
La perception de l'Intervention par le Client et l'Impact Thérapeutique

Marc-André Bouchard, Conrad Lecomte, Luce Charbonneau
Université de Montréal

Abstract

The present article reports on the development of a two scale measure of client perceived therapist skills for social skills training. The first, with 9 items, is the Perceived Problem Specification Skills (CPPS); the other, with 30 items, is the Client Perceived Social Skills Training scale (CPSS), which embraces various SST skills (modelling, feedback, role-playing, etc.). Both scales show high levels of internal consistency. Although client perceptions do not correlate with ratings of therapist behaviours in actual sessions, as predicted the CPSS scale is shown to relate, albeit marginally, with individual measures of therapy outcome. These results are discussed in terms of the issue of limited inter-source agreement. Further, the necessity to better evaluate the client's perceptual reality is stressed.

Résumé

Dans une perspective de validité de construit, le présent travail a tenté de développer une mesure de perception par le client des habiletés du thérapeute à offrir un entraînement aux habiletés sociales (EHS). Une première échelle (PEHS-9) porte sur la spécification du problème; la seconde (PEHS-30) concerne l'EHS proprement dit (jeu de rôle, modelage, rétroaction, etc.). La consistance interne de chacune des échelles est très élevée. La convergence avec l'activité observée en entrevue est faible. Il existe cependant des liens significatifs mais faibles entre le PEHS-30 et l'impact thérapeutique. Ces résultats sont discutés à la lumière du problème de la convergence des sources d'évaluation et dans la perspective de l'intérêt à développer de meilleures évaluations de la réalité perceptuelle du client.

La recherche en psychothérapie s'est développée autour de trois questions fondamentales. A la suite des prises de positions critiques d'Eysenck (1952), on a d'abord tenté de démontrer que la psychothérapie est plus efficace qu'une diversité de conditions de contrôle, ce qui est aujourd'hui établi de façon satisfaisante (voir Bergin & Lambert, 1978). Par la suite, on a procédé à l'étude de l'efficacité comparée de thérapies d'orientations théoriques diverses, pour conclure que les psychothérapies s'équivalent dans l'ensemble (Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975; Sloane, Staples, Cristol, Yorkston, & Whipple, 1975; Smith, Glass, & Miller, 1980). Plus récemment, par des études dites de "processus," on a tenté de répondre à la question de savoir quels événements thérapeutiques spécifiques précèdent quels résultats spécifiques chez le client (Orlinsky & Howard, 1978).

Dans cette troisième catégorie de recherches, plusieurs travaux ont en particulier démontré le lien qui existe entre la perception subjective par le client du thérapeute en tant que personne empathique et l'impact thérapeutique. Par exemple, Saltzman, Luetgert, Roth, Creaser, et Howard (1976) et Tovian (1977) ont constaté que la perception par le

client du niveau d'empathie du thérapeute est associée à l'impact positif, quoique certains travaux ne confirment pas cette tendance (voir Mitchell, Bozarth, Truax, & Krauft, 1973).

Le fait d'inclure le client comme une source crédible de données fait de plus en plus partie des recommandations méthodologiques des principaux auteurs dans le domaine (v.g., Bergin & Lambert, 1978; Parloff, Waskow, & Wolfe, 1978; Strupp, 1978). Il est de plus en plus reconnu en effet qu'il existe des rapports complexes entre l'impact thérapeutique, lequel est considéré comme multidimensionnel, et les "habiletés" du thérapeute. C'est ainsi qu'il est admis que des comportements "réels" du thérapeute ne peuvent opérer d'influence sans une forme ou l'autre de prise de conscience ("*awareness*") de la part du client (voir Parloff et al., 1978, pp. 250-251).

Par ailleurs, l'entraînement aux habiletés sociales (EHS) semble s'analyser comme un ensemble cohérent d'habiletés thérapeutiques centrées sur l'action concrète offrant un intérêt certain pour des thérapeutes d'orientations théoriques diverses. Ainsi Ford (1978) a étudié le pouvoir de prédiction de la relation thérapeutique et de la perception de la relation thérapeutique, dans le contexte d'une thérapie à court terme, de huit séances d'EHS. Ses résultats indiquent que ces facteurs prédisent l'impact thérapeutique de façon limitée.

Une analyse conceptuelle des dimensions impliquées dans l'EHS conduit à identifier deux catégories d'habiletés (voir Mathieu, Wright, & Valiquette, 1977). La première est préliminaire en quelque sorte à l'intervention et consiste en une série d'habiletés de recherche d'information et de spécification du problème (SP) ou des objectifs. La seconde catégorie (EHS) comprend cinq composantes thérapeutiques essentielles: l'exposé des principes (les objectifs de la démarche, diminuer l'anxiété, exposé des causes possibles, exercices, etc.), l'entraînement à l'auto-observation (prises de notes, utilité et pertinence, etc.), la répétition des habiletés par jeu de rôle (objectifs du jeu de rôle, de la pratique concrète, mises en situation, etc.), le modelage (le thérapeute démontre au client, qui observe, les habiletés sociales verbales et non verbales à acquérir), enfin la rétroaction (le thérapeute ou le client commente sur les comportements spécifiques appropriés et inappropriés du client ou du thérapeute). S'appuyant sur une telle analyse conceptuelle des ingrédients thérapeutiques de l'EHS, Wright, Mathieu, & McDonough (1981) constatent que suite à 20 heures de formation, des thérapeutes démontrent une amélioration sur une mesure d'observation directe de leurs habiletés à faire l'EHS, en situation simulée. Pour leur part, Bouchard, Wright, Mathieu, Lalonde, Bergeron, & Toupin (1980) utilisent une version modifiée pour la situation clinique, de la mesure de compétence thérapeutique comprenant 17 items, ramenés à deux échelles, correspondant aux deux catégories présentées plus haut. (SP et EHS). Ils constatent que le score obtenu à la mesure d'EHS par

l'observation directe des entrevues avec des clients réels est associé à l'effet positif de la thérapie.

