

VALIDATION D'UNE VERSION FRANÇAISE DU *OUTCOME QUESTIONNAIRE* ET ÉVALUATION D'UN SERVICE DE COUNSELLING EN MILIEU CLINIQUE

Robert J. Flynn
Tim D. Aubry
Sophie Guindon
Isabelle Tardif
École de psychologie
& Centre de recherche sur les services communautaires
Université d'Ottawa
Ottawa, Ontario

Monique Viau
Anne Gallant
Centre local de services communautaires
& Centre d'hébergement et de soins de longue durée de Gatineau
Gatineau, Québec

Résumé: Le premier objectif de cette étude était d'évaluer la qualité psychométrique et la validité de la Mesure d'Impact-45 (MI-45) et la Mesure d'Impact-22 (MI-22), versions françaises du *Outcome Questionnaire* composées, respectivement, de 45 et 22 énoncés. Le deuxième objectif était d'évaluer, au moyen de la MI-22, un service de counselling offert en français et situé en milieu clinique au Québec, ce qui permettait d'acquérir des informations supplémentaires sur la sensibilité au changement et l'utilité clinique de la MI-22. Onze intervenants dispensaient des services à 216 clients (dont 80% de sexe féminin) pendant la période de l'étude. La MI-22 avait un haut niveau de cohérence interne (coefficient alpha = .88) et était fortement corrélée avec la Liste de Symptômes-10, forme abrégée de la Liste de Symptômes-90-R. Quatre-vingt dix clients ayant participé à au moins huit sessions de counselling ont fait des progrès significatifs sur les plans clinique et statistique. Des 107 clients ayant complété le processus de counselling pendant la période de la recherche, 37% se sont rétablis, 29% se sont améliorés, 24% n'ont connu

Correspondance à l'auteur: Robert J. Flynn, Centre de recherche sur les services communautaires et École de psychologie, Université d'Ottawa, 34 rue Stewart, Ottawa, Ontario K1N 6N5; <rfflynn@uottawa.ca>

aucun changement significatif, et 10% se sont détériorés. Soixante-dix clients contactés par téléphone après le processus de counselling exprimaient un haut niveau de satisfaction concernant la prestation reçue, tout en formulant des suggestions axées sur l'amélioration du service. La MI-22 était jugée utile autant par les clients que par les intervenants.

Abstract: The first purpose of this study was to assess the psychometric quality and validity of the Mesure d'Impact-45 (MI-45) and the Mesure d'Impact-22 (MI-22), French translations of 45-item and 22-item versions, respectively, of the *Outcome Questionnaire*. The second purpose was to evaluate, by means of the MI-22, a French-language counselling program located in a clinical setting in Quebec, which provided additional information on the sensitivity to change and clinical utility of the MI-22. Eleven counsellors served a total of 216 clients (80% women) during the period of the study. The MI-22 had good internal consistency (coefficient alpha = .88) and correlated well with a criterion measure, the SCL-10, a short form of the SCL-90-R. Ninety clients who had taken part in at least eight counselling sessions made clinically and statistically significant progress. Of 107 clients completing counselling during the study period, 37% recovered, 29% improved, 24% experienced no change in functioning, and 10% deteriorated. Seventy clients who had completed a post-counselling telephone interview expressed a high level of satisfaction with the program, while also making suggestions for service improvement. The MI-22 was seen as useful by both clients and counsellors.

■ L'évaluation des résultats du counselling et de la psychothérapie en milieu clinique est en train de devenir un domaine important de la recherche appliquée. Autrefois réservée principalement au laboratoire universitaire, l'évaluation de l'efficacité du counselling et de la psychothérapie a de plus en plus tendance à s'effectuer en milieu clinique (Lyons, Howard, O'Mahoney, & Lish, 1997). Par ailleurs, le mouvement préconisant l'évaluation des résultats des interventions est devenu un phénomène international et n'est pas lié à un cadre particulier de financement des services, tel le «managed care» aux États-Unis (Andrews, 1995). Cette nouvelle orientation est due à plusieurs facteurs (Lyons et al., 1997). D'abord, la logique du meilleur rapport qualité-prix est de plus en plus adoptée par les gouvernements et les organismes dans le domaine des services sanitaires et sociaux, d'où l'importance d'évaluer la qualité et le rendement des services. Deuxièmement, dans des domaines tels que la santé mentale, l'influence du mouvement des usagers va croissant depuis plusieurs années et soulève la ques-

tion de la qualité et de la valeur concrète des services. Troisièmement, l'avancement des technologies informatiques facilite la compilation et l'analyse routinières des données en milieu clinique. Finalement, de nouvelles mesures de l'impact du counselling destinées surtout aux intervenants (plutôt qu'aux chercheurs) commencent à être publiées, rendant possible l'évaluation par les intervenants de l'efficacité et de la qualité de leurs propres services.

