

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉTUDE EXPLORATOIRE DU SENTIMENT D'EFFICACITÉ PERSONNELLE DU PSYCHOLOGUE :  
ADAPTATION FRANCO-CANADIENNE DU COUNSELOR ACTIVITY SELF EFFICACY SCALES  
(CASES-Fr) ET ÉTUDE DE L'EFFET DE L'EXPÉRIENCE ET DE CELUI DE L'ÂGE SUR LA  
PERCEPTION DE COMPÉTENCE DES PSYCHOLOGUES CLINIENS NOVICES.

THÈSE  
PRÉSENTÉE COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR  
GIANCARLO COLLACCIANI

MARS 2016

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.07-2011). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier plusieurs personnes qui auront été sur mon chemin et m'auront permis de réaliser ce rêve.

Tout d'abord, je dois dire merci à mes parents Giancarlo Collacciani et Natalina DeProsperis qui ont quitté l'Italie pour venir s'établir au Canada et ensuite y fonder une famille. Sans leur courage et leur appui, ce projet n'aurait jamais été possible. Je tiens également à dire merci à ma conjointe Isabelle Cejka, pour sa patience et son soutien à travers ce processus particulièrement exigeant. À mon chien Wilson, qui aura été le plus fidèle des compagnons et une source de distraction indispensable lorsque j'en avais besoin. À mes amis Christopher Guibord et Christian Hands qui ont su comprendre ce qu'exige un projet doctoral et qui ont toujours été présents malgré mon peu de disponibilité ; « yes guys, that's what they teach me in school ! ». À David Lessard, mon petit frère doctoral. Un remerciement spécial pour Paul Carle qui m'aura accompagné et fait confiance tout au long de mon parcours universitaire.

Dans mon réseau professionnel et académique, plusieurs personnes ne peuvent passer sous silence. Tout d'abord, mon directeur Marc-Simon Drouin est le premier qui devrait être remercié. Il a vu et cru en mon potentiel, il m'a donné des conditions pour réussir et a su avoir une présence de qualité. Ensuite, je tiens à dire merci à mon codirecteur Gilles Dupuis qui s'est avéré une précieuse ressource sur le plan méthodologique et statistique, ainsi qu'une source de rigueur apaisante. Bien que ces derniers aient été en première ligne, plusieurs autres méritent ma plus sincère reconnaissance. Monsieur Stéphane Quinn,

Monsieur Christian Thiboutot et Madame Gisèle Denault, qui ont tous été à leur façon une source d'inspiration et de soutien, ainsi que des mentors exceptionnels. Merci également à Nathalie Girouard de l'OPQ pour son aide précieuse, ainsi qu'à tous ceux et celles qui ont contribué à chacune des étapes de ce projet. Je tiens également à remercier certains membres de mon jury pour leur implication.

Finalement, je tiens à remercier mes patients qui m'ont appris le travail que je fais depuis treize ans, ainsi que mes étudiants qui ont su se montrer curieux et stimuler ma passion pour l'enseignement.

## DÉDICACE

À toi, ma belle Eva qui est née en juillet.  
Cette thèse m'aura appris à être un pair.  
Toi, tu m'apprendras à être un père.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	i
DÉDICACE .....	iii
TABLE DES MATIÈRES.....	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	ix
LISTE DES FIGURES.....	xi
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES.....	xii
LISTE DES SYMBOLES ET UNITÉS.....	xiii
RÉSUMÉ.....	xiv
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
CADRE THÉORIQUE .....	5
1.1. Le développement professionnel.....	6
1.2. Le développement professionnel des psychologues .....	6
1.3. Le sentiment d'efficacité personnelle.....	7
1.4. Le développement du sentiment d'efficacité personnelle.....	8
1.5. Les impacts du sentiment d'efficacité personnelle sur les performances.....	10
1.6. Le sentiment d'efficacité personnelle du psychologue .....	12
1.7. La mesure du sentiment d'efficacité personnelle .....	14
1.8. Les écueils méthodologiques dans la mesure du SEPP .....	16
1.9. L'expérience et l'expertise .....	17
1.10. L'expérience clinique.....	20
1.11. L'expérience et l'expertise chez le psychologue .....	22
1.12. Les comparaisons entre novices et experts.....	25

1.13. Objectifs de recherche.....	26
<b>CHAPITRE II</b>	
<b>MÉTHODOLOGIE.....</b>	<b>29</b>
2.1. Objectifs spécifiques et questions de recherche.....	30
2.2. Questions et hypothèses de recherche .....	31
2.3. Échantillon et procédure .....	33
2.3.1. Recrutement.....	33
2.3.2. Composition de l'échantillon complet.....	34
2.4. Procédure .....	35
2.5. Instruments de mesure .....	36
2.5.1. Questionnaire sociodémographique.....	36
2.5.2. Counselor Activity Self Efficacy Scales (CASES).....	37
2.5.3. Version francophone du CASES (CASES-Fr) .....	41
2.6. Méthodologie de l'adaptation des mesures .....	45
2.6.1. Procédure de la traduction en 6 étapes.....	46
2.7. Considérations statistiques .....	49
2.7.1. Analyse factorielle exploratoire.....	49
2.7.2. Analyse factorielle confirmatoire.....	54
2.7.3. Analyses de cohérence interne .....	56
2.7.4. Stabilité temporelle.....	56
2.7.5. Analyse de régression linéaire simple .....	57
2.7.6. Test t pour échantillons appariés.....	58
2.7.7. Test t pour échantillons indépendants .....	59
2.7.8. Test de comparaison de corrélations .....	59
2.8. Conclusion.....	60
<b>CHAPITRE III</b>	
<b>ARTICLE 1.....</b>	<b>61</b>
<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>63</b>

INTRODUCTION .....	64
MÉTHODE .....	71
Traduction et vérification de l'équivalence.....	71
Vérification empirique de la version traduite.....	73
Recrutement .....	73
Sujets.....	74
Mesure.....	75
Matériel et procédure .....	75
Analyses.....	76
RÉSULTATS.....	77
Analyse factorielle confirmatoire.....	77
Analyse de cohérence interne.....	79
Stabilité temporelle .....	79
Sensibilité au changement sur une année (52 semaines).....	80
Analyses secondaires en fonction du nombre d'années d'expérience .....	80
DISCUSSION .....	81
Limites et forces de l'étude .....	83
Directions futures et recommandations.....	85
RÉFÉRENCES.....	87
CHAPITRE IV	
ARTICLE 2 .....	99
RÉSUMÉ .....	101
INTRODUCTION .....	102
MÉTHODE .....	105
Recrutement .....	105
Sujets.....	106
Mesure.....	107

Matériel et procédure .....	108
Analyses .....	109
<b>RÉSULTATS .....</b>	<b>110</b>
Contraste des solutions factorielles .....	111
Contraste de la sous-structure factorielle à partir des saturations.....	112
Relation linéaire entre le nombre d'années d'expérience clinique et le score .....	115
Effet de l'expérience clinique .....	115
Effet de l'expérience de vie sur les scores du questionnaire .....	116
Effet de la scolarité sur le SEPP .....	118
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>118</b>
Recommandations et directions futures .....	124
Limites de l'étude .....	125
Conclusion .....	126
<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>128</b>
<b>CHAPITRE V</b>	
<b>CONCLUSION SYNTHÈSE .....</b>	<b>139</b>
5. Synthèse des articles .....	141
5.1. Adaptation et validation du CASES-Fr (article 1).....	141
5.2. Effet de l'expérience clinique (article 2) .....	145
5.3. Effet de l'expérience de vie (article 2) .....	149
5.4. Tendance des psychologues à la surestimation de leur efficacité .....	154
5.5. Contributions de la thèse.....	156
5.6. Limites de la thèse .....	157
5.7. Recommandations et pistes de recherches futures .....	159
5.8. Conclusion.....	160

ANNEXES.....	clxiv
ANNEXE A .....	clxv
CERTIFICATION ETHIQUE .....	clxv
ANNEXE B .....	clxvi
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT .....	clxvi
ANNEXE C .....	clxvii
ANNONCES DE RECRUTEMENT.....	clxvii
ANNEXE D .....	clxviii
INSTRUMENTS DE MESURE (CASES / CASES-Fr).....	clxviii
ANNEXE E .....	clxix
QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE.....	clxix
ANNEXE F.....	clxx
EVALUATION DE LA CLARTÉ DES ITEMS .....	clxx
BIBLIOGRAPHIE.....	171

## LISTE DES TABLEAUX

### CHAPITRE II MÉTHODOLOGIE

Tableau 1. Items du CASES et CASES-Fr divisés par échelles théoriques p.42

### CHAPITRE III ARTICLE 1

Tableau 1. Description des échantillons pour analyse de fidélité test retest et sensibilité. p.96

Tableau 2. Analyse factorielle confirmatoire (*maximum likelihood*) des échelles du CASES (n=250). p.96

Tableau 3. Intercorrélations des échelles du CASES-Fr, moyennes, écarts-type et alphas de Cronbach. p.97

Tableau 4. Moyennes des scores, écarts-type, valeur de test-t à 52 semaines d'intervalle et  $\eta^2$ . p.97

Tableau 5. Moyennes des scores, écarts-type, valeur de test-t à 52 semaines d'intervalle et  $\eta^2$  pour échantillon novice. p.98

Tableau 6. Moyennes des scores, écarts-type, valeur de test-t à 52 semaines d'intervalle et  $\eta^2$  pour échantillon expérimenté. p.98

### CHAPITRE IV ARTICLE 2

Tableau 1. Description des groupes novices et expérimentés utilisés pour l'analyse factorielle. p.134

Tableau 2. Nombre de facteurs et pourcentage de variance expliquée par échelle, pour chacun des groupes en fonction de l'expérience (novice / expérimenté).	p.135
Tableau 3. Saturation des « <i>pattern matrix</i> » de l'échelle (HA), communautés, en fonction du niveau d'expérience (novice / expérimenté).	p.135
Tableau 4. Saturation des « <i>pattern matrix</i> » de l'échelle (HA), communautés, en fonction du niveau d'expérience (novice / expérimenté).	p.136
Tableau 5. Régression linéaire simple entre l'expérience et le score du CASES-Fr.	p.136
Tableau 6. Score total moyen, score moyen par échelle, écarts-type en fonction du niveau d'expérience clinique.	p.137
Tableau 7. Moyennes des scores totaux et des scores d'échelles selon l'âge des sujets.	p.137

## LISTE DES FIGURES

### CHAPITRE I CADRE THÉORIQUE

Figure 1. Processus de développement d'une expertise ; adapté à partir de Ericsson (2004). p.19

### CHAPITRE II MÉTHODOLOGIE

Figure 2. Protocole d'adaptation transculturelle du questionnaire. p.47

### CHAPITRE III ARTICLE 1

Figure 1. Procédure de traduction et d'adaptation en six étapes. p.95

Figure 2. Recrutement de l'échantillon. p.95

### CHAPITRE IV ARTICLE 2

Figure 1. Recrutement de l'étude. p.134

Figure 2. Effet de la scolarité sur le SEPP. p.138

## LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

APA	American Psychological Association
CASES	Counselor Activity Self Efficacy Scales
CASES-FR	Adaptation franco-canadienne du CASES
COSE	Counseling Self Estimate Inventory
DC	Échelle défis cliniques du CASES-Fr
GCS	Échelle gestion du cadre et des séances du CASES-Fr
HA	Échelle habiletés aidantes du CASES-Fr
OPQ	Ordre des psychologues du Québec
SEP	Sentiment d'efficacité personnelle
SEPP	Sentiment d'efficacité personnelle du psychologue
SDS	Social Desirability Scale

## LISTE DES SYMBOLES ET UNITÉS

$\alpha$	Alpha de Cronbach
$\eta^2$	Éta-carré
$\beta$	Beta
ET	Écart type
F	Valeur de test F
$h^2$	Communauté
M	Moyenne
n	Échantillon
p	Coefficient alpha
r	Coefficient de corrélation de Pearson
t	Valeur de test t
Z	Valeur de test z

## RÉSUMÉ

La présente thèse par articles s'intéresse à la perception de compétence du psychologue. Elle présente les résultats d'un processus d'adaptation franco-canadienne et de validation du *Counselor Activity Self Efficacy Scales (CASES)*. Cet instrument psychométrique vise à mesurer le sentiment d'efficacité personnelle du psychologue. Le premier article décrit le processus de traduction et présente les résultats de la validation psychométrique de celui-ci auprès de 262 sujets. Le CASES-Fr présente une structure factorielle comparable à la version originale, ainsi que des qualités psychométriques qui convergent avec celle-ci. L'article se penche aussi sur la sensibilité de l'instrument pour détecter un changement sur une période 52 semaines d'intervalle. Contrairement aux données existantes, les scores obtenus dans notre échantillon constitué de psychologues présentant un niveau d'expérience allant de 0 à 40 années de pratique clinique ne varient pas significativement sur une période d'un an. Le deuxième article s'intéresse aux différences entre le SEP des psychologues novices et celui des psychologues plus expérimentés. Il présente les résultats d'une exploration de la structure factorielle auprès de 632 sujets, en fonction du niveau d'expérience des participants. Des différences sont observables dans la structure latente de l'échantillon des sujets expérimentés par rapport à celle observée chez les novices. Sur le plan théorique, les psychologues expérimentés pourraient conceptualiser différemment la détresse des patients et les conflits relationnels qui peuvent ponctuer la relation thérapeutique. Ces derniers pourraient aussi présenter une conceptualisation différente des habiletés requises dans leur pratique professionnelle, à savoir une absence de distinction entre les habiletés de bases et celles plus avancées. Du côté des sujets novices, on observe une sensibilité possible à la confluence. L'effet de l'âge, conceptualisé comme expérience de vie, est étudié chez les novices. Il semble avoir un effet notable sur la perception de compétence des sujets novices. Les résultats suggèrent que les novices de 40 ans et plus présentent une perception de compétence significativement plus grande que celle de leurs confrères âgés de moins de 24 ans. Nous considérons l'idée que l'expérience de vie puisse influencer la trajectoire et le développement professionnel des psychologues novices. En somme, il est recommandé d'étudier davantage cette question et d'éviter d'assumer l'homogénéité des novices dans les études portant sur le développement professionnel des psychothérapeutes.

**Mots clés :** *Sentiment d'efficacité personnelle, développement professionnel, expérience clinique, traduction d'instrument.*

## INTRODUCTION

Le développement professionnel du psychologue et du psychothérapeute est un processus progressif et laborieux, qui est ponctué par un contexte de travail complexe et une absence de préparation du novice par rapport à l'ambiguïté du travail psychothérapique (Skovolt et Ronnestad, 2003). Contrairement à d'autres professions, la littérature le décrit comme un processus non linéaire, qui implique autant le développement intellectuel que le développement personnel et affectif du clinicien en apprentissage.

Sur la scène internationale la Society for Psychotherapy Research regroupe des centaines de chercheurs qui s'intéressent à l'étude du développement professionnel des psychologues et psychothérapeutes. En Amérique du Nord, la division 29 de l'American Psychological Association s'occupe de promouvoir l'étude et les connaissances dans le domaine. Plusieurs revues scientifiques qu'elle chapeaute s'intéressent presque exclusivement à la question. L'APA est également responsable d'encadrer les programmes américains de formations cliniques en psychologie. Au Québec, l'Ordre des Psychologues du Québec (OPQ) évalue de façon proactive et continue les programmes de formations, notamment les diplômes qui mènent à un accès au titre professionnel de psychologue ou de psychothérapeute (Manuel d'agrément de l'OPQ, 2013).

Sur le plan macroscopique, le champ de recherche du développement professionnel est constitué de plusieurs facettes par exemple, l'étude d'une profession, le développement de carrière, la supervision et la formation (Ronnestad et Skovholt, 2003). Une question générale semble mise en relief par la littérature; est-ce que tous les cliniciens développent une expertise au fur et à mesure qu'ils gagnent en expérience?

Un pan de la recherche s'est beaucoup intéressé au développement du clinicien, à sa compétence et son efficacité. À travers une compréhension toujours plus fine de la complexité de la relation d'aide, les chercheurs ont su démontrer l'influence de multiples variables médiatrices propres à la personne du thérapeute et leurs effets sur le processus psychothérapeutique, les processus de changement et les impacts de la psychothérapie. À ce sujet, une méta analyse portant sur l'efficacité thérapeutique conclut que les variables associées à la personne du thérapeute seraient plus importantes que la méthode clinique utilisée (Wampold, 2001). Corollairement, plusieurs chercheurs se sont intéressés aux rôles de ces variables dans l'apprentissage de la profession et le développement de l'expertise.

Parmi le vaste ensemble de ces variables médiatrices, le sentiment d'efficacité personnelle du psychologue représente un construit qui a attiré notre attention. Dérivé de la théorie sociale cognitive de Bandura (1977, 1986, 1997), le sentiment d'efficacité personnelle du psychologue (SEPP) représente les attentes qu'entretient le thérapeute à l'égard de sa capacité d'accomplir efficacement des tâches liées au travail thérapeutique et/ou de négocier des situations cliniques particulières à venir (Friedlander, Keller, Peca-Baker, et Olk, 1986 ; Larson, Suzuki, Gillespie, Potenza, Bechtel et Toulouse, 1992; Sharpley et Ridgeway, 1993 ; Larson & Daniels, 1998; Lent & Brown, 2006). Cette perception de compétence présenterait plusieurs impacts importants sur le développement des compétences et la maîtrise tel qu'il le sera abordé plus en détail dans le chapitre suivant.

La présente thèse s'intéresse à la mesure du SEP chez les psychologues, ainsi que l'évolution de cette perception de compétence en fonction du niveau d'expérience du clinicien. Un premier chapitre présentera le construit en le

replaçant dans le contexte de la pratique de la psychothérapie et le développement des thérapeutes. Un second chapitre abordera la méthodologie du protocole proposé par cette thèse, en plus de présenter la méthodologie de l'adaptation des instruments de mesure et les considérations liées aux analyses statistiques employées. Le troisième chapitre présentera un article portant sur l'adaptation et la validation d'une version franco-canadienne du *Counselor Activity Self Activity Scales* (Lent, Hill et Hoffman, 2003). Le chapitre quatre présentera un article portant sur le sentiment d'efficacité personnelle du psychologue et l'évolution du construit en fonction de l'expérience clinique. Finalement, le chapitre cinq proposera une conclusion sous forme de discussion synthèse, ainsi qu'une ouverture sur des pistes de recherches futures.

## CHAPITRE I

### CADRE THÉORIQUE

### 1.1. Le développement professionnel

Le terme développement peut représenter un éventail de concepts selon le domaine dans lequel il s'inscrit. Par exemple en architecture il peut signifier l'extension, sur une surface plane; en géométrie, l'action par laquelle on développe une courbe; en photographie, l'action de rendre visible une image en traitant une pellicule photographique. La présente thèse portera sur le développement professionnel des thérapeutes. Dans ce contexte, le terme développement fait référence à la notion de croissance et de progrès. Pour bien comprendre le construit, Skovholt et Ronnestad (2003) insistent sur trois éléments importants proposés par Lerner (1986). Premièrement, le développement implique un changement. Deuxièmement, ce changement est généralement organisé de manière systématique, sans nécessairement être séquentiel. Troisièmement, le changement se déroule dans le temps sous forme d'étapes successives et répétitives. Lorsqu'il est question de développement professionnel, on s'intéresse généralement aux processus par lesquels un professionnel cherche à développer sa pratique et ses compétences.

### 1.2. Le développement professionnel des psychologues

Dans leurs recherches sur le développement professionnel des psychologues, des auteurs tels que Skovholt, Jennings, Ronnestad et Orlinsky considèrent le développement professionnel comme un processus progressif de changement, qui peut mener vers l'expertise. Ce processus s'échelonne sur plusieurs années et demande généralement un investissement particulier de la part de l'individu. Plus spécifiquement, le développement professionnel du psychologue et du

psychothérapeute est décrit comme un processus progressif et laborieux, qui est ponctué par la spécificité contextuelle complexe et l'absence de préparation du novice par rapport à l'ambiguïté du travail psychothérapique (Skovholt et Ronnestad, 2003). La littérature récente sur le sujet propose des modèles systématisés de développement professionnel permettant de mieux concevoir le développement de l'expertise chez les psychologues. Une question générale semble être inscrite au cœur de ces efforts de recherche; est-ce que le clinicien se développe (par exemple : devient-il plus efficace) au fur et à mesure qu'il gagne en expérience, et si oui, comment cela se produit-il? Parmi les variables modératrices de ce processus, la perception de compétence mieux connue sous le nom de sentiment d'efficacité personnelle peut permettre de proposer certains éléments de réponse.

### 1.3. Le sentiment d'efficacité personnelle

La perception de compétence ou le sentiment d'efficacité personnelle se réfère à la théorie sociale cognitive de Bandura (1977, 1986). Le SEP représente le sentiment qu'entretient une personne par rapport à sa capacité de pouvoir réussir efficacement une ou des tâches données (Bandura, 1977). Parmi les mécanismes de l'agentivité personnelle (capacité d'un individu à agir sur le monde, les choses, les êtres, à les transformer ou les influencer) la croyance de la personne en ses capacités d'exercer un certain contrôle sur son fonctionnement est sans aucun doute la plus importante (Bandura, 1997). Cette perception de compétence exerce une influence sur les comportements, le choix des tâches auxquelles les individus se mesurent, la motivation à mettre des efforts, ainsi que la persévérance par rapport aux situations d'échecs possibles (Bandura,

1986). Le SEP exerce également une influence sur les processus cognitifs et la tolérance au stress d'un individu dans un environnement donné (Bandura, 1986).

Les résultats de différentes recherches proposent que les individus présentant un sentiment d'auto-efficacité élevé aient tendance à percevoir leur anxiété comme un catalyseur de défis, à se fixer des buts réalistes et à entretenir des pensées aidantes (Bandura, 1991). Une méta analyse recense de nombreuses études qui indiquent une relation très étroite entre le sentiment d'efficacité personnelle et la performance en général (Bandura & Locke, 2003). Par ailleurs, l'importance des perceptions de compétence est telle qu'en milieu scolaire elles prédisent souvent mieux la performance que la compétence réelle de la personne (Bouffard, Boisvert & Vezeau 2003; Bouffard-Bouchard, Parent & Larivée 1991).

#### 1.4. Le développement du sentiment d'efficacité personnelle

La perception de compétence n'est pas innée. Elle se forme à travers le traitement cognitif de quatre sources d'informations externes et internes : les expériences de maîtrise, l'expérience vicariante, la persuasion verbale et l'état émotionnel (Bandura, 1977, 1997 ; Brown et Hackett, 2002).

L'expérience de la réussite est une variable importante dans l'apprentissage et le développement des compétences. Elle joue un rôle prépondérant dans la construction des perceptions de compétence et elle est conditionnée par les attributions que l'individu met en place pour donner un sens à ses

performances. Lorsque les succès sont interprétés comme étant la résultante de compétences personnelles, on observe généralement une augmentation du sentiment de compétence. Lorsque ces succès sont considérés comme provenant d'un locus externe, ces expériences n'ont pas, ou ont très peu d'impact sur le SEP. À l'inverse, les échecs s'accompagnent généralement d'une diminution de la perception de compétence lorsqu'ils sont interprétés comme s'ils étaient le résultat d'un manque d'habiletés. En somme, une réussite attribuée à un locus de contrôle interne rehausse la perception de compétence et le sentiment de maîtrise (Bandura, 1997).

L'observation directe et la comparaison sociale peuvent elles aussi être des sources importantes de rétroaction. L'expérience vicariante est construite sur l'inférence de ses propres capacités à partir des comparaisons avec les pairs. Par exemple, une personne qui en observe une autre effectuer une tâche avec succès pourra inférer qu'elle possède également les capacités de réussir cette même tâche. Par contre, il semble essentiel que cette cible de comparaison soit jugée comme étant de même niveau ou légèrement supérieure que l'observateur afin qu'il y ait un impact significatif sur la perception de compétence (Bandura, 1977). Vygotsky (1997) parle de zone proximale de développement. De la même façon que pour l'expérience de maîtrise, l'accumulation de représentations de réussites par autrui peut augmenter les perceptions de compétence de l'observateur, alors qu'une exposition répétée aux échecs d'autrui peut ébranler la perception de compétence.

Plus la personne reçoit d'informations et de rétroactions sur ses capacités, plus sa perception de compétence est susceptible de se modifier. La persuasion verbale par une personne considérée crédible est un autre moyen de se renseigner l'individu sur ses compétences. Notamment, la personne présentera

plus d'affectivité positive (ouverture) quand il s'agit d'encouragements, mais plus d'affectivité négative (anxiété) quand les messages transmis par l'évaluateur expriment des réserves ou des doutes quant au niveau de compétence.

Finalement, l'état émotionnel et organismique constitue la dernière source d'informations sur la perception de compétence. Une personne ressentant de l'eustress (stress positif) ou de l'excitation devant une situation peut interpréter cet état comme un défi, ou comme un indice qu'elle possède la capacité d'effectuer avec succès la tâche (Bandura, 1997). À l'inverse, les manifestations de stress ou d'anxiété de performance peuvent être interprétés comme étant un indice d'incompétence par rapport à une tâche donnée, et ainsi altérer les performances.

#### 1.5. Les impacts du sentiment d'efficacité personnelle sur les performances

Avant d'aller plus loin, quatre éléments issus de la littérature sociocognitive nous semblent importants à souligner ici.

Premièrement, il est démontré qu'à travers tous les corps de métiers, certains individus auraient tendance à surévaluer positivement leurs compétences. C'est ce qu'on appelle en psychologie sociale le « *better than average effect* » (Alicke, 1985), ou le « *sense of relative superiority* », deux formes de biais cognitifs d'illusions positives (Taylor, 1989). Les individus qui sont reconnus par leurs pairs comme étant moins compétents auraient tendance à surestimer encore davantage leurs compétences et la qualité de leur travail (Erhlinger, Johnson,

Dunner, Banning et Kruger, 2003). Cela les expose aux désajustements (Colvin, Block et Funder, 1995) et les prédispose aux erreurs de jugement, aux échecs et à l'inefficacité (Baumeister, 1989 ; Peterson, DeYoung, Driver-Linn, Séguin, Higgins, Arsenault et Tremblay, 2003).

Deuxièmement, la théorie développementale de la croissance cumulative affirme que les individus auraient généralement tendance à choisir et à effectuer des tâches pour lesquelles ils se sentiront compétents et éviteraient celles qui sont perçues comme menaçantes (Lent et al., 2006). Les individus portant un grand sentiment d'efficacité personnelle seraient plus susceptibles de décider de s'attaquer à des tâches difficiles, de persévérer, de rester calmes pendant la tâche et d'organiser leurs idées de façon analytique (Bandura, 1997). Ainsi, cette capacité à accepter de nouveaux défis peut avoir une incidence probable sur le développement professionnel. Toutefois, il faut également considérer que les individus évaluant leur SEP trop positivement peuvent aussi avoir tendance à chercher des défis qui ne sont pas à leur portée et ainsi s'exposer à des échecs.

Troisièmement, le SEP serait un ingrédient clé de la réalisation personnelle et du bien-être (Bandura, 1997, 2001). Il aurait une influence notable sur la manière dont les gens assimilent la déception et le stress dans la poursuite de leurs objectifs (Schwarzer, 1992). Chez les psychologues, le SEP serait également lié au développement professionnel à travers la motivation et la satisfaction. Sandell, Ronnas, et Schubert (1992) rapportent notamment qu'un thérapeute serait davantage satisfait d'une séance de thérapie s'il se sent compétent. Par ailleurs, le sentiment d'efficacité personnelle du psychologue serait corrélé positivement avec la satisfaction au travail (Larson et Daniels, 1998) et négativement avec l'anxiété (Daniels, 1997 ; Friedlander et al. 1986, Larson et al. 1992; Larson et Daniels, 1998).

Quatrièmement, une recension des écrits rapporte que le sentiment d'efficacité personnelle aurait une influence importante sur le développement professionnel des psychologues novices, autant sur le plan comportemental, que celui cognitif et affectif (Larson, 1998). Plus spécifiquement, il toucherait aux capacités d'adaptations, de régulation de l'anxiété de performance et à la tolérance à l'ambiguïté des cliniciens novices (Larson, 1998 ; Skovolt et Ronnestad, 2003). Nous considérons celles-ci plus en détail dans les sections qui suivent.

#### 1.6. Le sentiment d'efficacité personnelle du psychologue

Plusieurs chercheurs en psychologie ont appliqué le construit du SEP à l'étude de l'apprentissage et du développement professionnel. C'est notamment le cas de Larson et Daniels (1998), qui s'intéressent au développement professionnel des individus œuvrant dans le domaine de la relation d'aide.

Le sentiment d'efficacité personnelle du psychologue (SEPP) représente les attentes qu'entretient le thérapeute à l'égard de sa capacité d'accomplir efficacement des tâches liées au travail thérapeutique et/ou de négocier des situations cliniques particulières à venir (Friedlander et al., 1986 ; Larson et al., 1992; Sharpley & Ridgeway, 1993 ; Larson & Daniels, 1998 ; Lent & Brown, 2006). Puisqu'il influence le développement professionnel et les capacités d'adaptations des cliniciens novices, tant sur le plan cognitif, affectif et comportemental en psychothérapie (Larson, 1998), le SEPP semble être un construit intéressant à étudier. Rappelons que le psychologue efficace doit être en mesure d'organiser, de structurer et d'improviser à l'aide de multiples

habiletés afin de s'adapter à un contexte et des circonstances constamment en changement (Larson et Daniels, 1998). Un sentiment d'efficacité élevé peut aider ce dernier à prendre des risques et mieux tolérer le stress lié à l'ambiguïté qui ponctue généralement l'exercice de la profession. Qui plus est, un clinicien présentant un SEP plus élevé peut être perçu par ses clients comme étant plus compétent.

En même temps, la littérature suggère qu'une surestimation trop positive du niveau de compétence peut prédisposer les psychologues aux erreurs de jugement, aux échecs et à l'inefficacité (Colvin et al., 1995 ; Erhlinger et al., 2003 ; Baumeister, 1989 ; Peterson et al., 2003). Un sondage récent auprès de psychologues suggère que ceux-ci semblent avoir une forte tendance à faire usage d'illusions positives en surestimant l'efficacité des traitements qu'ils offrent (Walfish, Mcallister, O'Donnell et Lambert, 2012). Une grande majorité des psychologues interrogés dans ce sondage évaluaient leurs compétences cliniques dans le 90e percentile ou s'évaluaient comme étant plus efficaces que 65 % de leurs pairs (Parker et Waller, 2015). Ils affichaient également une tendance à négliger le phénomène de la détérioration clinique parmi leurs patients. Il est pertinent de se demander si cette tendance à la surévaluation positive des compétences « *better than average effect* » peut avoir une incidence importante sur l'accomplissement des tâches cliniques et le développement du psychologue.

### 1.7. La mesure du sentiment d'efficacité personnelle

Dans sa formation en psychologie clinique, le novice est souvent peu préparé par rapport à l'ambiguïté du travail psychothérapique et généralement très dépendant des rétroactions de son superviseur. Considérant la nature confidentielle du travail psychothérapique, l'expérience vicariante n'est souvent accessible que de manière indirecte et rétrospective. Le novice doit alors se rabattre largement sur son état émotif, sur les indices physiologiques provenant de son organisme (organismique), sur ses expériences de réussite ou d'échec et le sens qu'il donne à tout ceci. Sur le terrain, très peu de mesures de l'efficacité thérapeutique sont utilisées en bureau privé ou en formation clinique. Bien que la littérature en recommande l'utilisation (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006, pp.276-277), l'évaluation objective de la compétence est très peu rependue si ce n'est que de façon impressionniste et souffrante de critères de validité. Bien qu'une mesure totalement objective soit illusoire, certaines balises permettant au clinicien de se questionner sur sa pratique et ses compétences semblent essentielles. Afin d'accompagner les cliniciens novices dans le processus d'apprentissage, des instruments de mesure auto rapportés ont été développés.

Le *Counseling Self Estimate Inventory* (COSE) serait l'instrument ayant été le plus souvent utilisé entre 1983 et 1997, soit dans 43 % des études recensées (n=32) par Larson et al. (1998). L'instrument présente une structure à cinq facteurs qui représentent le sentiment de confiance du novice quant à l'utilisation d'habiletés aidantes, à la présence, à la capacité de composer avec les comportements difficiles des clients, à agir de manière professionnelle et être conscient de ses propres intentions et valeurs. Sur le plan psychométrique il présente une

cohérence interne de ( $\alpha = 0,93$ ). D'autres instruments moins souvent utilisés dans la recherche sont le *Counselor Behavior Evaluation Self Efficacy* (CBE) (Munson, Stadulis & Munson, 1986) ; le *Counselor Self Efficacy Scale* (CSES) (Johnson, Baker, Koapola, Kiselica & Thompson, 1989) ; le *Self Efficacy inventory* (S-EI) (Friedlander & Snyder, 1983). Ce dernier serait le deuxième instrument le plus utilisé dans la recherche, soit dans 13 % des études recensées par Larson et al. (1998). Des instruments plus spécifiques à certains contextes d'interventions tels que le *Counselor Self Efficacy Survey* (CSS) pour l'intervention en milieu scolaire (Sutton & Fall, 1995) ; le *Career Counseling Self Efficacy Scale* (CCSES) pour l'orientation professionnelle (O'Brien, Heppner, Flores et Bikos, 1997) ; et le *Self Efficacy Questionnaire* (S-EQ) en psychiatrie (Margolies, Wachtel & Schmelkin, 1986) sont également disponibles. Finalement, le *Self-Efficacy Item* (SEI) a la particularité d'utiliser des vignettes vidéo pour évaluer la perception d'efficacité. Chacun des instruments utilise une échelle de type Lickert, à l'exception du CSE qui utilise une approche dichotomique oui / non. Les échelles varient de 11 à 5 points. Soulignons qu'aucun de ces instruments n'est disponible pour les populations francophones.

Malgré cette variété d'instruments, la mesure objective du SEPP à l'aide d'un questionnaire est une entreprise complexe pour deux raisons principales. Premièrement, parce qu'elle comporte une dimension largement subjective qui est fortement dépendante de l'interprétation que fait l'individu de diverses sources de rétroactions disponibles. Deuxièmement, parce que le SEPP est un construit sensible à la spécificité contextuelle et donc difficile à définir objectivement (Lent, Hackett et Brown, 1998). La littérature rapporte notamment que les échelles proposées à ce jour (Munson, Zoerink et Stadulis, 1986 ; Munson, Stadulis et Munson, 1986 ; Johnson, Baker, Kopala, Kiselica et Thompson, 1989 ; Larson et al., 1992 ) présupposent souvent un niveau

d'habiletés qui dépasse celui des novices typiques ; contiennent des énoncés et un format qui suggère une validité de construit plus faible; et ne représente pas fidèlement l'efficacité personnelle relativement à des habiletés plus complexes (Lent et al., 2003). D'autre part, il est également mentionné que les mesures existantes ne sont généralement pas encore ancrées dans une théorie cohérente du développement du clinicien (Hill & Obrien, 1999).

Récemment le *Counselor Activity Self-Efficacy Scales* (CASES) a proposé une mesure du SEPP qui correspond mieux à certaines dimensions contextuelles spécifiques aux professions de la relation d'aide, tout en tentant de répondre à certaines lacunes théoriques et méthodologiques mentionnées plus haut (Lent et al., 2003). Par exemple, les habiletés à réaliser des compétences aidantes structurées, à gérer des tâches plus intégratives et à négocier adéquatement des situations difficiles en clinique. L'instrument démontre un alpha de Cronbach total de ( $\alpha = 0,97$ ). Malgré certains écueils de l'instrument que nous abordons dans la prochaine section, nous pensons qu'il répond adéquatement à plusieurs recommandations formulées par la recherche et représente un choix méthodologique judicieux pour étudier le SEPP.

### 1.8. Les écueils méthodologiques dans la mesure du SEPP

Ceci dit, les auteurs du CASES soulignent la rareté des données soutenant la validité psychométrique du questionnaire auprès de cliniciens expérimentés possédant plus de trois années d'expérience (Lent et al., 2003). Ils estiment également que nous en savons très peu sur le sentiment d'efficacité personnelle des psychologues plus expérimentés (Larson et al. 1998 ; Lent et al., 2003). Qui

plus est, l'instrument n'a jamais été validé auprès d'une population composée uniquement de psychologues. D'autre part, l'absence de traduction validée empiriquement limite l'avancement de la recherche sur le construit et rend l'instrument difficilement utilisable dans d'autres cultures, par exemple la recherche et la formation des psychologues franco-canadiens.

Il s'avère aussi que les chercheurs se penchant sur le développement professionnel du psychologue se sont intéressés principalement à la mesure du SEPP des novices et que nous en savons encore très peu au sujet de son évolution chez les sujets plus expérimentés et au sujet de ses variables modératrices et médiatrices (Lent et al., 2003). Parmi celles-ci, l'expérience clinique semble être une variable modératrice importante à aborder afin d'étudier davantage l'évolution du construit et éventuellement son rôle dans diverses facettes du développement professionnel du psychologue.

### 1.9. L'expérience et l'expertise

La littérature définit habituellement l'expertise comme étant un sentiment de maîtrise issu d'une habileté, acquise par la pratique et l'expérience, à bien performer qualitativement dans un domaine ou une tâche particulière (French et Sternberg, 1989). Cette façon de concevoir l'expertise place la pratique et l'expérience comme étant des conditions sine qua non du développement d'un sentiment de maîtrise et conséquemment d'un statut d'expert.

Toutefois, bien que la pratique assidue d'une activité soit nécessaire pour atteindre de hauts niveaux de performances, elle ne garantit pas l'atteinte d'un

statut d'expert. Ainsi, un individu ayant de l'expérience ne devrait pas automatiquement être considéré comme étant un expert sur la base du nombre d'années durant lesquelles il œuvre dans un domaine, ou bien le nombre de fois qu'il réalise une tâche particulière (Chi, Glasser & Farr, 1988 ; Eells et al., 2005).

Dreyfus et Dreyus (1986) postulent que les individus traverseraient cinq phases cumulatives durant leur développement professionnel. Le passage d'une phase à l'autre serait conditionné par divers facteurs et ne serait pas garanti. L'atteinte de l'expertise serait caractérisée par le passage d'une phase novice, intermédiaire, compétente, efficiente et experte. Chez les psychologues, Skovholt et Ronnestad (1992) proposent que ces derniers passent par huit stades sur un continuum qui va de novice à expert. Par ailleurs, ce ne serait pas tous les thérapeutes qui parviendraient à traverser l'ensemble de ces stades au cours de leur carrière.

Une théorie déterministe proposée par Galton au début du 20<sup>e</sup> siècle postule que chaque individu posséderait un potentiel d'amélioration de base, mais que celui-ci serait conditionné par un ensemble de caractéristiques personnelles et innées. Des théories plus contemporaines appuient cette idée et postulent elles aussi la présence de capacités innées qui permettraient ou limiteraient l'atteinte d'une expertise (Fitts & Posner, 1967 ; Anderson, 1982). D'autre part, Fitts et Posner (1967) proposent que les novices cherchent initialement à comprendre les exigences d'une activité et focalisent principalement sur l'exécution et l'évitement des erreurs. Après une certaine période d'adaptation et de pratique, les individus deviendraient plus fluides et les erreurs seraient moins fréquentes, ou moins visibles. À ce stade, l'exécution leur demanderait moins de concentration. Le stade d'apprentissage suivant serait caractérisé par une reproduction automatique des comportements, exigeant peu d'effort et un

minimum de concentration. Ericsson (2004) affirme que cette automatisation aurait comme conséquence une perte de conscientisation et de la capacité d'ajustement volontaire. Ceci entraînerait généralement une stagnation dans le développement.

