait plus complet et précis que le OQ-30.2 de l'état du client. Ainsi, le fait de réduire le nombre d'items ne devrait pas être l'unique option envisagée. Cela pourrait permettre de rendre disponible un outil visant à évaluer de manière encore plus efficace la progression du client.

En somme, malgré les spécificités inhérentes à la recherche actuelle, il demeure que la présente étude démontre que la MI-45 constitue un outil valide et efficace pour mesurer l'efficacité thérapeutique tant pour les cliniciens que pour les chercheurs. Sur la

base des résultats obtenus, il ressort que la MI-45 présente des qualités psychométriques et cliniques prometteuses pour mesurer l'efficacité thérapeutique et poursuivre les travaux de recherche sur cette problématique et question de recherche centrale.

Conclusion

Les nombreuses recherches réalisées sur l'efficacité thérapeutique démontrent que la psychothérapie est reconnue efficace pour aider des personnes à résoudre nombre de problèmes psychologiques ou d'adaptation. Malgré que les auteurs s'entendent sur ce fait, jusqu'à présent les cliniciens qui souhaitaient évaluer l'efficacité de leur thérapie devaient sélectionner de tests mesurant différents construits (dépression, anxiété) afin de vérifier l'efficacité du processus thérapeutique. Face à cette lacune, Lambert et Burlingame (1996) ont développé un questionnaire visant à mesurer l'efficacité thérapeutique. La version francophone de cet instrument se nomme la MI-45. La MI-45 se compose de trois sous-échelles correspondant aux principaux indicateurs associés à la santé mentale des adultes soit les Symptômes intrapsychiques de détresse, les Relations interpersonnelles et les Performances dans les rôles sociaux. Ces trois indicateurs proviennent de recherches de Lambert et Hill (1994) en ce qui a trait aux principaux changements perceptibles associés à l'efficacité thérapeutique.

Les objectifs de cette recherche étaient d'évaluer la cohérence interne de la MI-45 et de ses sous-échelles, de déterminer la validité de construit de la MI-45 et d'examiner la structure factorielle de la version francophone de la MI-45 auprès d'un échantillon clinique et non clinique.

Dans l'ensemble, les qualités psychométriques de la version francophone de la MI-45 permettent de conclure qu'il s'agit d'un outil valide lorsqu'il est utilisé dans un contexte thérapeutique ou de recherche. En effet, les résultats démontrent que la MI-45 possède des niveaux de cohérence interne satisfaisante.

En ce qui concerne la validité de construit, en dépit du fait qu'il a été impossible lors de la présente recherche d'utiliser les mêmes instruments de mesure que lors de l'étude originale, les résultats démontrent que la MI-45 corrèle de manière positive avec des mesures de détresse psychologique et négativement avec les mesures de bien-être psychologique.

Les résultats de l'analyse factorielle n'appuient pas un modèle tridimensionnel de l'efficacité thérapeutique impliquant les Symptômes intrapsychiques de détresse, la Performance dans les rôles sociaux et Relations interpersonnelles car trop de variance se trouve expliquée par un seul facteur. Les corrélations élevées entre les sous-échelles favorisent l'utilisation du score global pour des fins cliniques même si chacune des sous-échelles demeure en soi une piste d'intervention importante pour le thérapeute.

À la lumière des résultats de la présente étude, il semble pertinent de poursuivre les études de validation tant sur la version courte du OQ-45.2, soit le OQ-30.2 que sur l'élaboration d'une version plus longue qui s'apparente au YOQ. Bien que la réduction du nombre d'items diminue la capacité de l'instrument à discriminer si le client fait parti de la population clinique ou non clinique, le OQ-30.2 demeure un outil fidèle et valide

qui prend tout son sens en recherche et dans le secteur public où les thérapeutes doivent évaluer rapidement la progression de leurs clients. De plus, disposer d'un outil plus complet, contenant plus d'items et un nombre supérieur de sous-échelle permettrait au thérapeute d'obtenir un portrait plus complet et fidèle de son client. Il serait ainsi plus facile pour ce dernier d'intervenir sur les différentes sphères problématiques de son client. Tous ces outils sont complémentaires et leurs utilisations tant au niveau de la recherche que de la clinique permet au thérapeute d'intervenir de manière plus efficace face à son client et ainsi éviter la détérioration de l'état de ce dernier.

Finalement, malgré qu'il est souhaitable de poursuivre l'étude de validation, les résultats démontrent que la MI-45 demeure un outil fidèle et valide permettant de mesurer l'efficacité thérapeutique tant au niveau clinique qu'au niveau de la recherche.

Références

- Anderson, E. M., & Lambert, M. J. (2001). A survival analysis of clinically significant change in outpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 875-888.
- Andrews, G., & Harvey, R. (1981). Does psychotherapy benefit neurotic patients? A reanalysis of the Smith, Glass and Miller data. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1203-1208.
- Andrews, F. W., & Withey, S. B. (1974). Developing measures of perceived life quality. *Social Indication Research*, 1, 1-26.
- Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy. Dans M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Éds), *The heart and soul of change. What works in therapy?* (pp. 131-145). Washington DC: American Psychological Association.
- Association canadienne pour la santé mentale (2008). *Le premier guide québécois de la santé mentale*. Montréal.
- Barlow, D. H. (1996). Health care policy, psychotherapy research, and the future of psychotherapy. *American Psychologist*, 51, 1050-1052.
- Barron, F., & Leary, T. F. (1955). Changes in psychoneurotic patients with and without psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 19, 103-107.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Moch. J., & Erbauch, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archive of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- Beiser, M. (1983). Behavior and correlates of mental well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 15, 320-327.
- Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Brière, N. M. (1989). L'échelle de satisfaction de vie; Validation canadienne-française du « Satisfaction with Life Scale ». *Revue canadienne des sciences du comportement*, 21, 210-223.
- Blau, P. M. (1977). *Inequality and heterogeneity*. New York: The Freepress.
- Bouffard, L., & Lapierre, S. (1997). La mesure du Bonheur. *Revue québécoise de psychologie*, 18, 271-310.
- Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Revue canadienne des Sciences du comportement*, 14, 211-218.
- Brill, N. Q., & Beebe, G. W. (1955). *A follow up study of war nevroses*. Washington, DC:US GPO; 329-333.

- Burlingame, G. M., Lambert, M. J., Reisinger, C. W., Neff, W. M., & Moisisier, J. (1995). Pragmatics of tracking mental health outcome in a managed care setting. *The Journal of Mental Health Administration*, 22, 226-236.
- Burlingame, G. M., & Barlow, S. (1996). Outcome and process differences between professional and non professional therapists in time-limited groups-psycho therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 46(4), 455-478.
- Castonguay, L. G. (1986). Psychothérapie et counselling : étude des facteurs communs aux différentes approches thérapeutiques. *Canadian Journal of Counselling*, 20(1), 33-35.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (Éds.) (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York : Oxford University Press.
- Catty, J. (2004). The vehicle of success: Theoretical and empirical perspectives on the therapeutic alliance in psychotherapy and psychiatry. *Psychology and Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 77(2), 255-272.
- Coco, G. L., Chiappelli, M., Bensi, L., Gullo, S., Prestano, C., Lambert, M. J. (2008). The factorial structure of the Outcome Questionnaire-45: A study with an Italian sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(6), 418-423.
- Cross, S. E., & Marcus, H. R. (1994). Self-schemas possible selves and competent performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 18, 119-142.
- De Jong, K., Nugter, M. A., Polak, M. G., Wagenborg, J. E. A., Spinboven, P., Heiser, W. J. (2007). The Outcome Questionnaire (OQ) in a Dutch population: A cross cultural validation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(4), 288-301.
- Derogatis, L. R. (1977). The SCL-90 manual: Scoring, administration and procedures for the SCL-90. Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit.
- Denker, P. G. (1946). Results of treatment of psychoneuroses by the general practitioner. A follow-up study of 500 cases. New York. *State Journal of Medicine*, 46, 2164-2166.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.