Le présent travail contribue à ce projet de recherches en développant et en évaluant une mesure parallèle de perception des deux catégories, soit de SP (spécification de problèmes) et EHS (entraînement aux habiletés sociales) respectivement.

MÉTHODE

Présentation du questionnaire

Le questionnaire de perception de l'entraînement aux habiletés sociales (PEHS) est présenté en appendice. Il comprend deux échelles, en accord avec les résultats de Bouchard et al. (1980), qui démontrent que la spécification du problème n'est pas en corrélation avec l'impact thérapeutique (IT), alors que les compétences spécifiques de l'EHS le sont. En accord avec la méthodologie de la validité convergente et discriminante, il est intéressant d'inclure dans la même matrice de corrélation des indices dont on s'attend qu'ils se comportent différemment, d'où l'inclusion de SP. Les items 1 à 9 forment l'échelle de spécification du problème, appelée PEHS-9. Cette échelle couvre la perception des habiletés de recherche d'information et de spécificité, à partir du cadre interne du client, à divers niveaux: comportemental (item 5), cognitif (item 4), affectif (item 3). Les 30 items suivants, soit 10 à 39, forment l'échelle d'EHS proprement dite, appelée PEHS-30. A noter que les items 37 et 39 sont formulés de façon négative et doivent être inversés dans la compilation. Les trente items de l'échelle PEHS-30 couvrent les autres habiletés du thérapeute relatives à un EHS approprié déjà discutées plus haut, et en particulier la perception des composantes définissant l'exposé des principes (items 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17), l'entraînement à l'auto-observation (items 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26), la répétition des habiletés par jeu de rôle (27, 28, 29, 30, 31, 32, 36), la rétroaction (33, 34, 38, 39) et enfin le modelage (35, 37).

L'échelle de cotation utilisée est en six points, de 1 à 6, soit de "presque pas" à "très souvent." Il s'agit donc d'un questionnaire de perception de la fréquence de chacune des habiletés appropriées. Les items décrivent en effet l'habileté telle qu'elle devrait habituellement être émise pour être considérée comme "compétente," selon les grilles d'observation directe utilisées dans les études précédentes. Enfin le total de chaque échelle s'obtient en additionnant la cote donnée à chaque réponse. On obtient ainsi deux scores, l'un pour l'échelle PEHS-9 (variant de 9 à 54) et l'autre pour l'échelle PEHS-30 (variant de 30 à 180). Le questionnaire, de même que l'inventaire de relation de Barrett-Lennard (1962) furent donnés au client, par leur thérapeute, respectivement après l'entrevue 5 et l'entrevue 7, en leur demandant de remettre, sous

enveloppe scellée, à un assistant de recherche, leurs formulaires complétés, dont le caractère anonyme était assuré.

Sujets

Deux groupes de sujets participent à l'étude: trente clients consultent pour des problèmes d'anxiété sociale, et les trente thérapeutes qui leur offrent un traitement pour un EHS à court terme.

Thérapeutes. Les trente thérapeutes ont été recrutés au moyen de diverses formes de publicité: par la Corporation Professionnelle des Psychologues du Québec, des affiches exposées dans les Départements de Psychologie de diverses Universités de Montréal, etc. Le seul critère d'admission au projet est d'avoir complété une maîtrise en psychologie, ou au minimum d'être inscrit à un programme d'étude en vue de l'obtention d'une maîtrise en psychologie. Parmi les trente thérapeutes recrutés, 12 sont de sexe masculin et 18 de sexe féminin. Leur expérience clinique varie: 20 ont une année (ou moins) d'expérience, 6 ont de une à deux années d'expérience et 4 ont plus de deux ans d'expérience. Leur orientation théorique est également diversifiée: 17 se disent "éclectiques," 8 behavioristes et 5 d'orientation humaniste. Ils participent à une formation intensive relativement à l'entraînement aux habiletés sociales (Bouchard et al., 1980; Wright et al., 1981). Par la suite les thérapeutes sont assignés à l'un de six groupes de supervision formés respectivement de cinq thérapeutes et de deux superviseurs. Cinq rencontres de deux heures et demie chacune ont lieu pour chaque groupe au cours de huit sessions de thérapie.