Au plan historique, les premiers instruments élaborés dans le but de mesurer l'impact du counselling et de la psychothérapie se sont souvent révélés peu adéquats du point de vue psychométrique (Lambert, 1983). En général, ces outils n'étaient pas standardisés et la plupart reflétait uniquement l'opinion subjective du thérapeute. Lambert, Ogles et Masters (1992) et Froyd, Lambert et Froyd (1996) ont trouvé pas moins de 1,430 différentes mesures des effets du counselling et de la psychothérapie. La majorité était de confection «maison» et avait peu de fondements empiriques. Cela signifiait que les intervenants et les services de counselling couraient le risque de prendre des décisions à partir de données peu fiables (Wells, Burlingame, Lambert, Hoag, & Hope, 1996).

Plus récemment, l'intérêt croissant porté à l'évaluation de l'impact des services de counselling et de psychothérapie en milieu clinique s'est traduit par le développement de quelques mesures plus adéquates, qui respectent plusieurs critères importants (Burlingame, Lambert, Reisinger, Neff, & Mosier, 1995). D'abord, ces nouvelles mesures sont utiles pour l'intervenant parce qu'elles fournissent un profil du progrès du client d'une session à l'autre, c'est-à-dire qu'elles peuvent être administrées de façon répétée tout au long du processus d'intervention, à l'encontre des outils traditionnels conçus pour être administrés principalement en début et en fin d'intervention. Ensuite, ces mesures sont faciles à utiliser, du point de vue de leur administration, de leur correction, et de leur interprétation et du fait qu'elles n'occasionnent pas de coûts supplémentaires importants. Aussi, ces nouvelles mesures sont standardisées, afin de pouvoir fournir des données fiables et comparables d'une situation à l'autre. Finalement, ces nouveaux instruments permettent une évaluation rapide du potentiel de risque du client, ce qui permet de déceler la sévérité du cas dès le début de l'intervention.

À l'heure actuelle, il existe quatre systèmes qui évaluent la qualité des services de counselling et de psychothérapie par un suivi constant du client lors du processus d'intervention: le *Outcome Questionnaire* (OQ; Lambert, Hansen, & Finch, 2001); le *COMPASS*

Treatment Assessment System (Lueger, Howard, Martinovich, Lutz, Anderson, & Grissom, 2001); le *Stuttgart-Heidelberg Model* (S-HM; Kordy, Hannöver, & Richard, 2001); et le *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure* (CORE-OM; Barkham et al., 2001). Selon Beutler (2001), qui s'est livré à une comparaison des quatre systèmes, chacun comporte des avantages et des inconvénients: le S-HM, par exemple, est beaucoup plus long à administrer que le CORE-OM, tandis que le OQ et le COMPASS fournissent de la rétroaction utile au clinicien sous forme graphique. Lorsque nous avons commencé notre recherche en 1997, le CORE-OM n'existait pas encore. À l'époque, le COMPASS (Howard, Moras, Brill, Martinovich, & Lutz, 1996) et le OQ (Lambert, Okiishi, Finch, & Johnson, 1998) nous paraissaient être les instruments les plus couramment utilisés dans le milieu clinique et les mieux appuyés par une quantité appréciable de recherches. Chacun permettait à l'intervenant d'évaluer l'état du client à chaque session de counselling et, au fil des sessions, de dresser un profil individuel du client. Le COMPASS, employé surtout dans le secteur privé des services sociaux et sanitaires aux États-Unis, était sensiblement plus long et plus coûteux à administrer que le OQ, dont on se servait surtout dans le secteur des services publics. Étant donné que notre recherche situait dans le secteur public et que nous avions besoin d'un instrument concis et peu coûteux, nous avons choisi d'utiliser le OQ.

La version du OQ la plus utilisée comporte un total de 45 énoncés (OQ-45). Pour le clinicien, le OQ-45 a l'avantage considérable de permettre l'identification d'un client soit comme membre de la population «fonctionnelle», soit comme membre de la population «clinique», en fonction de son score total. Si son score total est de 63 ou plus, le client est identifié comme appartenant à la population dite clinique. Si son score est inférieur à 63, il est considéré membre de la population fonctionnelle (Lambert et al., 1998). Par ailleurs, un changement de 15 points au OQ-45 est considéré significatif au plan clinique (Lambert et al., 1998), selon les indices de Jacobson, Follette, et Revenstorf (1984). Cependant, d'après les membres de l'équipe clinique qui étaient nos partenaires dans cette étude, l'OQ-45, tout en étant un instrument très intéressant en contexte de travail clinique, paraissait trop long pour être utilisé à chaque session de counselling. Ils souhaitaient donc une version plus courte de l'instrument, en français. Nous avons donc fait traduire en français l'OQ-45 et l'OQ-22 de Lambert et Burlingame (1996a, 1996b). Le premier objectif de notre étude était de vérifier la qualité psychométrique (i.e., la cohérence interne et la validité) de la version française de la OQ-45 ainsi que celle du OQ-22.