- Ellsworth, J. R., Lambert, M. J., & Johnson, J. (2006). A Comparison of the Outcome Questionnaire-45 and Outcome Questionnaire-30 in classification and prediction of treatment outcome. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 380-391.
- Eysenck, H. F. (1952). The effects of psychotherapy an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Eysenck, H. F. (1961). *Dimensions of Personality*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Feldman, L.A. (1993). Distinguishing depression and anxiety in self-report : Evidence from confirmatory factor analysis or no clinical and clinical samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 631-638.
- Flynn, R. J., Aubry, T. D., Guindon, S., Tardif, I., Viau, M., & Gallant, A. (2003). Validation d'une version française abrégée du Outcome Questionnaire et évaluation d'un service de counselling en milieu clinique. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 17(3), 57-74.
- Frisch, M. B., Cornell, J., Villaneuva, M., & Relzloff, P. J. (1992). Clinical validation of the Quality of Life Inventory : A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment*, 4, 92-101.
- Garfield, A. E., & Bergin, J. L. (1978). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Gouvernement du Canada (2006). *De l'ombre à la lumière*. Rapport final du comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.
- Hatfield, D. R., & Ogles, B. M. (2004). The use of outcome measures by psychologists in private practice. *Professional Psychology Research and Practice*, 35, 485-491.
- Hill, C. E., & Lambert, M. J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy processes and outcomes. Dans M. J. Lambert (Éd.), Bergin and Garfield. *Handbook of psychotherapy and behaviour change*, (5e éd.), (pp.84-135). New York: Wiley.
- Horowitz, L. M. (1979). On the cognitive structure of interpersonal problems treated in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 5-15.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureno, G., & Villasenor, V. S. (1988). Inventory of Interpersonal Problems : Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 885-892.
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996). The evaluation of psychotherapy : effectiveness, patient progress. *American Psychologist*, 10, 1059-1064.

- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 885-892.
- Kadera, S. W., Lambert, M. J., & Andrews, A. A. (1996). How much therapy is enough? A session-by-session analysis of the psychotherapy dose-effect relationship. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5, 132-151.
- Kiesler, D. J. (1994). Standardization of intervention. The Tie that binds psychotherapy research and practice. Dans P.F. Talley, H.H. Strupp, & S.M. Butler (Éd.) *Psychotherapy research and practice: Bridging the gap*, (pp. 143-153). New York. Basic book.
- Kirby, M. J. L., & Keon, W. J. (2006). De l'ombre à la lumière. La transformation des services concernant la santé mentale et la toxicomanie au Canada. *Rapport final du Comité Sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie*, 39.
- Labelle, R., Bastin, É., Dubé, M., Alain, M., Bouffard, L., & Lapierre, S. (2001). Bien-être et détresse psychologique : vers un modèle hiérarchique cognitivo-affectif en santé mentale. *Revue québécoise de psychologie*, 21(1), 71-85.
- Lalande, G., Émond, C., Savard, K., Boisvert, N., & Simard, V. (2005, Mai). *Qualités psychométriques de la Mini Mesure d'Impact (MI-10) version francophone du Mini Outcome Questionnaire (OQ-10.2)*. Communication présenté au 73^e congrès de l'ACFAS, Chicoutimi.
- Lambert, M. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, 17(1), 1-14.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of Psychotherapy. Dans A. E. Bergin & S. L. Garfield (Éds), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4e éd.). New York : Wiley.
- Lambert, M. J., & Burlingame, G. M (1996). *Outcome Questionnaire (OQ-45.2)*. Stevenson, MD : American Professional Credentialing Services.
- Lambert, M. J., & Finch, A. E. (1999). Outcome Questionnaire. Dans M. E. Maruish (Éd.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (2e éd.), (pp. 831-864). Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Lambert, M. J., Finch, A. M., Okiishi, J., & Burlingame, G. M. (2005). *Administration and scoring manual for the OQ-30.2*: OQ measures LLC.

- Lambert, M. J., & Hawkins, E. J. (2004). Measuring outcome in professional practice: Considerations in selecting and using brief outcome instruments. *Professional Psychology: Research and Practices*, 35, 492- 499.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., Umphress, V., Lunnen, K., Okiishi, J., Burlingame, G. M., Huefner, J., & Reisinger, C. (1996). *Administration and scoring manual for the OQ 45.2*. Stevenson, MD: American Professional Credentialing Services.
- Lambert, M. J., & Hill, C. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and processes. Dans A. E. Bergin & S. L. Garfield (Éds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4e éd.), (pp. 72-113). New York : John Wiley and Sons.
- Lambert, M. J., Morton, J. J., Hatfield, D., Harmon, C., Hamilton, S., Reid, R. C., Shimokawa, K., Christopherson, C., & Burlingame, G. M. (2004). *Administration and Scoring Manual for the Outcome Questionnaire-45*. UT: American Professional Credentialing Services.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. Dans M. J. Lambert (Éd), Bergin and Garfield's. *Handbook of psychotherapy and behavior change* (5e éd.), (pp. 139-193). New York: Wiley
- Lambert, M. J., Ogles, B. M., & Masters, K. (1992). Choosing outcome assessment devices : An organizational and conceptual scheme. *Journal of Counseling and Development*, 70, 527-539.
- Lambert, M. J., Okiishi, J. C., Finch, A. E., & Johnson, L. D. (1998). Outcome assessment: from conceptualization to implementation. *Professional Psychology: Research and Practices*, 29(11), 63-70.
- Lambert, M. J., Smart, D. W., Campbell, M. P., Hawkins, E. J., Harmon, C., & Slade, K. L. (2005). Psychotherapy outcome, as measured by the OQ-45, in African American, Asian/Pacific Islander, Latino, and Native American clients compared to matched Caucasian clients. *Journal of College Student Psychotherapy*, 20(4).
- Landis, C. (1938). Statistical evaluation of psychotherapeutic methods. Dans S. E. Hinsie (Éd.), *Concepts and problems of psychotherapy* (pp. 155-165). New York : Colombia University Press.
- Leclerc, G., Lefrançois, R., Dubé, M., Hébert, R., & Gaulin, P. (1997). The development and validation of self-report measure of self-actualization. *Social Behavior and Personality*, 25, 353-366.
- Lemyre, L., Tessier, R., & Fillion, L. (1990). *Mesure de stress psychologique*. Québec : Behaviora.

- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational and behavioral treatment, confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48(12), 1181-1209.
- Luborsky, L. (1954). *A note on Eysenck's articles. The effects of psychotherapy. An evaluation. Britannic Journal of Psychology*, 45, 129-131.
- Martinez Arias, R. (1995). *Théorie psychométrique en science de l'éducation*. S.A, Madrid: *Editorial Sintesis*.
- Mintz, J., Drake, R. E., & Crits-Cristoph. P. (1996). Efficacy and effectiveness of psychotherapy : two paradigms, one science. *American Psychologist*, 51(10), 1084-1085.
- Mueller, R., Lambert, M. J., & Burlingame, G. M. (1998). Construct validity of the Outcome Questionnaire : A confirmatory factor analysis. *Journal of Personality Assessment*, 70, 246-262.
- Myers, D. G., & Diener, E. (1997). La poursuite scientifique du Bonheur. *Revue québécoise de psychologie*, 18, 13-28.
- Nguyen, T. D., Attkisson, C. C., & Stegner, B. L. (1983). Assessment of patient satisfaction: Development and refinement of a service evaluation questionnaire. *Evaluation and Program Planning*, 6, 299-314.
- Nathan, P.E., Stuart, S.P., & Dolan, S. L. (2000). Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: Between Scylla and Charybdis?. *Psychological Bulletin, University of Iowa*, 126, 964-981.
- Ogles, B. M., Lambert, M. J., & Fields, S. A. (2002). *Essentials of outcome assessment*. New York: Wiley.
- Oliver, J. M., Searight, H. R. & Lightfoot, S. (1988). Client characteristics as determinants of intervention modality and therapy progress. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58(4), 543-551
- Ordre des psychologues du Québec (2007). Page d'accueil de l'OPQ. Document récupéré le 3 octobre 2008 de <http://www.ordrepsy.qc.ca/fr/psychologue/psychotherapie.html>
- Organisation mondiale de la Santé (2007). Qu'est ce que la santé mentale ? Document récupéré le 3 septembre 2007 de <http://www.who.int/features/qa/62/fr/index.html>
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy : Noch Einmal. Dans Bergin, A., & Garfield, S. L., (Éds), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4e éd.), (pp. 270-378). New York: Wiley.

- Phelps, R., Eisman, E. J., & Kohout, J. (1998). Psychological practice and managed care : Results of the CAPP practitioner survey. *Professional Psychology : Research and practice*, 29, 31-36.
- Poirier, M., & Lafrenière, A. (2003). Perception des psychologues oeuvrant dans les PAE. *Psychologie Québec*, 20(1), 14-16.
- Rachman, S. (1983). The Primary of affect : some theoretical implications. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 279-290.
- Regier, D. A., Boyd, J. H., Burke, Jr. J. D., Rae, D. S., Myers, J.K., Kramer, M., et al. (1988). *One month prevalence of mental disorders in the United States*. Archives of General Psychiatry.
- Rogers, C., & Dymond, R. F. (1954). *Psychotherapy and personality change*. Chicago : The University Chicago Press.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and adolescent self-image*. Princeton, NJ : Princeton University Press.
- Rosenzweig, S. (1954). A transvaluation of psychotherapy a reply to Hans Eysenck. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 49(2), 298-304.
- Ryff, C. D. (1989). Beyond ponce de Leon and life satisfaction : New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35-55.
- Santé Canada. (2006). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa : Comité de rédaction sur les maladies mentales.
- Shadish, W. R., Navarro, A. M., Matt, G. E., & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions : A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512-529.
- Shmotkin, D. (1998). Declarative and differential aspects of subjective well-being and its implications for mental health in later life. Dans J. Lompranz (Éd.), *Handbook of aging and mental health: an integrative approach* (pp.15-43). New York: Plenum Press.
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.

- Spielmans, G. I., Masters, K. S., & Lambert, M. J. (2006). A comparison of rational versus empirical methods in prediction of negative psychotherapy outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13, 202-214.
- Tallman, K., & Bohart, A. (1999). The client as a commun factor: Clients as self-healers. Dans M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Éds). *The heart and soul of change. What works in therapy?* (pp. 131-145). Washington DC : American Psychological Association.
- Umpress, V. J. (1995). *Clinical norms and validity of the Outcome Questionnaire*, Unpublished doctoral dissertation. Provo, UT.: Brigham Young University.
- Vallières, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'Échelle de l'Estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 25, 305-316.
- Veit, C. T., & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 730-742.
- Vermeersch, D. A., Whipple, J. L., Lambert, M. J., Hawking, E. J., Burchfield, C. M., & Okiishi, J. C. (2004). Outcome Questionnaire: Item sensitivity to changes in counseling center clients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 38-49.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate : Models, methods and findings*. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.
- Wylie, B. J. (1989). *Measures of self-concept*. Lincoln, NE : University of Nebraska Press.
- Zautra, A. J. (1983). Social resource and quality of life. *American Journal Community Psychology*, 11, 275-290.

Appendice A
Questionnaire version longue

MAP

Cochez ☐ votre réponse dans le carré approprié.

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Je suis une personne qui s'estime _____. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Très peu | Peu | Assez | Beaucoup | Énormément |
| 2. En toute circonstance, je peux _____ exprimer mes émotions. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Très difficilement | Difficilement | Assez facilement | Facilement | Très facilement |
| 3. Je suis capable de prévoir mes réactions. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Très rarement | Rarement | Parfois | Souvent | Très souvent |
| 4. Je crois que la vie est bonne pour moi _____. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Très peu | Peu | Assez fortement | Fortement | Très fortement |
| 5. Je m'adapte _____ au changement. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Très difficilement | Difficilement | Assez difficilement | Beaucoup | Énormément |
| 6. Pour connaître ma valeur, je me base _____ sur ce que pensent les autres. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Très peu | Peu | Assez | Beaucoup | Énormément |
| 7. Quoiqu'il m'arrive, je fais _____ confiance à ce que je ressens. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Très peu | Peu | Assez | Beaucoup | Énormément |
| 8. J'ai l'impression d'être _____ responsable de ma vie. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Très peu | Peu | Assez fortement | Fortement | Très fortement |
| 9. Pour moi, le moment présent compte _____. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Très peu | Peu | Assez bien | Bien | Très bien |
| 10. Je connais _____ mes forces et mes limites. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Très mal | Mal | Assez bien | Beaucoup | Énormément |

11. Je suis _____ à suivre
portée(e) l'exemple des autres. ☐ Très rarement ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Très souvent
12. J'écoute _____ mes
émotions. ☐ Très peu ☐ Peu ☐ Assez ☐ Beaucoup ☐ Énormément
13. J'essaie _____ de me
mettre dans la peau de
quelqu'un pour le
comprendre. ☐ Très rarement ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Très souvent
14. Je crois _____ que
les gens sont
fondamentalement bons. ☐ Très peu ☐ Peu ☐ Assez fortement ☐ Fortement ☐ Très fortement
15. Je peux _____ agir
spontanément sans perdre
le contrôle. ☐ Très difficilement ☐ Difficilement ☐ Assez difficilement ☐ Facilement ☐ Très facilement
16. Je tiens _____ à
prendre moi-même mes
décisions. ☐ Très peu ☐ Peu ☐ Assez ☐ Beaucoup ☐ Énormément
17. Je partage mes joies et mes
peines avec un (e)
confident (e). ☐ Très rarement ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Très souvent
18. En réfléchissant sur ma vie
passée, il m'arrive _____
de comprendre tout à coup
pourquoi certaines choses
se sont produites. ☐ Très rarement ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Très souvent
19. Par ma façon de voir, je
donne _____ un sens à
ma vie. ☐ Très rarement ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Très souvent