Clients. Un total de 74 clients se sont initialement présentés pour participer à l'étude. Tous ont été convoqués à une séance d'évaluation individuelle pendant laquelle ils ont eu à remplir une série de questionnaires présentés par une équipe indépendante d'évaluateurs dont les suivants: l'échelle d'anxiété de trait (ASTA: Bergeron, Landry, & Bélanger, 1976), l'échelle Rathus d'affirmation de soi (ERAC: Bouchard, Valiquette, & Nantel, 1975). Ces questionnaires servent d'une part à la sélection des sujets et d'autre part à l'évaluation de l'impact. Pour être choisis, les sujets doivent d'abord obtenir une cote de—12 et moins à l'ERAC; à un inventaire biographique, ils doivent de plus décrire au moins un problème ou objectif précis relié à l'affirmation de soi. Enfin, au moment de leur inscription, les clients ne doivent pas être engagés dans une autre démarche psychothérapeutique. Trente clients ont ainsi été sélectionnés, dont 21 de sexe masculin et 9 de sexe féminin. Sept sont mariés. L'âge moyen est de 25.4 ans ($s=6.13$, étendue=19-44 ans). Ils possèdent une scolarité moyenne de 15.3 ans ($s=1.88$, étendue=12-10 ans). En somme, les clients retenus pour l'étude ne présentent actuellement aucun désordre de la pensée, de problèmes dépressifs ou d'autres difficultés majeures qui limiteraient les bénéfices potentiels de l'EHS, ou

qui nécessiteraient une référence plus appropriée. Par contre, un examen des objectifs de traitement et leur niveau élevé de motivation démontrent que tous les participants étaient préoccupés par des problèmes personnels significatifs dans le domaine de leurs relations sociales, accompagnés de conséquences négatives manifestes.

Evaluation Multidimensionnelle de l'Impact Thérapeutique

L'impact fut évalué selon plusieurs sources: le client, le thérapeute et des observateurs indépendants. Une échelle d'anxiété (ASTA) et une échelle d'assertion (ERAC) ont été utilisées. Ensuite, partant des recommandations de Bergin et Lambert (1978) et suite à Sloane et al. (1975), trois mesures individualisées d'impact ont été élaborées en fonction des problèmes spécifiques de chaque client. Dans la première phase de la thérapie, suite à l'identification de problèmes, thérapeute et client choisissaient ensemble trois problèmes-cibles à travailler au cours de l'intervention. Une fois ces problèmes définis, le client, à l'aide d'une grille, s'accorde une cote de maîtrise personnelle (MPC) pour chacun des trois problèmes, à partir d'une échelle en 10 points où 1 signifie "aucune maîtrise" et 10 "maîtrise complète." La cote moyenne de MPC pour les trois problèmes est alors utilisée. Pour ces mêmes trois difficultés, le thérapeute évalue, de façon indépendante, le degré de sévérité (SEVT) pour chaque problème du client sur une échelle de 0 à 4 ("absent" à "important"). La moyenne des trois cotes est ici encore utilisée. Enfin le thérapeute estime, sur une échelle d'amélioration en 12 points où 0 veut dire "forte détérioration," 6 "aucun changement," et 12 "récupération totale," le niveau d'amélioration pour chaque problème. A nouveau la moyenne des trois chiffres fut conservée et constitue le score de perception d'amélioration selon le thérapeute (AMET). Cette procédure reprend celle décrite dans Sloane et al. (1975). Un suivi, après 5 mois, a été assuré, par envoi postal, pour les trois mesures d'impact fournies par le client (ASTA, ERAC et MPC), puis un autre, après 12 mois, avec seulement l'ERAC et le MPC.

Enfin la sixième mesure d'efficacité provient d'un score moyen d'assertion globale (GLOB) donné par des observateurs qui cotent le comportement des clients observés dans 10 situations de jeu de rôle (Eisler, Miller, & Hersen, 1973). Ces 10 situations furent développées pour simuler des situations réelles d'assertion et comprennent les cinq catégories suivantes: (a) refus d'une demande déraisonnable; (b) expression de sentiments positifs; (c) expression de sentiments négatifs; (d) demande de service; (e) invitations ("*dating behavior*"). Ces mêmes situations ont été utilisées précédemment dans l'étude de Bouchard et al. (1980). Chaque situation durait 60 secondes et l'interaction fut enregistrée sur un magnétoscope Sony 3,600. Deux couples de protagonistes-assistants de recherche furent utilisés. Le premier couple comprenait un homme et

une femme donnant la réplique aux clients dans les situations au prétest et au post-test 1 immédiatement après les deux mois de la thérapie. Un second couple de protagonistes fut ensuite utilisé au post-test 2, comme test de généralisation, mais pour des situations identiques, au cours de la même journée de passation du post-test 1. Plusieurs études utilisant le jeu de rôle confirment le bien-fondé d'utiliser des échelles globales d'évaluation de la performance des sujets (voir Eisler, Hersen, Miller, & Blanchard, 1975). Ainsi deux juges entraînés ont coté de façon indépendante chacune des situations de chacun des sujets. La cote globale est attribuée à partir d'une échelle de 1 à 5 où 1 signifie "médiocre" et 5 "excellent." Donc, pour chaque situation parmi les trente enregistrées pour chaque sujet (10 au pré-test, 10 au post-test 1, 10 au post-test 2), le juge évalue globalement dans quelle mesure le client est assertif. L'accord inter-observateurs moyen pour cette cote est respectivement de $r=.77$ au pré-test, $r=.78$ au post-test 1, et $r=.78$ au post-test 2, ce qui est satisfaisant. De plus, les coefficients alpha de consistance interne de la cote GLOB pour les 10 situations aux trois moments indiquent une bonne consistance, respectivement de .758, .806, et .788. En conséquence, il apparaît justifié de combiner les scores obtenus à chacune des situations pour obtenir une cote globale moyenne (GLOB), pour les dix situations, qui est utilisée lors des analyses.