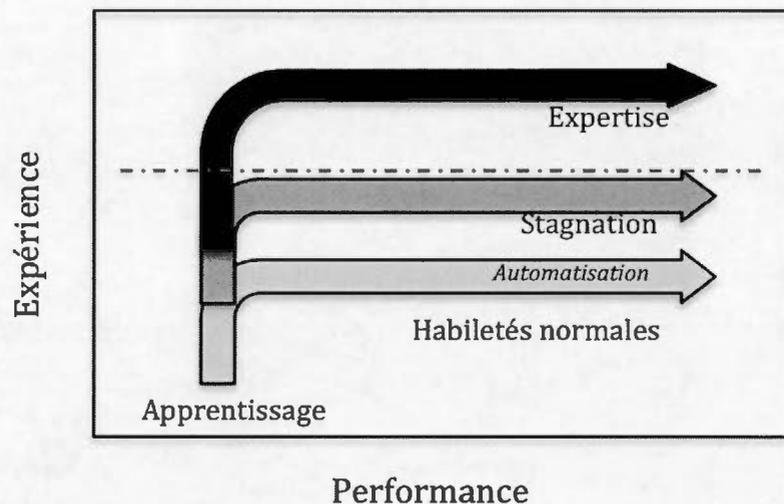


Figure 1. Processus de développement d'une expertise ; adapté à partir de Ericsson (2004).

La figure 1 présente les courbes de développement proposées par le modèle d'apprentissage de Ericsson (2004). L'individu en apprentissage pourrait prendre trois trajectoires selon son désir d'apprendre et de se dépasser. La plupart des individus prendraient les deux premières trajectoires, soit le développement d'habiletés normales, ou la stagnation qui accompagne l'automatisation et la répétition d'habiletés. Une plus petite proportion d'individus présentant des caractéristiques personnelles particulières parviendraient à dépasser cette stagnation et développeraient une expertise réelle et conséquemment des habiletés exceptionnelles.

Malgré le fait que la littérature ait longtemps considéré que l'expertise était atteinte après une dizaine d'années de pratique (Hayes, 1995), elle tend maintenant à affirmer que l'expertise découlerait plutôt d'une volonté individuelle de pratiquer une activité, tout en évitant l'arrêt développemental qui accompagne l'automatisation du comportement cible. Cette volonté serait caractérisée par une tendance à chercher de nouveaux défis, ainsi qu'à continuellement se fixer de nouveaux buts vérifiables et atteignables. De tels individus seraient également plus aptes à contrôler finement leur performance et à autoévaluer leurs performances.

Glasser et Chi (1988) énumèrent sept caractéristiques que partagent les experts. Ceux-ci excellent principalement dans leur domaine; ils ont une vision plus large et significative de leur domaine; ils sont plus rapides dans l'exécution des tâches propre à leur domaine; ils ont une capacité de mémorisation supérieure; ils problématisent plus adéquatement les situations auxquelles ils sont confrontés; ils accordent plus de temps à la réflexion et à la conceptualisation; ils ont de meilleures habiletés d'auto-évaluation de leurs compétences.

### 1.10. L'expérience clinique

La recherche sur le développement professionnel du psychologue appuie généralement l'idée que l'expérience clinique ne s'acquiert pas avec l'obtention d'un diplôme, la répétition ou le passage du temps (Eells, Lombart, Kendjelic, Turner, & Lucas, 2005). Bien que le nombre d'années d'expérience et la qualité de celles-ci soient des facteurs importants dans la théorie du développement professionnel, ces variables deviennent nécessaires, mais non suffisantes pour

expliquer le développement de l'expertise chez les psychothérapeutes (Jennings, Goh, Skovholt, Hanson et Barnerjee-Stevens, 2003).

Les recherches qui comparent la performance des cliniciens novices (< 4 années d'expérience), des cliniciens expérimentés (4 à 15 années d'expérience) et celles des cliniciens experts (> 15 années d'expérience) suggèrent que les novices et les experts présentent tous deux de meilleures performances que les cliniciens expérimentés. Les chercheurs expliquent ces résultats étonnants à partir de l'hypothèse voulant que les individus de ces deux groupes situés aux extrêmes du continuum soient d'une part plus préoccupés par leur efficacité et d'une autre qu'ils veillent davantage à maintenir des standards de qualité élevée dans leur travail. Plus concrètement, on pense que l'engagement des experts dans l'enseignement et dans la formation des cliniciens novices puisse sensibiliser ceux-ci davantage à l'importance du dépassement de soi et au monitoring constant de soi.

Par ailleurs, d'autres résultats de recherches proposent aussi que les psychologues expérimentés aient tendance à travailler longtemps sans calibrer leurs compétences avec celle des standards de la profession. En effet, Eells et al. (2005) affirment que les cliniciens expérimentés ont tendance à travailler de manière plus isolée et sont moins poussés à avoir recours à l'auto-évaluation de leurs compétences, le monitoring de soi ou la supervision. À la lumière des arguments proposés dans la section précédente, il est possible de postuler que de tels individus soient plus prédisposés à s'enliser dans une phase d'automatisation, qui elle induit un arrêt du développement professionnel. En effet, Skovolt et Jennigs (2001) proposent que certains psychothérapeutes moins sensibles à l'auto-évaluation de leurs compétences puissent avoir tendance à stagner ou à s'engager dans une forme de pseudo développement. Ces idées

correspondent aux conclusions formulées par Skovolt et Ronnestad (1992; 2003 ; 2012), voulant que l'expertise et le développement professionnel optimal du psychologue passent par l'habileté et le désir de continuellement se dépasser, réfléchir et autoévaluer ses expériences cliniques de succès ou d'échecs avec ouverture et humilité. Cela sous-tend aussi l'idée que le nombre d'années d'expérience ne puisse garantir une expertise et expliquer à lui seul l'efficacité clinique ou le développement professionnel du psychologue. Autrement dit, le développement professionnel du thérapeute serait donc également une question d'attitude.

#### 1.11. L'expérience et l'expertise chez le psychologue

Dans la recherche sur le développement professionnel des psychothérapeutes, on reproche à plusieurs chercheurs de conceptualiser l'expertise selon la définition équivoque de Frensch et Stenberg (1989) mentionnée précédemment : l'expertise est un sentiment de maîtrise issu d'une habileté, acquise par la pratique et l'expérience, à bien performer qualitativement dans un domaine ou une tâche particulière (Lichtenberg, 1997 ; Sedlmeier, 2005). On reproche à d'autres de trop s'inspirer de la théorie de Galton et de décrire l'expertise du psychothérapeute comme un niveau de performance conditionné par un ensemble de caractéristiques innées que l'individu possède ou ne possède pas. Cette vision déterministe semble particulièrement équivoque puisqu'elle laisse les novices dans l'angoisse quant à savoir s'ils possèdent ou non un tel don et qu'il est difficile d'observer si un individu développe objectivement un niveau d'expertise à travers son développement professionnel (Lichtenberg, 1997). De plus, cette conception élitiste et peu dynamique ne

considère pas la possibilité d'un développement professionnel ultérieur fait de mouvement de contraction et d'expansion (Lecomte, Savard, Drouin et Guillon, 2004).

À d'autres égards, les points de vue quantitatifs sur la question varient considérablement. Par exemple, Dawes (1994) suggère que l'expérience n'entraîne pas une expertise dans le domaine de l'intervention psychothérapique. Selon lui, le niveau d'expérience ne serait pas lié à l'efficacité thérapeutique. De l'autre côté, plusieurs chercheurs démontrent un lien statistiquement significatif entre le niveau d'expérience et l'efficacité (Crits-Christoph et Mintz, 1991 ; Stein et Lambert, 1995). L'étude la plus récente propose elle aussi une absence de différence significative entre les résultats de cliniciens expérimentés et ceux de cliniciens novices (Okiishi, Lambert, Eggett, Nielsen, Dayton et Vermeersch, 2006). Par contre elle nuance ce résultat puisqu'elle observe que des améliorations cliniques sont observables après 7 à 8 séances chez les patients qui rencontrent un psychothérapeute expérimenté, alors qu'une telle amélioration n'est observable qu'après 94 séances pour les patients suivis par un psychothérapeute novice.

Ce débat, bien que controversé, est parallèlement alimenté par l'abondance de la littérature portant sur le jugement clinique des psychologues. Deux méta analyses récentes portant sur l'impact de l'expérience sur le jugement clinique doivent être soulignées. Une première constituée de l'échantillon des recherches publiées entre 1970 et 1996 démontre qu'il y aurait 13 % ( $d = 0,12$ ) d'amélioration des compétences évaluatives des cliniciens en fonction de l'expérience clinique ou académique (Spengler, White, Aegisdottir, 2009). Une seconde portant sur l'échantillon des recherches publiées entre 1997 et 2010 corrobore ce résultat et propose qu'il y ait un effet global de ( $d = 0,16$ ) (Lois & Spengler, 2010).

Le point de vue qualitatif propose un autre angle sur la question. Dans une recherche auprès de dix « *master therapists* » nominés par les pairs, Jennings et Skovolt (1999) ont proposé une définition de l'expertise du psychologue basée sur l'équilibre de trois dimensions; les habiletés cognitives, les habiletés émotionnelles et les habiletés relationnelles. Selon ce modèle, l'individu doit d'abord développer une maîtrise et un maillage cohérent de ces trois dimensions avant d'accéder à un statut d'expert. Cette conceptualisation permet d'arriver à des profils développementaux diversifiés qui nous évitent de considérer le développement professionnel comme étant une variable unique et graduée. Plus spécifiquement, les chercheurs suggèrent que les psychologues experts seraient des individus curieux cherchant continuellement à apprendre; qui apprennent de leurs expériences; qui valorisent la complexité et l'ambiguïté; qui sont affectivement réceptif; qui sont en bonne santé mentale; qui sont matures et qui prennent soin de leurs propres besoins affectifs, qui sont conscients de l'impact de leurs enjeux affectifs sur leur travail; qui possèdent de fortes habiletés relationnelles; qui croient en l'alliance de travail; et qui sont des experts quant à l'utilisation de leurs habiletés relationnelles dans le cadre de la psychothérapie. Considérant la nature ambiguë de la profession et l'implication affective et relationnelle qu'elle exige, ce modèle semble le plus adéquat pour approcher la question de l'expertise chez les psychologues. Malgré tout le support empirique subséquent accordé à ce modèle théorique, deux écueils importants doivent être mentionnés. Tout d'abord, la sélection des « *master therapists* » n'était pas soutenue par une observation objective des résultats cliniques réels auprès des patients de ces derniers. Ensuite, aucune attention n'était accordée aux cliniciens moins compétents qui pourraient partager plusieurs des valeurs, attitudes ou comportements démontrés par les « *master therapists* » (Lambert, 2013).

À la lumière de tout ceci, et contrairement à ce qui est habituellement véhiculé, l'expérience et l'expertise seraient deux construits corrélés, mais également distincts et multi dimensionnels (Eells et al., 2005; Glaser & Chi, 1988; Sedlmeier, 2005). Les recherches sur le développement professionnel du psychologue insistent sur le fait qu'au-delà de la dimension temporelle, le développement de l'expertise du psychologue repose essentiellement sur un engagement constant et soutenu à s'améliorer professionnellement et personnellement (Jennings et Skovholt, 1999 ; Ronnestad et Skovholt, 2001, 2003, 2012).

#### 1.12. Les comparaisons entre novices et experts

Bien que la recherche empirique supporte l'idée que la performance des cliniciens experts soit à certains égards meilleure que celle des novices, ce sont surtout les différences relatives aux processus qui devraient être soulignées et explicitées. Par exemple, les deux méta analyses mentionnées plus haut soulignent que les experts passeraient davantage de temps à analyser et à comprendre une situation avant de tenter une solution, posséderaient une plus grande base de connaissances ainsi qu'une meilleure organisation de celles-ci, auraient une vision plus large d'une situation, entretiendraient des schémas conceptuels plus adaptés et spécifiques à leur domaine, auraient accès à des automatismes, présenteraient une meilleure mémoire à court et à long terme et présenteraient une autoévaluation plus juste de leurs compétences (Spengler et al., 2009 ; Lois et Spengler, 2010).

Chez les psychologues cliniciens experts nous observons ces différences sur les dimensions cognitives suivantes : la complexité et la structure du champ de

connaissances, l'utilisation de la mémoire à court et à long terme, pertinence de la conceptualisation de cas, le nombre de concepts générés, la flexibilité dans la réponse thérapeutique et la qualité des schémas cognitifs face au matériel clinique (Spengler et al., 2009 ; Lois et Spengler, 2010).

Ceci étant dit, lorsque les performances cliniques des psychologues novices sont comparées à celles des experts, une absence de consensus par rapport au construit de l'expertise devient souvent une limitation méthodologique importante qui biaise les résultats et qui ne permet plus la comparaison entre les études (Jennings & Skovholt, 1999; O'Byrne & Goodyear, 1997; Lambert & Ogles ,2004; Spengler et al., 2009; Lois & Spengler, 2010). À ce sujet, Stein et Lambert (1984 ; 1995) avaient proposé que la différence moyenne d'années d'expérience dans les études qui comparent les novices et les expérimentés soit de 2,9 années, ce qui est loin du 10 à 15 théoriquement reconnu par la littérature (Hayes, 1995). Selon eux, cette pratique méthodologique aurait des impacts importants sur l'étude du développement professionnel et l'efficacité des psychothérapeutes.

### 1.13. Objectifs de recherche

Plusieurs arguments convergents vers l'idée que l'autoévaluation des compétences soit un élément clé, voire essentiel au développement de l'expertise. À la lumière de tous ces éléments, il semble pertinent de se questionner sur le lien qui peut exister entre l'expérience et le SEPP. Jusqu'à présent, la littérature rapporte que sur une période allant de quinze semaines à une année académique le score observé sur les instruments de mesure du SEPP tels que le *Counselor Activity Self Efficacy Scales* (CASES) ou le *Counseling Self*

*Estimate Inventory* (COSE) augmente en moyenne de 16 points (Larson et al., 1992 ; Larson et al., 1998 ; Lent et Coll., 2003). Toutefois, deux limites méthodologiques doivent être considérées. Premièrement, les études portant sur le SEPP sont majoritairement menées auprès de novices. Deuxièmement, il semble important de spécifier que les conclusions de Larson et al. (1992) quant à la sensibilité du COSE sur un an n'étaient pas basées sur des tests statistiques puisque seulement 10 sujets avaient été recrutés.

La présente étude comporte plusieurs volets subdivisés en deux articles distincts. Le premier décrit le processus de traduction et de validation d'une version franco-canadienne du CASES en vue de l'utiliser dans une recherche ultérieure portant sur les illusions de compétence. Nous avons choisi cet instrument parce qu'il est un des seuls questionnaires qui n'exige pas un niveau d'expérience plus élevé que celui des novices habituellement. Deux des échelles touchent à plusieurs aspects de la relation d'aide en générale et s'adressent autant à des sujets ayant eu peu de contact direct avec des patients que des sujets plus expérimentés, alors qu'une autre est plus contextualisée à la relation thérapeutique et s'adresse à des sujets intermédiaires ayant eu un peu plus de contact direct. Par ailleurs, la création de l'instrument a répondu à plusieurs recommandations de la littérature afin d'étayer sa validité. Ce processus d'adaptation visait du même coup à accumuler des données afin d'explorer davantage la solution factorielle initialement mise en relief par Lent et al., (2003). La stabilité temporelle de l'instrument à deux semaines d'intervalle et sa sensibilité sur un an sont également étudiées. Ce volet tentait également de répondre aux limites méthodologiques mentionnées plus haut. Celles-ci avaient été proposées par les chercheurs ayant créé la version américaine originale, ainsi que les chercheurs qui les ont précédés (Larson et al., 1998). C'est-à-dire valider l'instrument auprès d'un échantillon ; 1) constitué uniquement de

psychologues cliniciens ; et 2) présentant un niveau d'expérience clinique varié. En somme, cette partie de l'étude visait à contribuer à une meilleure compréhension du développement professionnel spécifique au clinicien en psychologie à travers le construit du sentiment d'efficacité personnelle du psychologue et sa mesure.

Le deuxième article rapporte les résultats d'une étude ayant comme objectif d'explorer le SEPP à travers une exploration comparative de la structure factorielle du CASES-Fr, en fonction du niveau d'expérience des sujets. Il présente également les scores moyens obtenus en fonction du nombre d'années d'expérience, ainsi que le modèle de régression entre ces deux variables. L'effet de l'expérience de vie sur le SEPP des sujets novices est également exploré. Finalement l'effet du niveau de scolarité sur le SEPP est considéré.

Le chapitre qui suit présente une description plus détaillée des objectifs et des questions de recherche. Il explicite également le protocole global de l'étude et présente l'échantillon utilisé. Deux courtes sections traitent respectivement de la méthodologie de l'adaptation des mesures et des considérations méthodologiques relatives aux analyses statistiques utilisées.

## CHAPITRE II

### MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre propose une synthèse de la méthodologie utilisée dans cette thèse. Il vise à préparer le lecteur à mieux comprendre la méthodologie abrégée qui est présentée dans les articles 1 et 2 se trouvant respectivement aux chapitres 3 et 4. Il aborde en premier lieu les objectifs spécifiques, les questions de recherche et les hypothèses à l'étude. Vient ensuite une section qui décrit la stratégie d'échantillonnage, les échantillons constitués, et la procédure globale présentée aux participants. Une section subséquente présente de manière descriptive les questionnaires et instruments proposés par le protocole de recherche. Une autre présente les considérations méthodologiques relatives à la traduction d'instrument de mesure et décrit notre procédure en 6 étapes élaborée à partir des recommandations de la littérature. Finalement, une dernière partie présente diverses notions statistiques qui ont été prises en considération lors de l'analyse de données.

### 2.1. Objectifs spécifiques et questions de recherche

Les deux articles présentés dans le corps de cette thèse explorent plusieurs questions en lien avec le SEP et sa mesure chez les psychologues. Le premier article comporte trois visées. Une première cherche à répliquer le processus de validation du CASES auprès d'une population (n=262) composée exclusivement de psychologues psychothérapeutes ayant des niveaux d'expériences variés. Ainsi, cette première étude se veut une validation rigoureuse de l'adaptation de l'instrument à une population francophone, notamment la population franco-canadienne du Québec. Les deux visées suivantes de l'article 1 consistent à valider les propriétés psychométriques de l'instrument traduit. Une première s'intéresse à la stabilité de l'instrument, donc sa fidélité sur une période de deux

semaines. Une deuxième aborde la sensibilité de l'instrument et sa capacité à détecter un changement sur une période d'une année académique. Le second article vise à explorer la solution factorielle en fonction du niveau d'expérience des psychologues (n=632). Plus précisément, le premier objectif de l'article 2 est d'observer et comparer la structure factorielle auprès des sujets novices et des sujets expérimentés. Le deuxième objectif concerne l'étude du lien linéaire existant entre le sentiment d'efficacité personnelle du psychologue et le nombre d'années d'expérience clinique. Les effets de l'expérience de vie chez les novices et du niveau de scolarité sont également étudiés. La conclusion abordera également certains enjeux méthodologiques et statistiques rencontrés lors de la traduction et l'adaptation d'un instrument à une autre culture. Ceci nous mènera à considérer quelques modifications possibles aux items de l'instrument traduit. Finalement, une courte réflexion sur la formation des psychologues québécois est présentée en dernier lieu comme ouverture à la réflexion sur la formation des psychologues québécois.

## 2.2. Questions et hypothèses de recherche

Plus concrètement, la première étude présentée dans l'article 1 tente d'explorer les questions de recherche suivantes.

- Est-ce que la structure factorielle de la version américaine du CASES sera confirmée sur notre échantillon franco-québécois ?
- Est-ce que l'instrument est bien traduit et présente une bonne validité de construit?

Une série d'hypothèses concerne les propriétés psychométriques relatives à la validité interne, telles que calculées par la méthode du coefficient alpha ( $\alpha$ ). Celles-ci seront supérieures à 0,70 pour l'ensemble du questionnaire, ainsi que pour chacune des trois échelles; d'habiletés aidantes de base, gestion du cadre et des séances, défis cliniques.

Une série d'hypothèses concerne la stabilité temporelle de l'instrument. Les propriétés psychométriques concernant la fidélité test retest seront basés sur un intervalle de deux semaines. Les coefficients de corrélation de Pearson seront supérieurs à 0,70 pour l'ensemble du questionnaire, ainsi que pour chacune des trois échelles; d'habiletés aidantes de base, gestion du cadre et des séances, défis cliniques.

Finalement, une série d'hypothèses concerne la sensibilité de l'instrument. Les propriétés psychométriques concernant la stabilité sur une période d'un an présenteront des coefficients de corrélations de Pearson ( $r$ ) significatifs plus bas que ceux de la période de deux semaines, pour les trois échelles. Toutefois, les tests t pour échantillon appariés présenteront une différence significative sur le questionnaire complet et chacune des échelles entre les deux moments de mesure à 52 semaines d'intervalle.

L'article 2 vise à explorer la structure factorielle et théorique de l'instrument en fonction du niveau d'expérience des sujets. Rappelons que Lent et son équipe (2003) avaient souligné la nécessité de recueillir des données provenant de divers niveaux d'expérience. Pour cette partie de l'étude, l'échantillon a été divisé en deux groupes. D'un côté les participants qui ont moins de 3 ans d'expérience et de l'autre tous les individus qui ont plus de 3 ans d'expérience. Du même coup, ce volet auprès d'un nouvel échantillon ( $n=632$ ) composé uniquement de psychologues ayant plus de 3 années d'expérience clinique

permettra d'en apprendre davantage sur le construit à l'étude. Cette étude est articulée autour des trois questions de recherche suivantes.

- Est-ce que la structure latente de l'instrument est similaire autant chez les novices que chez les sujets expérimentés?
- Existe-t-il un lien linéaire entre le score global et celui des échelles en rapport avec le nombre d'années d'expérience?
- De façon exploratoire, et en nous basant sur les observations de Skovholt (2003) concernant l'effet de l'expérience de vie sur le développement du thérapeute, nous regarderons s'il existe un effet d'âge selon que l'on est novice ou expérimenté ?

### 2.3. Échantillon et procédure

Dans cette section, nous présenterons les caractéristiques de l'ensemble des participants de cette thèse, la méthode de recrutement, ainsi que la procédure utilisée dans le protocole de recherche.

#### 2.3.1. Recrutement

L'étude vise la population des psychologues francophones membres de l'Ordre des psychologues du Québec et/ou des doctorants en psychologie étudiant dans un programme universitaire francophone menant au titre de psychologue.

Deux échantillons non probabilistes, de type de convenance sur base volontaire, ont été constitués. Pour la première étude une invitation électronique a été transmise par les départements de psychologie de cinq établissements universitaires francophones. Le recrutement s'est déroulé sur 6 mois en 2013. Pour la seconde étude qui visait les psychologues plus expérimentés, une annonce électronique a été acheminée par l'Ordre des psychologues du Québec à ses membres. Le recrutement s'est déroulé sur 5 mois en 2014. Les sujets n'ont pas reçu de rémunération pour leur participation, mais ont toutefois reçu une participation pour le tirage de cartes cadeaux d'une valeur de vingt-cinq et cinquante dollars. Le protocole de recherche a été approuvé par le comité de déontologie de l'Université du Québec à Montréal en date du 18 octobre 2011 (voir Annexe A).

### 2.3.2. Composition de l'échantillon complet

Au grand total, 704 sujets ont accepté l'invitation à participer à cette thèse. Parmi ceux-ci, six cent quatre-vingt-neuf (689) cliniciens ont donné leur consentement et répondaient aux deux critères d'inclusion du protocole de l'étude; 1) être psychologues cliniciens membres d'un ordre professionnel, ou être doctorant en psychologie; 2) être un membre actif de l'OPQ, ou être présentement en internat clinique. Quinze (15) sujets n'étant pas en stage clinique ou membres actifs de l'OPQ au moment de l'étude ont été retirés automatiquement du protocole. L'échantillon total utilisé est constitué de cinq cent cinquante-huit (558) femmes et cent trente et un (131) hommes, âgés de vingt-deux (22) à soixante-treize (73) ans ( $M=39.78$  ans;  $ET=11.86$  ans). Cette répartition semble assez représentative de la profession qui selon Service

Canada (2013) est composée de 25.4 % d'homme et 74.6 % de femmes. Le niveau d'expérience clinique de l'échantillon varie de zéro (0) à quarante-six (46) années de pratique ( $M=10.24$ ;  $ET=9.63$ ). Cinquante sept (57) sujets ont quitté l'étude sans répondre à l'instrument. Les données de l'étude 1 ont été réutilisées dans l'étude 2 afin de permettre les comparaisons entre les sujets novices et expérimentés. Les critères de composition des échantillons de chacune des deux études seront présentés respectivement dans la section méthodologie des articles 1 et 2.

#### 2.4. Procédure

Autant pour l'étude 1 que pour l'étude 2, chaque sujet a consulté un document explicatif et a ensuite rempli un formulaire de consentement (voir annexe B), ainsi qu'un formulaire sociodémographique adapté à la pratique de la psychologie clinique (voir annexe E). Les sujets ont répondu à l'instrument sur support informatique à l'aide de l'hyperlien qui leur avait été fourni par courriel. La majorité des réponses ont été colligées sur deux périodes de recrutement, soit entre les mois de février et juin 2013 pour l'étude 1, et les mois de mars et mai 2014 pour l'étude 2. Aucune limite de temps ne leur était imposée en ce qui concerne cette tâche. Le temps de passation moyen était d'environ 15 minutes et devait être réalisé sur un seul moment.

## 2.5. Instruments de mesure

Nous abordons ici les spécificités des questionnaires et instruments de mesure soumis aux participants de l'étude. On y décrit notamment le CASES dans sa version originale en présentant ses consignes et ses valeurs psychométriques. Une brève description de l'instrument traduit (CASES-Fr) est également abordée et un tableau comparatif des items anglophones et francophones divisés par échelles théoriques est présenté. Les versions du CASES et du CASES-Fr sont toutes deux disponibles dans les annexes de la présente thèse (Annexe D).

### 2.5.1. Questionnaire sociodémographique

Les données sociodémographiques des participants de l'étude ont été récoltées à l'aide d'un questionnaire qui précédait l'instrument de mesure principal. Nombre d'éléments ont été recueillis pour les fins empiriques de cette recherche: nombre d'années d'expérience, scolarité, milieu de pratique professionnelle, clientèle principale (voir Annexe E). Les sujets étaient également invités à participer au protocole test-retest sur une base volontaire à l'aide de la question dichotomique suivante : je souhaiterais participer au groupe test-retest.

### 2.5.2. Counselor Activity Self Efficacy Scales (CASES)

Le « *Counselor Activity Self Efficacy Scales* » est un instrument auto administré construit autour de trois échelles théoriques soit; *exploration skills, session management skills, counseling challenges self-efficacy*. Cet instrument interroge le psychologue quant à son sentiment de confiance à réaliser plusieurs actions ou à être confronté à diverses situations ou expériences relationnelles. Il est organisé autour d'une consigne générale que nous présentons ici dans sa version traduite.

*Consigne générale : Ce questionnaire est composé de trois parties. Dans chacune des parties, nous vous demandons comment vous percevez vos capacités à manifester divers comportements en situation thérapeutique ou encore comment vous percevez vos habiletés à gérer certaines situations particulières en thérapie. Nous vous demandons de fournir des réponses honnêtes et spontanées qui reflètent vos perceptions par rapport à vos aptitudes actuelles et non pas comment vous aimeriez être perçu, ou ce qu'elles pourraient avoir l'air dans le futur. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions qui suivent. En utilisant un crayon à mine ou un stylo à l'encre foncé, s'il vous plaît encerclez le chiffre qui représente le mieux votre réponse à chacune des questions.*

Il cherche à mesurer la perception de compétence à travers une tentative d'objectivation de la quotidienneté du travail du clinicien, ainsi que de certaines expériences que peut vivre celui-ci lorsqu'il est face à ses clients. En voici un résumé partiel.

Au quotidien, le psychologue doit faire preuve d'une qualité de présence particulière qui dépasse une simple écoute mécanique, en plus d'avoir à assumer

une succession de décisions cliniques. À partir de sa capacité à démontrer sa disponibilité affective, il doit parvenir à être assez réceptif aux divers canaux de communication pour identifier les thèmes et les enjeux importants à souligner, choisir les questions adéquates à formuler, les opinions à offrir, les interprétations et les interventions à élaborer, ainsi que le moment adéquat pour les utiliser. Qui plus est, ce dernier intervient généralement dans des interactions interpersonnelles non linéaires au cœur desquelles l'information disponible et la manière dont celle-ci est traitée sont largement déterminées par le processus communicationnel dans lequel ils s'inscrivent (Turk, Salovey & Prentice, 1988). Cette information peut provenir autant du discours du patient, que provenir des dynamiques relationnelles plus subtiles qui s'installent dans la relation thérapeutique. C'est donc principalement à partir d'un maillage cohérent entre les différentes habiletés de l'écoute active, de la relation d'aide et de ses capacités de présence à lui-même et à l'autre qu'il arrive habituellement à faire adéquatement son travail. Au-delà de ces dimensions, le psychologue porte aussi un rôle de consultant dans lequel il doit parfois se montrer plus directif et normatif. Bien que cet aspect soit moins représentatif des approches humanistes existentielles et psychodynamiques, il n'en demeure pas moins qu'il est important dans certains contextes de pratique professionnelle, notamment les périodes de crise et les épisodes de soins.

Le psychologue doit également incarner une figure structurante qui déploie un espace dans lequel peut avoir lieu une psychothérapie. Il doit être en mesure d'assumer sa position sans brimer son patient. Dit autrement, il représente un gardien du cadre qui doit être à la fois ferme et flexible pour bien accompagner la singularité de chacun des patients et leur demande. Cela nécessite une capacité à assumer d'être une figure stable qui aide le patient à s'engager et s'approprier son propre processus d'élaboration clinique. D'autre part, il doit

être capable de compter sur ses capacités à conceptualiser adéquatement la problématique soulevée par le patient, de même qu'arriver à insuffler de l'espoir et manifester de la confiance quant aux capacités personnelles et aux ressources de celui-ci.

Il va sans dire que ce processus complexe confronte souvent le psychologue à sa propre impuissance et ses propres enjeux affectifs résolus ou non. Il doit démontrer une capacité à accueillir et contenir toute l'intensité de la détresse de l'autre sans sombrer dans la confluence ou agir sur l'autre ses enjeux personnels. Vu la proximité et la nature intime de ce lien thérapeutique, plusieurs élans passionnels, notamment des motions de haine ou d'amour très vives, peuvent se manifester entre le patient et le clinicien. Ce dernier doit être en mesure de recevoir cette charge affective sans se gratifier narcissiquement ou infliger des représailles à l'autre. Finalement, tel que le recommande le courant humaniste existentiel, le clinicien doit parvenir à se montrer congruent, authentique et surtout arriver à tolérer la différence de l'autre de manière inconditionnelle et bienveillante. Voilà en bref la réalité clinique que les 41 items de l'instrument (voir tableau 1) cherchent humblement à opérationnaliser.

Chacun de ceux-ci mesure la perception de compétence sur une échelle de 10 points allant de (0) no confidence, à (9) complete confidence. Le score total est comptabilisé sur un maximum de 369 points et présente une gradation croissante du SEPP. Chacune des trois échelles est accompagnée d'une consigne spécifique qui implique une temporalité relative à un futur proche. Voici une liste des consignes tirée de notre traduction de l'instrument adapté à la culture franco-canadienne.

Échelle des habiletés aidantes (HA) : *Veillez s.v.p. indiquer à quel point vous avez confiance en vos capacités à utiliser efficacement chacune des habiletés cliniques suivantes, durant vos rencontres avec la majorité de vos clients, au cours de la prochaine semaine.*

Échelle gestion du cadre et des séances (GCS) : *Veillez s.v.p. indiquer à quel point vous vous sentez confiant face à votre capacité à effectuer efficacement chacune des tâches suivantes, durant la prochaine semaine, en intervenant auprès de la majorité de vos clients.*

Échelle défis cliniques (DC) : *Veillez s.v.p. indiquer à quel point vous vous sentez confiant quant à vos capacités à travailler efficacement, auprès de chacun des types de clients, ou scénarios suivants, au cours de la prochaine semaine. (Par « travailler efficacement », nous entendons votre habileté à développer un plan de traitement efficace, à générer des interventions adéquates en séance, à maintenir votre équilibre émotionnel durant certaines interactions difficiles, et ultimement, aider votre client à résoudre ses enjeux.)*

Sur le plan psychométrique, la validité interne du CASES est de  $\alpha = 0,79$  (exploration skills),  $\alpha = 0,94$  (session management skills) et  $\alpha = 0,91$  (counseling challenges self-efficacy). L'instrument démontre un alpha de Cronbach total de ( $\alpha = 0,97$ ). La fidélité test retest sur deux semaines est de ( $r = 0,96$ ). Le CASES démontre une validité convergente avec le COSE ( $\alpha = 0,67$ ). La corrélation entre le CASES et le construit de désirabilité sociale sur le SDS est relativement petite et peu significative, soit entre ( $r = -0,02$  et  $r = 0,22$ ). Robert Lent nous a accordé sa permission quant à l'utilisation de l'instrument dans le cadre de cette thèse.

### 2.5.3. Version francophone du CASES (CASES-Fr)

Une version adaptée à la culture franco-canadienne du « *Counselor Activity Self Efficacy Scales* » (CASES-Fr) a d'abord été validée empiriquement (Collacciani, Dupuis et Drouin, 2015). Le processus d'adaptation et les propriétés psychométriques de l'instrument traduit seront présentés dans l'article 1. L'instrument traduit a ensuite été utilisé pour étudier le SEPP et ses liens avec l'expérience du psychologue clinicien ou du doctorant en psychologie.

Tableau 1  
*Items du CASES et CASES-FR divisés par échelles théoriques*

Échelle :

CASES

CASES-FR

1. Habilités aidantes (HA)		
1.1. Exploratoires de base	<p><b>Attending</b> (orient yourself physically toward the client).</p> <p><b>Listening</b> (capture and understand the messages that clients communicate).</p> <p><b>Restatements</b> (repeat or rephrase what the client has said, in a way that is succinct, concrete, and clear).</p> <p><b>Open questions</b> (ask questions that help the clients to clarify or explore their thoughts or feelings).</p> <p><b>Reflection of feelings</b> (repeat or rephrase the client's statements with an emphasis on his or her feelings).</p>	<p><b>La présence</b> (manifester votre disponibilité au client à l'aide de votre posture physique).</p> <p><b>Écouter</b> (entendre et comprendre le message que les clients communiquent).</p> <p><b>Reformuler</b> (répéter ou reformuler ce que le client a dit, de manière succincte, concrète et claire).</p> <p><b>Questions ouvertes</b> (poser des questions qui aident les clients à clarifier ou à explorer leurs pensées et leurs émotions).</p> <p><b>Refléter les émotions</b> (répéter et reformuler les énoncés des clients en mettant l'accent sur leurs émotions).</p>
1.2. Habiletés avancées (prise de conscience)	<p><b>Self-disclosure for exploration</b> (reveal personal information about your history, credentials, or feelings).</p> <p><b>Intentional silence</b> (use silence to allow clients to get in touch with their thoughts or feelings).</p> <p><b>Challenges</b> (point out discrepancies, contradictions, defenses, or irrational beliefs of which the client is unaware or that he or she is unwilling or unable to change).</p> <p><b>Interpretations</b> (make statements that go beyond what the client has overtly stated and that give the client a new way of seeing his or her behavior, thoughts, or feeling).</p> <p><b>Self-disclosure for insight</b> (disclose past experiences in which you gained some personal insight).</p> <p><b>Immediacy</b> (disclose immediate feelings you have about the client, the therapeutic relationship, or yourself in relation to the client).</p>	<p><b>Autodévoilement pour favoriser l'exploration</b> (dévoiler des informations relatives à votre histoire personnelle, vos qualifications professionnelles, ou vos sentiments).</p> <p><b>Silence intentionnel</b> (utiliser le silence afin de permettre aux clients d'entrer en contact avec leurs pensées et leurs émotions).</p> <p><b>Confrontations</b> (soulever les incongruités, les contradictions, les défenses, ou les pensées irrationnelles dont le client n'aurait pas conscience, qu'il ne désirerait pas, ou serait incapable de changer).</p> <p><b>Interprétation</b> (formuler des interventions qui vont au-delà du discours manifeste du client et qui permettent à ce dernier d'avoir un nouveau point de vue sur son comportement, ses pensées, ou ses émotions).</p> <p><b>Autodévoilement pour favoriser la prise de conscience</b> (dévoiler des expériences de votre histoire personnelle au cours desquelles vous auriez eu une prise de conscience).</p> <p><b>Immédiateté</b> (dévoiler dans l'ici maintenant les sentiments que vous éprouvez à l'égard du client, de la relation thérapeutique, ou par rapport à vous même en relation avec le client).</p>

<p><b>1.3. Fonction-conseil</b></p>	<p><b>Information-giving</b> (teach or provide the client with data, opinions, facts, resources, or answers to questions).</p> <p><b>Direct guidance</b> (give the client suggestions, directives or advice that imply actions for the client to take).</p> <p><b>Role-play and behavior rehearsal</b> (assist the client to role-play or rehearse behaviors in-session).</p> <p><b>Homework</b> (develop and prescribe therapeutic assignments for clients to try out between sessions).</p>	<p><b>Offrir de l'information</b> (enseigner ou fournir au client des données, des faits, des ressources ou des réponses à ses questions).</p> <p><b>Donner des conseils directs</b> (fournir au client des suggestions, des directives, ou des conseils qui impliquent des gestes à poser pour le client).</p> <p><b>Jeu de rôle</b> (aider le client à l'aide de jeux de rôle ou de pratique de comportements lors de la séance).</p> <p><b>Devoir</b> (développer et prescrire des exercices thérapeutiques à réaliser entre chaque séance).</p>
-------------------------------------	---	---

<p><b>2. Gestion du cadre et des séances (GCS)</b></p>	<p>Keep sessions « on track » and focus.</p> <p>Respond with the best helping skill, depending on what your client needs at a given moment.</p> <p>Help your client explore his or her thoughts, feelings, and actions.</p> <p>Help your client to talk about his or her concerns at a « deep » level.</p> <p>Know what to do or say next after your client talks.</p> <p>Help your client set realistic counseling goals.</p> <p>Help your client to understand his or her thoughts, feelings, and actions.</p> <p>Build a clear conceptualization of your client and his or her counseling issues.</p> <p>Remain aware of your intentions (i.e., the purposes of your interventions) during sessions.</p> <p>Help your client to decide what actions to take regarding his or her problems.</p>	<p>Maintenir les séances orientées vers les objectifs et être centré.</p> <p>Proposer les interventions les plus appropriées en fonction des besoins de votre client à un moment donné.</p> <p>Aider votre client à explorer ses pensées, ses émotions, et ses comportements.</p> <p>Aider votre client à approfondir ses préoccupations.</p> <p>Savoir quoi dire ou quoi faire après que votre client ait parlé.</p> <p>Aider votre client à se fixer des objectifs thérapeutiques réalistes.</p> <p>Aider votre client à comprendre ses pensées, ses émotions et ses actions.</p> <p>Élaborer une compréhension clinique claire de votre client, ainsi que de ses besoins et enjeux thérapeutiques.</p> <p>Demeurer conscient de vos intentions (ex. la visée de vos interventions) durant les séances.</p> <p>Aider votre client à choisir les actions qu'il devrait poser en lien avec sa problématique.</p>
--	---	--

3. Défis cliniques (DC)	<i>A client who...</i>	<i>Un client qui...</i>
3.1. Détresse du patient	<p>Is clinically depressed.</p> <p>Has been sexually abused.</p> <p>Is suicidal.</p> <p>Has experienced a recent traumatic life event (e.g., physical or psychological injury or abuse).</p> <p>Is extremely anxious.</p> <p>Shows signs of severely disturbed thinking.</p>	<p>Qui est dépressif.</p> <p>Qui a été abusé sexuellement.</p> <p>Qui est suicidaire.</p> <p>Qui a récemment vécu un événement traumatique (ex. blessure physique, un abus physique ou psychologique).</p> <p>Qui est extrêmement anxieux.</p> <p>Qui démontre des signes de perturbations sévères de la pensée.</p>
3.2. Situations cliniques particulières	<p>You find sexually attractive.</p> <p>Is dealing with issues that you personally find difficult to handle.</p> <p>Has core values or beliefs that conflict with your own (e.g., regarding religion, gender roles).</p> <p>Differs from you in a major way or ways (e.g., race, ethnicity, gender, age, social economic status).</p> <p>Is not « psychologically-minded » or introspective.</p> <p>Is sexually attracted to you.</p> <p>You have negative reactions toward (e.g., boredom, annoyance).</p> <p>Is at an impasse in therapy.</p> <p>Wants more from you than you are willing to give (e.g., in terms of frequency of contacts or problem-solving).</p> <p>Demonstrates manipulative behaviors in-session.</p>	<p>Que vous trouvez attirant sexuellement.</p> <p>Qui est confronté à des situations que vous trouvez personnellement difficiles à gérer.</p> <p>Qui porte des valeurs fondamentales ou des croyances qui entrent en conflit avec les vôtres (ex. la religion, les rôles de genre).</p> <p>Qui est très différent de vous d'une ou plusieurs façons (ex : ethnique, sexe, âge, statut socio-économique).</p> <p>Qui n'est pas ouvert à une perspective psychologique ou à l'introspection.</p> <p>Qui est attiré sexuellement par vous.</p> <p>Envers qui vous éprouvez des réactions négatives (ex. ennui, agacement, agressivité).</p> <p>Qui est dans une impasse en thérapie.</p> <p>Qui désire plus de vous que ce que vous êtes prêt à offrir (ex. en terme de fréquence de contacts ou de demandes de solutions à ses problèmes).</p> <p>Qui fait preuve de comportements manipulateurs en séance.</p>

## 2.6. Méthodologie de l'adaptation des mesures

Lorsque vient le temps d'adapter un instrument de mesure, la littérature scientifique propose plusieurs exemples de l'impact de certains facteurs culturels sur la mesure de construits psychologiques comme l'intelligence, les comportements et la psychopathologie (Spielberger & Sharma, 1976 ; Tassé & Craig, 1999). Notamment, l'Américain Psychological Association insiste sur l'idée que l'équivalence et les données psychométriques d'un instrument adapté à une autre langue ne peuvent pas être inférées à partir d'une pensée heuristique (APA, 1985). La traduction d'un instrument tel que le CASES ne devrait donc pas être considéré comme une opportunité rapide et économique de proposer un instrument à une nouvelle population, autant sur le plan linguistique que celui de l'expérience (Lecavalier, 2001). Au contraire, une telle traduction demande autant de travail, de temps et de validation empirique que la construction initiale de l'instrument (Tassé & Craig, 1999).