Le bilan des recherches sur l'efficacité du counselling et de la psychothérapie depuis les années 1930, effectuées la plupart du temps dans un contexte de laboratoire universitaire, est généralement positif. Lipsey et Wilson (1993), par exemple, ont noté que le counselling et la psychothérapie ont des effets positifs en général, et Lambert et Bergin (1994) affirment que ces interventions sont la plupart du temps efficaces pour la majorité des clients. Par ailleurs, les clients de ces services se montrent d'habitude satisfaits (Nguyen, Attkisson, & Stegner, 1983). À la lumière de ce bilan encourageant, notre deuxième objectif était de vérifier l'hypothèse que les clients du service de counselling en question feraient des progrès significatifs et qu'ils seraient satisfaits de la prestation reçue.

MÉTHODE

Participants

Deux cent seize clients ont participé à la recherche, dont 80% de sexe féminin. Tous les participants étaient des clients adultes francophones qui, entre 1997 et 2000, avaient reçu des services de counselling et de psychothérapie en français d'un Centre local de services communautaires (CLSC) situé au Québec. Onze intervenants (dont la plupart étaient des travailleurs sociaux) dispensaient les services en question et collaboraient à l'étude. En moyenne, chaque intervenant desservait 20 clients (médiane = 16, minimum = 1, maximum = 50). Il est à signaler que 84% des 206 clients pour lesquels nous avons des scores MI-45 à la première session avaient un score égal ou supérieur à 63, les situant donc dans la zone «clinique» de la santé mentale au début du processus de counselling (Lambert et al., 1998). Quant à la faible proportion d'hommes — ils ne constituaient que 20% de l'échantillon—elle s'expliquerait de trois façons, d'après les intervenants: une disposition plus faible chez les hommes à chercher de l'aide psychologique, une tendance plus marquée chez les hommes, lorsqu'ils ont recours à l'aide psychologique, à la recevoir en milieu de travail, et la pratique du CLSC de référer les personnes (en majorité des hommes) se présentant avec des problèmes d'alcoolisme, de toxicomanie, ou de violence contre leur partenaire directement à des centres spécialisés.

Dans les dossiers des clients, le formulaire socio-démographique était souvent incomplet. L'âge moyen des 210 participants ayant répondu à cette question était de 36.2 ans (l'âge médian = 36 ans, $ET = 9.3$, minimum = 20, maximum = 64). Parmi les 124 clients ayant indi-

qué leur niveau de scolarité, le plus haut niveau d'éducation atteint était l'école primaire pour 4%, l'école secondaire pour 56%, le collège d'enseignement général et professionnel (CEGEP) pour 24%, et l'université pour 16%. D'après les réponses fournies par 168 clients, 41% travaillaient à temps complet, 18% travaillaient à temps partiel, 25% étaient à la maison, 15% étaient en arrêt de travail pour raison médicale, et 1% suivaient des cours. Parmi les 170 participants ayant indiqué leur statut civil, 27% étaient mariés et vivaient avec leur conjoint, 16% vivaient en union libre avec leur conjoint, 28% étaient célibataires, 17% étaient séparés, 11% étaient divorcés, et 2% étaient veufs. Les clients avaient participé en moyenne à 9.7 sessions de counselling (nombre médian = 7 sessions, *ET* = 7.6, minimum = 1, maximum = 38).

Instruments

Mesure d'Impact-45 (MI-45)

La MI-45 est la version française que nous avons préparée à partir de l'OQ-45. Les 45 énoncés de la version longue de l'OQ se répartissent en trois sous-échelles, correspondant aux trois dimensions fondamentales de la santé mentale préconisée par Lambert et ses collègues (Wells et al., 1996): les symptômes intrapsychiques de détresse, les relations interpersonnelles et la performance des rôles sociaux. La sous-échelle des symptômes de détresse inclut des énoncés mesurant les conditions les plus courantes, la dépression et l'anxiété. Elle comprend aussi des «énoncés critiques» qui détectent, respectivement, le risque de suicide et d'abus de drogues et d'alcool. La sous-échelle des relations interpersonnelles comprend des énoncés mesurant la satisfaction ainsi que les difficultés du client dans ses relations avec autrui. La sous-échelle de la performance dans les rôles sociaux mesure le niveau d'insatisfaction, de conflit, de détresse et d'incompétence dans les tâches reliées à l'emploi, aux rôles familiaux et aux loisirs du client. Ensemble, ces trois sous-échelles mesurent l'expérience subjective et le fonctionnement global de la personne. Il faut signaler qu'en plus de mesurer la présence ou l'absence de symptômes, l'OQ cherche également à mesurer la présence de sentiments positifs (Burlingame et al., 1995).

D'après Lambert et al. (1998), la qualité psychométrique de l'OQ-45 est bonne: les coefficients de fiabilité test-retest sont supérieurs à .70 et même .80, et les indices de cohérence interne sont souvent au-dessus de .90. Toujours selon Lambert et al. (1998), la validité de

l'OQ-45 est également bonne. Il existe des corrélations importantes entre l'outil et d'autres mesures de détresse symptomatique (e.g., la corrélation entre l'OQ-45 et le *Symptom Checklist-90-Revised* [Dérégatis, 1993] est de .72 et celle entre l'OQ-45 et le *Beck Depression Inventory* [Beck, Steer, & Garbin, 1988] est de .80). L'OQ-45 a d'importantes corrélations également avec des mesures de difficultés interpersonnelles et d'ajustement aux rôles sociaux (e.g., il existe une corrélation entre l'OQ-45 et le *Social Adjustment Rating Scale* [Weissman & Bothwell, 1976] de .62 et entre l'OQ-45 et le *Inventory of Interpersonal Problems* [Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno, & Villasenor, 1988] de .60).