Evaluation par Observation Directe des Habiletés des Thérapeutes

L'entraînement aux habiletés sociales (EHS) est offert aux clients sous la forme d'une thérapie individuelle, à raison d'une heure par semaine pendant huit semaines. Les entrevues sont enregistrées sur bande magnétique. Par la suite des équipes indépendantes de coteurs évaluent, pour cinq entrevues de chaque paire client-thérapeute, diverses composantes des habiletés de processus et d'intervention émises par la thérapeute. Les entrevues, 2, 3, 5, 6, et 7 furent utilisées. Soixante-quatre variables furent cotées, dont quatre sont pertinentes au présent travail: le nombre de questions ouvertes (QO), le nombre de recherches d'information (RI) et surtout la spécification de problème (SP) et l'entraînement aux habiletés sociales (EHS) définies de façon parallèle aux deux échelles PEHS-9 et PEHS-30. Ces quatre indices de l'activité verbale du thérapeute observée directement par l'écoute des entrevues constituent une source additionnelle importante d'évaluation de l'intervention.

RÉSULTATS

Fidélité du PEHS

Le premier résultat porte sur les statistiques descriptives de chacune des deux échelles, PEHS-9 et PEHS-30. La moyenne obtenue avec les 30 clients de l'étude, à l'échelle PEHS-9, est de 45.83 (sur un maximum de

54) et l'écart-type de 6.77. En général, les clients considèrent que leur thérapeute a fait l'identification de problèmes de façon appropriée, assez souvent en cours de la thérapie. Le calcul du coefficient alpha à partir des 9 items de l'échelle permet d'estimer la proportion de variance vraie expliquée par l'échelle ou l'erreur de mesure, c'est-à-dire la fidélité. Le coefficient obtenu est de .875, ce qui est très satisfaisant, compte tenu du petit nombre d'items. L'échelle PEHS-9 est donc assez homogène et il est possible de la considérer comme ayant un niveau satisfaisant de fidélité. Enfin l'analyse d'item révèle que tous sont en corrélation positive au moins minimale avec le total, ce qui justifie de les garder tous.

Pour sa part, l'échelle PEHS-30 présente une moyenne de 137.77 (sur un maximum de 180), et un écart-type de 20.59. Considérant l'échelle employée, il ressort que les clients de l'étude perçoivent qu'en général leur thérapeute utilise souvent les habiletés spécifiques d'EHS appropriées. L'analyse d'item a permis d'éliminer un item, qui avait une corrélation négative faible mais significative avec le total. Cet item n'apparaît pas à l'appendice, l'échelle comprenant en effet au départ 31 item; on se retrouve donc maintenant avec les 30 item présentés. Le coefficient alpha, estimé sur les 30 items qui restent, suite à l'analyse d'item, est de .907. L'échelle PEHS-30 est donc homogène, les items concernant d'ailleurs toutes les habiletés d'un même construit, analysé *a priori*, ce résultat est attendu, d'autant plus que 30 items composent l'échelle.

Enfin, il est à noter que la corrélation entre les deux échelles 9 et 30 n'est que de $r = .59$, ($p < .001$). Les deux échelles n'ont donc que 36% de la variance en commun confirmant l'indépendance relative (64% de variance hétérogène) des deux catégories d'habiletés.

Validité de Construit

Le concept de validité de construit, formulé par Cronbach et Meehl (1955), apparaît des plus pertinents à chaque fois qu'un test est interprété comme une mesure d'un certain attribut, d'une certaine qualité, pour lesquels il n'y a pas de critère unique (asymétrique) accepté universellement pour définir de façon adéquate l'attribut en cause. Clairement cette conception s'applique à la situation actuelle. Le but est de voir dans quelle mesure les données observées avec les deux échelles du PEHS-9 et du PEHS-30 peuvent s'intégrer à un ensemble de relations avec d'autres mesures opérationnelles du même construit, et ensuite d'autres construits. Morf (1974) présente une analyse de ces questions, en termes de validité première et de validité seconde. La validité première concerne les rapports entre un indice A (i.e., l'échelle du PEHS-30) et un autre indice, B, méthodologiquement différent, censé mesurer le même construit (e.g., la grille d'observation directe des

thérapeutes en entrevue). De façon complémentaire, un indice dont l'objectif est de mesurer un construit différent (i.e., la perception des habiletés de relation d'aide: Barrett-Lennard, (1962) autorise alors une étude de convergence-discrimination. Enfin la validité seconde concerne les rapports entre deux indices dont le lien nécessite l'élaboration d'une inférence théorique: par exemple le lien entre le PEHS et l'impact thérapeutique, compte tenu de la prédiction théorique qui veut qu'une intervention doit être perçue (et non seulement émise) pour avoir un effet. C'est dans ce context que les trois études de validité qui suivent ont été réalisées.

Validité première. L'étude de la validité première a d'abord conduit à examiner les corrélations entre les échelles PEHS-9 et PEHS-30 et les données parallèles de spécification de problèmes et d'habiletés sociales issues de la grille d'observation directe du processus thérapeutique de cinq des huit entrevues de thérapie. Les résultats révèlent que seule la corrélation entre le PEHS-9 et les habiletés observées de spécification de problèmes est significative, marginalement ($r = .39, p < .05$) alors que les autres relations sont nulles et en particulier celle entre le PEHS-30 et les habiletés d'EHS observées en entrevue ($r = -.02, n.s.$). Il est impossible de savoir si le manque de corrélation provient d'une variance due aux différences de méthode, ou d'un manque de rapport entre la perception et la fréquence observée d'habiletés thérapeutiques. Par contre on constate tel qu'attendu deux corrélations entre le PEHS-9 et la recherche d'information ($r = .38, p < .05$) et le nombre de questions ouvertes ($r = .40, p < .05$) alors qu'avec le PEHS-30, ces mêmes relations ne sont pas significatives ici encore tel que prévu (respectivement, $r = .21$ et $r = .08, n.s.$).