Bien que le contexte américain soit en plusieurs points similaire au contexte québécois, une traduction et une adaptation du questionnaire étaient recommandées. Nous avons choisi un processus de traduction rigoureux en deux étapes adaptées à partir des protocoles de traduction proposés par Haccoun (1987), Vallerand (1989), Guillemain, Bombardier et Beaton (1993), Lecavalier (2001) et Caron (2002), ainsi que les recommandations formulées par Peters et Passchier (2006). Premièrement, la traduction et la vérification de son équivalence qui est divisée en 6 étapes. Deuxièmement, la vérification empirique de la validité de la version traduite, qui sera présentée dans l'article 1. Puisque nous cherchions à conserver une équivalence inférentielle (Haccoun, 1987) qui permettrait de tirer les mêmes inférences que le « CASES » à partir de la version

traduite, nous avons utilisé une traduction symétrique qui favorise une concordance de sens et qui est plus cohérente avec les expressions habituellement employées dans la clinique.

Pour obtenir une traduction de haute qualité, Caron (2002) et Peters et al. (2006) recommandent 5 critères méthodologiques. Premièrement, utiliser la méthode de rétro traduction avec deux versions parallèles produites par deux traducteurs indépendants. Deuxièmement, prévoir des lignes directrices qui encadrent clairement et rigoureusement le processus de traduction. Troisièmement, évaluer la qualité des items auprès d'au moins deux évaluateurs. Quatrièmement, avoir recours à une étude pilote pour évaluer la clarté des items. Cinquièmement, procéder à une validation des propriétés psychométriques de l'instrument; cohérence interne, fidélité, validité et sensibilité au changement.

### 2.6.1. Procédure de la traduction en 6 étapes

Cette section présente les grandes lignes de la procédure de traduction en six (6) étapes que nous avons développée à partir des recommandations de la littérature. L'application de cette méthode à notre protocole sera explicitée dans l'article 1 et certaines considérations méthodologiques seront abordées dans la conclusion synthèse située dans le chapitre 5.

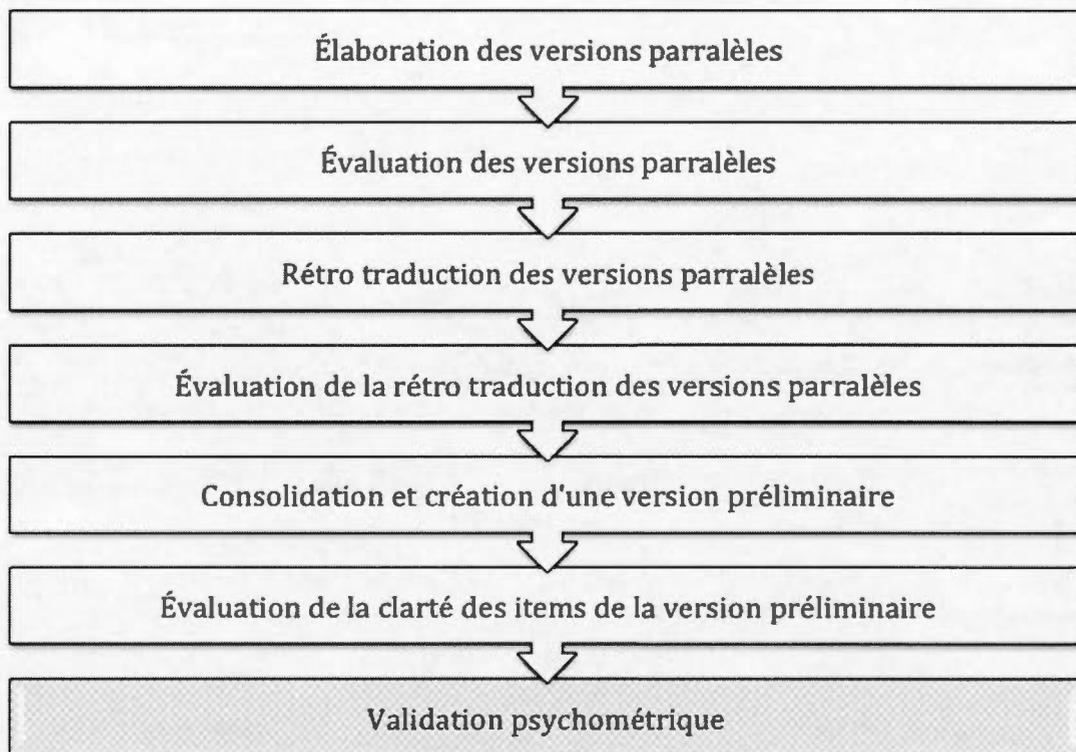


Figure 2. Protocole d'adaptation transculturelle du questionnaire.

- 1) *Élaboration des versions parallèles* : Cette étape consiste à développer deux versions francophones parallèles de l'instrument. Un grand soin doit être accordé au choix d'un vocabulaire couramment utilisé dans la clinique.
- 2) *Évaluation des versions parallèles* : Un comité doit ensuite évaluer les deux versions préliminaires afin d'en assurer la conformité. Ces versions sont ensuite transmises à deux traducteurs bilingues pour rétro traduction.
- 3) *Rétro traduction des versions parallèles* : Chacune des deux versions parallèles francophones approuvées par le comité est traduite vers l'anglais par deux individus bilingues étant familiers avec le champ à l'étude et son lexique.
- 4) *Évaluation de la rétro traduction des versions parallèles* : En comité, les énoncés francophones sont évalués sur la base de la qualité de la formulation et

du rapprochement de la traduction inversée vers l'anglais. Les items plus problématiques doivent être modifiés lorsque la rétro traduction anglophone présente des ambiguïtés. Les deux versions francophones parallèles révisées sont ensuite finalisées et soumises à un comité d'experts afin de déterminer les meilleurs items à retenir.

5) *Consolidation et création d'une version préliminaire* : Les deux versions francophones ayant été soumises au processus de rétro traduction et de révision préliminaire sont ensuite soumises à un comité composé d'experts. Deux avenues sont alors possibles. La première consiste à réunir les experts pour débattre en groupe quant à la qualité des items. La deuxième est un processus d'évaluation à l'aveugle. Par exemple, il est possible d'utiliser un sondage anonyme pour choisir les items qui semblaient le mieux correspondre à l'item original anglophone. Les items ayant été retenus par une majorité d'évaluateurs sont alors automatiquement retenus. Les autres ayant été plus équivoques sont de nouveau révisés et modifiés adéquatement par l'équipe de recherche. Notons que la traduction des consignes doit également être soumise au même processus. Cette étape permet également de vérifier la validité de contenu.

6) *Évaluation de la clarté des items de la version préliminaire* : La version préliminaire élaborée à partir des consensus d'experts est ensuite soumise à un groupe d'individus provenant de la population visée en prenant soin de composer un groupe relativement représentatif. Ces participants doivent lire chacune des consignes et chacun des items afin de les évaluer à partir d'une échelle de Lickert en quatre points allant de (1) pas clair du tout à (4) très claire. Un espace additionnel peut être réservé aux commentaires. Les items présentant un score moyen inférieur à 3,5 peuvent être considérés comme nécessitant une révision. Suite à cette vérification, la version finale est prête pour la validation psychométrique.

## 2.7. Considérations statistiques

Dans cette partie du chapitre, nous présentons diverses notions statistiques dont nous avons tenu compte lors de l'analyse des données. Nous y abordons notamment l'analyse factorielle, les analyses de cohérence interne, la régression linéaire, la fidélité test retest et les tests t pour échantillons appariés et indépendants. L'ensemble des analyses a été effectué à l'aide du logiciel SPSS version 17 et AMOS version 23.

### 2.7.1. Analyse factorielle exploratoire

Le modèle de l'analyse factorielle exploratoire (AFE) a été choisi parce qu'il représentait la meilleure procédure pour permettre d'extraire une combinaison linéaire de variables et cela jusqu'à ce que toute la variance soit utilisée (Garson, 2004). La littérature appuie l'utilisation de l'analyse exploratoire pour étudier et valider la structure latente et la validité de construit de notre version franco-canadienne du CASES (Vallerand, 1989 ; Conway et Huffcutt, 2003 ; Bourque, Poulin, Cleaver, 2006). Nous l'avons privilégiée, parce qu'elle permet initialement d'explorer la structure latente de manière plus souple sur un échantillon qui est très différent, soit exclusivement des psychologues qui possèdent des niveaux d'expérience très variées, soit de 0 à 40 ans (Tinsley et Tinsley, 1987). Tous les facteurs ont été considérés, jusqu'à ce que ceux-ci aient une valeur propre moindre que 0. La procédure SPSS a d'abord signalé l'existence des facteurs ayant une valeur propre plus grande que 1, pour ensuite extraire les facteurs jusqu'à ce qu'ils expliquent 100 % de la variance (Georges et Mallery, 2003). Nous avons aussi repris le modèle de rotation oblique [oblimin]

tel qu'utilisé par les auteurs de la version originale, puisque cette méthode est la plus recommandée lorsque les facteurs peuvent être corrélés entre eux (Fabrigar, Wegener, MacCallum et Strahan, 1999). Ce faisant, nous voulions répliquer les analyses le plus fidèlement possible afin d'établir l'équivalence du CASES-Fr; autant sur le plan conceptuel que sur le plan empirique. Cette fois par contre, auprès d'un échantillon plus varié sur le plan de l'expérience et plus spécifique à la profession de psychologue.

#### 2.7.1.1. Postulats de base

Premièrement sur le plan de la taille de l'échantillon, une règle veut qu'une étude exploratoire soit composée d'au moins 10 participants par variables (Nunnally, 1978). D'autres chercheurs avancent que ce ratio puisse être plutôt de 5 à 10 participants par variable, à concurrence de 300 participants, au-delà de quoi les paramètres du test ont tendance à être stables peu importe le ratio (Kass et Tinsley, 1979 ; Tabachnick et Fidell, 2007). Comrey et Lee (1992) proposent qu'un échantillon de 100 participants soit faible, qu'un de 300 participants soit bon et qu'un de 1000 soit excellent. Le ratio items sujets a été calculé avant chaque analyse et est présenté dans chacun des articles.

Deuxièmement, trois vérifications préalables ont soutenu davantage la pertinence de réaliser une analyse factorielle. Le test de Kaiser-Meyer-Olkin a été utilisé pour chacune des analyses, d'abord sur l'instrument complet et ensuite sur chacune des échelles afin de déterminer si la distribution de l'échantillon permet d'effectuer une analyse factorielle. Kaiser détermine qu'un échantillon qui produit un indice entre 0,80 et 0,70 peut être qualifié

d'acceptable pour réaliser une analyse factorielle (George et Mallery, 2003). Les valeurs entre 0,80 et 0,90 sont très bonnes et celles au-dessus de 0,90 sont dites excellentes (Hutcheson et Sofroniou, 1999, Kline, 2000).

Le test de sphéricité conçu par Barlett a permis de vérifier que la matrice de corrélation n'en est pas une d'identité, sans quoi il serait déconseillé de faire une analyse factorielle. Un test significatif assure que les données n'ont pas produit une matrice d'identité et qu'il est donc possible de réaliser une analyse factorielle (George et Mallery, 2003).

Bien que ces deux tests validaient la pertinence de procéder à une analyse factorielle, l'inspection de la matrice de corrélation a soulevé un problème sur lequel il a fallu se pencher avant d'entreprendre l'analyse factorielle. Puisque l'analyse factorielle vise à identifier les regroupements de corrélations dans un sous ensemble de variables, il est essentiel que les variables soient a priori au moins légèrement corrélées entre elles. Toutefois, lorsque certaines variables sont trop corrélées ou entretiennent un lien linéaire trop fort ( $r > 0,80$ ), il est possible d'avoir à faire à une matrice singulière. Cela signifie que deux ou plusieurs variables partagent déjà une corrélation au-delà de 0,80 et qu'il y a un risque de multi colinéarité. En d'autres mots, deux ou plusieurs variables se ressemblent trop ou mesurent le même concept et partagent donc un lien linéaire ensemble.

Le déterminant d'une matrice de corrélation devrait se situer entre 0 et 1 sans toutefois présenter cette première mesure (Fields, 2009). Nous avons a priori observé que les déterminants de certaines échelles étaient égaux à (0,000), ou inférieur au (0,0001) requis (Fields, 2009), ce qui indique la possibilité d'une matrice singulière. Afin d'approfondir la vérification pour déterminer la

présence de multi colinéarité nous nous sommes également assurés qu'aucune des variables n'avait une valeur de 0 pour la variance ou pour l'écart type, ce qui indiquerait que nous sommes en présence d'une matrice dégénérée. La littérature propose trois solutions pour palier à ce problème. Deux consistent à retirer ou annuler un item des analyses. Une autre, suggère de faire une variable composite, aussi appelée variable constituée, (somme ou moyenne) à partir des deux ou plusieurs items constituants qui partagent une trop forte corrélation a priori (Tabachnik et Fidell, 2007 ; Fields, 2009). Réaliser les analyses avec ces deux items en faisant fi des déterminant de 0,000 serait une réelle erreur statistique et compromettrait la stabilité mathématique des solutions factorielles proposées.

L'identification des variables problématiques s'est fait à partir de quatre critères, soit la corrélation a priori, l'indice de tolérance, le facteur d'inflation de la variance (FIV) et le raisonnement théorique. Un indice de tolérance plus petit que 0,20 représente une valeur problématique (Menard, 1995). Le facteur d'inflation de la variance est un indice qui se mesure en divisant 1 par l'indice de tolérance. Un FIV qui se situe entre 5 et 10 représente une valeur problématique qui indique la présence de multi colinéarité (Myers, 1990).

Bien que nous aurions pu choisir d'exclure l'item de ces paires qui présente la plus petite communauté (proportion de variance), ce choix nous apparaissait arbitraire et précipité. Nous avons privilégié la troisième alternative afin de rester le plus près possible de la version originale et d'éviter de faire un choix arbitraire/aléatoire en retirant hâtivement une variable sous prétexte de répondre à un postulat mathématique requis à l'AFE.

Par exemple, pour l'échelle habiletés aidantes (HA) nous avons combiné les items 6 et 10 ( $r = 0,875$ ) ayant des indices de tolérance faibles (0,167 ; 0,155), des FIV de (4,58 ; 4,63), et traitant tout deux conceptuellement de l'auto dévoilement, d'une part pour l'exploration et d'une autre pour la prise de conscience. L'item combiné a été calculé avec la formule suivante  $(HA6 + HA10 / 2)$ . Pour l'échelle gestion du cadre et des séances (GCS), nous avons combiné les items 18 et 19 ( $r = 0,854$ ) ayant des indices de tolérance faibles (0,227 et 0,277), des FIV de (4,04 ; 3,60), et traitant tous deux conceptuellement de l'exploration et l'approfondissement des émotions, pensées, comportements et préoccupations. L'item combiné a été calculé avec la formule suivante  $(GCS18 + GCS19 / 2)$ . Finalement, pour l'échelle défis cliniques (DC) nous avons combiné les items 35 et 36 ( $r = 0,590$ ) qui traitent tous deux conceptuellement de la tolérance à la différence de l'autre. L'item combiné a été calculé avec la formule suivante  $(DC35 + DC36 / 2)$ .

À partir de ces nouvelles valeurs, aucun indice de tolérance ou FIV ne présente une valeur problématique. Après avoir fait cette modification, nous constatons que les déterminants de l'ensemble des matrices de corrélation atteignent des niveaux adéquats (Fields, 2009). Par ailleurs, chacune des trois recommandations a été mise à l'épreuve et produit des solutions factorielles similaires. Les implications qui découlent de choix méthodologique seront explicitées davantage dans la conclusion générale.

### 2.7.1.2. Méthode d'extraction des facteurs

Pour l'extraction des facteurs, nous avons utilisé les valeurs propres (eigenvalues) ainsi que le test du coude basé sur le diagramme de type SCREE (Cattell, 1966). Puisque SPSS utilise le critère de Kaiser par défaut, quelques précautions ont été nécessaires (Kaiser, 1960 ; Fields, 2009). La littérature suggère d'être prudent et de se fier uniquement au critère de Kaiser que lorsqu'une des deux conditions suivantes est remplie: 1) lorsque l'analyse comporte moins de 30 variables et que l'ensemble des communautés extraites sont plus grandes que 0,70, 2) lorsque l'échantillon est d'au moins 250 participants et que la moyenne des communautés extraites est égale ou supérieure à 0,60 (Stevens, 2002). Autrement, il est préférable de consulter le diagramme de type SCREE et de procéder à un test du coude de Cattell. Ce test est particulièrement fiable lorsque l'échantillon est d'au moins 200 participants (Cattell, 1966 ; Stevens, 2002). Puisque nous avons utilisé une rotation oblique, les matrices « *pattern matrix* » seront présentées afin de faciliter l'interprétation (Fields, 2009).

### 2.7.2. Analyse factorielle confirmatoire

Lors de l'adaptation d'un questionnaire, l'utilisation de l'analyse factorielle confirmatoire (AFC) permet de vérifier statistiquement si la traduction d'un instrument correspond à la version originale (Vallerand, 1989). Des logiciels tels que EQS, LISREL et AMOS permettent de réaliser cette analyse. La procédure consiste à soumettre les réponses de la version francophone à l'analyse confirmatoire en spécifiant le nombre de facteurs qui devraient être obtenus, la

position de chaque item sur les divers facteurs, ainsi que les saturations et les intercorrélations observées sur échantillon originel.

Afin d'étayer davantage la qualité de traduction du CASES-FR, la structure théorique proposée par Lent et coll. (2003) a été soumise à une analyse factorielle confirmatoire (AFC) de type *maximum likelihood* pour déterminer l'adéquation de la structure latente proposée par l'échantillon américain sur notre échantillon francophone. L'échelle *exploration skills* comporte trois facteurs dont un constitué des items 1 à 5, un constitué des items 6 à 11 et un dernier constitué des items 12 à 15. L'échelle *session management* propose un seul facteur constitué des items 16 à 25. L'échelle *clinical challenges* comporte deux facteurs, dont un constitué des items 26 à 31 et un autre constitué des items 32 à 41. Les saturations et les intercorrélations utilisées lors de l'AFC sont rapportées dans l'article 1. Pour cette analyse, les indices d'adéquation suivants ont été utilisés : le Chi carré normé ( $\chi^2/dl$ ), le *comparative fit index* (CFI), le *standardised root mean square residual* (SRMR), le *root mean square error of approximation* (RMSEA) et le *p value of root mean square error of approximation* (PCLOSE). Les valeurs satisfaisantes pour les indices d'adéquation du modèle testé sont rapportées dans l'article 1 (Hu et Bentler, 1999 ; Browne et Cudeck, 1993 ; Brown, 2006). Pour le CFI une valeurs plus grandes que 0,95 est considérée très bonne, 0,90 bonne et plus petite que 0,80 médiocre. Pour le SRMR une bonne valeur doit être plus petite que 0,09. Pour le RMSEA, une valeur plus petite que 0,05 est bonne, entre 0,05 et 0,10 acceptable, plus grande que 0,10 inadéquate. Toujours dans le but de rester le plus près possible de la version originale et de valider la qualité de traduction de notre instrument, cette analyse visait uniquement à tester le modèle proposé par les auteurs américain et ne présente pas de nouveau modèle dans le cas où l'adéquation d'une échelle serait insatisfaisant.

### 2.7.3. Analyses de cohérence interne

Des analyses de cohérence interne ont été utilisées afin de déterminer les valeurs alpha de Cronbach ( $\alpha$ ) pour chacune des six échelles (Cronbach, 1951) de la version francophone, ainsi que pour l'instrument complet. Celles-ci permettent d'estimer l'homogénéité des éléments du questionnaire, et s'assurer que les items qui la composent mesurent bien le même construit. La littérature recommande des valeurs au-delà du seuil de 0,70 (Cortina, 1993 ; Kline, 2000 ; Fields, 2009). Plus l'homogénéité est grande, plus l'échelle est considérée comme étant fidèle au sens de la cohérence interne. La littérature rapporte aussi qu'une homogénéité élevée indique que les items du questionnaire mesurent le vrai score de l'individu. Les valeurs d'« *alpha if item deleted* » ont été vérifiées afin de s'assurer qu'elles ne se situent pas au-dessus de l'alpha de l'échelle. Si tel était le cas, l'item en question pourrait nuire à la cohérence interne de l'instrument et devrait probablement être retiré.

### 2.7.4. Stabilité temporelle

Le concept statistique de fidélité représente la reproductibilité des scores obtenus par les mêmes personnes lorsqu'on les soumet à plus d'une passation d'un même test, à des ensembles différents d'items équivalents, ou qu'ils sont exposés à des conditions de passation variables (Anastasi, 1994). Ce concept vise à déterminer si les différences individuelles des scores à l'instrument sont attribuables à de vraies différences, ou simplement à la variance d'erreur et au hasard. Puisque le concept de fidélité a pour objet la similitude ou l'accord entre deux séries indépendantes de scores sur un instrument, il peut prendre la forme

d'un coefficient de corrélation. La technique la plus évidente pour déterminer la fidélité des scores d'un instrument consiste à réaliser deux ou plusieurs passations d'un même instrument à intervalle de quelques jours à quelques semaines. Cette méthode s'appelle fidélité test retest et mesure la stabilité d'un instrument. Plus le coefficient de Pearson ( $r$ ) obtenu entre les scores est élevé, plus il est possible de croire que les scores ne sont pas influencés par les changements quotidiens imprévisibles (Anastasi, 1994; Fields, 2009).

#### 2.7.5. Analyse de régression linéaire simple

En vue d'étudier le lien linéaire possible entre le sentiment d'efficacité personnelle du psychologue, tel que mesuré par le CASES-Fr, et l'expérience clinique du sujet, une analyse de régression linéaire simple a permis de vérifier cette hypothèse. Plusieurs postulats ont été vérifiés. Notamment, il fallait s'assurer de la distribution normale des scores du CASES-Fr; de l'homogénéité des variances, de l'homocédasticité, de la distribution normale et aléatoire des résiduels, de l'indépendance des valeurs de la variable dépendante et évidemment de la présence d'une relation linéaire entre la variable indépendante et la variable dépendante. Ensuite, avant de modéliser la relation entre les deux variables, il était impératif de déterminer si le modèle le plus simple pour expliquer la variance du score n'était pas plutôt la moyenne, soit un modèle sans prédicteur. L'ANOVA qui accompagne le modèle de régression a permis de vérifier cette prémisse et d'aller de l'avant si un modèle avec prédicteur était plus pertinent.

### 2.7.6. Test t pour échantillons appariés

Afin de déterminer la sensibilité du test pour détecter un changement sur la période d'une année, nous avons réalisé une série de test-t pour échantillon apparié. Toutefois, bien que la valeur de t nous indique s'il existe une différence statistiquement significative, cette différence peut s'avérer insignifiante sur le plan clinique. Afin de mieux apprécier l'importance concrète d'une différence observée, il est recommandé d'avoir recours au calcul de la taille d'effet (Cohen, 1994). Cet indice de taille d'effet représente la proportion de la variance totale de la variable dépendante qui est expliquée par la connaissance des niveaux de la variable indépendante (Tabachnik et Fidell, 1996). Pour le test-t, cet indice se calcule à partir de la valeur de *l'état carré partiel* ( $\eta^2$ ).

$$\text{Éta-carré} = \frac{t^2}{(t^2 + N - 1)}$$

L'indice obtenu se situe entre 0 et 1. Cohen (1988) indique que les valeurs autour de 0,01 représentent un effet de petite taille, que celles autour de 0,06 représentent un effet de taille moyenne et que les valeurs autour de 0,14 et plus représentent un effet de grande taille. Cette valeur peut également être convertie en d de Cohen et s'avère très comparable à cette dernière.

### 2.7.7. Test t pour échantillons indépendants

Afin de déterminer s'il existe une différence significative entre les scores des sujets novices et ceux des sujets expérimentés, nous avons réalisé une série de test-t pour échantillon indépendants. Ici aussi, afin de mieux apprécier l'importance concrète de la différence observée, il est recommandé d'avoir recours au calcul de la taille d'effet (Cohen, 1994). Pour le test t pour échantillons indépendants, cet indice se calcule à partir de la valeur de l'état carré ( $\eta^2$ ) et le même barème d'interprétation que celui mentionné dans la section précédente s'applique (Cohen, 1988).

$$\text{Éta-carré} = \frac{t^2}{t^2 + (N_1 + N_2 - 2)}$$

### 2.7.8. Test de comparaison de corrélations

Afin de déterminer si la différence entre deux coefficients de corrélation simple de Pearson peut être jugée statistiquement significative, un test de comparaison de coefficient de corrélation qui utilise une transformation de Fischer a été utilisé (Guilford, 1978). Le test compare les coefficients de corrélation simple en tenant compte du nombre de sujets respectif à chacun des groupes et donne une valeur de Z accompagnée d'une valeur alpha qui doit être plus petite que 0,05.

## 2.8. Conclusion

Ce chapitre avait pour but de situer le lecteur et faciliter sa compréhension de la méthodologie et des analyses utilisées dans les deux articles présentés aux chapitres suivants. Le chapitre 3 abordera la traduction et la validation psychométrique de l'adaptation franco-canadienne du CASES à partir de la méthode en six étapes présentées ici. Le chapitre 4 présentera les résultats d'une étude portant sur le SEPP et l'expérience réalisée à l'aide du CASES-FR.

CHAPITRE III

ARTICLE 1

**Le sentiment d'efficacité personnelle du psychologue; adaptation franco-canadienne et validation empirique du Counselor Activity Self Efficacy Scales.**

**Auteurs : Giancarlo Jr. Collacciani, M.Ps (Ph.D./Psy.D., cand.)**

**Gilles Dupuis, Ph.D.**

**Marc-Simon Drouin, Ph.D.**

## RÉSUMÉ

Le *Counselor Activity Self Efficacy Scales* a été développé pour mesurer le sentiment d'efficacité personnel des intervenants en relation d'aide. L'instrument constitué de trois échelles a été validé majoritairement auprès de novices et présente de bonnes propriétés psychométriques. Toutefois, celui-ci n'est disponible qu'en version américaine et n'a jamais été validé exclusivement auprès de psychologues cliniciens. Les objectifs de cette étude sont la traduction et l'adaptation de l'instrument à la culture franco-canadienne et la validation psychométrique de cette adaptation auprès de psychologue clinicien ( $n= 282$ ) présentant un niveau d'expérience plus varié, soit 0 et 40 années d'expérience ( $M=5,75$  ;  $ET=6,64$ ). Le protocole de traduction en six étapes est présenté. L'analyse factorielle confirmatoire a permis d'étudier la validité de construit de la nouvelle version francophone proposée. La cohérence interne calculée à l'aide de l'alpha de Cronbach, la fidélité test-retest sur deux semaines et la sensibilité de l'instrument sur 52 semaines sont présentées. Les résultats obtenus auprès de notre échantillon suggèrent que la version francophone est bien traduite et présente des propriétés psychométriques similaires, ainsi qu'une validité de construit comparable à la version américaine. La sensibilité de l'instrument sur 52 semaines est toutefois remise en question.

Mots-clés : Sentiment d'efficacité personnelle, développement professionnel, adaptation d'instrument de mesure, analyse factorielle.

## INTRODUCTION

Le développement professionnel du psychologue et du psychothérapeute est un processus complexe ponctué par le caractère souvent ambigu du travail psychothérapique. La littérature le décrit comme un processus non linéaire, qui implique autant le développement intellectuel que le développement personnel et affectif du clinicien en apprentissage. Les premiers moments de ce processus suscitent souvent une perte de repère, une anxiété de performance aiguë (Orlinsky et Ronnestad, 2001) en plus d'exiger beaucoup de temps et des capacités d'adaptations particulières (Skovolt et Ronnestad, 1992, 2003). Parmi l'ensemble des variables médiatrices de ce processus, le sentiment d'efficacité personnelle du psychologue représente un construit qui semble important à étudier. Dérivé de la théorie sociale cognitive de Bandura (1986, 1997), le sentiment d'efficacité personnelle du psychologue (SEPP) représente les attentes qu'entretient le clinicien à l'égard de sa capacité d'accomplir efficacement des tâches liées au travail thérapeutique et/ou de négocier des situations cliniques particulières à venir (Friedlander, Keller, Peca-Baker, et Olk, 1986 ; Larson, Suzuki, Gillespie, Potenza, Bechtel et Toulouse, 1992 ; Sharpley et Ridgeway, 1993 ; Larson & Daniels, 1998 ; Lent & Brown, 2006).

Quatre éléments issus de la littérature sociocognitive semblent importants à souligner a priori. Premièrement, le sentiment d'efficacité personnelle aurait une influence importante sur le développement professionnel des psychologues novices, autant sur le plan comportemental, cognitif, qu'affectif (Larson, 1998). Le psychologue efficace doit être en mesure d'organiser, de structurer et

d'improviser à l'aide de multiples habiletés afin de s'adapter à un contexte et des circonstances constamment en changement (Larson et al., 1998).

Deuxièmement, il est démontré qu'à travers tous les corps de métier, certains individus auraient tendance à surévaluer positivement leur compétence. C'est ce qu'on appelle en psychologie sociale le « better than average effect » (Alicke, 1985) et le « sense of relative superiority »; deux formes de biais cognitifs d'illusions positives (Taylor, 1993). Les individus qui sont moins compétents auraient tendance à surestimer encore davantage leurs compétences et la qualité de leur travail (Erhlinger, Johnson, Banner, Dunning et Kruger, 2003). Cela les expose au désajustement (Colvin, Block et Funder., 1995) et les prédispose aux erreurs de jugement, à l'échec et à l'inefficacité (Baumeister, 1989 ; Peterson, DeYoung, Driver, Seguin, Higgins, Arsenault et Tremblay, 2003). Un sondage récent auprès de psychologues suggère que ceux-ci semblent avoir une forte tendance à faire usage de ces illusions positives en surestimant l'efficacité des traitements qu'ils dispensent (Walfish, Mcallister, O'Donnell et Lambert, 2014). Une grande proportion des psychologues interrogés évaluaient leurs compétences cliniques dans le 90e percentile ou se disaient plus efficaces que 65 % de leurs pairs (Parker et Waller, 2015). Ces derniers affichaient aussi une tendance à négliger le phénomène de la détérioration clinique parmi leurs patients. Il est pertinent de se demander si cette tendance à surévaluer positivement ses compétences « better than average effect » peut avoir une incidence importante sur l'accomplissement des tâches cliniques et le développement du psychologue.

Troisièmement, la théorie développementale de la croissance cumulative affirme que les individus auraient généralement tendance à choisir et à effectuer des tâches pour lesquelles ils se sentiront compétents et éviteraient celles qui sont

perçues comme menaçantes (Lent & Brown, 2006). Une méta analyse recense de nombreuses études qui indiquent une relation très étroite entre le sentiment d'efficacité personnelle et la performance en général (Bandura et Locke, 2003). Les individus portant un grand sentiment d'efficacité personnelle seraient plus susceptibles de décider d'entreprendre des tâches difficiles, de persévérer, de rester calmes pendant la tâche et d'organiser leurs idées de façon analytique (Bandura, 1997). Ainsi, cette capacité à accepter de nouveaux défis peut probablement elle aussi avoir une incidence sur le développement professionnel.

Quatrièmement, le SEP serait un ingrédient clé de la réalisation personnelle et du bien-être (Bandura, 1997, 2001). Il aurait une influence notable sur la manière dont les gens réagissent à la déception et au stress dans la poursuite de leurs objectifs (Schwarzer, 1992). Il s'avère qu'il serait également lié au développement professionnel du clinicien, à travers, sa motivation et sa satisfaction (Sandell, Ronnas, & Schubert, 1992). Plus spécifiquement, le SEPP serait corrélé positivement avec la satisfaction au travail (Larson et al., 1998) et négativement avec l'anxiété (Larson, 1998 ; Friedlander et al. 1986; Larson et al. 1992; Larson et al., 1998). Conséquemment, le SEPP semble un construit important à étudier puisqu'il participe au développement professionnel et affecte les capacités d'adaptations des cliniciens novices, tant sur le plan cognitif, affectif, que comportemental en psychothérapie (Larson, 1998).

En psychologie clinique, le novice est souvent peu préparé face à l'ambiguïté du travail psychothérapique et devient très dépendant des rétroactions de son superviseur. Considérant la nature confidentielle du travail psychothérapique, l'expérience vicariante n'est souvent disponible que de manière rétrospective. L'individu doit alors se rabattre largement sur son état émotif et les indices

physiologiques provenant de son organisme (organismique), ses expériences et le sens qu'il donne à celles-ci. D'autre part, très peu de mesures de l'efficacité thérapeutique sont utilisées en bureau privé. Bien que la littérature la recommande (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006, pp.276-277), l'évaluation de la compétence est très peu rependue si ce n'est de façon impressionniste et souffrante de critères de validité. Bien qu'une mesure totalement objective soit illusoire, certaines balises permettant au clinicien de se questionner sur sa pratique et ses compétences semblent essentielles. Afin d'accompagner les cliniciens novices dans leur processus d'apprentissage, quelques instruments de mesure auto rapportés ont été développés.

Le *Counseling Self Estimate Inventory* (COSE) serait l'instrument ayant été le plus souvent utilisé entre 1983 et 1997, soit dans 43 % des études recensées (n=32) par Larson et al. (1998). L'instrument présente une structure factorielle à cinq facteurs qui représentent le sentiment de confiance du novice face à l'utilisation d'habiletés aidantes, à la présence, à la capacité de composer avec les comportements difficiles des clients, à agir de manière professionnelle et être conscient de leurs propres valeurs. Sur le plan psychométrique il présente une cohérence interne de ( $\alpha = 0,93$ ). D'autres instruments moins souvent utilisés dans la recherche sont le *Counselor Behavior Evaluation Self Efficacy* (CBE) (Muson, Stadulis & Muson, 1986); le *Counselor Self Efficacy Scale* (CSES) (Johnson, Baker, Koapola, Kiselica & Thompson, 1989) ; le *Self Efficacy Inventory* (S-EI) (Friedlander & Snyder, 1983). Ce dernier serait le deuxième instrument le plus utilisé dans la recherche, soit 13% des études recensées par Larson et al. (1998). Des instruments plus spécifiques à certains contextes d'interventions tels que le *Counselor Self Efficacy Survey* (CSS) pour l'intervention en milieu scolaire (Sutton & Fall, 1995); le *Career Counseling Self Efficacy Scale* (CCSES) pour l'orientation professionnelle (O'Brien, Heppner, Flores et Bikos, 1997); et le

*Self Efficacy Questionnaire* (S-EQ) en psychiatrie (Margolies, Wachtel & Schmelkin, 1986) sont également disponibles. Finalement, le *Self-Efficacy Item* (SEI) a la particularité d'utiliser des vignettes vidéo pour évaluer la perception d'efficacité. Chacun des instruments utilise une échelle de type Lickert, à l'exception du CSE qui utilise une approche dichotomique oui / non. Les échelles varient de 11 à 5 points. Aucun de ces instruments n'est disponible pour les populations francophones.

Malgré cette variété d'instruments, la mesure objective de cette croyance à l'aide d'un instrument est toutefois une entreprise complexe pour deux raisons principales. Premièrement, parce qu'elle comporte une dimension largement subjective qui est fortement dépendante de l'interprétation que fait l'individu de diverses sources de rétroactions. Deuxièmement, parce que le SEPP est un construit sensible à la spécificité contextuelle et donc difficile à définir objectivement (Lent, Hackett et Brown, 1998). La littérature rapporte notamment que les échelles proposées à ce jour (Munson, Zoerink et Stadulis, 1986 ; Munson, Stadulis et Munson, 1986 ; Johnson, Baker, Kopala, Kiselica et Thompson, 1989 ; Larsen et al., 1992) présupposent souvent un niveau d'habiletés qui dépasse celui des novices typiques; contiennent des énoncés et un format qui suggère une validité de construit plus faible; et ne représentent pas fidèlement l'efficacité personnelle relativement à des habiletés plus complexes (Lent et al., 2003). D'autre part, il est également mentionné que les mesures existantes ne sont généralement pas encore ancrées dans une théorie cohérente du développement du clinicien (Hill & Obrien, 1999).