Mesure d'Impact-22 (MI-22)

Nous avons choisi la MI-22, à la fois forme abrégée du MI-45 et version française du OQ-22 (Lambert & Burlingame, 1996b), comme instrument principal de notre évaluation du programme de counselling, l'équipe d'intervenants étant d'avis que la MI-45 était trop longue pour être utilisée à chaque session de counselling. En l'absence de données psychométriques préalables sur la OQ-22, nous nous attendions à ce que les données psychométriques sur la MI-22 soient semblables, bien qu'un peu plus faibles, que celles de la MI-45, étant donné la longueur moindre de la MI-22.

Afin d'interpréter la MI-45 et la MI-22 de façon satisfaisante, l'intervenant doit d'abord tenir compte de la réponse du client aux énoncés critiques mesurant le potentiel de suicide, l'abus de substances illégales, et le potentiel de violence au travail. Les réponses aux énoncés critiques ayant un score supérieur à «0» (0 = «jamais», 4 = «toujours») doivent être immédiatement explorés par l'intervenant. En ce qui concerne le score total, plus il est élevé, plus il est révélateur de symptômes de détresse ainsi que de difficultés dans les relations interpersonnelles et au plan des rôles sociaux.

Jacobson et al. (1984) ont défini comme changement clinique significatif le point où une intervention amène le client à l'extérieur de la zone dysfonctionnelle de la population, c'est-à-dire, à l'intérieur de la zone fonctionnelle. À partir de cette définition, Jacobson et Truax (1991) ont proposé un indice de changement fiable («reliable change index») servant à déterminer si un changement mesuré chez un client est significatif au niveau clinique. Pour la MI-45 et la MI-22, nous avons adopté les mêmes points de repère que ceux établis pour le OQ-45 (Lambert et al., 1998) et pour la MI-22 (Lambert & Burlingame, 1996b): des seuils de démarcation entre les zones fonc-

tionnelles et dysfonctionnelles de 63 pour la MI-45 et de 30 pour la MI-22, ainsi que des seuils de changement (positif ou négatif) considérés comme significatifs au plan clinique de 15 points pour la MI-45 et de 7 points pour la MI-22.

Liste des Symptômes-10 (LS-10)

Afin d'obtenir des indices de la validité de la MI-45 et de la MI-22, nous nous sommes servis de la LS-10. Celle-ci, version française du *Symptom Checklist-10* (Nguyen et al., 1983), est composée de 10 énoncés tirés de la Liste de Symptômes-90-R (Dérogatis, 1993). La LS-10 mesure surtout des symptômes d'anxiété et de dépression.

Questionnaire de Satisfaction du Consommateur (QSC-11)

À la version française du *Client Satisfaction Questionnaire* de huit énoncés (i.e., le Questionnaire de Satisfaction du Consommateur [QSC-8]; Sabourin, Pérusse, & Gendreau, 1989), qui évalue la perspective des clients sur les différents aspects d'un service donné (e.g., sa qualité, son efficacité, et sa correspondance avec les besoins du client), nous avons ajouté trois autres énoncés, tirés d'une version française plus longue du *Client Satisfaction Questionnaire* (Nguyen et al., 1983), le QSC-18 (Sabourin et al., 1989). Ces trois énoncés supplémentaires concernaient la satisfaction du client avec la confidentialité du service et la compétence du thérapeute. Nous avons pu compléter le QSC-11, en entrevue téléphonique, avec 70 clients après le processus de counselling. Finalement, plusieurs questions ouvertes ont été posées aux clients lors de l'entrevue téléphonique: s'ils auraient voulu recevoir d'autres services, obtenir des suggestions relatives au service de counselling, et ainsi de suite.

Procédure

Pour traduire les deux versions du OQ, à 45 et à 22 énoncés respectivement, nous avons utilisé la technique du «back-translation», qui consiste à traduire les énoncés dans la langue désirée (française), puis à faire retraduire la nouvelle version dans la langue originale (anglaise) par une autre personne bilingue (Brislin, 1993). La nouvelle version est considérée adéquate si les deux versions dans la langue originale sont équivalentes.

Les participants ont été recrutés par leur intervenant au commencement de leur thérapie. La MI-22 a été présentée comme un ins-

trument clinique utilisé pour suivre l'évolution du client au cours du counselling et pour guider l'intervenant dans la poursuite de ses objectifs thérapeutiques. Les clients savaient que l'utilisation de la MI faisait partie d'une recherche et leur participation était tout à fait volontaire. Un formulaire de consentement était rempli par chaque client qui acceptait de participer à la recherche. Les participants ont complété la MI-45 et la LS-10 au début de leur première session de counselling et la MI-22 au début de chaque session subséquente. Après la fin du processus de counselling, nous avons essayé de joindre par téléphone les clients desservis lors de la première année de la recherche pour connaître leur degré de satisfaction avec le service reçu.