Enfin, les corrélations du PEHS-9 et du PEHS-30 avec la perception globale de la qualité de la relation (Barrett-Lennard, 1962) sont respectivement, de $r = .52 (p < .01)$ pour le PEHS-9, et de $r = .42 (p < .05)$, pour le PEHS-30. Tel que prévu, ces corrélations sont moins élevées que celle observée entre les deux échelles du PEHS. Un tel résultat confirme une différenciation entre les construits. En effet, la présence de corrélations significatives semble indiquer une certaine covariation des mesures de perception par le client, mais ces deux mesures n'ont que de 17% à 27% de variance en commun.

Validité seconde. Ici il s'agit de mettre en relation au moyen de corrélations partielles (voir Linn & Slinde, 1977) la perception de la thérapie et les résultats obtenus. Le tableau 1 présente les résultats de ces corrélations partielles. L'échelle de PEHS-9 ne prédit aucune des facettes de l'impact thérapeutique, ce qui est attendu dans la mesure où l'habileté de spécification de problème, en soi, n'est pas un ingrédient conduisant à un changement au niveau des comportements d'habiletés sociales.

Pour sa part, l'échelle PEHS-30 est en corrélation positive significa-

TABLEAU 1

Corrélations partielles entre les échelles du PEHS et chacune des mesures d'impact thérapeutique au post-test et aux suivis de 5 mois et de 12 mois

<i>Mesures de l'impact thérapeutique</i>														
<i>Mesures individualisées</i>														
<i>Nombre de sujets et échelles</i>	<i>MPC</i>			<i>SEVT</i>			<i>AMET</i>		<i>Echelle RATHUS (ERAC)</i>		<i>Echelle d'anxiété (ASTA)</i>		<i>Cote Globale GLOB</i>	
	<i>Post-test</i>	<i>Suivi 5 mois</i>	<i>Suivi 12 mois</i>	<i>Post-test</i>	<i>Post-test</i>	<i>Post-test</i>	<i>Suivi 5 mois</i>	<i>Suivi 12 mois</i>	<i>Post-test</i>	<i>Suivi 5 mois</i>	<i>Post-test I</i>	<i>Post-test II</i>		
N	29	24	24	29	29	30	25	24	30	25	30	30		
PEHS-9	.22	.25	-.07	.18	.07	-.18	-.10	.06	.10	.02	.27	.20		
PEHS-30	.54**	.47*	.35*	-.21	.41*	.02	-.19	-.01	-.12	-.11	.30	.19		

Pour des raisons diverses le nombre de sujets compris dans l'échantillon a varié selon les mesures, ou le moment de l'évaluation:

1: N = 29; 2: N = 24; 3: N = 30; 4: N = 23

* $p < .05$

** $p < .01$

tive avec la mesure de maîtrise personnelle par le client au post-test (MPC: $r = .54$, $p < .01$). Cette relation est maintenue au suivi de 5 mois (MPC: $r = .47$, $p < .05$), et au suivi de 12 mois (MPC: $r = .35$, $p < .05$). De plus, on constate que la perception de l'intervention prédit également la mesure d'amélioration, par le thérapeute (AMET: $r = .41$, $p < .05$). On constate enfin que toutes les autres mesures standards d'auto-évaluation ou comportementales ne sont pas en relation avec le PEHS-30. Il existe ainsi dans l'ensemble un lien entre les mesures individualisées d'IT et la perception par le client de la fréquence d'intervention en termes d'entraînement aux habiletés sociales.

DISCUSSION

Ce travail a tenté de contribuer à l'étude du processus thérapeutique en thérapie individuelle en développant une mesure originale de la perception par le client de l'intervention en termes d'habiletés sociales. Deux échelles, le PEHS-9 et le PEHS-30, élaborées à partir d'une analyse des ingrédients thérapeutiques de l'EHS, ont été présentées. Chacune présente une fidélité satisfaisante, telle qu'évaluée par la consistance interne. De plus, la validité du construit à l'étude a été mise à l'épreuve par l'examen de trois questions liées à la validité première et à la validité seconde.

Validité première

Au niveau de la validité première, un total de 10 corrélations ont été examinées, cinq concernant le PEHS-9 et cinq le PEHS-30. Avec le PEHS-9 toutes les relations observées correspondaient aux attentes de corrélations positives ou nulles selon le cas entre le PEHS-9 et les indices du processus (SP, EHS, recherche d'information et question ouverte), ou de perception de la relation (Barrett-Lennard). Par contre avec le PEHS-30, la relation attendue entre l'indice de perception et l'évaluation de l'EHS par les juges ne s'est pas vue confirmée, cependant que les quatre autres corrélations étaient dans le sens prédit (aucune corrélation avec SP, recherche d'information et question ouverte, et corrélation positive avec le Barrett-Lennard). Ces résultats sont encourageants et soulignent la pertinence de l'échelle PEHS-9 comme reflet des habiletés diagnostiques et d'écoute active du thérapeute.