Récemment, le *Counselor Activity Self-Efficacy Scales* (CASES) a proposé une mesure du SEPP qui correspond mieux à certaines dimensions contextuelles spécifiques aux professions de la relation d'aide tout en tentant de répondre à

certaines lacunes théoriques et méthodologiques mentionnées plus haut. Par exemple, les habiletés à réaliser des compétences aidantes structurées, à gérer des tâches plus intégratives et à négocier adéquatement des situations difficiles en clinique. Par ailleurs, l'instrument a l'avantage de proposer deux échelles (HA et GCS) qui n'exigent pas une grande quantité de contact clinique direct, ce qui est souvent le cas des novices et que l'on reproche aux autres instruments, et une autre (DC) qui s'adresse davantage aux novices intermédiaires ayant eu un peu plus de contacts cliniques directs lors de leurs stages cliniques. De plus, les auteurs se sont intéressés aux liens entre le SEP et les buts professionnels, les attentes quant aux résultats et les affects liés à la pratique, notamment la satisfaction et l'anxiété. Sa cohérence interne est de  $\alpha = 0,79$  (exploration skills),  $\alpha = 0,94$  (session management skills) et  $\alpha = 0,91$  (counseling challenges self-efficacy) L'instrument présente un alpha de Cronbach total de ( $\alpha = 0,97$ ). La fidélité test retest sur deux semaines est de ( $r = 0,96$ ). Le CASES démontre une validité convergente avec le COSE ( $\alpha = 0,67$ ). La corrélation entre le CASES et le construit de désirabilité sociale sur le Social Desirability Scale (SDS) est relativement petite soit entre ( $r = -0,02$  et  $r = 0,22$ ). Le CASES est corrélé négativement avec l'anxiété et positivement avec la satisfaction. Ceci dit, les auteurs du CASES soulignent que très peu de données soutenant la validité de l'instrument auprès de cliniciens expérimentés (> 3 ans) sont disponibles (Lent et al., 2003) et que nous en savons très peu sur le sentiment d'efficacité personnelle des psychologues plus expérimentés (Larson et al. 1998). Qui plus est, l'instrument n'a jamais été validé auprès d'une population composée uniquement de psychologues. Finalement, l'absence de traduction validée empiriquement rend l'instrument difficilement utilisable dans la formation des psychologues franco-québécois et limite l'avancement de la recherche sur le construit.

Puisque le sentiment d'efficacité personnelle du psychologue semble avoir un impact considérable sur la sélection des tâches, l'effort, la persévérance, le rendement, l'affectivité et la capacité d'adaptation, il semblait pertinent d'adapter le CASES à la population franco-canadienne afin d'en étudier davantage ses impacts. Cela a permis d'une part d'étendre notre compréhension du construit et son rôle dans le développement du clinicien en psychologie et d'une autre, d'offrir l'accès à un instrument psychométrique pouvant favoriser un meilleur monitoring de soi et accompagner les cliniciens franco-canadiens à travers une partie de leur développement professionnel.

Lors de l'adaptation d'une mesure, l'Américain Psychological Association insiste sur l'idée que l'équivalence et les données psychométriques d'un instrument adapté à une autre langue ne peuvent pas être inférées à partir d'une pensée heuristique (APA, 1985). La traduction d'un instrument tel que le CASES devait donc se faire de façon rigoureuse (Lecavalier et Tassé, 2001). Une telle traduction demande autant de travail, de temps et de validation empirique que la construction initiale de l'instrument (Tassé & Craig, 1999 ; Caron, 2002).

Les objectifs de la présente étude étaient doubles. Premièrement, elle visait à adapter et valider une version franco-canadienne du CASES. Deuxièmement, elle tentait de répondre aux recommandations méthodologiques proposées par les chercheurs ayant créé la version américaine originale, ainsi que des chercheurs qui les ont précédés (Larson et al., 1998), soit de valider l'instrument auprès d'un échantillon; 1) constitué uniquement de psychologues cliniciens; et 2) présentant un niveau d'expérience clinique varié.

## MÉTHODE

### Traduction et vérification de l'équivalence

Bien que le contexte américain soit en plusieurs points similaire au contexte canadien, une traduction et une adaptation méticuleuse du questionnaire étaient recommandées. Un processus en deux étapes adaptées aux recommandations de la littérature a été adopté : 1) la traduction et la vérification de son équivalence (6 étapes), et 2) la vérification empirique de la validité de la version traduite (Vallerand, 1989 ; Guillemin, 1993 ; Lecavalier et Tassé, 2001 ; Caron, 2002 ; Peters et Passchier, 2006). Afin de conserver une équivalence inférentielle (Haccoun, 1987) qui permettrait de tirer les mêmes inférences que le CASES à partir de la version traduite, une traduction symétrique qui favorise une concordance de sens et qui est plus cohérente avec les expressions habituellement employées dans la clinique a été utilisée.

Figure 1 ici.

Les deux versions francophones parallèles de l'instrument ont d'abord été développées. Un comité composé de deux psychologues cliniciens, d'un professeur en psychologie clinique et d'un superviseur clinique, a ensuite évalué les deux versions préliminaires afin d'en assurer la conformité. Chacune des deux versions parallèles francophones a été traduite vers l'anglais par deux étudiants au doctorat en psychologie et cliniciens en psychologie. À l'étape 4, les énoncés francophones ont été évalués sur la base de la qualité de la formulation et du rapprochement de la traduction inversée vers l'anglais. La validité de

contenu a également été évaluée. Deux items ont été modifiés puisqu'ils présentaient une rétro traduction anglophone ambiguë. L'item 1 (Attending) s'est montré particulièrement problématique puisqu'il n'avait pas d'équivalence directe en français. Par contre l'idée générale de l'énoncé se retrouvait dans la rétro traduction vers l'anglais. L'item 11 (Immediacy) a été traduit par le terme clinique d'immédiateté issue de la Gestalt thérapie. Les deux versions francophones parallèles révisées ont été finalisées et ensuite soumises à un comité d'experts afin de déterminer les meilleurs items à retenir.

À l'étape 5, un comité (n= 7) composé de deux psychologues cliniciens, deux professeurs en psychologie, deux superviseurs cliniques, deux étudiants au doctorat en psychologie et une coordonnatrice clinique ont été consultés par un sondage anonyme sur SurveyMonkey. Ce comité a révisé individuellement chacune des deux paires d'items traduits en français pour choisir celui qui semblait le mieux correspondre à l'item original anglophone. Les items ayant été retenus par 5 évaluateurs et plus, soit 31 items sur 41, ont été automatiquement retenus. Les autres ayant été retenus par seulement 4 évaluateurs ont été de nouveau révisés et modifiés adéquatement par l'équipe de recherche. Les traductions des consignes ont toutes été choisies de manière unanime.

À l'étape 6, un groupe de 22 doctorants en psychologie, soit 10 hommes et 12 femmes (M= 5,5 années d'expérience; ET= 1.10 année), âgés de 25 à 35 ans (M= 29) devaient lire chacune des consignes et chacun des items afin de les évaluer à partir d'une échelle de Likert en quatre points allant de (1) pas clair du tout à (4) très claire. Un espace additionnel était réservé aux commentaires. Les items présentant un score moyen inférieur à 3,5 étaient considérés comme nécessitant une révision. Le score moyen de l'ensemble des items (M= 3,75; ET= 0.22) laisse croire que la qualité des énoncés serait homogène, et que l'énonciation

francophone serait bien adaptée au vocabulaire clinique. Mis à part un item ayant un score moyen de 2,68 (item GCS16 ; *Maintenir la directionnalité des séances et être centré*), l'ensemble des items présentaient des données au-delà du seuil d'acceptation. L'item en question a été modifié et une version finale de l'instrument a été élaborée et soumise à une analyse factorielle et psychométrique.

### Vérification empirique de la version traduite

#### Recrutement

Cette étude vise la population des psychologues francophones membres actifs de l'Ordre des psychologues du Québec et/ou des doctorants en psychologie étudiant dans un établissement universitaire francophone.

Un échantillon non probabiliste, de type de convenance sur base volontaire, a été constitué. Une annonce électronique a été acheminée par l'Ordre des psychologues du Québec à ses membres et une invitation électronique a été transmise par les départements de psychologie de cinq établissements universitaires francophones. Les sujets n'ont pas reçu de rémunération pour leur participation, mais ont toutefois reçu une participation pour le tirage de deux cartes cadeau d'une valeur de vingt-cinq et cinquante dollars. Le protocole de recherche a été approuvé par le comité de déontologie de l'Université du Québec à Montréal en date du 18 octobre 2011 (voir Annexe).

## Sujets

Au total, trois cent quarante et un (341) sujets ont accepté l'invitation à participer à l'étude. Parmi ceux-ci, deux cent quatre-vingt-dix (290) cliniciens ont donné leur consentement, dont deux cent quatre-vingt-deux (282) qui répondaient aux critères d'inclusion du protocole de l'étude; être psychologue clinicien actif membre d'un ordre professionnel, ou être doctorant en psychologie et avoir entamé les internats cliniques. Cent quarante-trois (143) d'entre eux proviennent d'un programme de formation doctorale en psychologie accrédité par l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) et cent trente-neuf (139) sont des psychologues actifs membres de l'OPQ. L'échantillon utilisé pour l'analyse factorielle est composé de deux cent quarante-deux (242) femmes et quarante (40) hommes, âgés de vingt-deux (22) à soixante et onze (71) ans ( $M=35$  ans;  $ET=10$  ans). Le niveau d'expérience clinique de l'échantillon varie de zéro (0) à quarante (40) années de pratique ( $M=5,75$ ;  $ET=6,64$ ).

Figure 2 ici.

Deux sous échantillons ont été formés à partir des 282 sujets inclus afin de mesurer la fidélité test retest et la sensibilité de l'instrument à détecter le changement sur une période de 52 semaines.

Tableau 1 ici.

## Mesure

Le *Counselor Activity Self Efficacy Scales* est un instrument auto administré construit autour de trois dimensions théoriques soit; l'application des habilités aidantes de bases, la gestion du cadre des séances, la gestion de la détresse et des situations cliniques particulières. Chacun des 41 items est mesuré sur une échelle de 10 points allant de (0) aucune confiance, à (9) confiance totale. Notre version franco-canadienne élaborée à travers le processus en 6 étapes décrit plus haut a été soumise aux participants afin d'évaluer ses propriétés psychométriques.

## Matériel et procédure

Chaque sujet a consulté un document explicatif et a ensuite rempli un formulaire de consentement, ainsi qu'un formulaire sociodémographique adapté à la pratique de la psychologie clinique. Les sujets ont répondu à l'instrument sur support informatique à l'aide de l'hyperlien qui leur avait été fourni par courriel. Aucune limite de temps ne leur était imposée en ce qui concerne cette tâche. Le temps de passation moyen était d'environ 15 minutes. Les sujets étaient également invités à participer à une deuxième passation à deux ou 52 semaines d'intervalle. Les sujets ayant manifesté leur accord ont fait cette deuxième passation. Afin de tester simultanément l'équivalence entre les versions et la fidélité sur 2 semaines, nous avons soumis les participants à une passation de la version traduite et une autre de la version originale anglophone. Vingt et un (21) participants ont d'abord commencé par la version francophone et vingt-deux (22) participants ont commencé par la version anglophone. Le

protocole de recherche a été approuvé par le comité de déontologie de l'Université du Québec à Montréal en date du 18 octobre 2011.

## Analyses

L'ensemble des analyses a été effectué à l'aide du logiciel SPSS version 17 et AMOS version 23.

Afin de s'assurer de la qualité de la traduction du CASES-FR, la structure théorique proposée par Lent et coll. (2003) a été soumise à une analyse factorielle confirmatoire (AFC) de type *maximum likelihood* pour déterminer l'adéquation de la structure latente proposée par l'échantillon américain sur notre échantillon francophone. L'échelle *exploration skills* comporte trois facteurs dont un constitué des items 1 à 5, un constitué des items 6 à 11 et un dernier constitué des items 12 à 15. L'échelle *session management* propose un seul facteur constitué des items 16 à 25. L'échelle *clinical challenges* comporte deux facteurs, dont un constitué des items 26 à 31 et un autre constitué des items 32 à 41. Les saturations et les covariances de l'analyse factorielle exploratoire américaine ont été utilisées lors de l'AFC. Pour cette analyse, les indices d'adéquation suivants ont été utilisés : le Chi carré normé ( $\chi^2/dl$ ), le *comparative fit index* (CFI), le *standardised root mean square residual* (SRMR), le *root mean square error of approximation* (RMSEA) et le *p value of root mean square error of approximation* (PCLOSE). Les valeurs satisfaisantes pour les indices d'adéquation du modèle testé sont rapportées dans le tableau 2 (Hu et Bentler, 1999 ; Browne et Cudeck, 1993 ; Brown, 2006). Toujours dans le but de rester le plus près possible de la version originale et de valider la qualité de

traduction de notre instrument, cette analyse visait uniquement à tester le modèle proposé par les auteurs américain et ne présente pas de nouveau modèle dans le cas où l'adéquation d'une échelle aurait été insatisfaisante.

La cohérence interne des échelles et sous-échelles a été calculée par la méthode du coefficient alpha ( $\alpha$ ). Des valeurs supérieures à 0,70 pour les trois échelles et six sous-échelles étaient attendues (Cortina, 1993 ; Kline, 2000 ; Fields, 2009).

Pour la fidélité test retest à deux semaines, des coefficients corrélations entre les deux moments de mesure ont été calculés. Des tests t pour échantillons appariés ont été réalisés afin de savoir si l'ordre de passation français-anglais ou anglais français avait un effet. Afin de déterminer la sensibilité du test pour détecter un changement sur la période d'une année de mesures, une série de test-t pour échantillon apparié a été réalisée. Les tailles d'effets en termes de coefficient  $\eta^2$  ont aussi été calculées.

## RÉSULTATS

Vingt (20) sujets n'ont pas rempli l'instrument. Douze (12) participants n'ont pas complété la troisième échelle, dont sept (7) ont uniquement complété l'échelle (HA). Ceux-ci ont été exclus des analyses confirmatoires ( $n = 250$ ).

### Analyse factorielle confirmatoire

Les résultats des analyses factorielles confirmatoires sur chacune des trois échelles proposées par la version américaine sont rapportées dans le tableau 2.

Tableau 2 ici.

Les résultats des AFC sur chacune des échelles théoriques du CASES suggèrent que les modèles propres à chacune des échelles proposés par la version américaine s'ajustent adéquatement à notre traduction francophone. Ceci dit, alors que certains indices comme le CFI et le SRMR sont supérieurs ou autour des seuils requis pour affirmer qu'il y a équivalence, les valeurs du RMSEA (0,09, IC à 90% = 0,07 à 0,10 ; 0,10, IC à 90% = 0,8 à 0,12 ; 0,08, IC à 90% = 0,07 à 0,09) sont acceptables (Brown et Cudeck, 1993), mais soulignent qu'il serait éventuellement nécessaire d'étudier plus précisément le modèle théorique sous-jacent et le modifier au besoin. Autrement dit, ces données offrent un support empirique à la comparabilité de la validité de construit de notre traduction, mais il n'est pas possible de se prononcer sur la structure théorique de Lent et coll., (2003).

Tableau 3 ici.

### Analyse de cohérence interne

Le tableau 3 présente les valeurs d'alpha de Cronbach pour chacune des six échelles (Cronbach, 1951) de la version francophone, ainsi que pour l'instrument complet. Ces valeurs se situent toutes entre  $\alpha = 0,95$  et  $\alpha = 0,80$ . L'instrument complet composé de 41 items présente une cohérence interne de  $\alpha = 0,95$ . Les valeurs d'alpha de Cronbach pour chacune des 3 échelles théoriques appliquées à la version francophone se situent toutes entre  $\alpha = 0,93$  et  $\alpha = 0,80$ .

### Stabilité temporelle

Les coefficients de corrélation de Pearson entre les scores totaux à deux semaines d'intervalle pour les 3 échelles et leurs sous-échelles respectives atteignent des niveaux très acceptables qui se situent entre  $r = 0,78$ ,  $p = .000$  et  $r = 0,93$ ,  $p = .000$ . Celles pour l'intervalle d'un an se situent entre  $r = 0,75$ ,  $p = .000$  et  $r = 0,80$ ,  $p = .000$ . Un test de comparaison de corrélations  $Z(18) = -0,61$ ,  $p = 0,54$  suggère que l'ordre de passation français-anglais ou anglais-français ne présente pas d'effet significatif.

### Sensibilité au changement sur une année (52 semaines)

Aucune augmentation significative des scores n'est observée à travers l'ensemble des dimensions mesurées par le CASES-Fr à 52 semaines d'intervalle et de plus, on note des tailles d'effets plutôt petites (voir tableau 4).

Tableau 4 ici.

### Analyses secondaires en fonction du nombre d'années d'expérience

Considérant l'absence de différence significative entre les moyennes du temps un et du temps deux après une année, il semble pertinent de réaliser des analyses secondaires afin de comprendre ces résultats. Puisque l'instrument d'origine avait été validé auprès d'une population d'étudiants universitaires et que théoriquement le construit du SEPP devrait être plus stable chez les individus plus expérimentés, nous avons effectué des tests-t pour échantillon apparié sur les individus moins expérimentés et plus expérimentés de l'échantillon.

Tableau 5 ici.

Les résultats démontrent une différence significative ( $t = -2.664$ ,  $df = 18$ ,  $p < .05$ ) entre les scores de l'instrument complet à la première passation ( $M = 232,37$ ,  $ET = 38,36$ ) et ceux de la seconde ( $M = 246,32$ ,  $ET = 41,99$ ) une année plus tard. Cette différence statistiquement significative représente aussi une grande taille

d'effet ( $\eta^2 = 0,28$ ). Cette différence est principalement observable sur l'échelle (GCS) ( $t = -2.253$ ,  $df = 18$ ,  $p < .05$ ) et sur l'échelle (DC) ( $t = -2.473$ ,  $df = 18$ ,  $p < .05$ ) qui proposent respectivement une taille d'effet de ( $\eta^2 = 0,22$ ) et ( $\eta^2 = 0,25$ ). Aucune différence significative n'est observable chez les expérimentés (voir tableau 6).

Tableau 6 ici.

## DISCUSSION

Cette recherche avait pour principal objectif d'étudier la validité de construit et les qualités psychométriques d'une adaptation franco-canadienne du CASES en vue d'en établir son équivalence avec son homologue américain. Plus spécifiquement elle cherchait à savoir 1) si la structure factorielle obtenue auprès d'un échantillon francophone, mais constitué uniquement de psychologues de divers niveaux d'expérience, serait comparable à celle rapportée dans l'étude originale auprès de novices, 2) si la cohérence interne de l'instrument et de ses échelles présenterait des valeurs acceptables, 3) si la fidélité test-retest sur une période de deux semaines serait acceptable et 4) si l'instrument est assez sensible à la variation du score sur une période d'un an, si une telle variation existe.

L'analyse factorielle confirmatoire propose des indices acceptables qui supportent empiriquement la qualité de notre traduction. Par contre les valeurs du RMSEA très proche du seuil d'acceptation suggèrent que certaines

modifications aux modèles théoriques proposées devraient être envisagées pour s'ajuster de manière plus optimale à notre échantillon. Ceci présuppose que la structure latente proposée par Lent et coll., (2003) puisse être remise en question chez les psychologues. Par ailleurs, la structure de la version originale n'avait jamais été soumise à l'AFC. À ce stade-ci, il serait donc intéressant de mener des recherches supplémentaires afin d'explorer la nature de cette variance, par exemple en fonction de l'expérience clinique des sujets ou leurs allégeances cliniques.

Sur le plan de la cohérence interne, les alphas de Cronbach démontrent une cohérence interne robuste, autant pour l'instrument complet que pour chacune des 6 sous-échelles. Les valeurs d'alpha de Cronbach sont toutes au-delà du seuil recommandé par la littérature. Ces données sont convergentes avec les valeurs d'alpha de Cronbach du CASES, soit entre  $\alpha = 0,79$  et  $\alpha = 0,97$ . Il semble possible d'affirmer que l'instrument franco-canadien mesure aussi bien les facettes du SEPP que la version originale américaine.

Les résultats des tests de fidélité démontrent que l'instrument est stable sur une période de deux semaines. Les coefficients de Pearson rapportés par le protocole test retest se situent tous au-delà de la norme recommandée. Puisque les sujets ont été soumis à une passation en français et une passation en anglais, et qu'aucun effet significatif de l'ordre de passation n'est observable, ces résultats représentent aussi un support empirique additionnel quant à l'équivalence de notre traduction avec l'instrument original (Vallerand, 1989).

Pour ce qui a trait à la sensibilité de l'instrument au changement sur une période d'un an, les résultats proposent une augmentation moyenne de 17 points, toutefois sur le plan statistique ce changement n'est pas significatif auprès de

notre échantillon. Puisque certaines études précédentes (Larson et al., 1992 ; Larson et al., 1998 ; Lent et Coll., 2003) avaient proposé une augmentation de plus ou moins 16 points sur une période allant de quinze semaines à une année académique, il semblait logique de croire que le SEPP tel que mesuré par notre questionnaire augmenterait sur une période d'un an. Dans notre échantillon, lorsqu'on observe les résultats obtenus auprès des sujets moins expérimentés, une différence significative soutenue par un effet de grande taille est observable chez les novices composant l'échantillon. Ce résultat converge avec celui obtenu par Lent et al. (2003) voulant que le SEPP augmente au cours d'une année académique chez les étudiants ayant en moyenne trois années d'expérience. Plus précisément, une différence est principalement observable sur les échelles (GCS), avec une taille d'effet moyenne, mais surtout encore une fois sur l'échelle (DC), avec un effet de grande taille. À la lumière de nos résultats, il semble toutefois que le SEPP des sujets expérimenté n'augmente pas sur une période d'un an et que cela puisse masquer l'effet que l'on retrouve chez les sujets moins expérimentés. Ceci porte à croire que le SEPP pourrait être un construit multidimensionnel, qui se développe différemment en fonction du niveau d'expérience clinique. Enfin, il est également important de spécifier que les conclusions de Larson et al. (1992) quant à la sensibilité sur un an n'étaient pas basées sur des tests statistiques puisque seulement 10 sujets avaient été recrutés.

#### Limites et forces de l'étude

Ce projet de recherche comporte plusieurs forces. Notamment, la rigueur appliquée au processus d'adaptation et de validation, ainsi que la qualité de

l'échantillonnage, autant sur le plan de la représentativité de la profession, que sur celui de la taille. L'analyse factorielle confirmatoire offre un support empirique solide à la qualité de notre traduction. Toutefois, certaines limites inhérentes au protocole peuvent également être soulignées. Tout d'abord, nous constatons qu'à l'étape 5 du protocole de traduction que nous proposons, il serait plus adéquat de faire réviser les paires d'items en grand comité ou en sous-comité et ainsi éviter l'utilisation d'un sondage à l'aveugle. Bien que cela n'implique pas de biais important, le fait de soumettre les juges à deux choix presque équivalents sur le plan de la qualité des items peut induire un consensus plus aléatoire que celui qui aurait été obtenu en grand groupe.

D'autre part, il aurait été pertinent de demander aux sujets leurs allégeances cliniques et théoriques. Considérant que certaines habiletés sondées par le CASES-Fr, notamment celle de la sous-échelle (HA) des habiletés de la fonction-conseil, sont plus spécifiques aux approches pragmatiques, il serait possible de croire que la structure factorielle soit différente selon l'approche clinique des sujets. D'autre part, il est possible de croire que la moyenne des items (HA12, HA13, HA14, HA15) soit conditionnée davantage par l'allégeance théorique quant à ces habiletés, que par le niveau de confiance à réaliser celles-ci. Autrement dit, que les moyennes puissent être tirées vers le bas simplement parce que le répondant ne croit pas en la pertinence de telles interventions dans sa pratique.

## Directions futures et recommandations

Les résultats de la présente étude proposent que l'adaptation franco-canadienne du CASES soit un instrument bien traduit qui possède des qualités psychométriques empiriquement valides. À ce point, nous pensons qu'il peut efficacement être utilisé par les doctorants en formation et les superviseurs afin de soutenir le développement académique et professionnel de ceux-ci. Ceci dit, beaucoup de travail reste à faire pour mieux comprendre le SEPP et ses impacts sur le développement professionnel du psychologue. Notamment, il serait pertinent d'étudier davantage les différences observables en fonction de l'expérience clinique et tenter de lier le SEPP à la compétence. Nous sommes conscients que l'échantillon utilisé pour les analyses secondaires en fonction de l'expérience ( $n = 19$ ) est petit et pourrait affecter la puissance statistique, mais nous croyons qu'un protocole d'analyse factorielle exploratoire spécifique à chacun des échantillons, soit novice et expérimenté, pourrait nous éclairer davantage sur les différences statistiques et théoriques en fonction de l'expérience. Il serait également intéressant d'étudier, la capacité de l'instrument à distinguer les divers niveaux d'expérience, en plus d'établir des scores moyens relatifs à chaque niveau d'expérience. Ceux-ci pouvant étayer davantage, et de manière plus précise, les résultats de Lent et Coll. (2003). Finalement, il serait pertinent d'arriver à mieux comprendre la courbe d'évolution du SEPP à travers le développement professionnel du psychologue, mais surtout de comprendre l'impact du construit sur certains enjeux cliniques incontournables, tel que le jugement clinique du psychologue ou la négociation de l'alliance thérapeutique. Bien que l'instrument traduit soit prêt pour une utilisation académique et formative, nous conseillons aux chercheurs d'être prudents lors de son utilisation en recherche, du moins jusqu'à ce qu'une étude psychométrique

vienne spécifiquement étudier la structure et étayer davantage nos observations, ainsi que celles de la version originale. Nous encourageons d'autres chercheurs à étudier de manière plus pointue la structure de l'instrument à l'aide de l'analyse factorielle confirmatoire et peut être même à vérifier empiriquement cette hypothèse voulant que le SEPP puisse être un construit qui se modifie en fonction de l'expérience du clinicien.

## RÉFÉRENCES

- Alicke, M. D. (1985). Global self-evaluation as determined by the desirability and controllability of trait adjectives. *Journal of Personality and Social Psychology, 49*, 1621-1630.
- American Psychological Association (1985). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC : auteur.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology, 52*, 1-26.
- Bandura A., & Locke A. E. (2003) Negative Self Efficacy and Goal Effects Revisited. *Journal of Applied Psychology, 88* (1), 87-99.
- Baumeister, R. F. (1989). The optimal margin of illusion. *Journal of Social and Clinical Psychology, 8*, 176-189.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In Bollen, K. A, & Long, J. S. [Eds.] *Testing structural equation models*. Newbury Park, CA : Sage, 136 - 162.

- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*. New York: Guilford.
- Cattell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1, 245 -276.
- Caron, J. (s.d.). Un guide de validation transculturelle des instruments de mesure en santé mentale. Repéré à :  
<http://instrumentspsychometriques.mcgill.ca/instruments/guide.htm>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavior sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Colvin, C. R., Block, J., & Funder, D. C. (1995). Overly positive selfevaluations and personality: Negative implications for mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 1152–1162.
- Comrey, A. L., & Lee, H. B. (1992). *A first course in factor analysis* (2<sup>nd</sup> ed.). Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha ? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78, 98 -104.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334.
- Ehrlinger, J., Johnson, K., Banner, M., Dunning, D.,& Kruger, D. (2003). Why the unskilled are unaware:Further explorations of (absent) self-insight among the incompetent. Unpublished manuscript, Cornell University, Ithaca, NY.

- Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., Maccallum, R. C. & Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods, 4* (3), 271 -299.
- Fields, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS (3rd ed.)*. London : Sage
- Friedlander, M., Keller, K. E., Peca-Baker, T. A., & Olk, M. E. (1986). Effects of role conflict on counselor trainees' self-statements, anxiety level, and performance. *Journal of Counseling Psychology, 33*, 73-77.
- Garson, D. (2004). *Factor Analysis*.  
<http://www2.chass.ncsu.edu/garson/pa765/factor.htm> (2014-11-18).
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for windows step by step : A simple guide and reference (4th ed.)*. Boston : Allyn & Bacon.
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, C. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology, 46*, 1417 – 1432.
- Haccoun, R. R. (1987) Une nouvelle technique de verification de l'équivalence de mesures psychologiques traduites. *Revue québécoise de psychologie, 8*, 30 - 39.
- Hill, C. E., & O'Brien, K. M. (1999). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hu, L., & Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling, 6*, 1-55.

- Hutcheson, G., & Sofroniou, N. (1999). *The multivariate social scientist*. London: Sage.
- Johnson, E., Baker, S. B., Kopala, M., Kiselica, M. S., & Thompson, E. C. (1989). Counseling Self-Efficacy and Counseling Competence in Prepracticum Training. *Counselor, Education and Supervision, 28*, 205-218.
- Kaiser, H. F. (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and Psychological Measurements, 20*, 141 -151.
- Kass, R. A., & Tinsley, H. E. A. (1979). Factor Analysis. *Journal of Leisure Research, 11*, 120 -138.
- Kline, P. (2000). *The handbook of psychological testing (2<sup>nd</sup> ed.)*. London: Routledge.
- Larson, L. M., Suzuki, L. A., Gillespie, K. N., Potenza, M. T., Bechtel, M. A., & Toulouse, A. (1992). Development and validation of the Counseling Self-Estimate Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 39*, 105–120.
- Larson, L. M. (1998). The social cognitive model of counselor training. *The Counseling Psychologist, 26*, 219–273.
- Larson, L. M., & Daniels, J. A. (1998). Review of the counseling selfefficacy literature. *The Counseling Psychologist, 26*, 179–218.
- Lecavalier, L., & Tassé, M. J. (2001). Traduction et adaptation transculturelle du Reiss Screen for Maladaptive Behavior. *Revue francophone de la déficience intellectuelle, 12 (1)*, 31 – 44.

- Lent, R. W., & Brown, S. D. (2006) On Conceptualizing and Assessing Social Cognitive Constructs in Career Research: A Measurement Guide. *Journal of career assessment, 14 (1)*, 12-35.
- Lent, R. W., Hackett, G., & Brown, S. D. (1998). Extending social cognitive theory to counselor training: Problems and prospects. *The Counseling Psychologist, 26*, 295-306.
- Lent, R.W., Hill, C., & Hoffman. (2003) Development and Validation of the Counselor Activity Self-Efficacy Scales. *Journal of counseling Psychology, 50 (1)*, 97-108.
- Menard, S. (1995). Applied logistics regression analysis. Sage university paper series on quantitative applications in the social sciences, 07-106. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Munson, W. W., Stadulis, R. E., & Munson, D. G. (1986) Enhancing Competence and Self-Efficacy of Potential Therapeutic Recreators in Decision Making Counseling. *Therapeutic Recreation Journal, 20*, 85-93.
- Munson, W. W., Zoerink, D. A, & Stadulis, R. E. (1986) Training Potential Therapeutic Recreators for Self-Efficacy and Competence in Interpersonal Skills. *Therapeutic Recreation Journal, 20*, 53-62.
- Myers, R. (1990). Classical and modern regression with applications (2<sup>nd</sup> ed.). Boston, MA:
- Nunnally, J. C. (1978). Psychometric theory (2<sup>nd</sup> ed.). New York: McGraw-Hill. Duxbury.

- Parker , Z., J., Waller, G. (2015) Factors related to psychotherapist's self assesment when treating anxiety and other disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 66, 1-7.
- Peters, M., & Passchier, J. (2006). Translating instruments for cross-cultural studies in headache research. *Headache*, 46, 82 -91.
- Peterson, J.B., Deyoung, C.G. Driver-Linn, E., Séguin, J.R., Higgins, D.M., Arsenault, L., & Tremblay, R.E. (2003) Self-deception and failure to modulate responses despite accruing evidence of error. *Journal of Research in Personality*, 37, 205-223.
- Ridgway R. I., Sharpley, C. (1990) Multiple Measures for the Predictions of Counsellor Trainee Effectivness. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 24 (3).
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217-243). Washington, DC: Hemisphere.
- Skovholt, T. M., & Ronnestad, M. H. (1992). *The evolving professional self: Stages and themes in therapist and counselor development*. Chichester, England: Wiley.
- Skovholt, T. M., Rønnestad, M. H., & Jennings, L. (1997). Searching for expertise in counseling, psychotherapy, and professional psychology. *Educational Psychology Review*, 9, 361-369.

- Skovholt, M. T., & Rønnestad, M. H. (2003) Struggles of the Novice Counselor and Therapist. *Journal of Career Development*, 30(1), 45-58.
- Spielberg, C. D., & Sharma, S. (1976) Cross Cultural Measurements of Anxiety. *Cross Cultural Anxiety*, Hemisphere, Washigton.
- Stajkovic, A. D., & Luthans, F. (1998). Self-efficacy and work-related performance: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 124, 240–261.
- Stevens, J. P. (2002). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (4th ed.). Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- Tabachnik, B. G., & Fidell, L. S. (1996). *Using multivariate statistics*. Harper and Row, New York. 509 pages.
- Tabachnik, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Person. 1008 pages.
- Tassé, M. J., & Craig, E. M. (1999). Critical issues in cross-cultural assessment of adaptive behavior. In R. L. Schalock (Ed.), *Adaptive behavior and its measurement: Implications for the field of mental retardation* (pp. 161–183). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social and psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193-210.

- Taylor, S. E. (1989). *Positive illusions: Creative self-deception and the healthy mind*. (New York: Basic Books)
- Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Reed, G.M., Bower, J.E., & Gruenewald, T.L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55, 99-109.
- Tinsley, H. E. A., & Tinsley, D. J. (1987). Uses of factor analysis in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 414 -424.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology*, 30, 662 – 680.
- Walfish, S., Mcalister, B., O'donnell, P., & Lambert, M.J. (2012). Are all therapists from Lake Wobegon? : An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, 111(2), 639-644.

Figure 1. Procédure de traduction et d'adaptation en six étapes.

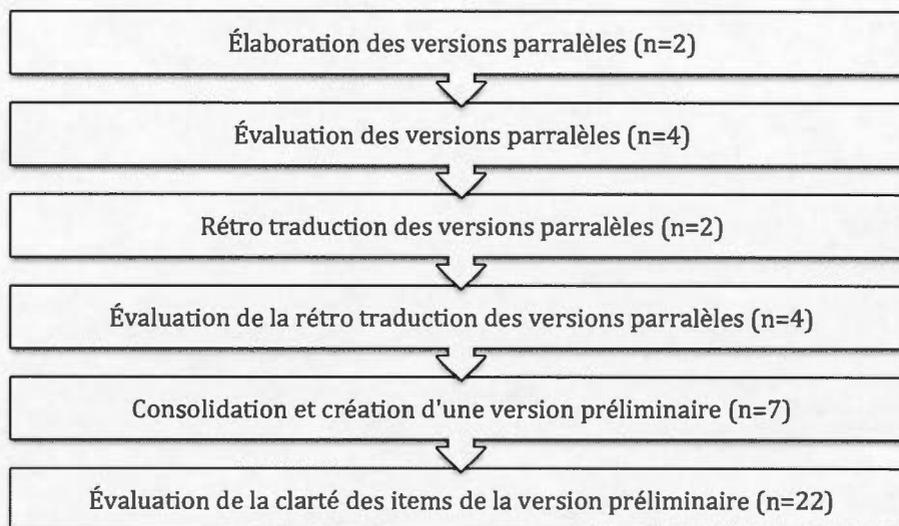


Figure 2. Recrutement de l'échantillon

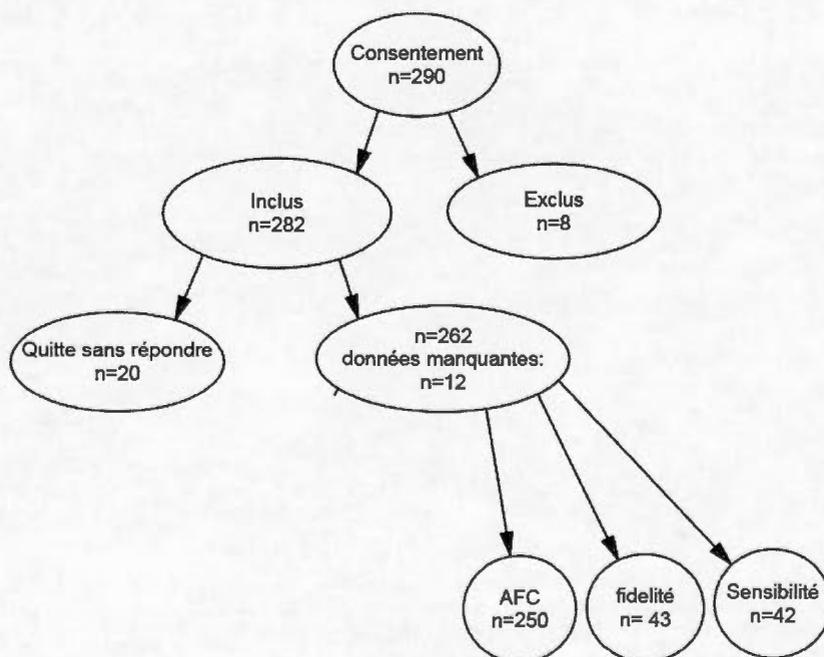


Tableau 1.

Description des échantillons pour analyse de fidélité test retest et sensibilité.

	Fidélité (n = 43)	Sensibilité (n = 42)
Sexe	Homme = 6 (14%) Femme = 37 (86%)	Homme = 2 (5%) Femme = 20 (95%)
Âge	22 à 50 (Moyenne) 28.5 (Écart-type) 6.97	23 à 61 34 8.72
Années d'expérience	0 à 21 (Moyenne) 3.28 (Écart-type) 4.06	1 à 26 5.39 5.20

note : (fidélité) = 2 semaines ; (sensibilité) = 52 semaines

Tableau 2.

Analyse factorielle confirmatoire (maximum likelihood) des échelles du CASES (n=250)

Modèles	Indices d'adéquation							
	dl	$\chi^2$	$\chi^2/df$	CFI	SRMR	RMSEA	PCLOSE	COV*
<b>Seuils acceptables :</b>			< 5	> 0,90	< 0,09	< 0,10	> 0,05	
Échelle (HA) 3 facteurs	87	269,25	3,09	0,91	0,08	0,09	,000	4
Échelle (GCS) 1 facteurs	32	122,85	3,83	0,95	0,04	0,10	,000	4
Échelle (DC) 2 facteurs	101	279,46	2,76	0,91	0,06	0,08	,000	4

CFI = comparative fit index ;

SRMR = standardised root mean square residual ; RMSEA = root mean square error of approximation

PCLOSE = p value of root mean square error of approximation.

COV\* = nb de covariance entre les termes d'erreur (multiplicateur de Lagrange).

Tableau 3.