Lors de la première session nous avons réussi à obtenir des scores MI-45 sur 206 participants et des scores MI-22 sur 210 clients (l'intervenant ayant administré la MI-22 au lieu de la MI-45 dans le cas de quatre clients). Lors de la deuxième session, nous avons obtenus des scores MI-22 sur 200 clients. Nous n'avons réussi lors de la première session à avoir des scores LS-10 que sur 165 clients, parce que certains intervenants n'avaient pas administrés la LS-10 à tous leurs clients au début du processus de counselling. Finalement, nous avons complété des entrevues téléphoniques avec 70 participants, moyennant le QSC-11.

ANALYSE DES DONNÉES

Puisque la MI-22 est composée d'énoncés provenant des 45 énoncés de la MI-45, il est possible d'obtenir un score total pour la MI-22 dès la première session en se basant sur la MI-45. Les intervenants ont donc administré la MI-45 lors de la première session, afin de pouvoir recueillir le maximum d'information clinique sur les clients au début du processus de counselling et comparer nos résultats avec ceux de Lambert et de ses collègues (dont les résultats publiés se rapportent presque exclusivement au OQ-45).

Nous avons calculé la cohérence interne de la MI-45 à la première session et celle de la MI-22 à la deuxième session. Ensuite, nous avons examiné la validité de la MI-45 et de la MI-22 (i.e., celle complétée au début de la deuxième session) en calculant leur corrélation avec la LS-10.

Après ces analyses préliminaires, nous avons fait une analyse des changements de score sur la MI-22 pour les 107 clients qui avaient

reçu au moins deux sessions de counselling et qui avaient terminé leur thérapie. (Pour être précis, nous avons comparé les scores MI-22 de ces clients au début de leur première session et au début de leur dernière session). En faisant cette analyse, nous avons suivi la méthode de Lambert et al. (1998) pour l'OQ-45, adaptée à la MI-22. Nous avons donc défini les quatre résultats possibles de la façon suivante:

- *rétablissement* du fonctionnement normal du client: si le client avait un score MI-22 à la première session de 30 ou plus, si le score avait baissé de sept points ou plus au cours du counselling, et si le score final était inférieur à 30.
- *amélioration* du fonctionnement du client: si le score MI-22 avait baissé de sept points ou plus entre la première et la dernière session, sans avoir franchi le seuil de 30 (c'est-à-dire, si le score avait commencé et fini au-dessus de 30 ou en-dessous de 30).
- *aucun changement* dans le fonctionnement du client: si le score MI-22 avait baissé ou monté de moins de sept points entre la première et la dernière session de counselling.
- *détérioration* du fonctionnement du client: si le score MI-22 du client avait augmenté de sept points ou plus.

Ces quatre résultats possibles découlent de l'application des deux critères mentionnés plus haut: un changement considéré significatif sur le plan clinique (i.e., une augmentation ou une baisse de sept points ou plus à la MI-22), et le passage de la zone dysfonctionnelle (i.e., un score total à la MI-22 de 30 ou plus) à la zone fonctionnelle (un score de 29 ou moins). Les deux critères s'appliquent à la définition du premier résultat (i.e., les clients «rétablis» sont des «améliorés» qui sont également passé de la zone dysfonctionnelle à la zone fonctionnelle), tandis que seul le premier critère s'applique à la définition des trois autres résultats (i.e., l'amélioration, aucun changement, et la détérioration).

En utilisant les données des 90 sujets qui avaient complété la MI-22 au début d'au moins huit sessions, nous avons fait un test multivarié à mesures répétées afin de vérifier s'il y avait une baisse significative dans la détresse moyenne des clients au fil du processus de counselling. Nous avons choisi ce nombre de sessions (i.e., huit) parce qu'il s'approchait à la fois du nombre moyen (9.7) et du nombre médian (sept) de sessions de l'échantillon tout entier. Nous souhaitions également avoir un nombre suffisant de participants

lors de cette analyse afin que le test multivarié ait un niveau élevé de puissance statistique.

Finalement, nous avons examiné le niveau de satisfaction des clients à propos du counselling qu'ils avaient reçu. Les réponses sur les questions ouvertes ont aussi été examinées en constatant les réponses les plus fréquentes qui ont été rapportées.

RÉSULTATS

Cohérence interne des mesures et corrélations entre la MI-22, la MI-45, et la LS-10

Nous avons obtenu un coefficient alpha (indice de cohérence interne) de .92 pour la MI-45, de .88 pour la MI-22 (calculé à la deuxième session), de .85 pour la LS-10, et de .95 pour le QSC-11. Quant à la corrélation Pearson entre la MI-22 (à la deuxième session) et la MI-45 (à la première session), $r(193) = .76$ ($p < .001$); entre la MI-22 et la LS-10, $r(153) = .64$ ($p < .001$); et entre la MI-45 et la LS-10, $r(206) = .79$ ($p < .001$).