20. Habituellement, je passe _____ à travers les échecs importants. ☐ Très difficilement ☐ Difficilement ☐ Assez difficilement ☐ Facilement ☐ Très facilement
21. Les critiques m'empêchent _____ de réaliser ce que j'ai le goût de faire. ☐ Très rarement ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Très souvent
22. Avec les autres, je me montre _____ comme je suis. ☐ Très rarement ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Très Souvent
23. Je suis _____ porté (e) à m'engager dans des causes importantes. ☐ Très peu ☐ Peu ☐ Assez ☐ Beaucoup ☐ Énormément
24. J'arrive _____ à donner un sens à ma vie. ☐ Très difficilement ☐ Difficilement ☐ Assez difficilement ☐ Facilement ☐ Très facilement
25. Dans les situations difficiles, je reste _____ fidèle à moi-même. ☐ Très rarement ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Très souvent
26. J'exprime _____ mes opinions. ☐ Très difficilement ☐ Difficilement ☐ Assez difficilement ☐ Facilement ☐ Très facilement
27. Je peux _____ m'intéresser aux problèmes des autres sans penser aux miens. ☐ Très difficilement ☐ Difficilement ☐ Assez difficilement ☐ Facilement ☐ Très facilement

INVENTAIRE DE BECK

Ce questionnaire contient plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes :

- *Lisez attentivement toutes les phrases;*
- *Cochez la case à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez dans le moment présent.*

1. ☐ Je ne me sens pas triste.
☐ Je me sens morose ou triste.
☐ Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb.
☐ Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal.
☐ Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.
2. ☐ Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur.
☐ Je me sens découragé(e) à propos du futur.
☐ Je sens que je n'ai rien à attendre du futur.
☐ Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés.
☐ Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.
3. ☐ Je ne sens pas que je suis un échec.
☐ Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens.
☐ Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque.
☐ Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs.
☐ Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).
4. ☐ Je ne suis pas particulièrement coupable.
☐ Je me sens « tanné(e) » la plupart du temps.
☐ Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant.
☐ Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit.
☐ Je suis mécontent(e) de tout.

5. ☐ Je ne me sens pas particulièrement coupable.
☐ Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne.
☐ Je me sens plutôt coupable.
☐ Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps.
☐ Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.
6. ☐ Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).
☐ J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver.
☐ Je sens que je suis ou serai puni(e).
☐ Je sens que je mérite d'être puni(e).
☐ Je veux être puni(e).
7. ☐ Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même.
☐ Je suis déçu(e) de moi-même.
☐ Je ne m'aime pas.
☐ Je suis dégoûté(e) de moi-même.
8. ☐ Je ne sens pas que je suis pire que les autres.
☐ Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs.
☐ Je me blâme pour mes fautes.
☐ Je me blâme pour tout ce qui arrive de mal.
9. ☐ Je n'ai aucune idée de me faire du mal.
☐ J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution.
☐ Je sens que je serais mieux mort(e).
☐ Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e).
☐ J'ai des plans bien définis pour un acte suicidaire.
☐ Je me tuerais si je le pouvais.
10. ☐ Je ne pleure pas plus que d'habitude.
☐ Je pleure plus maintenant qu'auparavant.
☐ Je pleure tout le temps, maintenant. Je ne peux pas m'arrêter.
☐ Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.

11. ☐ Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude.
☐ Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire.
☐ Je me sens irrité(e) tout le temps.
☐ Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.
12. ☐ Je n'ai pas perdu(e) intérêt aux autres.
☐ Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant.
☐ J'ai perdu(e) la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiments pour eux.
☐ J'ai perdu(e) tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.
13. ☐ Je prends des décisions aussi bien que jamais.
☐ J'essaie de remettre à plus tard mes décisions.
☐ J'ai beaucoup de difficulté à prendre des décisions.
☐ Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.
14. ☐ Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant.
☐ Je m'inquiète de paraître vieux(vieille) et sans attrait.
☐ Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attraits.
☐ Je me sens laid(e) et répugnant(e).
15. ☐ Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant.
☐ J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose.
☐ Je ne travaille pas aussi bien qu'avant.
☐ J'ai besoin de me pousser très fort pour faire quoi que ce soit.
☐ Je ne peux faire aucun travail.
16. ☐ Je peux dormir aussi bien que d'habitude.
☐ Je me réveille plus fatigué(e) le matin que d'habitude.
☐ Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir.
☐ Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de 5 heures.

17. ☐ Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
☐ Je me fatigue plus facilement qu'avant.
☐ Je me fatigue à faire quoi que ce soit.
☐ Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.
18. ☐ Mon appétit est aussi bon que d'habitude.
☐ Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude
☐ Mon appétit est beaucoup moins que d'habitude.
☐ Je n'ai plus d'appétit du tout.
19. ☐ Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu) dernièrement.
☐ J'ai perdu plus de 5 livres.
☐ J'ai perdu plus de 10 livres.
☐ J'ai perdu plus de 15 livres.
20. ☐ Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude.
☐ Je suis préoccupé(e) par des maux et des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation.
☐ Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose.
☐ Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.
21. ☐ Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
☐ Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant.
☐ Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant.
☐ J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.

QUESTIONNAIRE DE ROSENBERG

Indiquez jusqu'à quel point vous êtes d'accord avec chacun des énoncés suivants, en cochant la réponse qui décrit le mieux votre opinion. Toutes les réponses sont bonnes en autant qu'elles correspondent à ce que vous pensez vraiment. Ne vous attardez pas trop longtemps sur un énoncé, essayez de répondre spontanément.

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
1. Je considère que j'ai au moins autant de valeur que les autres personnes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je crois posséder un certain nombre de qualités.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tout compte fait, j'ai tendance à penser que j'ai tout raté.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que les autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je crois qu'il n'y a pas grand-chose dont je puisse être fier(fière).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. J'ai une attitude positive envers moi-même.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je souhaiterais avoir plus de respect pour moi-même.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Il m'arrive parfois de me sentir inutile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je pense parfois que je suis bon(ne) à rien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MI-45

Essayer de nous indiquer comment vous vous êtes senti(e) au cours des sept (7) derniers jours, y compris aujourd'hui. Lisez chaque énoncé attentivement et cochez la réponse qui décrit le mieux votre situation actuelle. Dans ce questionnaire, le travail est défini en tant qu'emploi, étude, travail ménager, travail bénévole, etc.