Par contre l'absence de corrélation entre le PEHS-30 et les habiletés d'EHS soulève un certain nombre de problèmes théoriques et méthodologiques importants, dont celui, crucial, de la source d'évaluation, lequel est relié à celui de la variance due à la méthode. Ce problème peut être énoncé de la façon suivante: les évaluations du processus et de l'impact thérapeutique par les patients, les pairs, les cliniciens indépendants et les thérapeutes, au mieux, et ce de façon courante, ne corrélaient que de façon modérée (voir Strupp, 1978, p. 8). Pour Parloff *et al.* (1978, p. 250) ce problème s'énonce ainsi: "des efforts subséquents pour comparer les jugements du comportement du thérapeute rendus par les clients, les juges et les thérapeutes n'ont pas réussi à démontrer d'accord consistant entre ces sources." Pour Strupp (1978, p. 8) on peut attribuer cet état de faits à l'imperfection des instruments et à la faillibilité des coteurs, mais l'on devrait aussi prendre conscience du fait que les différentes sources (juge externe, client, thérapeute) construisent différentes perspectives du problème et que le manque relatif de corrélation résulte partiellement de ces divergences légitimes inhérentes à leurs points de vue. Dans le cas qui nous intéresse, la source (client versus coteur) et la méthode (échelle d'attitude versus grille d'observation systématique) divergent et seule une étude de généralisabilité permettrait de départager les diverses sources de variation. Néanmoins il est évident que les résultats obtenus ici concernant la validité première sont tout à fait dans le sens de ce qui y est une tendance générale reconnue dans le domaine en psychothérapie.

Validité seconde

Au niveau de la validité seconde, un total de 24 corrélations ont été examinées (tableau 1). De celles-ci, les 12 concernant le PEHS-9 étaient prévues comme devant être nulles, selon une perspective de validité divergente, ce qui s'est produit. Par contre, des 12 autres concernant le

PEHS-30, seulement 4 sont significatives. Ces quatre corrélations concernent cependant une dimension essentielle du changement thérapeutique, soit les mesures individualisées (du client et du thérapeute), lesquelles sont plus proches de la phénoménologie du client. Il est aussi à noter que le lien entre la perception de l'intervention EHS et l'impact mesuré de façon individualisée est robuste dans la mesure où il se poursuit aux suivis de 5 et 12 mois.

Ces résultats positifs sont encourageants et confirment tout à fait les recommandations de Bergin et Lambert (1978), pour qui il ne fait plus aucun doute que le changement thérapeutique est multidimensionnel, que les changements au niveau des états internes sont aussi importants à évaluer que les changements au niveau du comportement, que les critères de changement devraient être individualisés, et enfin que les mesures traditionnelles en personnalité (v.g., l'ASTA, l'ERAC) sont à délaissier. Les huit autres corrélations non significatives impliquent l'auto-évaluation de l'assertion et de l'anxiété d'état, de même que la mesure d'assertion en jeu de rôle par des juges, et réfèrent à des dimensions indépendantes de l'impact thérapeutique. Rétrospectivement, il est peut-être naïf de s'attendre à ce que la seule source de perception de l'EHS soit en corrélation avec quatre dimensions orthogonales de l'impact. Une solution évidente à ce problème nous est peut être fournie par les possibilités d'analyses corrélationnelles qui mettent en rapport plusieurs indices de processus avec plusieurs indices d'impact (voir Cronbach & Furby, 1970).

Dans l'ensemble, il apparaît que le PEHS est une mesure raisonnablement fidèle. Il fournit des indices de perception subjective de l'intervention reçue en EHS, qui sont minimalement discriminatifs par rapport au construit qu'il est censé mesurer, et qui prédisent certains volets essentiels de l'IT. L'évaluation de la validité de construit d'un instrument de mesure n'appelle pas une réponse binaire, positive ou négative; c'est plutôt à travers une évaluation répétée des convergences et discriminations que doit s'établir avec un programme de recherches complet une telle validité, que n'est jamais vraiment assurée. En ce qui concerne le PEHS-9, puisque quatre corrélations convergentes attendues sur quatre, et douze corrélations discriminantes sur douze ont été observées, la validité de construit semble des plus prometteuses. Le PEHS-30 pour sa part se voit confirmé à travers cinq corrélations convergentes sur 14, et trois corrélations discriminantes sur trois. Ces données initiales nous paraissent justifier que d'autres travaux portent sur les rapports entre la perception de l'intervention, le processus et l'impact, en tenant compte des problèmes méthodologiques et métrologiques soulevés face à la conception traditionnelle qui s'attend à une convergence bien illusoire, entre les sources d'évaluation. La présente recherche nous amène ainsi à recommander que de futurs travaux s'attardent davantage à saisir la réalité perceptuelle du client. En effet, il

semble que la perception du client puisse nous permettre de mieux comprendre l'influence de nos interventions en termes d'impact positif. Les résultats les plus clairs de la présente recherche se situent en effet en termes d'intervention et d'impact dans l'univers perceptuel du client.

Notes infra-paginales

1. Les auteurs désirent exprimer leur gratitude au Docteur John Wright, Ph.D., pour son encouragement à poursuivre ce travail. (Les demandes de tirés-à-part peuvent adressées à Marc-André Bouchard, Département de Psychologie, Université de Montréal, C.P. 6128, Succursale "A", Montréal, Québec H3C 3J7.)
2. Une copie des grilles d'observation directe utilisées est disponible sur demande.