*Intercorrélations des échelles du CASES-Fr, moyennes, écart-types et alphas de Cronbach.*

Échelle	HA	HA1	HA2	HA3	GCS	DC	DC1	DC2	Total	M	ET	$\alpha$	$r_{(tt)}$
<b>HA</b>										6,3	1,15	0,88	0,88
HA1	0,68									7,5	0,31	0,89	0,78
HA2	0,90	0,50								5,6	0,98	0,82	0,80
HA3	0,81	0,37	0,55							5,7	0,93	0,80	0,88
<b>GCS</b>	0,74	0,74	0,61	0,52						6,8	0,68	0,93	0,84
<b>DC</b>	0,64	0,61	0,56	0,42	0,74					5,9	0,68	0,92	0,90
DC1	0,58	0,58	0,50	0,38	0,67	0,85				6,1	0,72	0,85	0,93
DC2	0,58	0,54	0,52	0,38	0,67	0,94	0,63			5,8	0,67	0,90	0,86
Total	0,88	0,74	0,78	0,65	0,90	0,90	0,79	0,83		6,2	0,89	0,95	0,93

*(HA N = 262). (GCS N= 255). (DC N=250).  $r_{(tt)} = (2 \text{ semaines})$*

*Toutes les corrélations présentent un  $p = .000$*

Tableau 4.

*Moyennes des scores, écarts-type, valeurs de test-t à 52 semaines d'intervalle et  $\eta^2$ .*

Échelle	Semaine 1		Semaine 52		t(41)	$\eta^2$
	M	ET	M	ET		
Habilités aidantes	92,48	17,20	94,71	19,37	-1,110	0,03
Gestion séances	67,71	11,97	69,57	10,36	-1,513	0,05
Défis cliniques	92,88	20,74	96,07	18,24	-1,628	0,06
Instrument complet	253,07	44,60	260,36	42,18	-1,696	0,06

*Note : n=42. Aucune valeur de  $p < .05$ .*

Tableau 5.

*Moyennes des scores, écarts-type, valeurs de test-t à 52 semaines d'intervalle et  $\eta^2$  pour échantillon novice.*

Échelle	Semaine 1		Semaine 52		t(18)	$\eta^2$
	M	ET	M	ET		
Habilités aidantes	82,58	11,89	86,47	16,68	-1,287	0,09
Gestion séances	62,84	10,10	66,74	10,36	-2,253*	0,22**
Défis cliniques	86,95	20,81	93,11	19,90	-2,473*	0,25**
Instrument complet	232,37	38,36	246,32	41,99	-2,664*	0,28**

*Note : n= 19. Novices = < 3,5 années d'expérience. \*valeur de t significative p < .05 \*\*Effet de grande taille*

Tableau 6.

*Moyennes des scores, écarts-type, valeurs de test-t à 52 semaines d'intervalle et  $\eta^2$  pour échantillon expérimenté.*

Échelle	Semaine 1		Semaine 52		t(22)	$\eta^2$
	M	ET	M	ET		
Habilités aidantes	100,65	16,77	101,52	19,10	-0,317	0,00
Gestion séances	71,74	12,09	71,91	10,26	-0,104	0,00
Défis cliniques	97,78	19,79	98,52	16,80	-0,257	0,00
Instrument complet	270,17	42,75	271,96	39,53	-0,278	0,00

*Note : n= 23. Expérimenté = > 3,5 années d'expérience. Aucune valeur de p significative.*

CHAPITRE IV

ARTICLE 2

**Le sentiment d'efficacité personnelle du psychologue; étude exploratoire de l'effet de l'expérience clinique, ainsi que celui de l'effet de l'expérience de vie sur la perception de compétence des novices.**

**Auteurs : Giancarlo Jr. Collacciani, M.Ps (Ph.D./Psy.D., cand.)  
Marc-Simon Drouin, Ph.D  
Gilles Dupuis, Ph.D**

## RÉSUMÉ

La version franco-canadienne du *Counselor Activity Self Efficacy Scales* a été validée auprès d'un échantillon de 282 psychologues cliniciens présentant un niveau d'expérience varié. Lors de la validation psychométrique, l'instrument traduit a détecté une augmentation du sentiment d'efficacité personnel sur 52 semaines chez les novices de l'échantillon, mais pas chez les sujets expérimentés. Dans cette étude exploratoire auprès de 632 psychologues possédant un niveau d'expérience clinique qui varie entre zéro (0) et quarante-six (46) années ( $M=10.24$ ;  $ET=9.63$ ), la structure factorielle du (CASES-Fr) en fonction du nombre d'années d'expérience est explorée à l'aide de l'analyse factorielle exploratoire. Les résultats démontrent que la structure factorielle latente de l'instrument se comporte un peu différemment en fonction de l'expérience clinique des sujets. Une analyse de régression linéaire simple, une MANOVA et des ANOVA sont utilisés pour étudier l'effet de l'expérience sur le SEPP, ainsi que l'effet de la scolarité. L'expérience serait un bon prédicteur du sentiment d'efficacité personnel. L'effet de l'expérience de vie sur le sentiment d'efficacité personnelle du psychologue novice est également étudié. Il semble que l'expérience de vie puisse être un modérateur important à considérer dans les recherches futures. Compte tenu des ces observations, il serait méthodologiquement peu recommandé d'inférer que le construit de novice soit homogène dans la recherche sur le développement professionnel du psychologue.

*Mots-clés : Sentiment d'efficacité personnelle, développement professionnel, expérience professionnelle, novice, analyse factorielle.*

## INTRODUCTION

Le sentiment d'efficacité personnelle du psychologue (SEPP) est constitué des attentes qu'entretient le clinicien à l'égard de sa capacité d'accomplir efficacement des tâches liées au travail thérapeutique et/ou de négocier des situations cliniques particulières à venir (Friedlander, Keller, Peca-Baker, et Olk, 1986 ; Larson, 1992, Sharpley et Ridgeway, 1990 ; Larson & Daniels, 1998 ; Lent & Brown, 2006). Le SEPP aurait une influence importante sur le développement professionnel des psychologues novices, autant sur le plan comportemental, cognitif, qu'affectif (Larson, 1998, Lent et al., 2003).

La littérature sociocognitive indique une relation très étroite entre le sentiment d'efficacité personnelle et le rendement en général (Stajkovic et Luthans, 1998; Bandura et Locke, 2003). La théorie développementale de la croissance cumulative affirme que les individus auraient généralement tendance à choisir et à effectuer des tâches pour lesquelles ils se sentiront compétents et éviteraient celles qui sont perçues comme menaçantes (Lent & Brown, 2006). On rapporte également que les individus portant un grand sentiment d'efficacité personnelle seraient plus susceptibles de décider d'entreprendre des tâches difficiles, d'aller vers la nouveauté, de persévérer, de rester calmes pendant la tâche et d'organiser leurs idées de façon analytique (Bandura, 1997). Cette capacité à accepter de nouveaux défis pourrait avoir une incidence sur le développement professionnel puisqu'elle préviendrait la stagnation qui accompagne généralement l'automatisation des comportements lors de l'apprentissage d'une tâche (Ericsson, 2004). Le sentiment d'efficacité personnelle serait également un ingrédient clé de la réalisation personnelle et

du bien-être (Bandura, 1997, 2001). Il aurait une influence notable sur la manière dont les gens composent avec la déception et le stress dans la poursuite de leurs objectifs (Schwarzer, 1992). Par conséquent, on propose que les individus présentant un sentiment d'auto-efficacité élevé auraient tendance à percevoir leur anxiété comme un catalyseur de défis, à se fixer des buts réalistes et à entretenir des pensées aidantes (Bandura, 1991). Chez les psychologues, le SEP serait également lié au développement professionnel à travers la motivation et la satisfaction. Par exemple, Sandell, Ronnas, et Schubert (1992) rapportent qu'un thérapeute serait davantage satisfait de la séance s'il se sent compétent. Par ailleurs, le sentiment d'efficacité personnelle du psychologue serait corrélé positivement avec la satisfaction au travail (Larson et Daniels, 1998) et négativement avec l'anxiété (Daniels, 1997 ; Friedlander et al. 1986, Larson et al. 1992; Larson et Daniels, 1998).

En dépit du fait que les chercheurs se penchant sur le développement professionnel du psychologue se soient intéressés à la mesure du SEPP des novices, les informations sujet de son évolution dans le temps et des variables pouvant agir sur lui comme modérateurs (Lent et al., 2003) sont plutôt limitées . À ce sujet deux nouveaux éléments peuvent être mise en relief.

Premièrement, dans une étude précédente visant à traduire et valider empiriquement une version franco-canadienne du *Counselor Activity Self Efficacy Scales* (CASES) auprès de psychologues cliniciens novices et expérimentés, il fut observé que la structure factorielle latente de l'échantillon (n=282) était presque identique à celle de son homologue américain (Collacciani, Dupuis & Drouin, 2015). Une analyse factorielle confirmatoire visant à étayer la qualité de la traduction avait également suggérée que le modèle proposé par l'échantillon américain s'ajustait de manière acceptable à ce nouvel échantillon québécois.

Toutefois certains indices d'adéquation tel que le RMSEA ou le NFI, ainsi que la nécessité d'ajouter quelques covariances entre les termes d'erreurs pour obtenir cette adéquation indiquaient que le modèle théorique gagnerait à être révisé. Ceci indique qu'il pourrait être pertinent de remettre en question la structure factorielle et théorique proposée par Lent et coll. (2003).

Deuxièmement, la littérature rapporte à ce jour que sur une période allant de quinze semaines à une année académique le score observé sur les instruments de mesure du SEPP tels que le *Counselor Activity Self Efficacy Scales* (CASES) ou le *Counseling Self Estimate Inventory* (COSE) augmente en moyenne de 16 points (Larson et al., 1992 ; Larson et al., 1998 ; Lent et Coll., 2003). Ceci dit, ces études sont majoritairement menées auprès de novices et les conclusions de Larson et al. (1992) quant à la sensibilité du COSE aux changements sur un intervalle d'un an sont à nuancer puisqu'elles n'étaient pas basées sur des tests statistiques, mais uniquement sur l'observation des données. Les connaissances sont donc très maigres sur la sensibilité de ces instruments, surtout chez les sujets plus expérimentés. Dans l'étude de validation du CASES-Fr citée précédemment, une absence de différences significatives entre les moyennes des scores à 52 semaines d'intervalle a été observée auprès l'échantillon. Par contre, une analyse secondaire entre les des sujets novices et expérimentés de l'échantillon démontre qu'une différence significative semble exister seulement chez les novices de l'échantillon, soit les sujets ayant moins de 3 années d'expérience. Par conséquent il est possible de postuler que cet effet observable chez les novices est possiblement dilué par les sujets expérimentés lorsque les deux groupes sont combinés. Ces résultats appellent à se questionner sur l'existence probable de différences subtiles sur les plans de la structure factorielle et théoriques dans l'évolution du SEPP en fonction de l'expérience clinique. Par ailleurs, il est aussi

possible de se demander si l'expérience de vie des sujets pourrait influencer la perception de compétence.

Ainsi, l'expérience clinique et le stade de vie semblent être des variables modératrices à considérer afin d'explorer davantage l'évolution du construit et son rôle à divers moments du développement professionnel du psychologue.

Cet article présente les résultats d'un devis exploratoire qui compare la structure factorielle du CASES-Fr (Collacciani, Dupuis & Drouin, 2015) en fonction du niveau d'expérience des participants. Il aborde également le lien linéaire entre le SEPP et l'expérience à partir d'une analyse de régression et des analyses de variances univariées et multivariées. L'effet de la scolarité, ainsi que le rôle de l'âge (expérience de vie) sur le développement du SEPP des novices est également exploré à l'aide d'analyses de variance. Des pistes de réflexions alternatives sont élaborées dans la discussion cet article.

## MÉTHODE

### Recrutement

Cette étude vise la population des psychologues francophones expérimentés membres de l'Ordre des psychologues du Québec ou étudiant au doctorant en psychologie dans un établissement universitaire québécois.

Un échantillonnage non probabiliste, de type de convenance, sur base volontaire a été réalisé à l'aide d'une annonce acheminée par l'Ordre des psychologues à ses membres, ainsi qu'une invitation transmise par les départements de psychologie de cinq établissements universitaires francophones. Les sujets n'ont pas reçu de rémunération pour leur participation, mais ont toutefois reçu une participation pour le tirage de cinq cartes cadeaux d'une valeur de cinquante dollars.

## Sujets

Figure 1 ici.

Au total, 704 sujets ont accepté l'invitation à participer à l'étude. Parmi ceux-ci, 689 cliniciens ont donné leur consentement et répondaient au critère d'inclusion du protocole de l'étude; être psychologue clinicien actif membre d'un ordre professionnel, ou être doctorant en psychologie et avoir entamé les internats cliniques. Quinze sujets ne répondaient pas aux critères d'inclusion et ont été exclus. De ceux-ci, 282 proviennent de l'étude de validation du CASES-Fr. Ces derniers ont été inclus dans l'étude afin de s'assurer d'un nombre suffisant de novices pour fins de comparaison avec les sujets expérimentés. Les novices proviennent tous d'un programme de formation doctorale en psychologie accrédité par l'OPQ. L'échantillon est constitué de cinq cent cinquante-huit (558) femmes et cent trente et un (131) hommes, âgés entre vingt-deux (22) et soixante-treize (73) ans ( $M=39,7$  ans;  $ET=11,87$  ans). Le niveau d'expérience clinique de l'échantillon varie de zéro (0) à quarante-six (46) années de pratique ( $M=10,24$ ;  $ET=9,63$ ). Parmi ceux-ci 57 sujets n'ont pas répondu à l'instrument et

23 autres n'ont pas complété entièrement le questionnaire. Les analyses ont porté sur 632 sujets. Pour explorer la structure factorielle en fonction de l'expérience clinique deux groupes ont été formés à partir de la variable expérience clinique, soit 192 dans le groupe ayant peu d'expérience et 440 dans le groupe ayant plus d'expérience.

Tableau 1 ici.

Puisque les doctorant québécois ont 3 années de pratique clinique supervisée au cours de leur cursus académique, ce seuil a été choisi pour diviser les groupes. Bien que le nombre d'années d'expérience ne soit pas le meilleur critère pour déterminer le niveau d'expertise d'un psychologue, ce critère a été adopté puisque les groupes ne seront pas comparés sur leur efficacité, mais bien le sentiment d'efficacité personnel de chacun de ceux-ci.

## Mesure

Une version adaptée à la culture franco-canadienne du « Counselor Activity Self Efficacy Scales » (CASES-Fr) a été utilisée pour mesurer le SEPP. Le CASES a été initialement développé aux États-Unis. L'instrument auto administré composé de 41 items est organisé en trois échelles soit : l'application des habilités aidantes de bases (15 items), la gestion du cadre des séances (10 items) et la négociation des défis cliniques (16 items). Chacun des items est mesuré sur une échelle de 10 points allant de (0) aucune confiance, à (9) confiance totale. La cohérence interne des échelles est ( $\alpha = 0,88$ ) pour l'échelle des habiletés

aidantes (HA), ( $\alpha = 0,93$ ) pour l'échelle gestion des séances et du cadre (GCS) et ( $\alpha = 0,91$ ) pour l'échelle des défis cliniques (DC). L'instrument démontre un alpha total de ( $\alpha = 0,95$ ). La fidélité test re-test sur deux semaines est de ( $r = 0,93$ ,  $p = .000$ ). La version francophone présente une structure factorielle similaire, des propriétés psychométriques similaires, ainsi qu'une équivalence avec l'instrument original ( $r = 0,93$ ,  $p = .000$ ). La corrélation entre le CASES et le construit de désirabilité sociale sur le Social Desirability Scale (SDS) est relativement petite et peu significative, soit entre ( $r = -0,02$  et  $r = 0,22$ ).

### Matériel et procédure

Chaque sujet devait d'abord consulter un document lui expliquant les grandes lignes de la recherche et ensuite remplir un formulaire de consentement, ainsi qu'un questionnaire sociodémographique et professionnel. Les sujets devaient ensuite répondre à l'instrument sur support informatique à l'aide de l'hyperlien<sup>1</sup> qui leur avait été fourni par courriel. Aucune limite de temps ne leur était imposée en ce qui concerne cette tâche. Le temps de passation moyen était de 15 à 20 minutes. Le protocole de recherche a été approuvé par le comité de déontologie de l'Université du Québec à Montréal en date du 18 octobre 2011.

---

<sup>1</sup> <http://www.surveymonkey.com>

## Analyses

L'ensemble des analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS version 17. Étant donné qu'à ce stade-ci la visée de l'étude était de laisser émerger la structure latente pour chacun des groupes et ainsi mieux cerner les différences entre novices et expérimentés, l'analyse factorielle exploratoire semblait la plus appropriée à cette visée exploratoire. La stratégie de rotation oblique [oblimin] a été utilisée puisque cette méthode est la plus recommandée lorsque les facteurs peuvent être corrélés entre eux (Fabrigar, Wegener, MacCallum et Strahan, 1999). Afin d'étudier la possibilité d'un lien linéaire entre le SEPP et l'expérience, des analyses de régression linéaire simple ont été utilisées. Des scores moyens par tranche de 4 années d'expérience sont proposés et donnent une idée approximative du développement du construit à travers le temps. Une MANOVA et des analyses de variance abordent l'effet de l'expérience sur le sentiment d'efficacité personnel. Ensuite, une comparaison entre les novices âgés de moins de 24 ans et ceux de 40 ans et plus est présentée à l'aide de l'ANOVA et la MANOVA. Ces deux groupes sont également comparés avec leurs collègues expérimentés âgés de 40 ans et plus. Cette analyse vise à tester l'hypothèse, issue de la recherche sur le développement professionnel des psychologues, selon laquelle il existerait des différences entre les novices en fonction de leur âge (expérience de vie) (Skovholt, 2003). Finalement, une ANOVA aborde l'effet de la scolarité sur le SEPP. Cette analyse semblait pertinente puisqu'au Québec l'Ordre des professions n'exige le doctorat que depuis 2008 et qu'ainsi une grande proportion de nos sujets ont le niveau maîtrise. En somme, l'objectif était d'observer si les détenteurs d'un doctorat se démarquent de leurs collègues possédant le niveau maîtrise sur le plan du SEPP.

## RÉSULTATS

Chacune des trois échelles a été analysée individuellement, d'un côté pour le groupe novice et d'un autre pour le groupe expérimenté. Ces deux solutions distinctes ont ensuite été comparées entre elles. L'échantillon novice est de cent quatre vingt douze (192) participants. Chez les participants novices 6 sujets n'ont pas rempli l'échelle 3 dont 4 qui n'ont également pas répondu à l'échelle 2. Puisque l'échantillon est plus petit que 200 sujets, les diagrammes de type SCREE (Cattell, 1966) ont été consultés uniquement à titre de référence (Stevens, 2002). L'échantillon expérimenté est de quatre cent quarante (440) participants. Chez les sujets expérimentés, 17 participants n'ont pas répondu à l'échelle 3 dont 9 qui n'ont également pas répondu à l'échelle 2. Puisque l'échantillon est plus grand que 200 sujets, le coude de Cattell (1966) a été considéré en priorité pour l'extraction des facteurs (Stevens, 2002).

Les tests de Kaiser-Meyer-Olkin et le test de sphéricité de Bartlett confirmaient que la distribution de l'échantillon permettait d'effectuer une analyse factorielle et que les matrices de corrélations étaient adéquates.

Les résultats de l'analyse factorielle exploratoire sont présentés sur trois tableaux; un premier met en contraste la structure factorielle et le pourcentage de variance expliquée par chaque facteur pour l'échantillon novice et l'échantillon expérimenté; deux autres explicitent ces contrastes avec l'aide des matrices de rotation. Puisque la stratégie de rotation oblique a été utilisée, les «*pattern matrix*» sont présentés afin de faciliter l'interprétation, à l'exception de l'échelle (GCS) qui ne présente qu'un seul facteur (Fields, 2009). Les valeurs

propres (eigenvalues) et le coude de Cattell (1966) ont été utilisés pour l'extraction des facteurs.

#### Contraste des solutions factorielles

Le tableau 2 présente une comparaison du nombre de facteurs en fonction de l'échantillon composé à partir de la variable expérience. Les solutions factorielles, ainsi que les pourcentages de variance expliquée respectif à chacune des trois sous-échelles du groupe novice sont comparées à celles du groupe expérimenté.

Tableau 2 ici.

La sous-structure factorielle du CASES-Fr semble présenter une seule différence en fonction de l'expérience des sujets. Plus spécifiquement, l'échelle (HA) propose trois facteurs chez les novices et deux chez les expérimentés. La différence de variance expliquée de 3,4 % ne représente pas une différence statistiquement significative ( $p= 0.18$ ). L'échelle (GCS) garde sa structure à un seul facteur dans chacun des deux groupes et la différence de variance expliquée est similaire ( $p= 0.4$ ). L'échelle (DC) présente la différence la plus notable avec deux facteurs chez les novices et un seul chez les sujets expérimentés. Ceci représente à la fois une différence entre les deux groupes et une différence quant à la sous-structure normalement observée dans un échantillon mixte, soit une sous-structure à deux facteurs. Notons également qu'un test de comparaison de coefficients de corrélation (issus de la racine carré des pourcentage de

variance 58,4 et 44,8 donne un  $Z(186, 423) = 2.15, p = .01$  et démontre que la différence de 13,6 % de variance expliquée entre les deux groupes est statistiquement significative.

#### Contraste de la sous-structure factorielle à partir des saturations

La prochaine section permet d'explorer plus en détail les différences de sous-structure observées dans le tableau 2 à partir des saturations, ainsi que d'explorer les écarts de pourcentage de variance expliquée. Les tableaux qui suivent présenteront une comparaison des scores de saturation pour chacune des trois échelles du CASES-Fr. L'analyse exploratoire de type *principal axis factoring* avec rotation oblique a été utilisée. Les «*patterns matrix*» sont comparés et les valeurs de moins de 0,30 ont été retirées des tableaux par soucis de parcimonie.

La solution proposée pour l'échelle gestion du cadre et des séances (GCS) demeure identique à celle de la version originale. Des deux côtés, la solution proposée comporte un seul facteur qui explique 63,7 % de variance chez les novices et 59,7 % chez les sujets expérimentés (Tableau 2). Puisque l'échelle (GCS) n'est composée que d'un seul facteur, aucune matrice de rotation oblique n'est disponible pour les items 16 à 25. Dans la comparaison des paires d'items entre les groupes, trois présentent une petite différence des scores de saturation de moins 0,20, et six présentent des différences négligeables allant de 0,02 à 0,06. Mentionnons toutefois que la seule paire d'items présentant une différence de 0,20 est celle de l'item (GCS18-19) qui représente deux items de l'échelle qui sont combinés pour éviter un problème de colinéarité.

Tableau 3 ici.

Le tableau 3 permet d'explorer la saturation des variables proposées par la solution factorielle de l'échelle des habiletés aidantes. Chez les novices, l'échelle présente une sous-structure à trois facteurs. La première sous-échelle regroupe les items 1, 2, 3, 4 et 5 qui représentent l'échelle mesurant les habiletés exploratoires de base. La deuxième sous-échelle regroupe les items HA6+10, 12, 13, 14 et 15 qui représentent l'échelle mesurant les habiletés directives de fonction-conseil. La troisième sous-échelle regroupe les items 7, 8, 9 et 11 qui représentent l'échelle mesurant les habiletés avancées. Chez les sujets expérimentés, l'échelle présentait initialement une sous-structure à trois facteurs, toutefois une seule variable avait une saturation valide (0,76) et il semblait préférable de forcer l'analyse à deux facteurs. La première sous-échelle regroupe les items 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8 et 9 qui combinent l'échelle mesurant les habiletés exploratoires de base et les habiletés avancées. La deuxième sous-échelle regroupe les items 11, 12, 13, 14, 15 et 6+10 qui représentent l'échelle mesurant les habiletés plus directives ou de la fonction-conseil. La sous-échelle supplémentaire initialement obtenue à partir du critère de Kaiser regroupait trois variables. Elle était composée d'items qui représentent des habiletés aidantes très avancées faisant appel au dévoilement de soi et la présence dans la relation thérapeutique. Ce regroupement des items HA6+10, 11 pourrait hypothétiquement représenter les habiletés relationnelles avancées.

Tableau 4 ici.

Le tableau 4 permet d'étudier la saturation des variables proposées par la solution factorielle de l'échelle défis clinique. Cette échelle présente certaines différences plus notables. Chez les novices, une première échelle regroupe 6 variables en lien avec la capacité à composer avec la détresse du patient. Ce regroupement des items 26, 27, 28, 29, 30, et 31 représente l'échelle détresse du patient. Une deuxième échelle mesurant le SEPP quant aux situations cliniques particulières (conflits) dans la relation thérapeutique regroupe 9 variables en lien avec l'altérité et les conflits affectifs possibles dans la relation thérapeutique. Cette échelle regroupe les items 32, 33, DC34+35, 36, 37, 38, 39, 40 et 41. Finalement, il a été observé lors des analyses à partir du critère de Kaiser qu'une variable (item 33) s'isolait lorsque l'on ne forçait pas la solution à deux facteurs et pourrait hypothétiquement représenter un inconfort par rapport à la confluence. Cela reste à étudier davantage dans le futur. Chez le groupe de cliniciens expérimentés, une solution factorielle à un seul facteur est observée. L'ensemble des items 26 à 41 sature sur un seul facteur. Ceci amène à se questionner sur la possibilité que la différence significative de 13,6% observée entre les proportions de variance expliquée puisse être le reflet d'un changement dans la structure théorique observée sur notre échantillon, notamment dans la conceptualisation du travail clinique et de la relation thérapeutique.

Compte tenu de ces observations, la prochaine section présente une série d'analyses ayant pour but d'étudier la relation linéaire entre le SEPP et l'expérience, l'effet de l'expérience de vie (âge) chez les novices, puis l'effet de la scolarité sur le sentiment d'efficacité personnel du psychologue.

### Relation linéaire entre le nombre d'années d'expérience clinique et le score

Le tableau 5 présente le résultat d'une analyse de régression linéaire simple entre les scores du CASES-Fr et l'expérience. Les corrélations varient de  $r = 0,30$ ,  $p = .000$  à  $r = 0,35$ ,  $p = .000$  et suggère une relation linéaire de taille moyenne entre l'expérience et le sentiment d'efficacité personnelle. L'expérience semble prédire significativement le score total du CASES-Fr ( $\beta = 0,35$ ,  $p = .000$ ) et explique 35% de la variance ( $R^2 = 0,13$ ,  $F(1,612) = 87,76$ ,  $p = .000$ ).

Tableau 5 ici.

### Effet de l'expérience clinique

Le tableau 6 présente les scores moyens en fonction de l'expérience clinique des participants. Les scores moyens sont repartis par tranches de quatre années d'expérience clinique, d'abord pour le score total de l'instrument et ensuite pour chacune des trois échelles. Cette analyse permet de voir plus facilement, selon des tranches d'années d'expérience, comment se comporte la relation linéaire présentée à la section précédente. Une tendance croissante est observable en fonction de l'accroissement du nombre d'années d'expérience des sujets. Sur l'instrument complet, cette croissance semble visuellement plus prononcée durant les 11 premières années d'expérience avec une augmentation de 38 points. Une analyse de variance  $F(8, 600) = 14,90$ ,  $p = .000$  suggère que l'effet global de l'expérience expliquerait 15,5 % de la variance des scores moyens, et des comparaisons post hoc avec un test Bonferroni soulignent que seulement l'augmentation entre le premier paliers d'expérience et le second ( $M = 245,8$

ET=42,3 ; M=267,9 ET= 45,4) représenterait une augmentation significative et une taille d'effet moyenne ( $\eta^2 = 0.06$ ). Les augmentations observées entre les paliers suivants ne seraient pas significatives.

Sur le plan de la sous-structure, une MANOVA présente un Lambda-Wilks de 0,79  $F(24; 1734,983) = 6,039$  p.000 ce qui indique des différences significatives entre les groupes sur les trois échelles. Pour comprendre celles-ci, cette analyse a été décomposée en faisant trois ANOVA distinctes sur les sous-échelles. Celles-ci sont toutes trois significatives ; échelle (HA)  $F(8, 600) = 13,07$  p = .000 ; l'échelle (GCS)  $F(8, 600) = 13,02$  p = .000 ; et l'échelle (DC)  $F(8, 600) = 9,97$  p = .000. Qui plus est, des comparaisons post hoc avec un test de Bonferroni, proposent que les scores des échelles (HA) et (GCS) présentent des augmentations significatives uniquement entre les deux premiers paliers d'expérience, alors que pour l'échelle (DC) une augmentation significative est observable uniquement entre le premier et le quatrième palier (M = 91,5 ET= 19,8 ; M = 103,8 ET = 18,3), soit entre moins de 3,5 années et 11 à 15 années d'expérience clinique.

Tableau 6 ici.

#### Effet de l'expérience de vie sur les scores du questionnaire

Le tableau 7 présente les résultats d'analyses qui éclairent le rôle de l'expérience de vie dans la perception de compétence quant aux habiletés cliniques, chez les novices. On y retrouve les moyennes du questionnaire et de chacune des échelles pour trois groupes constitués en fonction de l'âge des sujets. Visuellement, on

peut noter que les trois groupes diffèrent sur l'ensemble des échelles, plus spécifiquement que les novices âgés de 40 ans et plus rapportent un plus grand sentiment d'efficacité personnelle que leurs collègues novices plus jeunes. Par ailleurs, on observe également que les novices de 40 ans et plus rapportent un sentiment d'efficacité personnelle relativement proche de celui de leurs collègues expérimentés du même âge.

Tableau 7 ici.

L'ANOVA entre les scores totaux des trois groupes démontre un effet global significatif  $F(2,308) = 37.90, p = .000$ . Des comparaisons post hoc avec un test Bonferroni indique que la différence entre les novices de 24 ans et moins et les novices de 39 ans et plus est significative ( $p = .000$ ) et présente une grande taille d'effet ( $\eta^2 = 0,19$ ), alors que la différence significative ( $p = .002$ ) observée entre les novices de 39 ans et plus et les expérimentés du même âge présente une taille d'effet moyenne ( $\eta^2 = 0,06$ ). Sur le plan de la sous-structure, la MANOVA présente un Lambda-Wilks de 0,77  $F(6; 608) = 13,63 p.000$  ce qui indique des différences significatives entre les groupes sur les trois échelles. Sur l'échelle HA on observe un effet global significatif  $F(2,308) = 34,06, p = .000$ , toutefois seule la différence entre les deux groupes de novices est significative ( $p = .000$ ) et présente une grande taille d'effet. L'échelle GCS présente elle aussi un effet global significatif  $F(2,308) = 36,5, p = .000$ . La différence entre les deux groupes de novices est significative ( $p = .006$ ) avec une grande taille d'effet ( $\eta^2 = 0,13$ ), tout comme la différence observée entre les deux groupes plus âgés ( $p = .006$ ) qui présente aussi une grande taille d'effet ( $\eta^2 = 0,09$ ). Finalement, l'analyse de variance sur l'échelle DC présente aussi un effet global statistiquement significatif  $F(2,308) = 20,35, p = .000$ , mais seule la comparaison

entre les novices est significative ( $p = .012$ ) avec une grande taille d'effet ( $\eta^2 = 0,12$ ). L'ensemble des résultats des analyses de variance pointe vers un effet de l'expérience de vie (âge) sur le sentiment d'efficacité personnelle des novices tel que mesuré par le questionnaire, en fonction du niveau d'expérience.

#### Effet de la scolarité sur le SEPP

La figure 2 suggère qu'il n'y aurait pas de différence significative du SEPP entre les sujets de notre échantillon possédant un diplôme de maîtrise et ceux possédant un doctorat. L'analyse de variance comparant les niveaux de scolarité en fonction de l'expérience clinique n'est pas significative. Aucune des comparaisons observées sur chacun des paliers d'expérience, ni même les écarts d'apparence prononcée sur les paliers 7-10 et 21-25 années d'expérience, ne présente d'effet significatif, et aucune taille d'effet n'est au-dessus de ( $d = 0,35$ ).

Figure 2 ici.

## DISCUSSION

Cette recherche avait pour principal objectif d'explorer la structure factorielle du CASES-Fr en fonction de l'expérience clinique des participants. Cette visée exploratoire se subdivisait en deux sous-objectifs. Premièrement, puisque la majorité des recherches sur le SEPP porte sur la perception de compétences des thérapeutes novices, il allait de soi d'explorer si le construit théorique du SEPP change en fonction de l'expérience clinique telle que mesurée en nombre d'années de pratique clinique. Deuxièmement, la présence d'un lien linéaire

croissant entre le SEPP et l'expérience clinique s'avérait également pertinent à analyser. Par le fait même, le lien entre l'expérience de vie et le SEPP chez les novices, ainsi que celui entre la scolarité et le SEPP ont également été explorés. Sur un autre plan, cette recherche voulait offrir un appui empirique aux recherches sur la mesure du SEPP déjà publiées en proposant des données recueillies auprès de thérapeutes possédant une vaste étendue d'expérience clinique et des résultats spécifiques à la profession de psychologue.

Nos résultats suggèrent l'existence de certaines différences sur le plan de la structure factorielle latente en fonction de l'expérience clinique des sujets de notre échantillon.

Chez les novices, la structure factorielle se comporte de manière quasi similaire à celle du CASES ayant été validé majoritairement auprès de novices et celle du CASES-Fr ayant été validée auprès d'une population mixte sur le plan de l'expérience clinique. Quelques différences sont notables et dignes de mention. Nous observons sur l'échelle défis cliniques (tableau 4) qu'un item s'isole des autres et sature sur plus d'un facteur lorsqu'on utilise le critère de Kaiser. Cet item concerne la question qui mesure le degré de confiance quant au risque de confluence avec le vécu affectif du patient. À ce sujet la littérature rapporte que les novices présentent souvent une peur d'être confronté à des problématiques qui les rejoignent davantage, ainsi qu'une plus grande difficulté à réguler leurs propres émotions (Skovholt et Ronnestad, 2003). Plus de recherche sur le sujet seraient nécessaire.

C'est principalement chez les sujets plus expérimentés de notre échantillon que l'on observe une modification sur le plan de la structure factorielle latente de l'instrument, notamment sur l'échelle habiletés aidantes (HA) et l'échelle des

défis cliniques (DC). Tout d'abord, on observe que sur l'échelle HA, les items représentant les habiletés aidantes de bases et les habiletés aidantes avancées sont combinées en un seul facteur. Ensuite, si on utilise le critère de Kaiser trois items qui sont habituellement regroupés dans les habiletés avancées se regroupent maintenant en un nouveau facteur. Ces items représentent des habiletés cliniques très avancées qui impliquent la présence relationnelle et une implication plus personnelle dans le processus clinique. Théoriquement on peut associer celle-ci à des habiletés en lien avec le maniement du transfert, du contre-transfert ou de la négociation des ruptures empathiques (Safran & Muran, 2005 ; Safran, Muran & Eubanks-Carter, 2011). Ces changements sur le plan de la structure factorielle peuvent supposer d'une part une modification dans la compréhension de la technique, et d'une autre un changement de perception quant à la distinction entre les habiletés de base et habiletés avancées. Ces dernières étant probablement mieux maîtrisées et intégrées de manière plus fluide dans la pratique. Le regroupement des interventions relatives au dévoilement et à l'immédiateté, qui font appel à l'expérience cognitive et affective plus personnelle du clinicien, semble théoriquement cohérente. Évidemment une analyse factorielle confirmatoire et un devis qualitatif pourrait éventuellement nous en dire davantage à ce sujet.

C'est sur le plan de l'échelle DC que la différence de la structure factorielle est la plus observable. Celle-ci passe de deux facteurs chez les novices à un seul facteur chez les cliniciens expérimentés. Chez ces derniers, l'ensemble des items faisant référence explicitement à la détresse du patient et aux possibles nœuds relationnels rencontrés dans la négociation du lien thérapeutique se regroupent maintenant en un seul facteur. Conséquemment, il faudrait considérer la possibilité d'une différence pertinente à étudier davantage dans le futur.

Un lien linéaire de taille moyenne est observable entre le SEPP et l'expérience clinique. C'est à dire que les sujets plus expérimentés rapportent se sentir plus confiants que les sujets moins expérimentés. Ce lien linéaire semble également se retrouver pour les 3 sous-échelles. Les résultats présentent des corrélations significatives moyennes qui supposent dans l'ensemble une augmentation du sentiment d'efficacité personnelle en fonction du nombre d'années de pratique du clinicien sur chacune des échelles. En somme, l'expérience serait un bon prédicteur du sentiment d'efficacité personnel et expliquerait 35% de la variance.

Par ailleurs, les scores moyens observés (tableau 6) présentent des valeurs qui semblent croître graduellement en fonction du nombre d'années d'expérience. Cette croissance semble plus marquée en début de pratique pour ralentir autour de 11 années d'expérience. Autrement dit, une augmentation plus nette et marquée semble visuellement présente en début de pratique et se stabiliserait par la suite.

Ces observations semblent toutefois incohérentes avec l'absence de différence, sur 52 semaines d'intervalle, qui avait été observée lors de la validation du CASES-Fr auprès de thérapeutes novices et expérimentés. Une telle différence était seulement observable chez les novices. Plus précisément, une analyse de variance sur les scores moyens suggère que le SEPP augmenterait de manière significative uniquement en début de pratique, soit entre 0 et 5 années d'expérience et que les augmentations subséquentes observées ne représenteraient pas des augmentations significatives du sentiment d'efficacité personnelle. Ceci pourrait possiblement expliquer en partie pourquoi les scores du CASES-Fr n'augmenteraient significativement que chez les novices au cours de l'équivalent d'une année de formation. Les résultats supposent aussi que ce

ne sont que les échelles (HA) et (GCS) qui augmenteraient significativement durant les 5 premières années et alors que (DC) mettrait environ 11 à 15 années d'expérience avant de démontrer une augmentation significative de la perception de compétences quant à la capacité de composer avec la détresse du patient et les situations cliniques particulières.

En somme, il semble que le SEPP ne soit pas un construit monolithique qui se développe de manière uniforme. Peut-être faut-il même considérer que le développement de certaines de ses dimensions soient plus quadratique que linéaire. Plus de recherches sur le sujet semblent nécessaires.

Sur un autre plan, Skovholt (2003) avait proposé l'hypothèse voulant que l'âge soit un modérateur important dans ce processus et qu'il existe des différences entre un novice de 40 ans et un autre de 23 ans. En combinant l'expérience de vie et l'expérience clinique, une analyse de variance (Tableau 5) vient étayer empiriquement l'intuition de Skovholt (2003). Lorsque les scores de trois groupes sont comparés, dont deux constitués de novices en formation, les uns âgés de moins de 24 ans et les autres âgés de 40 ans et plus, et un autre constitué de thérapeutes expérimentés âgés de 40 ans et plus, plusieurs faits intéressants sont observables. Bien qu'il tombe sous le sens que les sujets plus expérimentés rapportent un plus grand sentiment de compétence que leurs collègues en apprentissage, il est surprenant de constater que les novices âgés de quarante ans et plus rapportent se sentir systématiquement et largement plus confiant en leurs compétences que leurs collègues plus jeunes.

Plus spécifiquement, on observe sur l'ensemble des trois échelles que les novices plus jeunes de notre échantillon sont généralement moins confiants par rapport à leurs compétences de thérapeutes que le prétendent l'être leurs collègues plus

âgés. En effet, les résultats semblent indiquer que les sujets novices âgés de plus de 40 ans de notre échantillon auraient davantage confiance en leurs compétences et seraient peut-être moins affectés par l'anxiété de performance. C'est principalement sur l'échelle des habiletés aidantes qu'il est possible d'observer l'écart le plus significatif. Par contre, les enjeux propres à la gestion du cadre et des séances, ainsi que les défis cliniques présentent eux aussi une différence notable quant à la perception de compétence rapportée par les deux groupes.