	Jamais	Rarement	Parfois	Fréquemment	Presque toujours
1. Je m'entends bien avec mon entourage.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. Je me fatigue rapidement.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. Rien ne m'intéresse.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. Je me sens stressé(e) au travail ou à l'école.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. J'ai tendance à me blâmer.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. Je me sens irritable.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. Je me sens malheureux (se) dans ma relation amoureuse.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. J'ai des pensées suicidaires.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. Je me sens faible.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
10. Je me sens craintif(ve).	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
11. Après avoir beaucoup bu, j'ai besoin d'un verre d'alcool le lendemain matin pour commencer ma journée (si vous ne consommez pas d'alcool, indiquez «jamais»).	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
12. Je trouve mon travail et l'école satisfaisant(e).	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
13. Je suis une personne heureuse.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
14. Je travaille ou j'étudie trop.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
15. Je me sens inutile.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
16. Je suis préoccupé(e) par des problèmes familiaux.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

	Jamais	Rarement	Parfois	Fréquemment	Presque toujours
17. Ma vie sexuelle n'est pas satisfaisante.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
18. Je me sens seul(e).	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
19. Je me dispute souvent.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
20. Je me sens aimé(e) et apprécié(e).	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
21. J'apprécie mes temps libres.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
22. J'ai de la difficulté à me concentrer.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
23. J'ai perdu espoir en l'avenir.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
24. Je m'aime.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
25. Des pensées troublantes, dont je ne peux pas me débarrasser, me viennent à l'esprit.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
26. Je suis contrarié(e) lorsque les gens critiquent ma consommation d'alcool ou de drogues (<i>indiquez «jamais» si cet énoncé ne s'applique pas</i>).	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
27. J'ai des troubles de digestion.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
28. Je ne travaille ou je n'étudie pas aussi bien qu'avant.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
29. Mon cœur bat trop fort.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
30. J'ai de la difficulté à bien m'entendre avec des ami(e)s et des connaissances proches.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
31. Je suis satisfait(e) de ma vie.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
32. J'ai de la difficulté au travail ou à l'école à cause de ma consommation d'alcool ou de drogues (<i>indiquez «jamais» si cet énoncé ne s'applique pas</i>).	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

	Jamais	Rarement	Parfois	Fréquem- ment	Presque toujours
33. J'ai le sentiment que quelque chose de mauvais va se produire.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
34. Mes muscles sont endoloris.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
35. J'ai peur des grands espaces, de conduire, ou d'être dans un autobus, un métro, etc.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
36. Je me sens nerveux(se).	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
37. Mes relations avec mes proches sont pleinement satisfaisantes.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
38. Je sens que je ne réussis pas bien au travail ou à l'école.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
39. J'ai trop de désaccords au travail ou à l'école.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
40. Je sens que quelque chose ne tourne pas rond dans ma tête.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
41. J'ai de la difficulté à m'endormir ou à rester endormi(e).	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
42. Je me sens déprimé(e) (triste).	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
43. Je suis satisfait(e) de mes relations avec les autres.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
44. Je me sens suffisamment fâché(e) au travail ou à l'école pour faire quelque chose que je pourrais regretter.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
45. J'ai des maux de tête.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

[illegible]

[illegible]

SCL-10

Voici une liste de problème dont se plaignent parfois les gens. Lisez attentivement chaque ligne et cochez le numéro qui décrit le mieux à quel point ce problème vous a troublé(e) au cours des sept (7) derniers jours, y compris aujourd'hui.

Ce problème vous a-t-il troublé(e)?	0 Pas du tout	1 Un peu	2 Modéré- ment	3 Beaucoup	4 Extrême- ment
1. Sentiment de solitude.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Manque d'intérêt pour tout.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Peur des grands espaces ou dans les rues.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Sentiment de faiblesse dans certaines parties du corps.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Avoir le cafard.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Sensation de lourdeur dans les bras et les jambes.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. Peur de sortir seul(e) de la maison.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Sentiment de tension ou de surexcitations.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9. Sentiment que vous ne valez rien.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. Sentiment de solitude même en compagnie d'autres personnes.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

MSP-25A

Après chaque item, encerclez le chiffre de 1 à 8 en indiquant jusqu'à quel degré l'item vous décrit bien dernièrement, c'est-à-dire depuis les 4 ou 5 derniers jours. Les chiffres de 1 à 8 signifient :

1	2	3	4	5	6	7	8
Pas du tout	Pas vraiment	Très peu	Un peu	Plutôt oui	Passable- ment	Beaucoup	Énormé- ment

DERNIÈREMENT, C'EST-À-DIRE EN PENSANT AUX 4 OU 5 DERNIERS JOURS :

1. Je suis tendu(e) ou crispé(e).	1	2	3	4	5	6	7	8
2. Je me sens la gorge serrée ou j'ai la bouche sèche.	1	2	3	4	5	6	7	8
3. Je me sens pressé(e) par le temps, coincé(e) par le temps, je manque de temps.	1	2	3	4	5	6	7	8
4. J'ai tendance à sauter des repas ou à oublier de manger.	1	2	3	4	5	6	7	8
5. Je rassasse les mêmes idées, rumine, jongle, j'ai les mêmes pensées à répétition, la tête pleine.	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Je me sens seul(e), isolé(e), incompris(e).	1	2	3	4	5	6	7	8
7. J'ai des douleurs physiques : mal au dos, mal à la tête, mal à la nuque, mal au ventre.	1	2	3	4	5	6	7	8
8. Je suis préoccupé(e), tourmenté(e) ou tracassé(e).	1	2	3	4	5	6	7	8
9. J'ai des variations de température corporelle subite (très froide ou très chaude).	1	2	3	4	5	6	7	8
10. J'oublie des rendez-vous, des objets ou des affaires à faire.	1	2	3	4	5	6	7	8

	1 Pas du tout	2 Pas vraiment	3 Très peu	4 Un peu	5 Plutôt oui	6 Passable- ment	7 Beaucoup	8 Énormé- ment			
DERNIÈREMENT, C'EST-À-DIRE EN PENSANT AUX 4 OU 5 DERNIERS JOURS :											
11. Je pleure.				1	2	3	4	5	6	7	8
12. Je suis fatigué(e).				1	2	3	4	5	6	7	8
13. J'ai les mâchoires serrées.				1	2	3	4	5	6	7	8
14. Je suis calme.				1	2	3	4	5	6	7	8
15. Je pousse de longs soupirs ou je reprends tout à coup ma respiration.				1	2	3	4	5	6	7	8
16. J'ai la diarrhée ou des crampes intestinales ou constipé(e).				1	2	3	4	5	6	7	8
17. Je suis anxieux(se), inquiet(e), ou angoissé(e).				1	2	3	4	5	6	7	8
18. Je sursaute (fais des sauts).				1	2	3	4	5	6	7	8
19. Je prends plus d'une demi-heure à m'endormir.				1	2	3	4	5	6	7	8
20. Je suis confus(e), je n'ai pas les idées claires, je manque d'attention et de concentration.				1	2	3	4	5	6	7	8
21. J'ai les traits tirés ou les yeux cernés.				1	2	3	4	5	6	7	8
22. Je sens « beaucoup de pression sur les épaules ».				1	2	3	4	5	6	7	8
23. Je suis fébrile, j'ai toujours le goût de bouger, je ne tiens pas en place, je suis énervé(e).				1	2	3	4	5	6	7	8
24. Je contrôle mal mes réactions, mes humeurs, mes gestes.				1	2	3	4	5	6	7	8
25. Je suis stressé(e).				1	2	3	4	5	6	7	8