Progrès des clients ayant terminé le processus de counselling

Chez les 107 clients qui avaient terminé le processus d'intervention après avoir reçu au moins deux sessions de counselling, 37% s'étaient rétablis, 29% s'étaient améliorés, 24% n'avaient connu aucun changement dans leur fonctionnement, et 10% s'étaient détériorés. Par ailleurs, un test-*t* a démontré que ces clients avaient connu une baisse importante en moyenne de 12.4 points dans leur score MI-22 entre leur première session (moyenne = 41.4, $ET = 11.4$) et leur dernière session (moyenne = 29.0, $ET = 13.6$). Cette baisse était significative au plan clinique (puisque'elle était supérieure au critère de sept points) comme au plan statistique ($t[106] = 8.80$, $p < .001$).

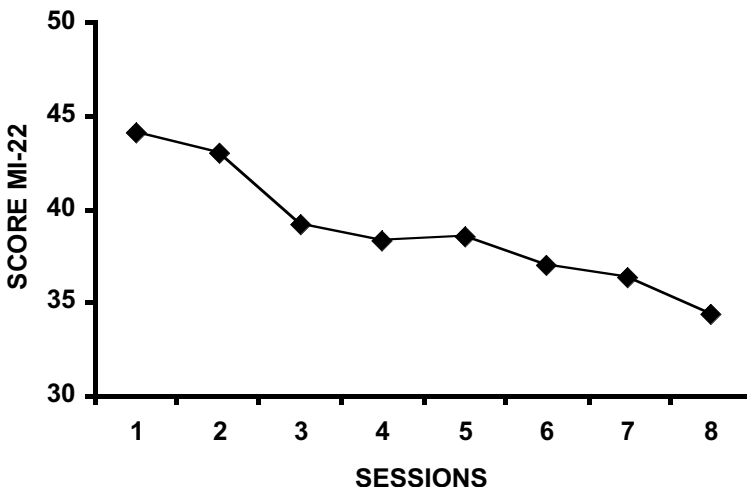
Progrès des clients au fil des sessions de counselling

La Figure 1 présente l'évolution (en termes de scores MI-22 moyens) des 90 participants qui avaient terminé au moins huit sessions de counselling à la dernière collecte de données. En tant que groupe, ces 90 clients avaient une moyenne de 43.5 ($ET = 12.3$) au début de la première session et une moyenne de 33.1 ($ET = 13.5$) au début de la huitième. Cette amélioration de 10.4 points en moyenne au fil

des huit occasions de mesure était significative sur le plan clinique, en dépassant le critère de sept points, et sur le plan statistique (λ de Wilks = .51, $F[7, 83]$ multivarié = 11.39, $p < .001$). Par ailleurs, elle avait une forme linéaire ($F[1, 89] = 49.37$, $p < .001$), le composant quadratique du profil des scores n'étant pas significatif ($F[1, 89] = 3.34$, *ns*).

Nous avons calculé des contrastes entre toutes les moyennes MI-22 de la Figure 1, tout en utilisant la procédure de Bonferroni (Stevens, 1986) pour maintenir le niveau réel de signification statistique (i.e., le niveau du alpha) à .05. Les moyennes aux deux premières sessions n'étaient pas significativement différentes ($p > .61$), mais les moyennes observées aux sessions trois à huit étaient sans exception inférieures aux moyennes des deux premières sessions ($p < .001$ pour tous ces contrastes sauf celui entre la session deux et la session cinq, où $p < .01$). Finalement, la moyenne à la huitième session était inférieure à la moyenne de la troisième ($p < .006$) et de la cinquième session ($p < .006$). On peut conclure qu'en tant que groupe, les clients ont fait des progrès importants à partir du début de la troisième session (i.e., après avoir reçu leur deuxième session de counselling), et qu'au début de la huitième session ils avaient amé-

Figure 1
Progrès des 90 clients ayant complété la MI-22 au début d'au moins huit sessions de counselling



lioré leur niveau de détresse par rapport à la troisième et à la cinquième session.

Satisfaction des clients relative au service de counselling

Sur le QSC-11, la moyenne des 70 clients qui avaient participé à l'entrevue téléphonique était de 38.2 ($ET = 6.8$, score médian = 41, minimum = 14, maximum = 44). En divisant le score total par le nombre d'énoncés (i.e., 11), nous avons obtenu un score moyen de 3.5 (score médian = 3.7), sur une échelle où 1 = Très insatisfait, 2 = Indifférent ou un peu satisfait, 3 = Assez satisfait, et 4 = Très satisfait. Donc, les clients se situaient en moyenne entre les niveaux «assez satisfait» et «très satisfait», et leur score médian les rapprochait plutôt du niveau «très satisfait».