Ceci dit, un fait encore plus étonnant émerge des analyses. Bien que dans l'ensemble les novices de quarante ans et plus se disent un peu moins confiants que leurs collègues thérapeutes expérimentés du même âge, seule l'échelle qui concerne la gestion du cadre et des séances montre que les novices de 40 ans et plus sont significativement moins confiants. Autrement dit, les novices plus âgés de notre échantillon rapporteraient se sentir presque aussi confiants face à leurs compétences que les thérapeutes expérimentés. À ce sujet, il serait intéressant de recueillir le point de vue qualitatif de superviseurs clinique afin d'étayer davantage ces observations pour le moins surprenantes. Bien que le CASES soit faiblement corrélé avec la désirabilité sociale telle que mesuré par le SDS, une étude sur les illusions de compétence chez les psychologues pourrait nous éclairer davantage sur ces résultats.

Ces résultats supposent donc que le sentiment d'efficacité du psychologue novice serait possiblement modéré par l'âge, ou plutôt l'expérience de vie du thérapeute en apprentissage. De là, il serait même possible de croire que le développement professionnel du psychologue peut présenter une trajectoire différente en fonction du stade de vie dans lequel se trouve l'individu en apprentissage. À ce sujet, Skovholt et Starkey (2010) affirment que le

développement professionnel des psychothérapeutes serait influencé autant par l'expérience académique et l'expérience pratique, que par la vie personnelle du clinicien. Autrement dit, cela voudrait dire qu'au-delà de l'expérience professionnelle telle que mesurée en nombre d'années de pratique, l'expérience de vie, avec les jalons développementaux qui lui sont propres, serait aussi une variable importante à considérer.

Enfin, les détenteurs de maîtrise et de doctorat de notre échantillon ne présentent pas de différence significative entre leur score du CASES-Fr. Ceci suppose que le niveau de scolarité aurait peu d'effet sur le SEPP et que les détenteurs d'une maîtrise et les détenteurs de doctorat de notre échantillon présentent un SEPP comparable. Ceci dit, il serait toutefois possible que l'âge et l'expérience puissent influencer ce résultat.

#### Recommandations et directions futures

L'ensemble des résultats de cette étude nous éclaire un peu plus sur la perception de compétence et pointe en direction d'études futures qui pourront étayer encore davantage notre compréhension du SEPP et ses implications. Notamment, il semblerait intéressant d'établir un lien entre SEPP et compétence si un tel lien existe. Le point de vue du superviseur (*other rated measures*) pourrait également venir étayer davantage les conclusions d'une étude subséquente. Il serait aussi fort pertinent d'étudier si certaines expériences de vie, comme par exemple la parentalité, ou la maladie, peuvent avoir un effet sur le SEPP.

Deux recommandations pourraient être formulées pour les recherches futures. Premièrement, il aurait été pertinent de spécifier le nombre moyen d'heures de pratique clinique et le nombre moyen d'heures de supervision afin d'étayer encore davantage les conclusions de cette étude. Deuxièmement, sur le plan méthodologique et théorique, il apparaît de plus en plus important de considérer la variable de l'âge, ou plutôt l'expérience de vie lorsque l'on étudie le développement professionnel du psychologue. Puisque la profession consiste essentiellement à entrer en relation de manière authentique, à tolérer l'ambiguïté et savoir réguler plus efficacement les expériences affectives, il est possible de croire que le stade de vie durant lequel un individu commence une formation en psychologie clinique, ainsi que le niveau de maturité affective et cognitive, puissent tous deux propulser les novices sur des trajectoires bien différentes. Autrement dit, comme pour la définition des experts, la définition des novices ne devrait pas uniquement reposer sur le facteur du nombre d'années d'expérience. En somme, il semble méthodologiquement peu avisé d'assumer l'homogénéité du construit novice dans les études portant sur le développement professionnel des psychologues. Ces derniers pourraient représenter un groupe plus hétérogène qu'on ne pourrait le croire.

#### Limites de l'étude

Sur le plan de l'échantillonnage, il est possible de se demander si les individus ayant répondu à l'invitation ne partagent pas au préalable certaines caractéristiques, par exemple un intérêt pour le développement professionnel et une ouverture à l'auto-évaluation. Aucune réponse ne peut être suggérée puisque aucune information n'est disponible chez les individus n'ayant pas

répondu au questionnaire. Ensuite, l'aspect statique de cette étude ne permet pas d'analyser adéquatement les fluctuations du SEPP sur le plan longitudinal. Les scores moyens utilisés de manière transversale nous en donne un aperçu, mais un protocole longitudinal qui suivrait le parcours académique de doctorant pourrait nous en dire beaucoup plus. Finalement une limite de cette étude exploratoire est qu'elle utilise le point de coupure de 3 années d'expériences pour refléter le parcours académique des doctorants québécois. Ce faisant, les observations rapportées ne sont pas généralisables à d'autres échantillons. Toutefois, compte tenu des différences observées lorsque l'échantillon est divisé entre novices et expérimentés, il serait intéressant d'avoir recours aux « *cluster analysis* » pour éventuellement déterminer des profils d'individus et peut-être même utiliser les modèles d'équations structurales afin de pousser davantage l'étude du construit.

## Conclusion

À la lumière des éléments proposés dans cet article, il serait important de se questionner quant à la nature probablement plus qualitative et moins quantitative de l'évolution du sentiment d'efficacité personnelle tel que mesuré par un instrument comme le CASES-Fr. Il est possible de croire que le plateau ou l'apparence de stagnation qui apparaît statistiquement à partir de cinq années d'expérience clinique peut être lié à des changements plus subtils du SEPP en fonction du niveau d'expérience, et moins à un réel ralentissement de l'évolution de la perception de compétence. Il pourrait toutefois s'avérer important de capitaliser sur les cinq premières années de formations pour développer le SEPP, ainsi que mieux accompagner les thérapeutes durant les dix premières

années de leur pratique. Par ailleurs, les scores moyens calculés auprès de cet échantillon de psychologues novices et expérimentés pourront pour le moment baliser l'évolution du SEPP au cours du développement professionnel des doctorants en psychologie, et être réutilisés lors d'études futures. Rappelons en terminant que le CASES-Fr ne doit pas être utilisé pour détecter la compétence, ou dans le cadre d'évaluations sommatives des doctorants en formation.

## RÉFÉRENCES

- Bandura A. (1991). Social Cognitive Theory of Self Regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 248-287.
- Bandura A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Bandura A., & Locke A. E. (2003) Negative Self Efficacy and Goal Effects Revisited. *Journal of Applied Psychology*, 88 (1), 87-99.
- Cattell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1, 245 -276.
- Collacciani, G., Dupuis, G., & Drouin, M. S. (2015). Le sentiment d'efficacité personnelle du psychologue; Adaptation franco-canadienne et validation empirique du Counseling Activity Self Efficacy Scales. Document inédit.
- Comrey, A. L., & Lee, H. B. (1992). *A first course in factor analysis (2<sup>nd</sup> ed.)*. Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- Crits-Christoph, P. & Mintz, J. (1991). Implications of Therapist Effects for the DESIGN and Analysis of Comparative studies of Psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 20-26.
- Daniels, J. A. (1997). The Influence of Performance Feedback and Casual Attributions upon ratings of Counselling Self-efficacy. Unpublished doctoral dissertation. University of Nebraska, Lincon.

- Dawes, R. (1994). *House of Cards : Psychology and Psychotherapy Built on Myth*. New York : The Free Press.
- Ells, T.D., Lombart, K.G., Turner, L.C., & Lucas, C.P. (2005) The Quality of Psychotherapy Case Formulations : A Comparison of Expert, Experienced, and Novice Cognitive-behavioral and Psychodynamic Therapists. *J. Consult Clin Psychol*, 73(4), 579-589.
- Ericsson, K. A. (2004) Deliberate Praticce and the Acquisition and Maintenance of Expert Performance in Medicine and Related Domains. *Academic Medicine*, 10, S1-S12.
- Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., Maccallum, R. C. & Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*, 4 (3), 271 -299.
- Fields, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS (3rd ed.)*. London : Sage
- French, R.A, & Sternberg, R.J. (1989). *Expertise and Intelligent Thinking : When it Worse to Know Better ?* In R. F. Sternberg (Ed.), *Advances in the psychology of human intelligence* (Vol. 5, pp. 157-188).
- Friedlander, M., Keller, K. E., Peca-Baker, T. A., & Olk, M. E. (1986). Effects of role conflict on counselor trainees' self-statements, anxiety level, and performance. *Journal of Counseling Psychology*, 33, 73-77.
- Garson, D. (2004). *Factor Analysis*.  
<http://www2.chass.ncsu.edu/garson/pa765/factor.htm> (2014-11-18).
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for windows step by step : A simple guide and reference (4th ed.)*. Boston : Allyn & Bacon.

- Glaser, R. & Chi, M. T. H. (1988) *Overview*. In M. T. H. Chi, R. Glaser, and M. J. Farr (eds.), *The Nature of Expertise*. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.
- Hutcheson, G., & Sofroniou, N. (1999). *The multivariate social scientist*. London: Sage.
- Jennings, L., & Skovholt, T. M. (1999). The cognitive, emotional, and relational characteristics of master therapists. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 3-11.
- Jennings, L., Goh, M., Skovholt, T. M., Hanson, M., & Banerjee-Stevens, D. (2003) Multiple Factors in the Development of the Expert Counselor and Therapist. *Journal of Career Development*, 30(1), 59-72.
- Kass, R. A., & Tinsley, H. E. A. (1979). Factor Analysis. *Journal of Leisure Research*, 11, 120 -138.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (5th ed., pp. 139-193). New York: John Wiley.
- Larson, L. M., & Daniels, J. A. (1998). Review of the counseling selfefficacy literature. *The Counseling Psychologist*, 26, 179–218.
- Larson, L. M., Suzuki, L. A., Gillespie, K. N., Potenza, M. T., Bechtel, M. A., & Toulouse, A. (1992). Development and validation of the Counseling Self-Estimate Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 105–120.

- Lent, R. W., & Brown, S. D. (2006) On Conceptualizing and Assessing Social Cognitive Constructs in Career Research: A Measurement Guide. *Journal of career assessment, 14 (1)*, 12-35.
- Lent, R.W., Hill, C., & Hoffman. (2003) Development and Validation of the Counselor Activity Self-Efficacy Scales. *Journal of counseling Psychology, 50 (1)*, 97-108.
- Lichtenberg, J. W. (1997). Expertise in counseling psychology: A concept in search of support. *Educational Psychology Review, 9*, 221-238.
- Lois, A. P., & Spengler, P. M. (2010) meta-analysis of the relation between mental health professionals' clinical and educational experience and judgment accuracy: review of clinical judgment research from 1997 to 2010. Unpublished doctoral dissertation, Ball State University, Muncie.
- O'Byrne, K. R., & Goodyear, R. K. (1997). Client assessment by novice and expert psychologists: A comparison of strategies. *Educational Psychology Review, 9*, 267-278
- Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (2001). The therapists' perspective: Experiences of work, development and personal life. Unpublished book manuscript.
- Ridgway R. I., Sharpley, C. (1990) Multiple Measures for the Predictions of Counsellor Trainee Effectivness. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy, 24 (3)*.

- Rønnestad, M. H., Skovholt, T. M. (2012). *The developing practitioner : Growth and stagnation of therapists and counselors*. New York, NY : Routledge.
- Sandell, R., Rønnestad, P-A, Schubert, J. (1992). Feeling Like a Good Psychotherapist – Or a Bad One : Critical Incidents in Psychotherapist's Experiences. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 6(3), 213-229.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217-243). Washington, DC: Hemisphere.
- Sedlmeier, P. (2005). From Association to Intuitive Judgement and Decision Making: Implicitly Learning From Experience. In T. Betsch & S. Haberstroch (eds.), *The routines of Decision Making*. Mahway, NJ : Erlbaum.
- Skovholt, M. T., & Jennings, L. (2004) *Master therapists : Exploring expertise in therapy and counseling*. Boston : Allyn & Bacon.
- Skovholt, M. T., & Rønnestad, M. H. (2003). Struggles of the Novice Counselor and Therapist. *Journal of Career Development*, 30(1), 45-58.
- Skovholt, M. T., Starkey, M. T. (2010). The three legs of the practitioner's learning stool : practice, research/theory, and personal life. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40, 125 -130.

- Spengler, P.M., WHITE, M.J., AEGISDOTTIR, S., ET COLL., 2009. The Meta-Analysis of Clinical Judgment Project : Effects of Experience on Judgment Accuracy. *The Counseling Psychologist* 2009 37: 350 originally published online October 2007.
- Stajkovic, A. D., & Luthans, F. (1998). Self-efficacy and work-related performance: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 124, 240-261.
- Stein, D.M. & Lambert, M. L. (1984). On the Relationship Between Therapist Experience and Psychotherapy Outcome. *Clinical Psychology Review*, 4, 127-142.
- Stein, D.M. & Lambert, M. L. (1995). Graduate training in psychotherapy : Are Therapy Outcomes Enhanced? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 182-196.
- Stevens, J. P. (2002). *Applied multivariate statistics for the social sciences (4th ed.)*. Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- Tinsley, H. E. A., & Tinsley, D. J. (1987). Uses of factor analysis in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 414 -424.
- Tabachnik, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics (5th ed.)*. Person. 1008 pages.

Figure 1. Recrutement de l'étude.

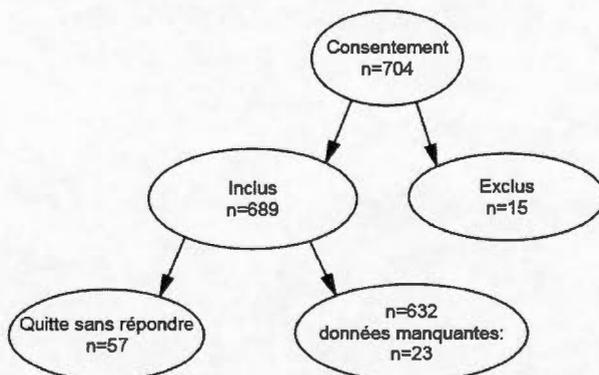


Tableau 1.

Description des groupes novice et expérimenté utilisés pour l'analyse factorielle.

	Novice (n = 192)	Expérimenté (n = 440)
Sexe	Homme = 19 (9,9%) Femme = 173 (90,1%)	Homme=102 (23,2%) Femme = 338 (76,8%)
Âge	22 à 52	25 à 73
(Moyenne)	30	44,21
(Écart-type)	6,6	11,08
Années d'expérience	0 à 3	4 à 46
(Moyenne)	1,81	14,18
(Écart-type)	0,98	9,44

Note : Novice = (expérience < 3) ; Expérimenté = (expérience > 3)

Tableau 2.

*Nombre de facteurs et pourcentage de variance expliquée par échelle, pour chacun des groupes en fonction de l'expérience (novice / expérimenté)*

	(Novice n=192)		(Expérimenté n =440)	
	Nb facteurs	%	Nb facteurs	%
Échelle (HA)	3	52,7	2	56,1
Échelle (GCS)	1	63,7	1	59,7
Échelle (DC)**	2	58,4	1	44,8

Note : (Novice) Kaiser-Meyer-Olkin ; (HA) = 0,81, (GCS) = 0,91, (DC) = 0,90  
 (Expérimenté) Kaiser-Meyer-Olkin ; (HA) = 0,89, (GCS) = 0,88, (DC) = 0,89  
 \*\* Indique une différence significative  $p < .05$  entre les % de variance

Tableau 3.

*Saturation des « pattern matrix » de l'échelle (HA), communautés, en fonction du niveau d'expérience (novice ou expérimenté)*

## Items du CASES-Fr

		Novice				Expérimenté		
		1	2	3	h <sup>2</sup>	1	2	h <sup>2</sup>
La présence	[HA1]	0,59			0,29	0,62		0,44
Écouter	[HA2]	0,86			0,70	0,82		0,64
Reformuler	[HA3]	0,56			0,52	0,85		0,66
Questions ouvertes	[HA4]	0,47		0,32	0,46	0,76		0,58
Reflets d'émotions	[HA5]	0,68			0,71	0,81		0,62
Silence intentionnel	[HA7]			0,62	0,38	0,53		0,33
Confrontations	[HA8]			0,67	0,61	0,39	0,36	0,43
Interprétations	[HA9]			0,59	0,60	0,38	0,34	0,40
Immédiateté*	[HA11]			0,60	0,36		0,55	0,35
Offrir de l'info	[HA12]		0,74		0,56		0,66	0,53
Donner des conseils	[HA13]		0,92		0,79		0,80	0,59
Jeu de rôle	[HA14]		0,35		0,34		0,57	0,33
Devoir	[HA15]		0,49		0,56		0,79	0,56
Autodévoilement*	[HA6+10]		0,49		0,52		0,70	0,47

Note :

(Novice) N = 192. Index Kaiser-Meyer Olkin = 0,81 et Indice de sphéricité de Bartlett = 844,31,  $p = .000$ . Les facteurs 1, 2 et 3 présentent un pourcentage de variance expliquée de respectivement 35,5%, 11,25% et 5,88% pour un total de 52,7%.

(Expérimenté) N = 440. Index Kaiser-Meyer Olkin = 0,88 et Indice de sphéricité de Bartlett = 2973,87,  $p = .000$ . Les facteurs 1, 2 présentent un pourcentage de variance expliquée de respectivement 41,3% et 14,7% pour un total de 56,05%.

Tableau 4.

Saturation des « pattern matrix » de l'échelle (DC), communautés, en fonction du niveau d'expérience (novice ou expérimenté)

## Items du CASES-Fr

		Novice			Expérimenté	
		1	2	h <sup>2</sup>	1	h <sup>2</sup>
Qui est dépressif	[DC26]	0,55		0,44	0,59	0,30
Abus sexuel	[DC27]	0,62		0,37	0,51	0,28
Suicidaire	[DC28]	0,67		0,53	0,70	0,41
Traumatisme	[DC29]	0,90		0,69	0,60	0,33
Anxiété	[DC30]	0,57		0,40	0,60	0,35
Pensée perturbée	[DC31]	0,66		0,47	0,55	0,30
Attirance sexuelle	[DC32]		0,74	0,44	0,56	0,29
Confluence*	[DC33]		0,73	0,48	0,70	0,48
Peu ouvert	[DC36]		0,66	0,54	0,61	0,45
Attiré sexuellement	[DC37]		0,61	0,51	0,62	0,37
Réactions négatives	[DC38]		0,87	0,65	0,70	0,49
Impasse	[DC39]		0,59	0,58	0,74	0,58
Qui désire plus	[DC40]		0,57	0,53	0,74	0,53
Manipulation	[DC41]		0,55	0,62	0,75	0,49
Conflit d'altérité	[DC34+35]		0,66	0,59	0,59	0,54

Note :

(Novice) N = 186. Index Kaiser-Meyer Olkin = 0,90 et Indice de sphéricité de Bartlett = 1668,88, p = .000. Les facteurs 1, 2 présentent un pourcentage de variance expliquée de respectivement 48,3%, 10,15% pour un total de 58,49%.

(Expérimenté) N = 423. Index Kaiser-Meyer Olkin = 0,87 et Indice de sphéricité de Bartlett = 3626,26, p = .000. Le facteur 1 présente un pourcentage de variance expliquée de 44,79%.

Tableau 5.

Régression linéaire simple entre l'expérience et le score du CASES-Fr.

Échelle	R	$\Delta R^2$	$\Delta F$	$\beta$
Score total	0,35**	0,13	87,76*	0,35*
(HA)	0,30**	0,09	63,31*	0,30*
(GCS)	0,30**	0,10	65,85*	0,31*
(DC)	0,32**	0,10	70,13*	0,32*

Note : n = 609. \*indique les valeurs significatives p = .000. \*\* indique les corrélations significatives p = .000

$\beta$  = coefficient beta.

Tableau 6.

Score total moyen, score moyen par échelle, écart-type en fonction du niveau d'expérience clinique.

Expérience clinique	n	<u>Échelle</u>							
		Score total		(HA)		(GCS)		(DC)	
		M	ET	M	ET	M	ET	M	ET
< 3,5 années	191	245,8	42,3	88,9	16,1	65,4	11,7	91,5	19,8
4 - 5 années	88	267,9	45,4	98,7	17,3	71,0	11,2	98,2	21,5
6 - 10 années	111	270,3	36,6	99,8	16,6	71,9	9,7	98,6	17,8
11 -15 années	88	283,3	36,2	104,3	16,8	75,3	8,6	103,8	18,3
16 -20 années	46	283,2	41,1	100,1	21,4	75,6	9,9	106,9	16,2
21 - 25 années	43	295,9	39,8	111,2	13,9	76,2	10,5	108,6	19,9
26 - 30 années	30	285,9	35,1	104,3	15,7	75,0	7,4	106,6	17,6
31 - 35 années	15	291,7	25,9	104,6	16,9	76,8	6,0	110,8	14,6
> 36 années	14	306,1	42,7	108,1	19,6	78,2	9,6	119,8	15,4

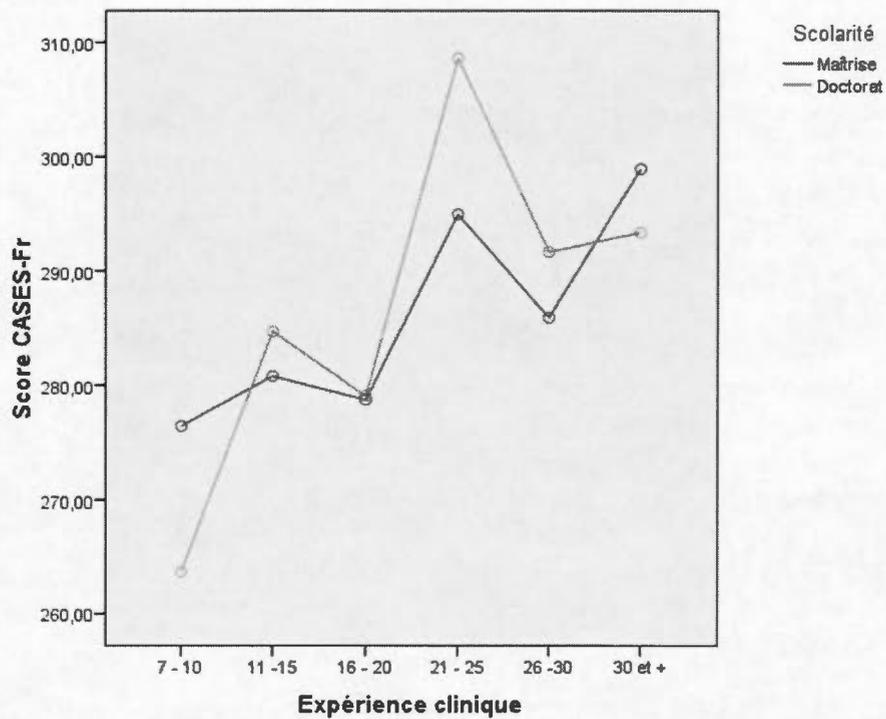
Tableau 7.

Moyennes des scores totaux et des scores d'échelles selon l'âge des sujets.

Échelle	<u>Novice &lt; 24</u>		<u>Novice &gt; 39</u>		<u>Expérimenté &gt; 39</u>	
	M	ET	M	ET	M	ET
Instrument complet	216.42	36.29	262.15	57.29	286.73	39.17
Habilités aidantes	75.74	11.95	95.76	20.52	104.94	17.63
Gestion séances	58.57	10.61	67.80	12.80	75.01	9.69
Défis cliniques	81.65	18.01	98.35	26.29	106.42	18.81

Note. (Novice <24 ; n=27) (Novice >39 ; n=21) (Expérimenté >39 ; n=268).

Figure 2. Effet de la scolarité sur le SEPP



## CHAPITRE V

### CONCLUSION SYNTHÈSE

L'auto-évaluation des compétences semble être un élément incontournable du développement de l'expertise. Chez les psychologues, on observe que les experts se distinguent entre autre par leur capacité à auto évaluer adéquatement leur compétence et à remettre régulièrement en question l'efficacité de leurs interventions. L'étude objective de ce processus auto évaluatif est difficile et peu d'instruments validés, représentant bien la complexité du travail clinique, sont disponibles. Ceci est d'autant plus vrai dans la communauté des chercheurs francophones. Qui plus est, cette pratique reste encore peu valorisée dans la formation malgré les recommandations de la littérature. La présente thèse a permis de fournir un instrument d'auto évaluation francophone validé, s'adressant autant aux chercheurs qu'aux cliniciens québécois. Elle a aussi permis d'observer un certain nombre de choses au sujet de l'auto évaluation des compétences. Elle contribue ainsi à l'avancement des connaissances sur le sentiment d'efficacité personnelle du psychologue et sa mesure.

Cette conclusion synthèse reprendra les éléments essentiels rapportés dans les articles 1 et 2 présentés aux chapitres précédents. Elle abordera les grandes conclusions issues des analyses principales, elle mettra en relief les contributions de cette thèse, synthétisera les limitations celle-ci et présentera certaines recommandations, ainsi que des pistes de recherches futures.

## 5. Synthèse des articles

### 5.1. Adaptation et validation du CASES-Fr (article 1)

À l'heure actuelle, peu d'instruments permettant de mesurer le sentiment d'efficacité personnelle du psychologue sont disponibles. Les instruments existants datent et nécessitent l'étayage de nouvelles recherches afin d'en asseoir plus solidement leur validité. Par ailleurs, aucun de ces instruments n'a jamais été adapté en langue française. Cette thèse avait comme objectif d'adapter et valider le *Counseling Activity Self Efficacy Scales* à la culture franco-canadienne, tout en explorant le sentiment d'efficacité personnelle du psychologue de manière plus ciblée, notamment en répondant à une recommandation de la littérature qui invitait les chercheurs à étudier le SEPP autant auprès de sujets novices qu'auprès de sujets plus expérimentés.

Les résultats rapportés dans l'article 1 suggèrent que le CASES-Fr présente de bonnes propriétés psychométriques. L'analyse factorielle confirmatoire ayant pour but de valider sa qualité de traduction propose que le modèle américain s'ajuste adéquatement à notre échantillon de psychologues francophones. Ces données soutiennent la dimension structurelle de la validité de construit de l'instrument traduit. Ceci dit, certains indices d'adéquation observés dans l'AFC appelleraient à éventuellement nuancer la structure proposée par le CASES, qui elle n'avait jamais été soumise à l'AFC.

Les valeurs de cohérence interne présentent des valeurs au-dessus du seuil de ( $\alpha = 0,70$ ) et celles-ci sont presque identiques aux valeurs de la version originale. La stabilité temporelle de l'instrument sur deux semaines présente des

coefficients de Pearson se situant tous au-delà de la norme recommandée, soit ( $r = 0,60$ ). Ces valeurs sont presque identiques à celles de la version américaine. Qui plus est, le choix d'un protocole de fidélité test retest dans lequel les sujets répondaient à la version francophone et anglophone originale, dans un ordre aléatoire, offre un soutien empirique additionnel quant à l'équivalence du CASES-Fr avec le CASES (Haccoun, 1987 ; Vallerand, 1989).

Sur le plan de la sensibilité de l'instrument sur 52 semaines, les résultats ne convergent pas avec les données de la littérature. Les tests-t pour échantillons appariés ne détectent aucune augmentation significative entre les deux moments de mesures, autant sur le score total que chacune des trois échelles. Par contre, lorsque l'échantillon est divisé entre novices et expérimentés, les test-t détectent une augmentation significative seulement chez les novices, ces derniers présentent des changements significatifs sur l'échelle (HA), (DC) et le score total. Cette observation amenait elle aussi à se questionner sur l'impact que pourrait avoir la composition de notre échantillon et appelait manifestement à plus d'exploration.

Un élément statistique en lien avec les déterminants de matrices de corrélation semble important à aborder davantage ici. Il semble que pour chacune des échelles, il puisse y avoir deux ou plusieurs variables qui se ressemblent trop (*face validity*) ou mesurent le même concept. Afin d'éviter cet écueil, trois paires d'items ont été combinées et la moyenne de chacune des paires a été utilisée. Ce choix visait à éviter de retirer arbitrairement des items et ainsi tronquer la version francophone de l'instrument. Cette pratique pouvant éventuellement représenter un obstacle en amont lorsque viendrait le temps de réaliser une étude pan canadienne auprès de sujets anglophones et francophones. Une analyse plus poussée de la structure factorielle et théorique du SEPP à l'aide de

l'AFC pourrait certainement mieux déterminer le modèle théorique et identifier les items problématiques à retirer si nécessaire.

Ceci dit, bien que ce phénomène de fortes intercorrélations entre certains items puisse être causé par la composition de l'échantillon, ce que Lent et al. (2003) ne spécifient pas dans leur étude, une autre piste d'explication mérite d'être développé ici. Il est possible que des similitudes sur le plan sémantique puissent avoir induit ces fortes intercorrélations. Par exemple, les deux items traitant de l'exploration dans l'échelle gestion du cadre et des séances partagent un recoupement évident qui pourrait laisser croire aux répondants que les deux items mesurent presque la même chose, malgré qu'ils ne le fassent pas.

GCS18 - Aider votre client à explorer ses pensées, ses émotions et ses comportements.

GCS19 - Aider votre client à approfondir ses préoccupations.

Par défaut, un patient qui s'adresse à un psychologue pour élaborer ses pensées, ses émotions ou ses comportements présuppose généralement qu'il élabore ses préoccupations.

Un recoupement similaire est également observable sur les deux items de l'échelle habiletés aidantes qui font référence à l'idée de partager une expérience personnelle au profit du processus exploratoire du patient.

HA06 - Autodévoilement pour favoriser l'exploration

HA10 - Autodévoilement pour favoriser la prise de conscience

Ainsi que sur la paire d'items de l'échelle *défis cliniques* qui focalisent sur l'altérité et les biais pro endogroupe ou pro exogroupe.

DC34 - Qui porte des valeurs fondamentales ou des croyances qui entrent en conflit avec les vôtres.

DC35 - Qui est très différent de vous d'une ou de plusieurs façons.

Il serait intéressant de définir et distinguer plus clairement ces paires d'items qui englobent probablement trop de similarités. Par exemple, sur l'échelle (DC) un item mesurant plus spécifiquement le niveau de confiance à offrir des services à un patient beaucoup plus âgé ou beaucoup moins âgé que soi, pourrait s'avérer très pertinent. Un autre pourrait mettre spécifiquement l'accent sur l'aspect multiculturel en proposant un item qui mesure le niveau de confiance du thérapeute à aider un patient qui vient d'une communauté culturelle (ou religieuse) très différente de la sienne.

En somme, l'ensemble des résultats de l'article 1 vient appuyer empiriquement la qualité de la traduction franco-canadienne du CASES, notamment en présentant une adéquation acceptable de la structure factorielle avec celle de la version originale, ainsi que des qualités psychométriques similaires. À partir de ceux-ci il est possible d'affirmer que le CASES-Fr est bien traduit et représente fidèlement la version américaine.

## 5.2. Effet de l'expérience clinique (article 2)

À partir des résultats des analyses sur la sensibilité de l'instrument sur une période d'une année et du pourcentage de variance expliquée plus bas observé dans l'AFE, l'évolution du SEPP en fonction de l'expérience clinique du psychologue a été explorée davantage. Les résultats présentés dans l'article 2 permettent d'explorer ce processus et peut-être d'expliquer en partie l'absence de changement entre les deux moments de mesure à 52 semaines d'intervalle.

En premier lieu, il semblait intéressant d'explorer la structure latente qui émergerait des trois échelles de l'adaptation franco-canadienne de l'instrument en fonction du niveau d'expérience des sujets, soit novices ou expérimentés. L'analyse factorielle exploratoire a été utilisée afin de laisser les différences émergées sans contraintes.

Chez les novices, la structure factorielle du CASES-FR se comporte de manière comparable à celle du CASES à un détail près. Lorsqu'on utilise le critère de Kaiser, un item de l'échelle défis cliniques, mesurant le degré de confiance quant au risque de confluence avec le patient, s'isole et présente une certaine complexité en saturant sur deux facteurs. Considérant que les novices présentent souvent une peur d'être confrontés à des problématiques qui les rejoignent davantage, ainsi qu'une plus grande difficulté à réguler leurs propres émotions (Skovolt et Ronnestad, 2003), il est possible d'imaginer que cette différence ne soit pas uniquement due au hasard. À ce sujet, la littérature souligne que la porosité ou la rigidité des limites affectives et la régulation de celles-ci sont souvent un enjeu important chez les cliniciens novices. Il pourrait être envisageable que cette différence représente cet enjeu propre à la capacité

de régulation affective qu'exige la profession. Plus de recherches spécifiques à cette question seraient nécessaires.

Les différences les plus notables apparaissent chez les thérapeutes expérimentés de l'échantillon. Sur l'échelle (HA) les items représentant les habiletés exploratoires de bases et les habiletés aidantes avancées se regroupent tous ensemble. Ce changement sur le plan du regroupement des items peut supposer une modification dans la compréhension de la technique et un changement de perception quant à la distinction entre les habiletés de base et habiletés avancées. Celles-ci sont probablement mieux maîtrisées et intégrées de manière plus fluide dans la pratique et l'identité professionnelle.

Cette idée serait également cohérente avec la perspective du développement professionnel de Goodyear et Guzzardo (2000). Celle-ci sous-tend que les novices seraient initialement très préoccupés par la maîtrise de techniques spécifiques, mais qu'en prenant de l'expérience leur sentiment d'efficacité personnelle reposerait davantage autour de dimensions plus relationnelles qui se détachent de la notion de maîtrise de ces techniques. Ici aussi, lorsqu'on utilise le critère de Kaiser, deux items mesurant des habiletés avancées portant sur la présence relationnelle et une implication plus personnelle dans le processus clinique (HA6+10 ; HA11) se regroupent maintenant ensemble. Théoriquement, on peut associer ces dernières à des habiletés en lien avec le maniement du transfert, du contre-transfert ou de la négociation des ruptures empathiques. Celles-ci exigent une conscience réflexive de soi dans l'action, une forme de métacognition affective que présentent les cliniciens efficaces (Lecomte et al., 2004). Selon la littérature, cette capacité du thérapeute à être réceptif à sa propre expérience affective dans l'ici maintenant serait une des

caractéristiques qui démarque le plus les cliniciens efficaces des autres cliniciens.

Sur l'échelle défis cliniques on observe que chez les sujets expérimentés tous les items se regroupent sur un seul facteur. Alors que la distinction théorique entre souffrance du patient et conflits relationnels se maintient chez les novices, elle n'est plus observable chez les sujets plus expérimentés de notre échantillon. Il serait possible de se demander si les psychologues plus expérimentés de l'échantillon ne considèreraient pas les comportements du patient, notamment ses résistances, ses comportements de séduction, ses tentatives d'emprise sur la relation ou l'affirmation de sa différence, comme des manifestations plus symbolisées de sa souffrance. Qui plus est, il serait également possible de se demander si les thérapeutes plus expérimentés pourraient se distinguer par leur capacité à ne pas personnaliser les comportements ou les insatisfactions de leur patient et à les conceptualiser plutôt comme des manifestations transférentielles qui participent à une reproduction d'un schéma relationnel problématique qui cherche réparation (Delisle, 1998).

D'autre part, les cliniciens novices présentent souvent une grande anxiété de performance et un soi professionnel incomplet et fragile (Ohlson, 1996 ; Lovlie-Schibbye, 1999 ; Skovholt & Ronnestad, 2003). On décrit ces derniers comme ayant un soi professionnel débalancé, une difficulté avec les processus de séparation – individuation, et une fragilité importante dans la perception de soi et la perception des compétences. Cette fragilité peut induire une tendance à protéger le soi, en se campant dans une position d'observateur externe objectif. Ceci amène généralement le thérapeute à couper de l'expérience intersubjective et passer à un mode de psychologie à une personne (Skovholt, 2003, Buirski et Haglund, 2001). Dans ce mode, les insatisfactions et les résistances du patient

sont souvent interprétées comme une forme de désir inconscient d'éviter certaines pensées ou émotions, qui se manifestent comme un refus de coopérer avec le clinicien (Beutler, 2001). Le danger d'une telle position du thérapeute est la négation de sa contribution à cette dynamique relationnelle et l'incapacité de celui-ci à mettre en place trois réponses nécessaires au travail clinique de ce genre de manifestations : 1) la validation de l'expérience affective du patient, et la prise de conscience par le clinicien de sa propre expérience affective, 2) l'ouverture d'un dialogue sur la relation thérapeutique, et 3) une redéfinition des buts thérapeutiques, des moyens mis en place pour y arriver et les rôles de chacun dans cette dyade (Beutler et Hardwood, 2000). Pour arriver à mettre en place un tel processus thérapeutique sans générer indûment de l'anxiété au patient, Lecomte et al. (2004) insistent sur l'importance de préparer le doctorant en psychologie à développer une conscience réflexive de soi et une capacité à mettre ses ressources personnelles à profit dans la relation thérapeutique.

À ce sujet, les recherches de Safran et Muran (2000, 2005, 2011) ont démontré que la négociation des ruptures dans l'alliance serait au cœur même du processus de changement. Autrement dit, que la reconnaissance et l'exploration des faiblesses et/ou les ruptures dans l'alliance joueraient un rôle essentiel dans le changement et l'efficacité en thérapie. L'expression d'affects négatifs par le patient serait un élément positif dans le cheminement de ce dernier. De plus, il semblerait que cette expérience d'affirmation d'insatisfactions dans un contexte d'accueil du thérapeute aurait comme effet de solidifier l'alliance (Rhodes, 1994). Au contraire, lorsque ce type d'expression serait absent ou empêché par le thérapeute, il en résulterait souvent des régressions, des réactions iatrogènes, ou même une subordination suivie d'une terminaison unilatérale du suivi (Castonguay, Constantino & Holfort, 2006).

La possibilité de telles différences sur le plan de la maturité affective des sujets pourraient expliquer en partie pourquoi on observe que chez les novices il y a deux facteurs alors que chez les sujets expérimentés il n'y en a qu'un seul sur l'échelle (DC). Plus de recherches demeurent nécessaires pour étayer cette hypothèse.

### 5.3. Effet de l'expérience de vie (article 2)

En lien avec l'idée de la fragilité et l'incomplétude du soi professionnel des novices, la littérature propose l'hypothèse que l'âge puisse être un modérateur important dans l'apprentissage de la psychothérapie et conséquemment qu'il existerait des différences entre un novice de 40 ans et un autre de 24 ans (Skovholt, 2003). Une analyse de variance nous a permis d'explorer cette hypothèse voulant que l'âge puisse avoir un effet dans le développement du SEPP et qu'il existe conséquemment des différences sur le plan de la maturité cognitive et affective des thérapeutes novices.

En explorant l'expérience de vie et de l'expérience clinique, il nous a été possible de présenter des résultats qui pourraient appuyer empiriquement l'intuition de Skovholt. Bien qu'il tombe sous le sens que les thérapeutes plus expérimentés devraient rapporter un plus grand sentiment de compétence que leurs collègues en apprentissage, il est surprenant de constater que les thérapeutes novices âgés de quarante ans et plus rapportent se sentir systématiquement et largement plus confiants en leur efficacité que leurs collègues plus jeunes. Il est à se demander si ces derniers seraient peut-être moins affectés par l'anxiété de performance. Cette affirmation reste à vérifier.

Ceci dit, un fait encore plus étonnant a émergé des analyses. Ces mêmes thérapeutes novices plus âgés rapportent se sentir presque aussi confiants par rapport à leur efficacité que les thérapeutes expérimentés. À ce sujet, il serait intéressant de recueillir le point de vue qualitatif de superviseurs clinique afin d'étayer davantage ces observations pour le moins surprenantes. Une autre interprétation pourrait être formulée pour comprendre ce phénomène, soit d'envisager la présence possible d'illusions positives.