INFORMATIONS GÉNÉRALES

1. Êtes-vous? (1) ☐ Femme (2) ☐ Homme
2. Âge : _____
3. Quel est votre état matrimonial actuel?
 - (1) ☐ Marié(e), y compris en union libre
 - (2) ☐ Célibataire
 - (3) ☐ Séparé(e) / Divorcé(e)
 - (4) ☐ Veuf / Veuve
4. Présentement, quelle est votre **principale** occupation? (cochez une seule réponse)
 - (1) ☐ Travail à temps plein
 - (2) ☐ Travail à temps partiel
 - (3) ☐ Chômage
 - (4) ☐ Retraite
 - (5) ☐ Études à temps plein
 - (6) ☐ Études à temps partiel
 - (7) ☐ Études à temps partiel et travail à temps partiel
 - (8) ☐ À la maison (entretien de la maison et/ou soins des enfants)
 - (9) ☐ Autre, précisez _____
5. Quel est votre plus haut niveau de scolarité? (cochez une seule réponse)
 - (1) ☐ Aucune scolarité
 - (2) ☐ Primaire non complété
 - (3) ☐ Primaire complété
 - (4) ☐ Secondaire non complété
 - (5) ☐ Secondaire complété
 - (6) ☐ Études collégiales non complétées
 - (7) ☐ Études collégiales complétées
 - (8) ☐ Certificat universitaire complété
 - (9) ☐ Baccalauréat universitaire non complété
 - (10) ☐ Baccalauréat universitaire complété
 - (11) ☐ Maîtrise complétée
 - (12) ☐ Doctorat complété

6. Quelle est votre estimation de votre revenu personnel total au cours des 12 derniers mois?
- (1) ☐ Moins de 15 000 \$ (2) ☐ Entre 15 000\$ et moins de 25 000\$
 (3) ☐ Entre 25 000 \$ et moins de 35 000\$ (4) ☐ Entre 35 000\$ et moins de 45 000\$
 (5) ☐ Entre 45 000\$ et moins de 55 000\$ (6) ☐ 55 000\$ et plus
 (7) ☐ Aucun revenu (8) ☐ Ne sais pas
7. Si vous vivez en couple, quelle est votre estimation du revenu de couple total (les deux conjoints réunis avant impôt) au cours des 12 derniers mois?
- (1) ☐ Moins de 15 000\$ (2) ☐ Entre 15 000\$ et moins de 25 000\$
 (3) ☐ Entre 25 000\$ et moins de 35 000\$ (4) ☐ Entre 35 000\$ et moins de 45 000\$
 (5) ☐ Entre 45 000\$ et moins de 55 000\$ (6) ☐ 55 000\$ et plus
 (7) ☐ Aucun revenu (8) ☐ Ne sais pas
 (9) ☐ Ne s'applique pas
8. Depuis combien de temps êtes-vous en thérapie avec votre thérapeute actuel?

9. Si vous connaissez le nombre de séances de thérapie que vous avez eues avec votre thérapeute actuel, s.v.p. l'indiquer : _____ séances.
10. Avez-vous été en thérapie avec d'autres thérapeutes, à l'exception de votre thérapeute actuel?
- (1) ☐ Oui Si oui, à part votre thérapeute actuel, avec combien d'autres thérapeute(s) avez-vous été en psychothérapie? _____
 (2) ☐ Non
11. À quelle fréquence rencontrez-vous votre thérapeute actuel? (par exemple, une fois par semaine, une fois aux deux semaines?)

12. Estimez le pourcentage de séances de thérapie où vous avez été présent :
 _____ %.

13. Rencontrez-vous des difficultés particulières à voir votre thérapeute? (par exemple, lieu de rencontre, horaire, etc.)?

(1) ☐ Oui Si oui, précisez la nature des difficultés rencontrées.

(2) ☐ Non

14. Payez-vous des honoraires pour la psychothérapie que vous suivez, ou ces honoraires sont-ils défrayés par une autre source?

(1) ☐ Je paie les honoraires

(2) ☐ Les honoraires sont défrayés par une autre source

15. Donnez une brève description des problèmes (ou motifs) qui vous ont amené à demander l'aide de votre thérapeute.

16. Prenez-vous actuellement un ou des médicaments en lien avec vos problèmes ou difficultés psychologiques?

(1) ☐ Non

(2) ☐ Oui Si oui, précisez le nom du ou des médicament(s) et/ou la raison pour laquelle vous le(s) prenez.

17. Depuis le début de vos consultations en psychothérapie, avez-vous vécu un(des) événement(s) stressant(s) (décès d'un proche, perte de travail, séparation, naissance, etc.)?

(1) ☐ Non

(2) ☐ Oui Si oui, précisez les événements que vous avez vécus.

Appendice B
Questionnaire version courte

MI45

Essayer de nous indiquer comment vous vous êtes senti(e) au cours des sept (7) derniers jours, y compris aujourd'hui. Lisez chaque énoncé attentivement et cochez la réponse qui décrit le mieux votre situation actuelle. Dans ce questionnaire, le travail est défini en tant qu'emploi, étude, travail ménager, travail bénévole, etc.

	Jamais	Rarement	Parfois	Fréquemment	Presque toujours
1. Je m'entends bien avec mon entourage.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. Je me fatigue rapidement.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. Rien ne m'intéresse.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. Je me sens stressé(e) au travail ou à l'école.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. J'ai tendance à me blâmer.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. Je me sens irritable.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. Je me sens malheureux (se) dans ma relation amoureuse.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. J'ai des pensées suicidaires.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. Je me sens faible.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
10. Je me sens craintif(ve).	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
11. Après avoir beaucoup bu, j'ai besoin d'un verre d'alcool le lendemain matin pour commencer ma journée (<i>si vous ne consommez pas d'alcool, indiquez «jamais»</i>).	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
12. Je trouve mon travail et l'école satisfaisant(e).	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
13. Je suis une personne heureuse.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
14. Je travaille ou j'étudie trop.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
15. Je me sens inutile.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
16. Je suis préoccupé(e) par des problèmes familiaux.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

	Jamais	Rarement	Parfois	Fréquemment	Presque toujours
17. Ma vie sexuelle n'est pas satisfaisante.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
18. Je me sens seul(e).	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
19. Je me dispute souvent.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
20. Je me sens aimé(e) et apprécié(e).	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
21. J'apprécie mes temps libres.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
22. J'ai de la difficulté à me concentrer.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
23. J'ai perdu espoir en l'avenir.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
24. Je m'aime.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
25. Des pensées troublantes, dont je ne peux pas me débarrasser, me viennent à l'esprit.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
26. Je suis contrarié(e) lorsque les gens critiquent ma consommation d'alcool ou de drogues (<i>indiquez «jamais» si cet énoncé ne s'applique pas</i>).	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
27. J'ai des troubles de digestion.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
28. Je ne travaille ou je n'étudie pas aussi bien qu'avant.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
29. Mon cœur bat trop fort.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
30. J'ai de la difficulté à bien m'entendre avec des ami(e)s et des connaissances proches.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
31. Je suis satisfait(e) de ma vie.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
32. J'ai de la difficulté au travail ou à l'école à cause de ma consommation d'alcool ou de drogues (<i>indiquez «jamais» si cet énoncé ne s'applique pas</i>).	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