Références

- Barrett-Lennard, G. T. (1962). Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs: General and Applied*, 76, No. (43).
- Bergeron, J., Landry, M., & Bélanger, D. (1976). The development and validation of a French form of the State-Trait Anxiety Inventory. In C. D. Spielberger & R. Diaz-Cuerrero (Eds.), *Cross-cultural anxiety*. New York: Wiley.
- Bergin, A. E., & Lambert, M. J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2e éd. rev.). New York: Wiley, pp. 139-190.
- Bouchard, M. A., Valiquette, C., & Nantel, M. (1975). Etude psychométrique de la traduction française de l'échelle Rathus d'assertion comportementale. *Revue de modification du comportement*, 5, 84-103.
- Bouchard, M. A., Wright, J., Mathieu, M., Lalonde, F., Bergeron, G., & Toupin, J. (1980). Structured learning in teaching therapists social skills training: acquisition, maintenance and impact on client outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 491-502.
- Cronbach, L. J., & Furby, L. (1970). How we should measure "change"—or should we? *Psychological Bulletin*, 74, 68-80.
- Cronbach, L. J., & Meehl, P. E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, 52, 281-302.
- Eisler, R. M., Hersen, M., Miller, P. M., & Blanchard, E. B. (1975). Situational determinants of assertive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 330-340.
- Eisler, R. M., Miller, P. M., & Hersen, M. (1973). Components of assertive behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 29, 295-299.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Ford, J. D. (1978). Therapeutic relationship in behavior therapy: an empirical analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1302-1314.
- Linn, R. L., & Slinde, J. A. (1977). The determination of the significance of change between pre and post-testing periods. *Review of Educational Research*, 47, 121-150.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). A comparative study of psychotherapies: is it true that "everyone has won and all must have prizes?". *Archives of General Psychiatry*, 32, 993-1008.
- Mathieu, M., Wright, J. C., & Valiquette, C. (1977). Assertion et habiletés sociales. In R. Ladouceur, M. A. Bouchard, & L. Granger (Eds.), *Principes et applications des thérapies comportementales*. St-Hyacinthe: Edisem et Paris: Maloine.
- Mitchell, R. M., Bozarth, J. D., Truax, C. B., & Krauft, C. C. (1973). *Antecedents to psychotherapeutic outcome*. Arkansas rehabilitation research and training center: University of Arkansas.

- Morf, M. E. (1974). The three levels of generalizability. *Psychological Reports*, 34, 1130-1146.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1978). The relation of process to outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2e éd. rev.). New York: Wiley, 283-330.
- Parloff, M. B., Waskow, I. E., & Wolfe, B. E. (1978). Research of therapist variables in relation to process and outcome. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2e éd. rev.). New York: Wiley, 1978, pp. 233-282.
- Saltzman, C., Luetgert, M. J., Roth, C. H., Creaser, J., & Howard, L. (1976). Formation of a therapeutic relationship: experiences during the initial phase of psychotherapy as predictors of treatment duration and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 546-555.
- Sloane, R. B., Staples, F. R., Cristol, A. H., Yorkston, N. J., & Whipple, K. (1975). *Psychotherapy versus behavior therapy*. Boston, MA: Harvard University Press.
- Smith, S. M., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press, 1980.
- Strupp, H. H. (1978). Psychotherapy research and practice: an overview. In S. E. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2e éd. rev.). New York: Wiley, 1978, pp. 3-22.
- Tovian, S. M. (1977). *Patient experiences and psychotherapy outcome*. Unpublished doctoral dissertation, Northwestern University, 1977.
- Wright, J., Mathieu, M., & McDonough, C. (1981). An evaluation of three approaches to the teaching of a behavioral therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 37, 326-335.

APPENDICE I

Le PEHS - Questionnaire de Perception de l'Entraînement aux Habiletés Sociales

CONSIGNE:

Vous trouverez ci-dessous une liste d'énoncés qui portent sur votre perception de la manière dont le thérapeute que vous avez rencontré vous offre ses services. Cet inventaire vise donc à connaître votre évaluation PERSONNELLE de chacun des aspects présentés plus bas. Il est important de répondre de façon sincère. Il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse: est valable toute réponse qui correspond à ce que vous pensez et ressentez vraiment.

Répondez à chaque énoncé dans la colonne des réponses, à droite de la feuille, selon ce qui semble approprié à votre évaluation personnelle des divers aspects spécifiques de l'entraînement lui-même. Assurez-vous de répondre à TOUS les énoncés. Inscrivez un chiffre de 1 à 6, suivant le cas, et en tenant compte de la signification accordée à chacun d'eux.