Ces résultats supposent que le sentiment d'efficacité personnelle du psychologue novice serait influencé par l'âge, ou plutôt l'expérience de vie du novice en apprentissage. De là, il serait même possible de postuler que le développement professionnel du psychologue puisse présenter une trajectoire différente en fonction du stade de vie dans lequel se trouve l'individu en apprentissage. À ce sujet, Skovholt et Starkey (2010) affirment que le développement professionnel des psychothérapeutes serait influencé autant par l'expérience académique et l'expérience pratique, que par la vie personnelle du clinicien. Autrement dit, cela voudrait dire qu'au-delà de l'expérience professionnelle telle que mesurée en nombre d'années de pratique, l'expérience de vie, avec les jalons développementaux qui lui sont propres, serait aussi une variable importante à considérer.

Sur un autre plan, la théorie cognitive de Piaget présente aussi un fait très intéressant qui doit être mis en relief. L'expérience de vie, ou le moment de vie peut exercer une influence importante sur les capacités d'ajustement cognitif par rapport à l'ambiguïté du travail psychothérapique et corollairement sur le sentiment d'efficacité personnelle du psychologue novice. Selon plusieurs chercheurs, certains adultes d'âge moyen développeraient un stade de pensée

qui dépasse le stade de la pensée formelle dans lequel se retrouvent généralement les jeunes adultes universitaires. En effet, certains adultes d'âge moyen présenteraient un stade de pensée post formelle qui privilégie la validité contextuelle et une pensée plus flexible comparativement au fonctionnement dialectique bon mauvais présent dans la pensée formelle (Labouvie-Vief, 1980); une plus grande créativité et une recherche de plusieurs solutions ou pistes d'hypothèses (Arlin, 1975); ainsi qu'un détachement quant au besoin de certitudes (Perry, 1970). Ces derniers auraient également plus de capacité à utiliser la métacognition.

Dans le contexte de la supervision clinique, cette différence entre pensée formelle et post formelle se traduirait souvent par une grande préoccupation des novices quant à l'exécution des meilleures interventions et un grand souci d'offrir chaque fois la bonne réponse à leurs patients (Goodyear & Guzzardo, 2000). Cette tendance amènerait généralement le thérapeute en apprentissage à focaliser uniquement sur la technique, ainsi qu'à négliger leur expérience affective et l'alliance, ce qui a comme conséquence de scléroser le processus thérapeutique. D'autre part, l'apprentissage de la profession s'accompagne souvent d'une déception quant à la fantaisie de posséder un savoir absolu ou de présenter une infaillibilité du raisonnement. Les sujets qui demeurent dans une forme de pensée formelle ou qui se rabattent trop rigide sur un discours scientifique peuvent avoir tendance à vivre plus d'insatisfactions et d'échecs dans leur pratique. Chose certaine, la flexibilité cognitive et la tolérance à l'ambiguïté sont deux caractéristiques qui distinguent les cliniciens efficaces et il serait éventuellement intéressant d'étudier leur lien avec le SEPP.

Pour clore cette idée, Lecomte et coll. (2006) soulignent les profonds bouleversements dans l'expérience de soi et des autres vécus par les

thérapeutes qui passent d'une quête de certitude à l'apprivoisement de la complexité et l'ambiguïté du changement thérapeutique. En effet, les cliniciens qui n'arriveraient pas à tolérer ces bouleversements auraient tendance à stagner dans une forme de pseudo développement. Une étude future qui considérerait cette variable pourrait s'avérer très intéressante pour notre profession, qui comporte son lot de complexité.

Nous avons également observé la présence d'un lien linéaire positif entre l'expérience et le SEPP. L'expérience clinique serait un bon prédicteur du sentiment d'efficacité personnel tel que mesuré par le CASES-Fr.

Par contre, il faut aussi considérer qu'un niveau de compétence élevé ne soit pas nécessairement associé avec un SEPP élevé, mais plutôt avec un SEPP moyen qui peut fluctué et qui présuppose plutôt un niveau de confiance humble associé à une capacité d'auto évaluation et de remise en question. À ce jour aucun lien entre sentiment d'efficacité personnelle du psychologue et compétence n'a été établi empiriquement.

Nous avons mis en relief les scores moyens du questionnaire et de chacune de ses échelles par tranches de quatre années d'expérience clinique pour regarder si ceux-ci suivent une tendance particulière. Les scores présentent une augmentation graduelle en fonction du nombre d'années d'expérience. Cette croissance semble plus marquée en début de pratique pour ralentir autour de 11 années d'expérience. Autrement dit, une augmentation plus nette et marquée semble visuellement présente en début de pratique, ce qui correspond en partie aux années de pratique supervisée, et se stabiliserait par la suite. En effet, une analyse de variance suggère que le SEPP augmenterait de manière significative uniquement en début de pratique, soit entre 0 et 5 années d'expérience et que

les augmentations subséquentes observées ne représenteraient pas des augmentations significatives du sentiment d'efficacité personnelle. Ceci expliquerait probablement pourquoi les scores du CASES-Fr n'augmenteraient significativement que chez les novices au cours de l'équivalent d'une année de formation. Par ailleurs, les résultats suggèrent de façon fort intéressante, que seule les échelles (HA) et (GCS) augmenteraient significativement durant les 5 premières années, tandis que (DC) mettrait environ 11 à 15 années d'expérience avant de démontrer une augmentation significative de la perception de compétences face à la capacité de composer avec la détresse du patient et les situations cliniques particulières.

Quatre pistes d'explications alternatives méritent aussi d'être proposées. Premièrement, la présence d'une stagnation réelle du SEPP due au processus d'automatisation présent dans la deuxième phase d'apprentissage du modèle d'Ericsson (2004). Un protocole quasi expérimental ou plus qualitatif pourrait permettre de mieux approfondir cette question. Deuxièmement, la possibilité que le ralentissement ou l'apparence de stagnation qui apparaît à partir de 11 années d'expérience clinique puisse être davantage lié à des changements plus subtils du SEPP en fonction du niveau d'expérience et de l'âge, et moins à un réel ralentissement de l'évolution de la perception de compétence. Cela est notamment plus explicite sur l'échelle (DC) qui présente une sous-structure différente en fonction de l'expérience et qui prendrait plus de temps à augmenter que les deux autres. Une réplification de l'étude qui considérerait plusieurs autres variables médiatrices et modératrices serait nécessaire. Peut-être faut-il aussi considérer que certaines dimensions du SEPP puissent se développer de manière plus quadratique. Troisièmement, il est également envisageable que l'instrument puisse être simplement moins sensible pour mesurer le SEPP chez les cliniciens plus expérimentés. Quatrièmement, la

présence d'une inflation due à la présence de biais d'illusion de compétence visant à préserver le soi professionnel : « *je suis expérimenté, donc je suis efficace et je dois avoir confiance en moi* » ou même « *je suis un adulte avec de l'expérience de vie, donc je suis plus efficace que les plus jeunes* ». La prochaine section considère brièvement les implications de cette hypothèse.

#### 5.4. Tendances des psychologues à la surestimation de leur efficacité

Depuis plusieurs années la recherche s'intéresse à l'efficacité clinique et aux caractéristiques du clinicien compétent. Dernièrement, des recherches ont mis en relief que la détérioration clinique serait un phénomène très important en psychothérapie. Celles-ci rapportent notamment que les psychologues cliniciens auraient de la difficulté à détecter cette détérioration et à réajuster leurs interventions en conséquence. Une hypothèse suggère que ces derniers auraient tendance à surestimer leur efficacité et négliger le phénomène de la détérioration clinique, ce qui nuirait grandement à leur efficacité.

Soulignons d'entrée de jeu qu'en recherche et en clinique, la détérioration et l'absence de réponse favorable au traitement sont des phénomènes relativement fréquents devant lesquels il est impossible de rester passif. La recherche propose que peu importe le traitement offert lors d'un essai clinique, en moyenne 8 % d'une population clinique se détériorerait et subirait un échec thérapeutique (Lambert, 2010). Des recherches démontrent aussi que même lorsqu'un traitement validé empiriquement est offert à une population clinique, 30 % à 50 % des patients ne présenteront qu'une amélioration légère ou une

absence de réponse (Hansen, Lambert & Forman, 2002). De plus, 40 % des sujets auraient tendance à abandonner le traitement prématurément.

Récemment, un sondage auprès de psychologues suggérait que ceux-ci semblent avoir une forte tendance à faire usage d'illusions positives en surestimant l'efficacité des traitements qu'ils offrent (Walfish, Mcallister, O'Donnell et Lambert, 2012). Qui plus est, une grande majorité des psychologues interrogés dans ce sondage évaluaient leurs compétences cliniques dans le 90<sup>e</sup> percentile ou s'évaluaient comme étant plus efficaces que 65 % de leurs pairs. De leur côté, Parker et Waller (2015) ont observé qu'une grande proportion de leurs sujets surestimaient leurs compétences et rapportaient des pronostics exceptionnellement positifs quant à l'efficacité de leur service de psychothérapie. Ceci dit, une étude moins récente nuance ces propos en suggérant que les novices pourraient surévaluer naïvement leurs compétences dû à une méconnaissance des implications et des exigences réelles du travail de psychologue clinicien (Heppner, O'Brien, Hinkelman, & Flores, 1996). De tels résultats supposent malgré tout que certains psychologues puissent avoir tendance à être trop confiant en leur efficacité. À l'inverse il serait également possible de croire que d'autres sous estiment leurs compétences. Bien que le recours aux illusions positives soit parfois bénéfique, cette tendance pourrait avoir un impact sur le jugement clinique des psychothérapeutes. Le peu d'attention porté à l'auto évaluation des compétences lors de la formation des psychologues pourraient contribuer et entretenir ce mode de fonctionnement. Un instrument comme le CASES-Fr pourrait éventuellement s'avérer très utile d'une part pour conscientiser et aider les cliniciens novices à développer cette capacité auto évaluative et d'une autre pour identifier de tels sujets dans le cadre de recherches futures portant sur la question.

## 5.5. Contributions de la thèse

En ce qui a trait à la compréhension du SEPP, cette thèse apporte, au plan empirique, un appui à la littérature rapportée à ce jour au sujet du SEPP et sa mesure. Elle permet d'appliquer cette compréhension plus spécifiquement à notre profession et va plus loin en apportant également un éclairage nouveau quant à l'évolution du construit en fonction du développement professionnel des psychologues. Notamment, elle explore le rôle de l'expérience clinique, de l'expérience de vie et de la scolarité sur la perception de compétence et sa mesure, et elle remet en question l'heuristique voulant que tous les novices soient équivalents.

Au plan méthodologique, cette recherche présente un protocole de traduction rigoureux et efficace qui repose sur de multiples recommandations de la littérature. Nous recommandons fortement l'utilisation de celui-ci pour adapter et valider un instrument de mesure. Au final, cette thèse offre un instrument de mesure adapté à la culture franco-canadienne, qui est empiriquement validé, et qui s'inscrit dans le champ et la tradition de l'étude du développement professionnel des psychothérapeutes. Nous espérons que le CASES-Fr pourra être réutilisé par les chercheurs de la francophonie, ainsi que par les doctorants québécois en formation clinique, autant pour auto évaluer leurs compétences que pour formuler des plans de supervisions plus détaillés et spécifiques. Par ailleurs, cette thèse présente également une bonne qualité heuristique et ouvre la voie sur plusieurs pistes de recherche intéressantes.

## 5.6. Limites de la thèse

Globalement, ce projet de recherche comporte plusieurs forces. Notamment, la rigueur appliquée au processus d'adaptation et de validation, ainsi que la qualité de l'échantillonnage, autant sur le plan de la représentativité de la profession, que sur celui de la taille. La taille de l'échantillon, sa spécificité à la profession et la variété du niveau d'expérience des thérapeutes est certainement une force importante de cette thèse. L'utilisation d'analyses statistiques poussées permet d'exploiter adéquatement les données.

Ceci dit, quelques limites doivent être soulignées. Sur le plan du protocole de traduction, nous constatons qu'à l'étape 5 du protocole d'adaptation que nous proposons, il serait plus efficient de faire réviser les paires d'items en grand comité et ainsi d'éviter l'utilisation d'un sondage à l'aveugle. Bien que cela n'implique pas de biais important, le fait de soumettre les juges à deux choix presque équivalents sur le plan de la qualité des items peut induire un consensus plus aléatoire que celui qui aurait été obtenu en grand groupe.

D'autre part, il aurait été pertinent de demander aux sujets leurs allégeances cliniques et théoriques. Considérant que certaines habiletés sondées par le CASES-Fr, notamment celle de la sous-échelle (HA) des habiletés de la fonction-conseil sont plus spécifiques aux approches pragmatiques, il serait possible de croire que la structure factorielle soit différente selon l'approche clinique des sujets. Plus concrètement, il est possible de croire que la moyenne des items HA12, HA13, HA14, HA15 sont conditionnées davantage par l'allégeance théorique quant à ces habiletés, que par le niveau de confiance à réaliser celles-ci. Autrement dit, que les moyennes puissent être tirées vers le bas simplement

parce que le répondant ne croit pas en la pertinence de telles interventions dans sa pratique. Ceci pourrait même influencer l'adéquation du modèle à notre échantillon pour l'échelle HA.

Dû à l'aspect statique de notre protocole de recherche, les données transversales concernant l'évolution du SEPP ne permettent qu'un regard approximatif basé sur l'inférence.

Finalement une limite de cette étude exploratoire est qu'elle utilise le point de coupure de 3 années d'expériences pour refléter le parcours académique des doctorants québécois. Ce faisant, les observations rapportées ne sont pas généralisables à d'autres échantillons. Toutefois, compte tenu des différences observées lorsque l'échantillon est divisé entre novices et expérimentés, une étude plus poussée serait pertinente. Il serait notamment possible d'avoir recours aux « *cluster analysis* » pour déterminer des profils d'individus et peut-être même utiliser les modèles d'équations structurales afin de pousser davantage l'étude du construit.

Insistons en terminant sur le fait que le deuxième article de cette thèse explorait simplement les différences en fonction de l'expérience des sujets et ne visait pas à étudier ou proposer une structure factorielle pour le construit du SEPP. Sa portée sur le plan psychométrique est donc à nuancer et sa valeur est surtout heuristique.

## 5.7. Recommandations et pistes de recherches futures

À la lumière de tout ceci, il serait fort pertinent d'étudier davantage le rôle de l'âge et de l'expérience de vie sur la perception de compétence et le développement professionnel du psychologue. Notamment en considérant l'impact d'événements de vie tel que la parentalité, les pertes, les accidents, les voyages culturels, les réussites, les échecs, les expériences professionnelles antérieures sur la trajectoire d'apprentissage des psychologues et le développement de leur SEP. Il serait également intéressant d'étudier la sensibilité du construit de manière plus dynamique à l'aide de devis qualitatifs, notamment en s'intéressant aux événements critiques, ou aux échecs auxquels peuvent être confrontés les psychologues au quotidien dans les processus psychothérapeutiques qu'ils offrent. Chose certaine, il serait avisé de ne pas assumer l'homogénéité des populations novices dans le cadre d'études ultérieures portant sur le développement professionnel des psychothérapeutes.

Au sujet du lien linéaire entre SEPP et expérience, il serait intéressant de recueillir des données longitudinales retraçant plus fidèlement la tendance du SEPP à travers le développement professionnel des thérapeutes. Par exemple, suivre une cohorte de centaines de thérapeutes pendant 20 ans. À ce sujet, il pourrait aussi être envisagé de mesurer le SEPP des doctorants à l'aide du CASES-Fr, à chaque début et fin d'année scolaire, ainsi qu'au début et à la fin de chacun des internats.

Qui plus est, considérant que le SEPP se développe à partir des expériences de réussite, de l'interprétation subjective de l'expérience affective et organismique, mais aussi beaucoup à partir de l'apprentissage vicariant et de la persuasion

verbale, il serait à se demander si la supervision clinique peut avoir un effet important sur le développement du SEPP. Il serait intéressant d'étudier le développement du SEPP chez des sujets supervisés et d'autres non supervisés afin de voir si la supervision pourrait maintenir la croissance du SEPP de manière significative au-delà des cinq premières années, comme le proposent nos résultats.

D'autre part, puisque les capacités d'auto-évaluation des compétences semblent particulièrement liées au développement de l'expertise, il semblerait également fort intéressant d'étudier les liens entre le SEPP et le jugement clinique sur le plan de l'évaluation et du pronostic. Plus spécifiquement, l'impact d'une surestimation ou une sous-estimation des compétences sur le développement professionnel et l'efficacité du travail clinique. À titre d'exemple, un protocole articulé autour du CASES-Fr, d'une mesure d'impacts comme l'Outcome Questionnaire 45 et d'une mesure de l'alliance comme le Working Alliance Inventory, impliquant une triade composée d'un clinicien, d'un patient et d'un superviseur clinique, pourrait offrir une fenêtre favorisant adéquatement l'étude de cette question de manière plus approfondie et dynamique.

## 5.8. Conclusion

L'exercice de la profession de psychologue requiert une tolérance à l'ambiguïté et une certaine maturité cognitive et affective qui dépassent l'aspect technique de la pratique. Cette recherche propose que chez le psychothérapeute l'acquisition d'un sentiment d'efficacité personnelle exigerait beaucoup plus de temps que ce que les internats cliniques peuvent offrir. Ceci est particulièrement

vrai en ce qui concerne les capacités relationnelles du psychothérapeute et sa capacité à mettre celle-ci à profit dans la relation thérapeutique. Par exemple, nous avons démontré la très grande période d'apprentissage nécessaire pour que le thérapeute se sente sûr de pouvoir 1) aider efficacement des clients qui sont, très déprimés, qui ont vécu des traumatismes ou des sévices, qui sont extrêmement anxieux ou qui présentent des perturbations importantes de la pensée, et 2) faire face à l'altérité et les manifestations émotives du patient. Il pourrait donc être intéressant de repenser la formation du psychologue clinicien en prenant en considération la maturité nécessaire à l'exercice de la profession.

À ce sujet, trois incohérences dans la formation des psychologues québécois doivent être soulevées. Premièrement, le fait que les étudiants soient presque exclusivement choisis sur la base du rendement académique et non sur la base de leurs compétences relationnelles (Lecomte et al., 2004). Ce que nous n'aborderons pas ici, mais qui n'en demeure pas moins important. Disons seulement qu'il soit étonnant qu'après autant d'années de recherche sur la question, le critère de sélection des doctorants en psychologie demeure presque exclusivement le rendement académique. Deuxièmement, la séquence du cursus académique proposé et l'impossibilité de pratiquer de manière autonome avant le dépôt de l'essai doctoral ou la thèse. Troisièmement, la rareté ou la quasi-absence d'utilisation d'instrument d'auto évaluation des compétences et d'évaluation de l'efficacité dans le cadre de la formation clinique. Ces deux derniers points seront développés ci-dessous.

En ce qui concerne le cursus, depuis 2008, l'Ordre des professions a adopté le modèle scientifique-praticien inspiré du modèle de Boulder. Ceci a eu comme effet d'éliminer la maîtrise et d'exiger le doctorat pour accréditer la pratique de la psychologie clinique. Dès lors, la majorité des programmes universitaires qui

offrent un diplôme menant au titre de psychologue proposent des cursus d'une moyenne de 6 ans. Sur cette période, environ 1800 heures réparties sur 3 ans sont investies dans les internats cliniques non rémunérés. Cette répartition est à géométrie variable. C'est-à-dire que les stages cliniques peuvent être réalisés les uns après les autres, ou plutôt sur un intervalle moins régulier, au début ou à la fin du parcours. Contrairement à leurs collègues qui ont commencé une formation universitaire avant 2008, et qui pouvaient entreprendre une pratique autonome avec l'obtention de la maîtrise, les doctorants actuels ne peuvent pratiquer la psychothérapie pendant environ 3 des 6 années de leur formation universitaire. Sachant que les 5 premières années seraient particulièrement importantes dans le développement d'une perception de compétence, et que celle-ci mettrait plus de 11 ans à se développer dans le cas de certaines habiletés relationnelles, cet état chose représente un écueil possible dans le modèle de formation et le développement professionnel des psychologues québécois. Ceci est particulièrement vrai chez les jeunes candidats qui complètent leurs stages cliniques en début de parcours et qui tardent ensuite à compléter leur thèse. D'une part parce qu'ils cessent de mettre en application leurs apprentissages durant une longue période de temps, ce qui affecte fort probablement leur sentiment d'efficacité personnelle, et d'une autre parce qu'ils réalisent leurs stages cliniques durant une période où ils ne présentent probablement pas une maturité cognitive et affective adéquate pour bien intégrer toute la complexité du travail clinique.

Considérant que les détenteurs de maîtrise et de doctorat de notre échantillon ne semblent pas se démarquer sur le plan de la confiance en leurs habiletés, deux aménagements pourraient pallier en partie à ces écueils. D'abord, il pourrait être pertinent d'offrir aux étudiants qui ont complété leur scolarité doctorale et leurs internats cliniques un droit de pratique autonome supervisée.

Ceci leur permettrait de continuer à poursuivre leurs apprentissages et de développer leur sentiment d'efficacité personnelle et leurs compétences. Depuis 2013, le registre des doctorants tenu par l'OPQ permet ce genre d'aménagement, toutefois les balises de ce projet sont plutôt rigides et elles ne favorisent pas adéquatement l'intégration des doctorants dans la pratique clinique. D'autre part, il semble illogique de penser qu'un finissant puisse entreprendre une pratique privée sans être supervisé, simplement sur la prémisse qu'il aurait déposé un essai doctoral ou une thèse. Bien que cette façon de faire puisse avoir des effets positifs sur le plan légal et administratif, elle néglige l'impact qu'elle induit probablement sur la formation clinique et le développement des doctorants.

Un aménagement qui respecterait à la fois les dimensions légale, administrative, académique et clinique pourrait être proposé. Il pourrait être envisagé d'inverser la séquence académique et d'exiger le dépôt de la thèse ou l'essai doctoral avant d'entreprendre les stages cliniques. Cela favoriserait une continuité plus cohérente sur le plan du développement clinique et éviterait la présence d'une pause prolongée de la pratique. Conséquemment, cela favoriserait aussi la maturité cognitive et affective des candidats.

Enfin, il serait important de valoriser davantage l'auto évaluation des compétences dans les processus de stage clinique, ainsi que dans celui de la pratique supervisée, notamment en proposant des instruments comme le CASES-Fr. Ceci favoriserait le développement d'une identité professionnelle plus humble, capable de reconnaître ses forces et ses faiblesses.

## ANNEXES

ANNEXE A

CERTIFICATION ETHIQUE

**UNIVERSITÉ DU QUÉBEC A MONTRÉAL**

**Comité départemental d'éthique**

Conformité à l'éthique en matière de recherche impliquant la participation de sujets humains

Le Comité d'éthique du département de psychologie, mandaté à cette fin par l'Université du Québec à Montréal, a examiné le protocole de recherche suivant:

Étudiant : Giancarlo Jr Collacciani

Directeur : Marc-Simon Drouin

Département : Psychologie

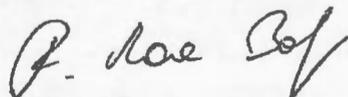
Titre : *Étude sur le sentiment d'auto-efficacité en supervision clinique ; les liens possibles avec le jugement clinique des novices.*

Ce protocole de recherche est jugé conforme aux pratiques habituelles et répond entièrement aux normes établies par la "*Politique institutionnelle de déontologie*" de l'UQAM.

Le projet est jugé recevable sur le plan éthique.

Membres du Comité:

<i>NOM</i>	<i>POSTE OCCUPÉ</i>	<i>DÉPARTEMENT</i>
Mara Brendgen	Professeure	Psychologie
Véronique Lussier	Professeure	Psychologie
Catherine Amiot	Professeure	Psychologie
Maryvonne Merri	Professeure	Psychologie



18 octobre 2011  
*Date*

Mara Brendgen  
*Présidente du comité départemental*

ANNEXE B

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

## « ÉTUDE SUR LE SENTIMENT D'AUTO-ÉFFICACITÉ DU CLINICIEN EN PSYCHOLOGIE »

### CHERCHEURS PRINCIPAUX

Giancarlo Jr. Collacciani M.Ps., doctorant en psychologie Université du Québec à Montréal  
Marc-Simon Drouin Ph.D., Professeur Université du Québec à Montréal  
Gilles Dupuis Ph.D., Professeur Université du Québec à Montréal

### BUT GÉNÉRAL DU PROJET

À titre de clinicien (ne) en psychologie, vous êtes invité (e) à participer à un projet de recherche qui porte sur le sentiment d'auto-efficacité du psychologue clinicien. L'objectif principal de cette étude vise à comprendre le rôle du sentiment d'auto-efficacité dans la pratique et le développement professionnel du clinicien psychologie.

### PROCÉDURE

Votre participation consiste essentiellement à remplir 3 questionnaires, dont le CASES-Fr, l'OQ45 et le WAI. La passation des instruments se fait simultanément, sur 1 seul moment, et demande de 3 à 7 minutes chacune. Cette recherche se déroule à travers le présent lien internet et le chercheur principal s'occupe de la gestion du protocole et des données.

### AVANTAGES ET RISQUES

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances par une meilleure compréhension du développement professionnel du psychologue. Les bénéfices personnels sont limités. Elle vous permet surtout de porter un méta regard sur vos compétences et sur le développement de votre identité professionnelle à travers votre pratique. De plus, elle s'appuie sur les recommandations de la littérature portant sur l'auto-évaluation des compétences cliniques et la nécessité du monitoring de l'alliance et des résultats cliniques. Il n'y a pas de risque à remplir les instruments et aucune observation directe ou donnée anecdotique n'est recueillie.

### CONFIDENTIALITÉ

Il est entendu que les renseignements recueillis lors de la passation des instruments sont strictement confidentiels, et que seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès aux réponses. Les instruments, ainsi que le formulaire de consentement électronique seront conservés et encodés séparément pour la durée totale du projet. Les instruments ainsi que les formulaires de consentement seront détruits 2 ans après les dernières publications.

### PARTICIPATION VOLONTAIRE

La participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure, et que par ailleurs vous êtes libre de

mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche. Dans le cas où vous ne compléteriez pas le protocole, les renseignements recueillis seront détruits. Cet accord implique également que vous acceptez que l'équipe de recherche puisse utiliser aux fins de la présente recherche (articles, conférences et communications scientifiques) les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement à moins d'un consentement explicite de votre part.

### **COMPENSATION FINANCIÈRE**

Il est entendu que vous obtiendrez une participation à un tirage de 5 montants de 50 \$ à titre de compensation pour les frais encourus par votre contribution au projet.

### **DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS?**

Vous pourrez contacter Giancarlo Jr Collacciani au numéro 514-581-6529 ou Marc-Simon Drouin Ph.D au numéro (514) 987-3000 # 7006 pour des questions additionnelles sur le projet ou sur vos droits en tant que participants de recherche. Vous pouvez également joindre les chercheurs à l'adresse [etude.jugement.clinique@gmail.com](mailto:etude.jugement.clinique@gmail.com) Le comité départemental d'éthique de recherche avec des êtres humains du département de psychologie de l'UQAM a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer.

### **REMERCIEMENTS**

Nous mettons l'emphase sur le fait que votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous remercier pour votre éventuel appui. Si vous souhaitez avoir accès aux résultats de cette recherche, écrivez-nous à l'adresse mentionnée ci-haut, nous vous contacterons dès qu'ils seront disponibles.

ANNEXE C

ANNONCES DE RECRUTEMENT

5 mars 2014

Ordre des psychologues du Québec  
A/S Direction de la qualité et du développement de la pratique  
1100, avenue Beaumont, bureau 510  
Mont-Royal (Québec) H3P 3H5

**Objet : Soutien à la recherche; Étude sur le sentiment d'auto-efficacité et le jugement clinique du psychologue.**

Bonjour Monsieur Desjardins,  
Bonjour Madame Girouard,

Marc-Simon Drouin, Gilles Dupuis et moi réalisons actuellement un projet de recherche qui vise à étudier l'impact de l'utilisation des illusions positives et négatives sur le jugement clinique des psychologues.

Nous aurions encore une fois besoin de votre aide pour le recrutement de psychologues et psychothérapeutes détenteurs d'un permis délivré par l'OPQ, francophones, de toutes allégeances théoriques et provenant de toutes les strates d'âges.

Ce document décrit le projet de recherche, notamment les buts, la procédure, les avantages et les risques, la confidentialité, la compensation financière et la population visée. Un lien internet vous permettra d'aller directement consulter le protocole de recherche et vous trouverez également une copie de la certification éthique.

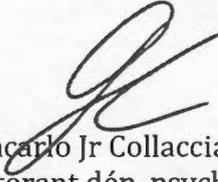
Nous avons également inclus les informations que nous souhaiterions transmettre afin de recruter les participants.

En espérant le tout conforme, n'hésitez pas à nous contacter directement si vous aviez des questions supplémentaires. Il est possible de nous joindre par téléphone au 514-581-6529 et par courriel au [collacciani.giancarlo@gmail.com](mailto:collacciani.giancarlo@gmail.com).

Sachez que votre aide pour le projet précédent fut fort utile et que nous sommes fiers des résultats probants qui en sont résultés. Une affiche scientifique a déjà été présentée au congrès de la NASPR à Memphis en octobre dernier et un article sera prochainement présenté au congrès de la SPR à Copenhague en juin 2014. Évidemment, je partagerai les

résultats des deux études combinées avec plaisir auprès de vos membres dès que le second projet aura été présenté au congrès de l'APA à Washington D.C en août prochain.

En vous remerciant de nouveau de l'aide et du soutien que vous pourrez nous fournir.



Giancarlo Jr Collacciani M.Ps.  
Doctorant dép. psychologie UQAM  
Professeur de psychologie Collège J-de-Brébeuf  
[collacciani.giancarlo@gmail.com](mailto:collacciani.giancarlo@gmail.com)

**Informations à diffuser :**

Bonjour cher (e)s collègues,

Nous souhaiterions vous solliciter pour un projet de recherche portant sur le sentiment d'auto-efficacité du clinicien en psychologie.

Nous savons que vous êtes très certainement occupé (e)s, mais nous vous demandons la possibilité de prendre un moment pour remplir un protocole de recherche portant sur le sentiment d'auto-efficacité. Nous ne pouvons insister assez sur l'importance de votre participation et nous vous serions très reconnaissants de votre participation.

Votre participation contribuerait grandement à la consolidation des connaissances sur le développement professionnel des cliniciens en psychologie et sur l'exercice de la profession.

Vous pouvez accéder au protocole à travers le lien suivant:

<https://fr.surveymonkey.com/s/8JLRSZ2>

*(Si l'hyperlien ne fonctionne pas directement, copiez-le (CTRL C) et collez-le (CTRL V) dans la barre d'adresse de votre fureteur web.*

Cordialement.

*Giancarlo Jr. Collacciani, doctorant en psychologie Université du Québec à Montréal*

*Marc-Simon Drouin Ph.D., Professeur Université du Québec à Montréal*

*Gilles Dupuis Ph.D., Professeur Université du Québec à Montréal*

Bonjour,

Le laboratoire d'étude sur le développement du thérapeute (UQAM) est à la recherche de participants pour la validation d'un instrument traduit en français qui vise à mesurer le sentiment d'auto-efficacité du psychologue.

À titre de doctorant (stage / internat) ou de psychologue, vous êtes invité à vous rendre sur le lien suivant pour prendre connaissance des modalités de passation et participer à cette courte étude.

<https://www.surveymonkey.com/s/EAAT>

Il est entendu que vous recevrez une participation au tirage d'un prix de 50\$ et d'un autre de 25\$ sous forme de carte Visa prépayée, à titre de compensation pour les frais encourus par votre contribution au projet. Les répondants qui participeront à la procédure de test-retest auront droit à une participation additionnelle au tirage.

*S.V.P faire circuler à tous vos collègues actuellement en exercice ou en stage clinique.*

Nous vous remercions de l'intérêt que vous porterez à notre étude, votre participation est essentielle au succès de ce projet.

Collégalement.

*Giancarlo Jr. Collacciani, doctorant en psychologie Université du Québec à Montréal  
Marc-Simon Drouin Ph.D., Université du Québec à Montréal  
Gilles Dupuis Ph.D., Université du Québec à Montréal*

Bonjour cher (e) participant (e),

Merci d'avoir accepté de participer au protocole de test-retest de l'échelle d'auto-évaluation des activités thérapeutiques.

**Consignes:** Votre tâche consiste en deux passations de l'instrument à une semaine d'intervalle. Une passation sera en version originale anglophone et l'autre sera dans la version francophone traduite par notre équipe. L'ordre de passation vous sera assigné de façon aléatoire.

Voici le lien qui vous mènera vers votre première passation: (#participant XX)

<https://www.surveymonkey.com/s/EAATfr>

Nous vous contacterons dans une semaine pour vous transmettre le lien vers la seconde passation. Assurez-vous d'inscrire votre adresse courriel à la fin de chacune des passations afin de vous assurer de réclamer vos deux participations au tirage de 50\$ et 25\$ sous forme de carte Visa prépayée.

*\*\*\*Si vous croyez ne pas être en mesure de remplir la version anglophone, veuillez nous aviser et nous vous transférerons vers le protocole de passation unique en version francophone.*

Bonjour cher (e) participant (e),

Merci d'avoir accepté de participer au protocole de test-retest de l'échelle d'auto-évaluation des activités thérapeutiques.

**Consignes:** Votre tâche consiste en deux passations de l'instrument à une semaine d'intervalle. Une passation sera en version originale anglophone et l'autre sera dans la version francophone traduite par notre équipe. L'ordre de passation vous sera assigné de façon aléatoire.

Voici le lien qui vous mènera vers votre première passation: (#participant XX)

<https://www.surveymonkey.com/s/EAATen>

Nous vous contacterons dans une semaine pour vous transmettre le lien vers la seconde passation. Assurez-vous d'inscrire votre adresse courriel à la fin de chacune des passations afin de vous assurer de réclamer vos deux participations au tirage de 50\$ et 25\$ sous forme de carte Visa prépayée.

*\*\*\*Si vous croyez ne pas être en mesure de remplir la version anglophone, veuillez nous aviser et nous vous transférerons vers le protocole de passation unique en version francophone.*

ANNEXE D

INSTRUMENTS DE MESURE (CASES / CASES-Fr)

**WEB FORM K**  
**COUNSELOR ACTIVITY SELF-EFFICACY SCALES**

**General Instructions:** The following questionnaire consists of three parts. Each part asks about your beliefs about your ability to perform various counselor behaviors or to deal with particular issues in counseling. Please provide your honest, candid responses that reflect your beliefs about your current capabilities, rather than how you would like to be seen or how you might look in the future. There are no right or wrong answers to the following questions. Using a dark pen or pencil, please circle the number that best reflects your response to each question.

**Part I.**

**Instructions:** Please indicate how confident you are in your ability to use each of the following helping skills effectively, over the next week, in counseling most clients.

No Confidence			Some Confidence			Complete Confidence			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

**How confident are you that you could use these general skills effectively with most clients over the next week?**

- |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <b>1. Attending</b> (orient yourself physically toward the client)   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| <b>2. Listening</b> (capture and understand the messages that clients communicate).  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| <b>3. Restatements</b> (repeat or rephrase what the client has said, in a way that is succinct, concrete, and clear).  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| <b>4. Open questions</b> (ask questions that help clients to clarify or explore their thoughts or feelings).   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| <b>5. Reflection of feelings</b> (repeat or rephrase the client's statements with an emphasis on his or her feelings).   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| <b>6. Self-disclosure for exploration</b> (reveal personal information about your history, credentials, or feelings).  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| <b>7. Intentional silence</b> (use silence to allow clients to get in touch with their thoughts or feelings).  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| <b>8. Challenges</b> (point out discrepancies, contradictions, defenses, or irrational beliefs of which the client is unaware or that he or she is unwilling or unable to change).     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| <b>9. Interpretations</b> (make statements that go beyond what the client has overtly stated and that give the client a new way of seeing his or her behavior, thoughts, or feelings). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

- |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <b>10. Self-disclosures for insight</b> (disclose <i>past</i> experiences in which you gained some personal insight).                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| <b>11. Immediacy</b> (disclose <i>immediate</i> feelings you have about the client, the therapeutic relationship, or yourself in relation to the client). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| <b>12. Information-giving</b> (teach or provide the client with data, opinions, facts, resources, or answers to questions).                               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| <b>13. Direct guidance</b> (give the client suggestions, directives, or advice that imply actions for the client to take).                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| <b>14. Role-play and behavior rehearsal</b> (assist the client to role-play or rehearse behaviors in-session).  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| <b>15. Homework</b> (develop and prescribe therapeutic assignments for clients to try out between sessions).  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

**Part II.**

**Instructions:** Please indicate how confident you are in your ability to do each of the following tasks effectively, over the next week, in counseling most clients.

No Confidence			Some Confidence			Complete Confidence			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

**How confident are you that you could do these specific tasks effectively with most clients over the next week?**

- |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Keep sessions "on track" and focused.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 2. Respond with the best helping skill, depending on what your client needs at a given moment. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 3. Help your client to explore his or her thoughts, feelings, and actions.                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 4. Help your client to talk about his or her concerns at a "deep" level.                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 5. Know what to do or say next after your client talks.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 6. Help your client set realistic counseling goals.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 7. Help your client to understand his or her thoughts, feelings, and actions.                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 8. Build a clear conceptualization of your client and his or her counseling issues.            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 9. Remain aware of your intentions (i.e., the purposes of your interventions) during sessions. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 10. Help your client to decide what actions to take regarding his or her problems.             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

**Part III.**

**Instructions:** Please indicate how confident you are in your ability to work effectively, over the next week with each of the following client types, issues, or scenarios (By "work effectively," I am referring to your ability to develop successful treatment plans, to come up with polished in-session responses, to maintain your poise during difficult interactions, and, ultimately, to help the client resolve his or her issues.)

No Confidence			Some Confidence			Complete Confidence			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

**How confident are you that you could work effectively over the next week with a client who...**

- |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. is clinically depressed.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 2. has been sexually abused.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 3. is suicidal.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 4. has experienced a recent traumatic life event (e.g., physical or psychological injury or abuse).                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 5. is extremely anxious.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 6. shows signs of severely disturbed thinking.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 7. you find sexually attractive.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 8. is dealing with issues that you personally find difficult to handle.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 9. has core values or beliefs that conflict with your own (e.g., regarding religion, gender roles).                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 10. differs from you in a major way or ways (e.g., race, ethnicity, gender, age, social economic status).                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 11. is not "psychologically-minded" or introspective.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 12. is sexually attracted to you.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 13. you have negative reactions toward (e.g., boredom, annoyance).   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 14. is at an impasse in therapy.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 15. wants more from you than you are willing to give (e.g., in terms of frequency of contacts or problem-solving prescriptions). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 16. demonstrates manipulative behaviors in-session.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

*Note:* Adapted from a survey instrument whose responses were analyzed and presented in R. W. Lent, C. E. Hill, and M. A. Hoffman, “Development and Validation of the Counselor Activity Self-Efficacy Scales,” 2003, *Journal of Counseling Psychology*, 50, pp. 97–108; the survey instrument itself, which was not published in the article, is copyrighted by the lead author. © 2003 by R. W. Lent. Adapted with permission.