	Jamais	Rarement	Parfois	Fréquem- ment	Presque toujours
33. J'ai le sentiment que quelque chose de mauvais va se produire.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
34. Mes muscles sont endoloris.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
35. J'ai peur des grands espaces, de conduire, ou d'être dans un autobus, un métro, etc.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
36. Je me sens nerveux(se).	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
37. Mes relations avec mes proches sont pleinement satisfaisantes.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
38. Je sens que je ne réussis pas bien au travail ou à l'école.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
39. J'ai trop de désaccords au travail ou à l'école.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
40. Je sens que quelque chose ne tourne pas rond dans ma tête.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
41. J'ai de la difficulté à m'endormir ou à rester endormi(e).	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
42. Je me sens déprimé(e) (triste).	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
43. Je suis satisfait(e) de mes relations avec les autres.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
44. Je me sens suffisamment fâché(e) au travail ou à l'école pour faire quelque chose que je pourrais regretter.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
45. J'ai des maux de tête.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

INFORMATIONS GÉNÉRALES

1. Êtes-vous? (1) ☐ Femme (2) ☐ Homme
2. Âge : _____
3. Quel est votre état matrimonial actuel?
 - (1) ☐ Marié(e), y compris en union libre
 - (2) ☐ Célibataire
 - (3) ☐ Séparé(e) / Divorcé(e)
 - (4) ☐ Veuf / Veuve
4. Présentement, quelle est votre **principale** occupation? (cochez une seule réponse)
 - (1) ☐ Travail à temps plein
 - (2) ☐ Travail à temps partiel
 - (3) ☐ Chômage
 - (4) ☐ Retraite
 - (5) ☐ Études à temps plein
 - (6) ☐ Études à temps partiel
 - (7) ☐ Études à temps partiel et travail à temps partiel
 - (8) ☐ À la maison (entretien de la maison et/ou soins des enfants)
 - (9) ☐ Autre, précisez _____
5. Quel est votre plus haut niveau de scolarité? (cochez une seule réponse)
 - (1) ☐ Aucune scolarité
 - (2) ☐ Primaire non complété
 - (3) ☐ Primaire complété
 - (4) ☐ Secondaire non complété
 - (5) ☐ Secondaire complété
 - (6) ☐ Études collégiales non complétées
 - (7) ☐ Études collégiales complétées
 - (8) ☐ Certificat universitaire complété
 - (9) ☐ Baccalauréat universitaire non complété
 - (10) ☐ Baccalauréat universitaire complété
 - (11) ☐ Maîtrise complétée
 - (12) ☐ Doctorat complété

6. Quelle est votre estimation de votre revenu personnel total au cours des 12 derniers mois?
- (1) ☐ Moins de 15 000 \$ (2) ☐ Entre 15 000\$ et moins de 25 000\$
(3) ☐ Entre 25 000 \$ et moins de 35 000\$ (4) ☐ Entre 35 000\$ et moins de 45 000\$
(5) ☐ Entre 45 000\$ et moins de 55 000\$ (6) ☐ 55 000\$ et plus
(7) ☐ Aucun revenu (8) ☐ Ne sais pas
7. Si vous vivez en couple, quelle est votre estimation du revenu de couple total (les deux conjoints réunis avant impôt) au cours des 12 derniers mois?
- (1) ☐ Moins de 15 000\$ (2) ☐ Entre 15 000\$ et moins de 25 000\$
(3) ☐ Entre 25 000\$ et moins de 35 000\$ (4) ☐ Entre 35 000\$ et moins de 45 000\$
(5) ☐ Entre 45 000\$ et moins de 55 000\$ (6) ☐ 55 000\$ et plus
(7) ☐ Aucun revenu (8) ☐ Ne sais pas
(9) ☐ Ne s'applique pas
8. Depuis combien de temps êtes-vous en thérapie avec votre thérapeute actuel?
- _____
9. Si vous connaissez le nombre de séances de thérapie que vous avez eues avec votre thérapeute actuel, s.v.p. l'indiquer : _____ séances.
10. Avez-vous été en thérapie avec d'autres thérapeutes, à l'exception de votre thérapeute actuel?
- (1) ☐ Oui Si oui, à part votre thérapeute actuel, avec combien d'autres thérapeute(s) avez-vous été en psychothérapie? _____
- (2) ☐ Non
11. À quelle fréquence rencontrez-vous votre thérapeute actuel? (par exemple, une fois par semaine, une fois aux deux semaines?)
- _____
12. Estimez le pourcentage de séances de thérapie où vous avez été présent :
- _____ %.

13. Rencontrez-vous des difficultés particulières à voir votre thérapeute? (par exemple, lieu de rencontre, horaire, etc.)?

(1) ☐ Oui Si oui, précisez la nature des difficultés rencontrées.

(2) ☐ Non

14. Payez-vous des honoraires pour la psychothérapie que vous suivez, ou ces honoraires sont-ils défrayés par une autre source?

(1) ☐ Je paie les honoraires

(2) ☐ Les honoraires sont défrayés par une autre source

15. Donnez une brève description des problèmes (ou motifs) qui vous ont amené à demander l'aide de votre thérapeute.

16. Prenez-vous actuellement un ou des médicaments en lien avec vos problèmes ou difficultés psychologiques?

(1) ☐ Non

(2) ☐ Oui Si oui, précisez le nom du ou des médicament(s) et/ou la raison pour laquelle vous le(s) prenez.

17. Depuis le début de vos consultations en psychothérapie, avez-vous vécu un(des) événement(s) stressant(s) (décès d'un proche, perte de travail, séparation, naissance, etc.)?

(1) ☐ Non

(2) ☐ Oui Si oui, précisez les événements que vous avez vécus.

Appendice C
Informations générales

INFORMATIONS GÉNÉRALES

1. Êtes-vous? (1) ☐ Femme (2) ☐ Homme
2. Âge : _____
3. Quel est votre état matrimonial actuel?
 - (1) ☐ Marié(e), y compris en union libre
 - (2) ☐ Célibataire
 - (3) ☐ Séparé(e) / Divorcé(e)
 - (4) ☐ Veuf / Veuve
4. Présentement, quelle est votre **principale** occupation? (cochez une seule réponse)
 - (1) ☐ Travail à temps plein
 - (2) ☐ Travail à temps partiel
 - (3) ☐ Chômage
 - (4) ☐ Retraite
 - (5) ☐ Études à temps plein
 - (6) ☐ Études à temps partiel
 - (7) ☐ Études à temps partiel et travail à temps partiel
 - (8) ☐ À la maison (entretien de la maison et/ou soins des enfants)
 - (9) ☐ Autre, précisez _____
5. Quel est votre plus haut niveau de scolarité? (cochez une seule réponse)
 - (1) ☐ Aucune scolarité
 - (2) ☐ Primaire non complété
 - (3) ☐ Primaire complété
 - (4) ☐ Secondaire non complété
 - (5) ☐ Secondaire complété
 - (6) ☐ Études collégiales non complétées
 - (7) ☐ Études collégiales complétées
 - (8) ☐ Certificat universitaire complété
 - (9) ☐ Baccalauréat universitaire non complété
 - (10) ☐ Baccalauréat universitaire complété
 - (11) ☐ Maîtrise complétée
 - (12) ☐ Doctorat complété