La corrélation entre le QSC-11 et la MI-22 (au début de la deuxième session) n'était pas significative ($r[65] = -.15$, ns), identique à la corrélation entre le QSC-11 et la MI-45 ($r[68] = -.15$, ns). Le QSC-11 n'était pas corrélé non plus avec le nombre de sessions de counselling dont le client avait fait l'expérience ($r[70] = .11$, ns). Par contre, le QSC-11 était positivement corrélé avec le progrès fait par le client entre la première et dernière session, c'est-à-dire, avec l'importance de la réduction dans son niveau de détresse: $r(67) = .34$, $p < .004$.

Les réponses données par les clients aux questions ouvertes étaient largement positives. Plusieurs clients ont mentionné l'efficacité de leur thérapeute et la bonne qualité du service. Ils ont également apprécié le climat de confiance et de respect, la flexibilité et la disponibilité des thérapeutes, ainsi que la simplicité de l'approche qui permet au client de cerner ses propres forces. Plusieurs personnes ont toutefois souligné que le service était difficile d'accès et que la liste d'attente était trop longue. Certains auraient également aimé avoir la possibilité d'accès à un service d'urgence pour les soirs et les fins de semaine. Plusieurs personnes se sont dites rassurées de savoir qu'elles pouvaient retourner au programme de counselling en tout temps.

DISCUSSION

Les résultats de cette recherche étaient positifs sur les plans de la qualité psychométrique, de la validation de la MI-22, et de l'évaluation du service de counselling. D'abord, la MI-22, comme la MI-45, faisait preuve d'une bonne cohérence interne et était fortement

corrélée avec une autre mesure de détresse psychologique, la LS-10. Ces résultats étaient semblables à ceux rapportés par Lambert et Burlingame (1996a, 1996b) sur le OQ-45 et suggèrent que la MI-22, comme la MI-45, a des attributs psychométriques satisfaisants et une validité prometteuse.

Ensuite, la MI-22 s'est montrée sensible aux progrès réalisés par les clients: il y a eu une baisse significative dans les scores MI-22 aux plans clinique et statistique, et l'importance de cette baisse était positivement corrélée avec le degré de satisfaction des clients avec la prestation reçue. Aussi, les deux tiers des clients s'étaient rétablis ou améliorés à la fin du processus de counselling. Il s'agit d'un chiffre comparable au taux de rétablissement ou d'amélioration de 60% observé par Lambert et al. (1998) dans une pratique privée ainsi qu'aux résultats plus généraux rapportés dans la littérature scientifique sur la psychothérapie (Lambert & Bergin, 1994; Lipsey & Wilson, 1993).

En ce qui concerne l'utilité clinique de la MI-22, les intervenants ont observé que les clients, en général, étaient réceptifs à l'utilisation de l'outil. Les intervenants préféraient la forme abrégée de l'instrument à la version longue et remarquaient que la MI-22 semblait être un indicateur sensible de l'état général du client en reflétant fidèlement les changements vécus de session en session. L'outil semblait permettre aux intervenants de suivre plus concrètement le progrès des clients, de mieux planifier les objectifs de l'intervention, et de prendre des décisions plus éclairées quand il s'agissait de mettre un terme au processus de counselling. Dans les cas où le profil du client indiquait une amélioration d'une session à l'autre, l'intervenant était encouragé à continuer son intervention dans le même sens. Dans les cas où le profil suggérait soit peu de changement, soit une nette détérioration, le clinicien était invité à considérer d'autres options thérapeutiques.

Évidemment, certaines précautions s'imposent lors de l'interprétation de la MI-22. Certains participants avouaient à leur intervenant avoir parfois tendance à vouloir faire baisser leur score dans le but d'accélérer le rythme de leur progrès. Il paraît donc important que l'intervenant ne s'appuie pas exclusivement sur la MI-22 dans ses prises de décisions thérapeutiques et qu'il se fie également à son jugement clinique. De plus, puisque les symptômes mesurés par l'instrument relèvent surtout des domaines de la dépression et de l'anxiété, il est possible que l'instrument ne soit pas très sensible aux

problèmes spécifiques d'un autre ordre. La MI-22 ne donne qu'un aperçu *global* du fonctionnement et de l'évolution du client et ne remplace en aucun cas les outils d'évaluation psychologique plus spécifiques.

Un certain nombre de limites à cette recherche doivent être mentionnées, parmi lesquelles un nombre restreint de participants ayant terminé leur processus de counselling au moment de la dernière collecte de données, un nombre limité de clients ayant pu communiquer leur niveau de satisfaction relative au counselling reçu, et une faible proportion d'hommes dans l'échantillon. Il n'en reste pas moins que l'étude actuelle est parmi les toutes premières à avoir utilisé un instrument en français pour suivre l'évolution d'un groupe de clients tout au long du processus de counselling, surtout en milieu clinique. En tant qu'instrument axé sur le client, la MI-22 permettrait aux chercheurs francophones de réduire sensiblement l'écart qui trop souvent sépare les mondes de la pratique et de la recherche. Utiliser un instrument tel que la MI-22 pour suivre l'évolution du client et pour améliorer le counselling est une forme de gestion de la prestation axée sur les résultats. Cette forme d'évaluation, qui met la collecte et l'analyse routinières des données sur les résultats au service de l'amélioration de la prestation, s'avère de plus en plus fréquente dans les secteurs public et parapublic dans plusieurs pays (Mayne, 2001; Plantz, Greenway, & Hendricks, 1996).