## CASES-Fr

**Consigne générale :** Ce questionnaire est composé de trois parties. Dans chacune des parties, nous vous demandons comment vous percevez vos capacités à manifester divers comportements en situation thérapeutique ou encore comment vous percevez vos habiletés à gérer certaines situations particulières en thérapie. Nous vous demandons de fournir des réponses honnêtes et spontanées qui reflètent vos perceptions par rapport à vos aptitudes actuelles et non pas comment vous aimeriez être perçu, ou ce qu'elles pourraient avoir l'air dans le futur. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions qui suivent. En utilisant un crayon à mine ou un stylo à l'encre foncé, s'il vous plaît encerclez le chiffre qui représente le mieux votre réponse à chacune des questions.

### Partie I.

**Instructions :** S.v.p. indiquez à quel point vous avez confiance en vos capacités à utiliser efficacement chacune des habiletés cliniques suivantes, durant vos rencontres avec la majorité de vos clients, au cours de la prochaine semaine.

Pas du tout confiance			partiellement confiance				tout à fait confiance		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

**Dans quelle mesure avez-vous confiance de pouvoir utiliser ces habiletés générales de manière efficace avec la majorité de vos clients au courant de la prochaine semaine?**

- |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. <b>La présence</b> (manifester votre disponibilité au client à l'aide de votre posture physique.)                                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 2. <b>Écouter</b> (entendre et comprendre le message que les clients communiquent.)  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 3. <b>Reformuler</b> (répéter ou reformuler ce que le client a dit de manière succincte, concrète et claire.)                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 4. <b>Questions ouvertes</b> (poser des questions qui aident les clients à clarifier ou à explorer leurs pensées et leurs émotions.) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 5. <b>Refléter les émotions</b> (répéter et reformuler les énoncés des clients en mettant l'accent sur leurs émotions.)              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

- |  |                     |
|--|---------------------|
| 6. <b>Autodévoilement</b> pour favoriser l'exploration (dévoiler des informations relatives à votre histoire personnelle, vos qualifications professionnelles, ou vos sentiments.)   | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 7. <b>Silence intentionnel</b> (utiliser le silence afin de permettre aux clients d'entrer en contact avec leurs pensées et leurs émotions.)   | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 8. <b>Confrontations</b> (soulever les incongruités, les contradictions, les défenses, ou les pensées irrationnelles dont le client n'aurait pas conscience, qu'il ne désirerait pas ou est incapable de changer.)         | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 9. <b>Interprétations</b> (formuler des interventions qui vont au-delà du discours manifeste du client et qui permettent à ce dernier d'avoir un nouveau point de vue sur son comportement, ses pensées, ou ses émotions.) | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 10. <b>Autodévoilements</b> pour favoriser la prise de conscience (dévoiler des expériences de votre histoire personnelle au cours desquels vous auriez eu une prise de conscience.)                                       | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 11. <b>Immédiateté</b> (dévoiler dans l'ici et maintenant les sentiments que vous éprouvez à l'égard du client, de la relation thérapeutique, ou par rapport à vous même en relation avec le client.)                      | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 12. <b>Offrir de l'information</b> (enseigner ou fournir au client des données, des faits, des ressources ou des réponses à ses questions.)  | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 13. <b>Donner des conseils directifs</b> (fournir au client des suggestions, des directives, ou des conseils qui impliquent des gestes à poser pour le client.)  | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 14. <b>Jeu de rôle</b> (aider le client à l'aide de jeux de rôle ou de pratiques de comportements lors de la séance.)  | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 15. <b>Devoir</b> (développer et prescrire des exercices thérapeutiques à réaliser entre chaque séance)  | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |

## Partie II.

**Instructions :** S.v.p., indiquez à quel point vous vous sentez confiant face à votre capacité à effectuer efficacement chacune des tâches suivantes, durant la prochaine semaine, en intervenant auprès de la majorité de vos clients.

Pas du tout confiance			partiellement confiance				tout à fait confiance		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

**Dans quelle mesure avez-vous confiance de pouvoir effectuer efficacement chacune des tâches suivantes avec la majorité de vos clients au courant de la prochaine semaine?**

- |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Maintenir les séances orientées vers les objectifs et être centré.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 2. Proposer les interventions les plus appropriées en fonction des besoins de votre client à un moment donné.            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 3. Aider votre client à explorer ses pensées, ses émotions, et ses comportements.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 4. Aider votre client à approfondir ses préoccupations.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 5. Savoir quoi dire ou quoi faire après que votre client ait parlé.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 6. Aider votre client à se fixer des objectifs thérapeutiques réalistes.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 7. Aider votre client à comprendre ses pensées, ses émotions et ses actions.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 8. Élaborer une compréhension clinique claire de votre client, ainsi que de ses besoins et de ses enjeux thérapeutiques. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 9. Demeurer conscient de vos intentions (ex. la visée de vos interventions) durant les séances.                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 10. Aider votre client à choisir les actions qu'il devrait poser en lien avec sa problématique.                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

### Partie III.

**Instructions :** Veuillez s.v.p. indiquer à quel point vous vous sentez confiant quant à vos capacités à travailler efficacement, auprès de chacun des types de clients, ou scénarios suivants, au cours de la prochaine semaine. (Par « travailler efficacement », nous entendons votre habileté à développer un plan de traitement efficace, à générer des interventions adéquates en séance, à maintenir votre équilibre émotionnel durant certaines interactions difficiles, et ultimement, aider votre client à résoudre ses enjeux.)

Pas du tout confiance			partiellement confiance				tout à fait confiance			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

**Au cours de la prochaine semaine, jusqu'à quel point avez-vous confiance de pouvoir travailler efficacement avec un client...**

1. Qui est dépressif.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. Qui a été abusé sexuellement.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. Qui est suicidaire.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Qui a récemment vécu un événement traumatique (ex. une blessure, un abus physique ou psychologique).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. Qui est extrêmement anxieux.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. Qui démontre des signes de perturbations sévères de la pensée.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. Que vous trouvez attirant sexuellement.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. Qui est confrontés à des situations que vous trouvez personnellement difficiles à gérer.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. Qui porte des valeurs fondamentales ou des croyances qui entrent en conflit avec les vôtres (ex. la religion, les rôles de genre).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10. Qui est très différent de vous d'une ou de plusieurs façons (ex. ethnique, sexe, âge, statut socio-économique).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11. Qui n'est pas ouvert à une perspective psychologique ou à l'introspection	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12. Qui est attiré sexuellement par vous.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13. Envers qui vous éprouvez des réactions négatives (ex. ennui, agacement, agressivité).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14. Qui est dans une impasse en thérapie.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15. Qui désire plus de vous que ce que vous êtes prêt à offrir (ex en terme de fréquence de contacts ou de demandes de solutions à ses problèmes)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16. Qui fait preuve de comportements manipulateurs en séance.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

ANNEXE E

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

## Questionnaire sociodémographique

\*Êtes-vous actuellement impliqué dans des activités cliniques en psychologie (Stage clinique, internat, pratique privée, pratique dans le réseau public, programme d'aide aux employés, etc.)

- a) oui
- b) non

Quel est votre sexe ?

- a) Homme
- b) Femme

Quel âge avez-vous? (ex; 25)

Quel est votre plus haut niveau de scolarité obtenu en psychologie?

- a) Maîtrise en psychologie (M.Ps., M.Sc.)
- b) Doctorat clinique en psychologie (D.Ps., Psy.D.)
- c) Doctorat en psychologie (Ph.D.)
- d) Doctorat présentement en cours (Veuillez inscrire en quelle année du cursus vous vous trouvez)

Lesquelles des situations suivantes correspondent à votre cursus clinique actuel? (Cochez toute les réponses qui s'appliquent).

- a) Actuellement en stage dans un centre de soins psychologique universitaire (ex; CSP ou CSCP)
- b) Actuellement en internat clinique I
- c) Actuellement en internat clinique II
- d) Pratique privée
- e) Pratique dans le réseau public et autres milieux

Dans quel type milieu travaillez-vous dans le cadre de vos stages ou de votre travail à titre de clinicien? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- a) Première ligne
- b) Deuxième ligne
- c) Troisième ligne
- d) Bureau privé
- e) Pédopsychiatrie (Hopital, CSSS)
- f) Psychiatrie (Hopital, CSSS)
- g) Oncologie
- h) Centre Jeunesse
- i) Programme d'aide aux employés
- j) Organisme communautaire
- k) Scolaire

Auprès de quelle clientèle oeuvrez-vous dans le cadre de vos stages ou de votre travail à titre de clinicien? (Cochez tous les réponses qui s'appliquent)

- a) enfants
- b) Adolescents
- c) Adultes
- d) Personnes âgées

Depuis combien d'années offrez-vous des services de counselling et de psychothérapie? (ex; 6)

ANNEXE F

EVALUATION DE LA CLARTÉ DES ITEMS

## Évaluation de la clarté des items traduits du CASES

1. Selon vous, dans quelle mesure trouvez-vous cette consigne générale claire? Consigne générale : Ce questionnaire est composé de trois parties. Dans chacune des parties, nous vous demandons comment vous percevez vos habiletés à manifester divers comportements en situation thérapeutique ou encore comment vous percevez vos habiletés à gérer certaines situations particulières en thérapie. Nous vous demandons de fournir des réponses honnêtes et spontanées qui reflètent vos perceptions par rapport à vos aptitudes actuelles et non pas comment vous aimeriez être perçu, ou ce qu'elles pourraient avoir l'air dans le futur. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions qui suivent. En utilisant un crayon à mine ou un stylo à l'encre foncé, s'il vous plaît encerclez le chiffre qui représente le mieux votre réponse à chacune des questions.

	Pas claire du tout	Plus ou moins claire	Claire	Très claire	RatingAverage	RatingCount
	0,0% (0)	9,1% (2)	36,4% (8)	54,5% (12)	3,45	22
					Commentaire	5
					AnsweredQuestion	22
					SkippedQuestion	0

**2. Selon-vous, dans quelle mesure trouvez-vous les bornes de cette échelle claires?  
Aucune confiance / partiellement confiance / totalement confiance**

	Pas claire du tout	Plus ou moins claire	Claire	Très claire	RatingAverage	RatingCount
	0,0% (0)	9,1% (2)	45,5% (10)	45,5% (10)	3,36	22
					Commentaire	6
					AnsweredQuestion	22
					SkippedQuestion	0

**3. Selon-vous, dans quelle mesure trouvez-vous cette consigne claire? Partie I**  
Instructions : S.v.p. indiquez à quel point vous avez confiance en vos capacités à utiliser efficacement chacune des habiletés cliniques suivantes, au cours de la prochaine semaine, durant vos rencontres avec la majorité de vos clients.

	Pas claire du tout	Plus ou moins claire	Claire	Très claire	RatingAverage	RatingCount
	0,0% (0)	4,5% (1)	45,5% (10)	50,0% (11)	3,45	22
					Commentaire	5
					AnsweredQuestion	22
					SkippedQuestion	0

4. Selon vous, dans quelle mesure trouvez-vous la consigne suivante claire? Dans quelle mesure avez-vous confiance de pouvoir utiliser ces habiletés générales de manière efficace avec la majorité de vos clients au courant de la prochaine semaine? (En lien avec les 15 items qui suivent)

	Pas claire du tout	Plus ou moins claire	Claire	Très claire	RatingAverage	RatingCount
	0,0% (0)	4,5% (1)	31,8% (7)	63,6% (14)	3,59	22
					Commentaire	3
					AnsweredQuestion	22
					SkippedQuestion	0

## 5. Selon vous, dans quelle mesure trouvez-vous chacun des 15 items suivants clairs?

	Pas clair du tout	Plus ou moins clair	Clair	Très clair	RatingAverage	RatingCount
1. La présence (manifester votre disponibilité au client à l'aide de votre posture physique.)	0,0% (0)	0,0% (0)	31,8% (7)	68,2% (15)	3,68	22
Commentaires						2
2. Écouter (entendre et comprendre le message que les clients communiquent)	0,0% (0)	0,0% (0)	18,2% (4)	81,8% (18)	3,82	22
3. Reformuler (répéter ou reformuler ce que le client a dit de manière succincte, concrète et claire)	0,0% (0)	0,0% (0)	4,5% (1)	95,5% (21)	3,95	22
4. Questions ouvertes (poser des questions qui aident les clients à clarifier ou à explorer leurs pensées et leurs émotions)	0,0% (0)	0,0% (0)	9,1% (2)	90,9% (20)	3,91	22
Commentaires						1
5. Refléter les émotions (répéter et reformuler les énoncés des clients en mettant l'accent sur leurs émotions)	0,0% (0)	0,0% (0)	4,5% (1)	95,5% (21)	3,95	22
6. Autodévoilement pour favoriser l'exploration (dévoiler des informations relatives à votre histoire personnelle, vos qualifications professionnelles, ou vos sentiments)	0,0% (0)	4,5% (1)	22,7% (5)	72,7% (16)	3,68	22
7. Silence intentionnel (utiliser le silence afin de permettre aux clients d'entrer en contact avec leurs pensées et leurs émotions).	0,0% (0)	0,0% (0)	4,5% (1)	95,5% (21)	3,95	22
8. Confrontations (soulever les incongruités, les contradictions, les défenses, ou les pensées irrationnelles dont le client n'aurait pas conscience, qu'il ne désirerait	0,0% (0)	0,0% (0)	4,5% (1)	95,5% (21)	3,95	22

pas ou est incapable de changer.							
Commentaires							1
9. Interprétations (formuler des interventions qui vont au-delà du discours manifeste du client et qui permettent à ce dernier d'avoir un nouveau point de vue sur son comportement, ses pensées, ou ses émotions).	0,0% (0)	4,5% (1)	13,6% (3)	<b>81,8% (18)</b>		3,77	22
Commentaires							1
10. Autodévoilements pour favoriser la prise de conscience (dévoiler des expériences de votre histoire personnelle au cours desquelles vous auriez fait une prise de conscience).	0,0% (0)	9,1% (2)	36,4% (8)	<b>54,5% (12)</b>		3,45	22
Commentaires							3
11. Immédiateté (dévoiler dans l'ici et maintenant les sentiments que vous éprouvez à l'égard du client, de la relation thérapeutique, ou par rapport à vous même en relation avec le client).	0,0% (0)	4,5% (1)	22,7% (5)	<b>72,7% (16)</b>		3,68	22
Commentaires							3
12. Offrir de l'information (enseigner ou fournir au client des données, des opinions, des faits, des ressources ou des réponses à ses questions)	0,0% (0)	0,0% (0)	18,2% (4)	<b>81,8% (18)</b>		3,82	22
Commentaires							2
13. Donner des conseils directifs (fournir au client des suggestions, des directives, ou des conseils qui impliquent des gestes à poser pour le client)	0,0% (0)	0,0% (0)	18,2% (4)	<b>81,8% (18)</b>		3,82	22
Commentaires							2
14. Jeu de rôle (aider le client à l'aide de jeux de rôle ou de pratiques de comportements lors de	0,0% (0)	4,5% (1)	9,1% (2)	<b>86,4% (19)</b>		3,82	22

la séance).						
Commentaires						2
15. Devoir (développer et prescrire des devoirs thérapeutiques à réaliser entre chaque séance)	0,0% (0)	0,0% (0)	9,1% (2)	<b>90,9% (20)</b>	3,91	22
Commentaires						1
					Commentaires	0
					<b>AnsweredQuestion</b>	<b>22</b>
					<b>SkippedQuestion</b>	<b>0</b>

### 6. Selon vous, dans quelle mesure trouvez-vous cette consigne claire? Partie 2

Instructions : S.v.p., indiquez à quel point vous vous sentez confiant face à votre capacité à effectuer efficacement chacune des tâches suivantes, dans la prochaine semaine, en intervenant auprès de la plupart de vos clients

	Pas claire du tout	Plus ou moins claire	Claire	Très claire	RatingAverage	RatingCount
	0,0% (0)	0,0% (0)	45,5% (10)	<b>54,5% (12)</b>	3,55	22
					Commentaire	2
					<b>AnsweredQuestion</b>	<b>22</b>
					<b>SkippedQuestion</b>	<b>0</b>

**7. Selon vous, dans quelle mesure trouvez-vous cette consigne claire? Dans quelle mesure avez-vous confiance de pouvoir effectuer ces tâches spécifiques de manière efficace avec la majorité de vos clients au courant de la prochaine semaine? (En lien avec les 10 items qui suivent)**

	Pas claire du tout	Plus ou moins claire	Claire	Très claire	RatingAverage	RatingCount
	0,0% (0)	4,5% (1)	22,7% (5)	<b>72,7% (16)</b>	3,68	22
					Commentaire	5
					AnsweredQuestion	22
					SkippedQuestion	0

## 8. Selon vous, dans quelle mesure trouvez-vous chacun des 10 items suivants clairs?

	Pas clair du tout	Plus ou moins clair	Clair	Très clair	RatingAverage	RatingCount
1. Maintenir la directionnalité des séances et être centré.	4,5% (1)	<b>50,0% (11)</b>	18,2% (4)	27,3% (6)	2,68	22
Commentaire						10
2. Intervenir avec les interventions les plus appropriées en fonction des besoins de votre client à un moment donné.	0,0% (0)	9,1% (2)	31,8% (7)	<b>59,1% (13)</b>	3,50	22
Commentaire						6
3. Aider votre client à explorer ses pensées, ses émotions, et ses comportements.	0,0% (0)	0,0% (0)	13,6% (3)	<b>86,4% (19)</b>	3,86	22
4. Aider votre client à discuter de ses préoccupations à un niveau plus approfondi.	0,0% (0)	9,1% (2)	18,2% (4)	<b>72,7% (16)</b>	3,64	22
Commentaire						2
5. Savoir quoi dire ou quoi faire après que votre client ait parlé.	0,0% (0)	4,5% (1)	22,7% (5)	<b>72,7% (16)</b>	3,68	22
6. Aider votre client à se fixer des objectifs thérapeutiques réalistes.	0,0% (0)	0,0% (0)	9,1% (2)	<b>90,9% (20)</b>	3,91	22
7. Aider votre client à comprendre ses pensées, ses émotions et ses actions.	0,0% (0)	0,0% (0)	13,6% (3)	<b>86,4% (19)</b>	3,86	22
8. Élaborer une compréhension clinique claire de votre client, ainsi que de ses besoins et de ses enjeux thérapeutiques.	0,0% (0)	0,0% (0)	13,6% (3)	<b>86,4% (19)</b>	3,86	22
Commentaire						1
9. Demeurer conscient de vos intentions (ex. l'intentionnalité de vos interventions) durant les séances.	4,5% (1)	0,0% (0)	22,7% (5)	<b>72,7% (16)</b>	3,64	22

Commentaire						1
10. Aider votre client à choisir les actions qu'il devrait poser en lien avec sa problématique.	0,0% (0)	4,5% (1)	9,1% (2)	<b>86,4% (19)</b>	3,82	22
Commentaire						1
					Commentaire	0
					<b>AnsweredQuestion</b>	<b>22</b>
					<b>SkippedQuestion</b>	<b>0</b>

**9. Selon vous, dans quelle mesure trouvez-vous la consigne suivante claire? Partie 3**  
**Instructions : Veuillez s.v.p. indiquer à quel point vous vous sentez confiant quant à vos capacités à travailler efficacement, au cours de la prochaine semaine, auprès de chacun des types de clients, ou scénarios suivants. (Par « travailler efficacement », nous entendons votre habileté à développer un plan de traitement efficace, à générer des interventions adéquates en séance, à maintenir votre équilibre durant certaines interactions difficiles, et ultimement, aider votre client à résoudre ses enjeux.)**

	Pas claire du tout	Plus ou moins claire	Claire	Très claire	RatingAverage	RatingCount
	0,0% (0)	0,0% (0)	36,4% (8)	<b>63,6% (14)</b>	3,64	22
						Commentaire
						5
					<b>AnsweredQuestion</b>	<b>22</b>
					<b>SkippedQuestion</b>	<b>0</b>

**10. Selon vous, dans quelle mesure trouvez-vous la consigne suivante claire? Au cours de la prochaine semaine, jusqu'à quel point avez-vous confiance de pouvoir travailler efficacement avec un client qui... (En lien avec les 16 items qui suivent)**

	Pas claire du tout	Plus ou moins claire	Claire	Très claire	RatingAverage	RatingCount
	0,0% (0)	0,0% (0)	13,6% (3)	86,4% (19)	3,86	22
					Commentaire	2
					AnsweredQuestion	22
					SkippedQuestion	0

## 11. Selon vous, dans quelle mesure trouvez-vous chacun des 16 items suivants clairs?

	Pas clair du tout	Plus ou moins clair	Clair	Très clair	RatingAverage	RatingCount
1. Est déprimé à un niveau clinique.	0,0% (0)	9,1% (2)	27,3% (6)	63,6% (14)	3,55	22
Commentaire						5
2. A été abusé sexuellement.	0,0% (0)	0,0% (0)	9,1% (2)	90,9% (20)	3,91	22
Commentaire						1
3. Est suicidaire.	0,0% (0)	0,0% (0)	9,1% (2)	90,9% (20)	3,91	22
4. A récemment vécu un événement traumatique (ex. une blessure, un abus physique ou psychologique).	0,0% (0)	0,0% (0)	4,5% (1)	95,5% (21)	3,95	22
5. Est extrêmement anxieux.	0,0% (0)	0,0% (0)	13,6% (3)	86,4% (19)	3,86	22
Commentaire						1
6. Démontre des signes de perturbations sévères de la pensée.	0,0% (0)	13,6% (3)	9,1% (2)	77,3% (17)	3,64	22
Commentaire						2
7. Que vous trouvez attirant sexuellement.	0,0% (0)	0,0% (0)	13,6% (3)	86,4% (19)	3,86	22
Commentaire						2
8. Est confronté à des situations que vous trouvez personnellement difficiles à gérer.	0,0% (0)	0,0% (0)	9,1% (2)	90,9% (20)	3,91	22
Commentaire						1
9. Porte des valeurs fondamentales ou des croyances qui entrent en conflit avec les vôtres (ex. la religion, les rôles de genre).	0,0% (0)	0,0% (0)	9,1% (2)	90,9% (20)	3,91	22

Commentaire						1
10. Est très différent de vous d'une ou de plusieurs façons (ex. raciale, ethnique, sexe, âge, rang socio-économique).	0,0% (0)	0,0% (0)	9,1% (2)	<b>90,9% (20)</b>	3,91	22
Commentaire						2
11. N'est pas ouvert à une perspective psychologique ou à l'introspection.	0,0% (0)	0,0% (0)	9,1% (2)	<b>90,9% (20)</b>	3,91	22
12. Qui est attiré sexuellement par vous.	0,0% (0)	0,0% (0)	4,5% (1)	<b>95,5% (21)</b>	3,95	22
Commentaire						2
13. Pour qui vous éprouvez des réactions négatives (ex. ennui, agacement, agressivité).	0,0% (0)	0,0% (0)	9,1% (2)	<b>90,9% (20)</b>	3,91	22
14. Est dans une impasse en thérapie.	0,0% (0)	0,0% (0)	22,7% (5)	<b>77,3% (17)</b>	3,77	22
Commentaire						2
15. Désire plus de vous que ce que vous êtes prêt à offrir (ex. en terme de fréquence de contacts ou de demandes de solutions à ses problèmes).	0,0% (0)	0,0% (0)	18,2% (4)	<b>81,8% (18)</b>	3,82	22
Commentaire						2
16. Fait preuve de comportements manipulateurs en séance.	0,0% (0)	0,0% (0)	13,6% (3)	<b>86,4% (19)</b>	3,86	22
Commentaire						1
						0
						0
						22
						0

## BIBLIOGRAPHIE

- Alicke, M. D. (1985). Global self-evaluation as determined by the desirability and controllability of trait adjectives. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 1621-1630.
- Anastasi, A. (1994). *Introduction à la psychométrie*. Montréal, QC : Guérin Universitaire.
- Anderson, J. R. (1982). Acquisition of Cognitive Skills. *Psychological review*, 89, 369-406.
- American Psychological Association (1985). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC : auteur.
- American Psychological Association (APA), (2001). Publication manual of the American Psychological Association (5th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association, Presidential task force on evidence-based practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- American Psychological Association (APA), (2007). *Thesaurus of Psychological Index Terms*, Eleventh Edition. Washington, DC: Author.
- Arlin, P. K. (1975). Cognitive development in adulthood: A fifth stage? *Developmental Psychology*, 11, 602-606.

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*(2), 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura A. (1991). Social Cognitive Theory of Self Regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *50*, 248-287.
- Bandura A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, *52*, 1-26.
- Bandura A., & Locke A. E. (2003) Negative Self Efficacy and Goal Effects Revisited. *Journal of Applied Psychology*, *88* (1), 87-99.
- Baumeister, R. F. (1989). The optimal margin of illusion. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *8*, 176-189.
- Beutler, L. E., Moleiro, C. M, Rocco, F., & Talebi, H. (2001). Resistance. *Psychotherapy*, *38* (4), 431-436.
- Beutler, L. E., Hardwood, M. T. (2000). *Prescriptive therapy : A practical guide to systematic treatment selection*. New York : Oxford University Press.
- Bouffard, T., Boisvert, M., & Vezeau, C. (2003). The illusion of incompetence and its correlates among elementary school children and their parents. *Learning and Individual Differences*, *14*, 31-46.

- Bouffard-Bouchard, T., Parent, S., & Larivée, S. (1991). Influence of self-efficacy on self-regulation and performance among junior and senior high-school age students. *International Journal of Behavioral Development, 14*, 153-164.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In Bollen, K. A, & Long, J. S. [Eds.] *Testing structural equation models*. Newbury Park, CA : Sage, 136 – 162.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*. New York: Guilford.
- Buirski, P., & Haglund, P. (2001). *Making sense together; an intersubjective approach to psychotherapy*. Aronson. NJ: London.
- Cattell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research, 1*, 245 -276.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: where are we and where should we go? *Psychotherapy, 43*, 271-279.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavior sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cohen, J. (1990). Things I have learned (so far). *American Psychologist, 45*(12), 1304-1312.
- Cohen, J. (1994). The earth is round ( $p < .05$ ). *American Psychologist, 49*(12), 997-1003.

- Collacciani, G., Dupuis, G., & Drouin, M. S. (2015). Le sentiment d'efficacité personnelle du psychologue; Adaptation franco-canadienne et validation empirique du Counseling Activity Self Efficacy Scales. Document inédit.
- Colvin, C. R., Block, J., & Funder, D. C. (1995). Overly positive selfevaluations and personality: Negative implications for mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 1152–1162.
- Comrey, A. L., & Lee, H. B. (1992). *A first course in factor analysis (2<sup>nd</sup> ed.)* Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha ? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78, 98 -104.
- Crits-Christoph, P. & Mintz, J. (1991). Implications of Therapist Effects for the DESIGN and Analysis of Comparative studies of Psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 20-26.
- Cronbach, L. J. (1951) Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Daniels, J. A. (1997). The Influence of Performance Feedback and Casual Attributions upon ratings of Counselling Self-efficacy. Unpublished doctoral dissertation. University of Nebraska, Lincon.
- Dawes, R. (1994). *House of Cards : Psychology and Psychotherapy Built on Myth*. New York : The Free Press.
- Delisle, G. (1998). *Les pathologies de la personnalité: Perspectives développementales*. Édition du Reflet: Montréal.

- Ehrlinger, J., Johnson, K., Banner, M., Dunning, D., & Kruger, D. (2003). Why the unskilled are unaware: Further explorations of (absent) self-insight among the incompetent. Unpublished manuscript, Cornell University, Ithaca, NY.
- Ells, T.D., Lombart, K.G., Turner, L.C., & Lucas, C.P. (2005) The Quality of Psychotherapy Case Formulations : A Comparison of Expert, Experienced, and Novice Cognitive-behavioral and Psychodynamic Therapists. *Journal of Consulting Clinical Psychology, 73*(4), 579-589.
- Ericsson, K. A. (2004) Deliberate Practice and the Acquisition and Maintenance of Expert Performance in Medicine and Related Domains. *Academic Medicine, 10*, S1-S12.
- Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., Maccallum, R. C. & Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods, 4* (3), 271 -299.
- Fields, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS (3rd ed.)*. London : Sage
- Fitts, P., & Posner, M. I. (1967). *Human Performance*. Belmont, CA : Bookes/Cole
- Friedlander, M., Keller, K. E., Peca-Baker, R. T. A., & Olk, M. E. (1986). Effects of role conflict on counselor trainees' self-statements, anxiety level, and performance. *Journal of Counseling Psychology, 33*, 73-77.
- French, R.A. & Sternberg, R.J. (1989). *Expertise and Intelligent Thinking : When it Worse to Know Better ?* In R. F. Sternberg (Ed.), *Advances in the psychology of human intelligence* (Vol. 5, pp. 157-188).

Garson, D. (2004). *Factor Analysis*.

<http://www2.chass.ncsu.edu/garson/pa765/factor.htm> (2014-11-18).

George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for windows step by step : A simple guide and reference (4th ed.)*. Boston : Allyn & Bacon.

Glaser, R. & Chi, M. T. H. (1988) *Overview*. In M. T. H. Chi, R. Glaser, and M. J. Farr (eds.), *The Nature of Expertise*. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.

Goodyear, R. K. & Guzzardo, C. R. (2000). Psychotherapy supervision and training. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology (3rd ed., pp. 83–108)*. New York: Wiley.

Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, C. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46, 1417 – 1432.

Guilford, J. P. (1978). *Fundamental statistic in psychology and education*. New York : McGraw-Hill.

Haccoun, R. R. (1987) Une nouvelle technique de verification de l'équivalence de mesures psychologiques traduites. *Revue québécoise de psychologie*, 8, 30 - 39.

Hansen, N., Lambert, M., & Forman, E. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 329–343.

Hill, C. E., & O'brien, K. M. (1999). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Hu, L., & Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling, 6*, 1-55.
- Hutcheson, G., & Sofroniou, N. (1999). *The multivariate social scientist*. London: Sage.
- Jennings, L., & Skovholt, T. M. (1999). The cognitive, emotional, and relational characteristics of master therapists. *Journal of Counseling Psychology, 46*, 3-11.
- Jennings, L., Goh, M., Skovholt, T. M., Hanson, M., & Banerjee-Stevens, D. (2003) Multiple Factors in the Development of the Expert Counselor and Therapist. *Journal of Career Development, 30(1)*, 59-72.
- Johnson, E., Baker, S. B., Kopala, M., Kiselica, M. S., & Thompson, E. C. (1989). Counseling Self-Efficacy and Counseling Competence in Prepracticum Training. *Counselor, Education and Supervision, 28*, 205-218.
- Kaiser, H. F. (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and Psychological Measurements, 20*, 141 -151.
- Kass, R. A., & Tinsley, H. E. A. (1979). Factor Analysis. *Journal of Leisure Research, 11*, 120 -138.
- Kline, P. (2000). *The handbook of psychological testing (2<sup>nd</sup> ed.)*. London : Routledge.
- Labouvie-Vief, G. (1980). Beyond formal operations: Uses and limits of pure logic in life-span development. *Human Development, 23*, 141-161.

- Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed.). New Jersey : Wiley & Sons.
- Lambert, M. J. (2010). *Prevention of Treatment Failure; The use of Measuring, Monitoring and Feedback in Clinical Practice*. American Psychological Association. Washington.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (5th ed., pp. 139-193). New York: John Wiley.
- Larson, L. M., Suzuki, L. A., Gillespie, K. N., Potenza, M. T., Bechtel, M. A., & Toulouse, A. (1992). Development and validation of the Counseling Self-Estimate Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 39*, 105–120.
- Larson, L. M., & Daniels, J. A. (1998). Review of the counseling selfefficacy literature. *The Counseling Psychologist, 26*, 179–218.
- Lecavalier, L., & Tassé, M. J. (2001). Traduction et adaptation transculturelle du Reiss Screen for Maladaptive Behavior. *Revue francophone de la déficience intellectuelle, 12 (1)*, 31 – 44.
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M.-S., & Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue Québécois de Psychologie, 25 (3)*, 73-102.
- Lent, R. W., & Brown, S. D. (2006) On Conceptualizing and Assessing Social Cognitive Constructs in Career Research: A Measurement Guide. *Journal of career assessment, 14 (1)*, 12-35.

- Lent, R. W., Hackett, G., & Brown, S. D. (1998). Extending social cognitive theory to counselor training: Problems and prospects. *The Counseling Psychologist, 26*, 295–306.
- Lent, R.W., Hill, C., & Hoffman. (2003) Development and Validation of the Counselor Activity Self-Efficacy Scales. *Journal of counseling Psychology, 50 (1)*, 97-108.
- Lerner, R. M. (1986). *Concepts and theories of human development*. New York: Random House.
- Lichtenberg, J. W. (1997). Expertise in counseling psychology: A concept in search of support. *Educational Psychology Review, 9*, 221-238.
- Lois, A. P., & Spengler, P. M. (2010) meta-analysis of the relation between mental health professionals' clinical and educational experience and judgment accuracy: review of clinical judgment research from 1997 to 2010. Unpublished doctoral dissertation, Ball State University, Muncie.
- Menard, S. (1995). *Applied logistics regression analysis. Sage university paper series on quantitative applications in the social sciences*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Munson, W. W., Stadulis, R. E., & Munson, D. G. (1986) Enhancing Competence and Self-Efficacy of Potential Therapeutic Recreators in Decision Making Counseling. *Therapeutic Recreation Journal, 20*, 85-93.

- Munson, W. W., Zoerink, D. A, & Stadulis, R. E. (1986) Training Potential Therapeutic Recreators for Self-Efficacy and Competence in Interpersonal Skills. *Therapeutic Recreation Journal*, 20, 53-62.
- Myers, R. (1990). *Classical and modern regression with applications (2<sup>nd</sup> ed.)*. Boston, MA: Duxbury.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory (2<sup>nd</sup> ed.)*. New York: McGraw-Hill.
- O'Brien, K. M., Heppner, M. J., Flores, L. Y., & Bikos, L. H. (1997). The Career Counseling Self-Efficacy Scale: Instrument development and training applications. *Journal of Counseling Psychology*, 44, 20-31.
- O'Byrne, K. R., & Goodyear, R. K. (1997). Client assessment by novice and expert psychologists: A comparison of strategies. *Educational Psychology Review*, 9, 267-278.
- Orlinsky, D. E., & Ronnestad, M. H. (2001). The therapists' perspective: Experiences of work, development and personal life. Unpublished book manuscript.
- Parker , Z., J., Waller, G. (2015) Factors related to psychotherapist's self assesment when treating anxiety and other disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 66, 1-7.
- Peters, M., & Passchier, J. (2006). Translating instruments for cross-cultural studies in headache research. *Headache*, 46, 82 -91.

- Peterson, J.B., Deyoung, C.G. Driver-Linn, E., Séguin, J.R., Higgins, D.M., Arseneault, L., & Tremblay, R.E. (2003) Self-deception and failure to modulate responses despite accruing evidence of error. *Journal of Research in Personality, 37*, 205-223.
- Perry, W. B. (1970). Forms of intellectual and ethical development in the college years. New York: Holt, Rhinehart & Winston.
- Rhodes, R. H., Hil, C. E., Thompson, B. J., & Elliot, R. (1994). Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events. *Journal of Counseling Psychology, 41*(4), 473-483.
- Ridgway R. I., Sharpley, C. (1990) Multiple Measures for the Predictions of Counsellor Trainee Effectiveness. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy, 24* (3).
- Rodolfa, E. R., Kroft, W. A., & Reilley, R. R. (1988). Stressors of professionals and trainees at APA-approved counseling and V.A. Medical Center internship sites. *Professional Psychology: Research and Practice, 19*, 43-49.
- Ronnestad, M. H., Skovholt, T. M. (2001). Learning arenas for professional development: retrospective accounts of senior psychotherapists. *Professional Psychology : Research and Practice, 32* (2), 181 -187.
- Ronnestad, M. H., Skovholt, T. M. (2003). Journey of the counselor and therapist : research findings and a perspective on development. *Journal of Career Development, 30*, 5 - 44.

- Rønnestad, M. H., Skovholt, T. M. (2012). *The developing practitioner : Growth and stagnation of therapists and counselors*. New York, NY : Routledge.
- Sandell, R., Rønnestad, P-A, Schubert, J. (1992). Feeling Like a Good Psychotherapist – Or a Bad One : Critical Incidents in Psychotherapist's Experiences. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 6(3), 213-229.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: The Guilford Press.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2005). Has the concept of the alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy*, 43, 286-291.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (pp.224-238). New York, NY: Oxford University Press.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217-243). Washington, DC: Hemisphere.
- Sedlmeier, P. (2005). *From Association to Intuitive Judgement and Decision Making : Implicitly Learning From Experience*. In T. Betsch & S. Haberstroch (eds.), *The routines of Decision Making*, Mahway, NJ : Erlbaum.
- Skovholt, M. T., & Rønnestad, M. H. (2003). Struggles of the Novice Counselor and Therapist. *Journal of Career Development*, 30(1), 45-58.

- Skovholt, M. T., & Jennings, L. (2004) *Master therapists : Exploring expertise in therapy and counseling*. Boston : Allyn & Bacon.
- Skovholt, M.T., Ronnestad, M. H., & Jennings, L. (1997). Searching for Expertise in Counseling, Psychotherapy, and Professional Psychotherapy. *Educational Psychology Review, 9 (4)*, 361 -369.
- Skovholt, M. T., Starkey, M. T. (2010). The three legs of the practitioner's learning stool : practice, research/theory, and personal life. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 40*, 125 -130.
- Spengler, P.M., White, M.J., Aegisdottir, S. (2009). The Meta-Analysis of Clinical Judgment Project : Effects of Experience on Judgment Accuracy. *The Counseling Psychologist 2009 37*: 350 originally published online October 2007.
- Spielberger, C. D., & Sharma, S. (1976). *Cross-cultural measurements of anxiety*. In : C. D. Spielberger & R. Diaz-Guerrero (Éds.), *Cross-cultural anxiety*, 13 - 25. Washington, DC. :Hemisphere.
- Stajkovic, A. D., & Luthans, F. (1998). Self-efficacy and work-related performance: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 124*, 240-261.
- Stein, D.M. & Lambert, M. L. (1984). On the Relationship Between Therapist Experience and Psychotherapy Outcome. *Clinical Psychology Review, 4*, 127-142.

- Stein, D.M. & Lambert, M. L. (1995). Graduate training in psychotherapy : Are Therapy Outcomes Enhanced? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 182-196.
- Stevens, J. P. (2002). *Applied multivariate statistics for the social sciences (4th ed.)*. Hillsdale. NJ : Erlbaum.
- Tabachnik, B. G., & Fidell, L. S. (1996). *Using multivariate statistics*. Harper and Row, New York. 509 pages.
- Tabachnik, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics (5th ed.)*. Person. 1008 pages.
- Tasse, M. J., & Craig, E. M. (1999). *Critical issues in the cross-cultural assesment of adaptive behavior*. In : R. L. Schalock (Éd.), *Adaptative behavior and its measurement: Implications for the field of mental retardation*. Washington, DC : American Association on Mental Retardation.
- Taylor, S. E. (1989). *Positive illusions: Creative self-deception and the healthy mind*. (New York: Basic Books)
- Tinsley, H. E. A., & Tinsley, D. J. (1987). Uses of factor analysis in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology, 34*, 414 -424.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology, 30*, 662 – 680.

Walfish, S., Mcalister, B., O'donnell, P., & Lambert, M.J. (2012). Are all therapists from Lake Wobegon? : An investigation of self-assessment biases in mental health providers. *Psychological Reports, 111*(2), 639-644.

Wampold, B. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.