6. Quelle est votre estimation de votre revenu personnel total au cours des 12 derniers mois?
- (1) ☐ Moins de 15 000 \$ (2) ☐ Entre 15 000\$ et moins de 25 000\$
(3) ☐ Entre 25 000 \$ et moins de 35 000\$ (4) ☐ Entre 35 000\$ et moins de 45 000\$
(5) ☐ Entre 45 000\$ et moins de 55 000\$ (6) ☐ 55 000\$ et plus
(7) ☐ Aucun revenu (8) ☐ Ne sais pas
7. Si vous vivez en couple, quelle est votre estimation du revenu de couple total (les deux conjoints réunis avant impôt) au cours des 12 derniers mois?
- (1) ☐ Moins de 15 000\$ (2) ☐ Entre 15 000\$ et moins de 25 000\$
(3) ☐ Entre 25 000\$ et moins de 35 000\$ (4) ☐ Entre 35 000\$ et moins de 45 000\$
(5) ☐ Entre 45 000\$ et moins de 55 000\$ (6) ☐ 55 000\$ et plus
(7) ☐ Aucun revenu (8) ☐ Ne sais pas
(9) ☐ Ne s'applique pas
8. Depuis combien de temps êtes-vous en thérapie avec votre thérapeute actuel?
- _____
9. Si vous connaissez le nombre de séances de thérapie que vous avez eues avec votre thérapeute actuel, s.v.p. l'indiquer : _____ séances.
10. Avez-vous été en thérapie avec d'autres thérapeutes, à l'exception de votre thérapeute actuel?
- (1) ☐ Oui Si oui, à part votre thérapeute actuel, avec combien d'autres thérapeute(s) avez-vous été en psychothérapie? _____
- (2) ☐ Non
11. À quelle fréquence rencontrez-vous votre thérapeute actuel? (par exemple, une fois par semaine, une fois aux deux semaines?)
- _____
12. Estimez le pourcentage de séances de thérapie où vous avez été présent : _____ %.

13. Rencontrez-vous des difficultés particulières à voir votre thérapeute? (par exemple, lieu de rencontre, horaire, etc.)?

(1) ☐ Oui Si oui, précisez la nature des difficultés rencontrées.

(2) ☐ Non

14. Payez-vous des honoraires pour la psychothérapie que vous suivez, ou ces honoraires sont-ils défrayés par une autre source?

(1) ☐ Je paie les honoraires

(2) ☐ Les honoraires sont défrayés par une autre source

15. Donnez une brève description des problèmes (ou motifs) qui vous ont amené à demander l'aide de votre thérapeute.

16. Prenez-vous actuellement un ou des médicaments en lien avec vos problèmes ou difficultés psychologiques?

(1) ☐ Non

(2) ☐ Oui Si oui, précisez le nom du ou des médicament(s) et/ou la raison pour laquelle vous le(s) prenez.

17. Depuis le début de vos consultations en psychothérapie, avez-vous vécu un(des) événement(s) stressant(s) (décès d'un proche, perte de travail, séparation, naissance, etc.)?

(1) ☐ Non

(2) ☐ Oui Si oui, précisez les événements que vous avez vécus.

Appendice D
Directives aux clients

DIRECTIVES AUX CLIENTS
(À lire avant de distribuer le questionnaire)

Une étude en psychologie est présentement réalisée par des chercheurs de l'Université du Québec à Chicoutimi. Ils s'intéressent à certains facteurs qui peuvent affecter l'efficacité de processus thérapeutiques, notamment les motifs de consultation et la relation thérapeutique. La première étape de la recherche consiste à valider l'utilisation de certains instruments de mesure. Pour ce faire, les chercheurs ont besoin que des personnes comme vous complètent un questionnaire à trois moments durant le processus thérapeutique : en début de processus, après la quatrième entrevue et à la fin du processus. Les questions traitent essentiellement de vos pensées et de vos sentiments en regard de votre expérience de la thérapie. On m'a demandé de vous distribuer ce questionnaire que vous pouvez compléter sur place ou à la maison. Quand vous remplissez un questionnaire, il est très important que vous le fassiez dans un endroit tranquille où vous ne serez pas interrompu. Quand vous aurez rempli le formulaire de consentement et complété un questionnaire, nous vous demandons de les placer dans l'enveloppe ci-jointe et de la déposer dans la boîte identifiée à cet effet dans votre milieu de consultation. Elle sera récupérée par les chercheurs de l'Université.

Vous devez savoir que votre décision de compléter le questionnaire ne relève que de vous et qu'elle n'affectera en rien notre relation thérapeutique. En d'autres mots, vous avez le choix de participer ou non à cette recherche et vous ne serez d'aucune façon pénalisé pour votre décision. Vos réponses sont totalement confidentielles et anonymes. Nulle part dans le questionnaire vous n'aurez à indiquer votre nom. De plus, seuls les principaux chercheurs auront accès à vos réponses. Moi je ne les verrai jamais.

Vous trouverez des directives spécifiques avec le questionnaire de même que les noms et coordonnées des principaux chercheurs, si vous avez besoin d'entrer en contact avec eux pour des questions en rapport avec l'étude.

Appendice E
Formulaire de consentement du thérapeute

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DU THÉRAPEUTE

J'ai lu la description de l'étude réalisée à l'Université du Québec à Chicoutimi sous la direction des professeurs Gilles Lalande et Claudie Émond, visant à valider l'usage de certains instruments de mesure pour évaluer l'influence de certains facteurs sur l'efficacité des processus thérapeutiques. Je suis conscient que le questionnaire inclut certaines questions concernant leur perception du thérapeute, donc de moi et j'accepte que ce questionnaire soit complété.

Signature du thérapeute

Signature du chercheur

Date

Appendice F
Formulaire de consentement du client

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT :
PARTICIPATION À L'ÉTUDE DIRIGÉE PAR LES PROFESSEURS
GILLES LALANDE ET CLAUDIE ÉMOND
PORTANT SUR LA VALIDATION D'INSTRUMENTS DE MESURE
DE VARIABLES ASSOCIÉES À L'EFFICACITÉ DE
PROCESSUS PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES

Je consens à participer à l'étude portant sur la validation des instruments associés à l'efficacité de processus psychothérapeutiques. Je reconnais que je participe volontairement à cette étude. J'ai été informé(e) que cette étude vise à établir les qualités psychométriques de certains instruments de mesure.

J'ai été informé(e) que ma participation à l'étude requiert de remplir un/des questionnaire(s) portant sur différentes variables impliquées dans l'évaluation de l'efficacité de processus psychothérapeutiques.

J'ai aussi été informé(e) qu'il m'est possible à tout moment de mettre fin à ma participation à l'étude sans subir de préjudice. Je reconnais que tous les renseignements à mon sujet demeureront strictement confidentiels, toutes les données étant regroupées pour réaliser les analyses statistiques requises aux fins de l'étude.

Je signe _____

Nom, Prénom(s) : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : (_____) _____

Date : _____ / _____ / _____
 Jour Mois Année

Les responsables de l'étude sont :
Gilles Lalande, Ph.D. Claudie Émond, Ph.D.
Université du Québec à Chicoutimi
Département des sciences de l'éducation et de psychologie
555, boul. de l'Université
Chicoutimi, Québec
G7H 2B1