NOTE DES AUTEURS

Nous tenons à remercier Geneviève Dubois-Flynn et Mariette Blouin de leur aide lors de la préparation de ce manuscrit. Nous remercions également les deux évaluateurs anonymes.

RÉFÉRENCES

- Andrews, G. (1995). Best practices in implementing outcome management: More science, more art, worldwide. *Behavioral Healthcare Tomorrow* 4(3), 19–24.
- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C., Benson, L., Connell, J., Audin, K., & McGrath, G. (2001). Service profiling and outcome benchmarking using the CORE-OM: Toward practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 184–196.

- Beck, A.T., Steer, R.A., & Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years later. *Clinical Psychology Review, 8*, 77–100.
- Beutler, L.E. (2001). Comparisons among quality assurance systems: From outcome assessment to clinical utility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 197–204.
- Brislin, R. (1993). *Understanding culture's influence on behavior*. San Diego, CA: Harcourt Brace Jovanovich.
- Burlingame, G.M., Lambert, M.J., Reisinger, C.W., Neff, W.M., & Mosier, J. (1995). Pragmatics of tracking mental health outcomes in a managed care setting. *Journal of Mental Health Administration, 22*, 226–236.
- Dérogatis, L.R. (1993). *SCL-90-R: Liste de Symptômes-90-R*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Froyd, J.I., Lambert, M.J., & Froyd, J.D. (1996). A review of practices of psychotherapy outcome measurement. *Journal of Mental Health, 5*, 11–15.
- 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). Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist, 51*, 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*, 12–19.
- Jacobson, N.S., Follette, W.C., & Revenstorf, D. (1984). Toward a standard definition of clinically significant change. *Behavior Therapy, 17*, 308–311.
- Kordy, H., Hannöver, W., & Richard, M. (2001). Computer-assisted feedback-driven quality for psychotherapy: The Stuttgart-Heidelberg Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 173–183.

- Lambert, M. J. (1983). Introduction to assessment of psychotherapy outcome: Historical perspective and current issues. Dans M.J. Lambert, E.R. Christensen, & S.S. DeJullo (Éds.), *The assessment of psychotherapy outcome*. New York: Wiley.
- 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* (4ème éd.). New York: Wiley.
- Lambert, M.J., & Burlingame, G.M. (1996a). *Outcome Questionnaire (OQ 45.2)*. Stevenson, NM: American Professional Credentialing Services.
- Lambert, M.J., & Burlingame, G.M. (1996b). *Outcome Questionnaire (OQ-HAI-22)*. Stevenson, NM: American Professional Credentialing Services.
- Lambert, M.J., Hansen, N.B., & Finch, A.E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 159–172.
- Lambert, M.J., Ogles, B.M., & Masters, K.S. (1992). Choosing outcome assessment devices: An organizational and conceptual scheme. *Journal of Counseling and Development, 70*, 517–523.
- Lambert, M.J., Okiishi, J.C., Finch, A.E., & Johnson, D.J. (1998). Outcome assessment: From conceptualization to implementation. *Professional Psychology: Research and Practice, 29*, 63–70.
- Lipsey, M.W., & Wilson, D.B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. *American Psychologist, 48*, 1181–1209.
- Lueger, R.J., Howard, K.I., Martinovich, Z., Lutz, W., Anderson, E.E., & Grissom, G. (2001). Assessing treatment progress of individual patients using expected treatment response models. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 150–158.
- Lyons, J.S., Howard, K.I., O'Mahoney, M.T., & Lish, J.D. (1997). *The measurement and management of clinical outcomes in mental health*. New York: Wiley.

- Mayne, J.J. (2001). Addressing attribution through contribution analysis: Using performance measures sensibly. *Canadian Journal of Program Evaluation, 16*, 1–24.
- 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.
- Plantz, M.C., Greenway, M.T., & Hendricks, M. (1996). Outcome measurement: Showing results in the nonprofit sector. *New Directions for Program Evaluation, 80*, 15–30.
- Sabourin, S., Pérusse, D., & Gendreau, P. (1989). Les qualités psychométriques de la version canadienne-française du Questionnaire de Satisfaction du Consommateur de services psychothérapeutiques (QSC-8 et QSC-18B). *Revue canadienne des sciences du comportement, 21*, 147–159.
- Stevens, J. (1986). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Wells, G.M., Burlingame, G.M., Lambert, M.J., Hoag, M.J., & Hope, C.A. (1996). Conceptualization and measurement of patient change during psychotherapy: Development of the Outcome Questionnaire and Youth Outcome Questionnaire. *Psychotherapy, 33*, 275–283.
- Weissman, M.M., & Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Archives of General Psychiatry, 33*, 1111–1115.