- 1: Presque pas
- 2: Un peu
- 3: Modérément
- 4: Assez souvent
- 5: Souvent
- 6: Très souvent

	REPONSE
1. ____ s'informait avec précision de ce qui se passait au cours de la semaine	_____
2. ____ m'a aidé à distinguer clairement les situations dans lesquelles j'ai de la difficulté	_____
3. Pour les situations difficiles pour moi, ____ m'a fait préciser ce que je ressentais	_____
4. Pour les situations difficiles pour moi, ____ m'a fait préciser ce que je pensais ou me disais	_____
5. Pour les situations difficiles pour moi, ____ m'a fait préciser ce que je faisais	_____

6. Pour les situations difficiles pour moi, ____ m'a aussi fait préciser les réactions des autres personnes _____
7. ____ s'informait de ce que je pensais de mon comportement _____
8. ____ voulait obtenir le plus d'informations précises possibles sur mes difficultés de comportement _____
9. ____ m'a aidé à établir une liste croissante (ou hiérarchique) de mes difficultés à m'affirmer _____
10. ____ m'a aidé à voir les avantages et les désavantages à changer mon comportement _____
11. ____ m'a expliqué en quoi consistait l'entraînement aux habiletés sociales et quels moyens il/elle était pour utiliser afin de m'aider à m'affirmer _____
12. ____ m'a expliqué de façon claire et précise en quoi consistaient pour moi les objectifs de la thérapie (ex. augmenter la confiance en soi, diminuer le niveau d'anxiété, apprendre de nouveaux comportements) _____
13. ____ m'a exposé de façon claire et précise quelles pouvaient être les causes probables de mon problème (ex. anxiété trop élevée, façon d'anticiper les conséquences, manque de confiance en soi) _____
14. ____ m'a dit que l'on commencerait par modifier des comportements simples dans les situations les moins stressantes _____
15. ____ m'a expliqué que j'aurais des exercices à faire à l'extérieur mais seulement quand je me sentirais prêt _____
16. ____ a pris le temps de me montrer les similitudes entre ce qui se passe en entrevue et ce qui peut m'arriver à l'extérieur dans la vie quotidienne _____
17. ____ s'est assuré que je comprenais bien ce que nous allions faire ensemble et pourquoi _____
18. ____ m'a expliqué en quoi consistait la méthode de l'auto-observation (ou prise de notes, ou carnets personnels, etc.) _____
19. ____ m'a indiqué en quoi cette méthode me permet de prendre conscience de ce qui se passe vraiment pour moi dans les situations difficiles ou problématiques _____
20. ____ m'a communiqué de façon claire et précise en quoi l'auto-observation pouvait être utile non seulement pour enregistrer ce qui se passe dans le quotidien, mais également pour m'aider à changer au besoin certaines de mes réactions _____
21. ____ m'a précisé qu'il est préférable de procéder à l'auto-observation sur une base régulière et dès que possible après les événements pertinents _____
22. ____ m'a expliqué en détails comment utiliser l'auto-observation avec date, jour, situations, réactions personnelles, etc. _____
23. Lorsque j'avais de la difficulté à utiliser l'auto-observation, ou encore lorsque je n'ai plus eu envie de l'utiliser, ____ m'a aidé à solutionner ces difficultés _____
24. ____ se préoccupait activement de la manière dont j'utilisais l'auto-observation, de l'effet de cette méthode sur moi, sur ma capacité de m'affirmer, en me posant des questions _____
25. ____ utilisait les contenus de l'auto-observation pour mieux comprendre ou mieux s'informer de ce qui se passait ou s'était passé pour moi _____
26. ____ utilisait les contenus de l'auto-observation pour l'aider à me guider dans mes tentatives d'affirmation _____
27. ____ utilisait les contenus de l'auto-observation pour l'aider à élaborer les situations concrètes servant au jeu de rôle en entrevue _____
28. Avant d'utiliser le jeu de rôle, ____ a pris le temps de m'expliquer ce qui en était: les objectifs et les méthodes _____

29. ____ m'a rassuré lorsque je m'inquiétais du caractère artificiel de cette procédure. Il/Elle a dit que cela était normal au début mais qu'avec le temps ça deviendrait plus naturel, etc. _____
30. ____ m'aidant à trouver les situations à jouer au début, précisait toujours son rôle et essayait de rendre le tout le plus près de la réalité possible _____
31. ____ m'a précisé les raisons qui motivent l'utilisation du jeu de rôle _____
32. A l'occasion des 8 rencontres, le jeu de rôle a été utilisé _____
33. Après chacun des jeux de rôle, ____ me demandait comment je m'étais trouvé et me disait ce qu'il/elle constatait _____
34. ____ m'encourageait en me disant de façon très précise ce qui s'était amélioré concrètement _____
35. Lorsque c'était trop difficile, il est arrivé à ____ de jouer mon rôle pour me démontrer quoi faire _____
36. ____ me donnait des exercices concrets à faire au cours de la semaine _____
- *37. Lorsque ____ a joué mon rôle, j'ai eu l'impression que je ne serais jamais capable de faire comme lui/elle: c'était bien trop parfait _____
38. Les commentaires de ____ sur mon comportement lors des jeux de rôle étaient pertinents _____
- *39. Certaines fois, j'ai eu l'impression que ____ me notait des comportements positifs seulement pour m'encourager _____

*Item dont la cote d'évaluation doit être inversée.

A propos de l'auteur

Marc-André Bouchard, Ph.D. est professeur agrégé au Département de Psychologie de l'Université de Montréal. Il pratique aussi la psychothérapie en bureau privé.

Conrad Lecomte, Ph.D. est professeur titulaire au Département de Psychologie de l'Université de Montréal.

Luce Charbonneau, M.Ps., Psychologue. Elle habite présentement en France.

Les demandes de tirés-à-part peuvent être adressées à: Marc-André Bouchard, Département de Psychologie, Université de Montréal, C.P. 6128, succursale A, Montréal, H3C 3J7.