
Effet du counseling de carrière sur la santé mentale : utilisation d'une méthode du changement clinique Effect of Career Counselling on Mental Health: Using A Clinical Change Method

Francis Milot-Lapointe
Réginald Savard
Yann Le Corff
Université de Sherbrooke

RÉSUMÉ

En se référant aux travaux sur le changement clinique dans le domaine de la santé mentale (Jacobson, Follette, & Revenstorf, 1984; Jacobson & Truax, 1991), la présente recherche a étudié l'effet d'un processus de counseling de carrière sur la santé mentale de chaque client à l'aide de l'*Outcome Questionnaire* (OQ-30.2 : Lambert, Finch, Okiishi, & Burlingame, 2005). Parmi les 13 clients ayant participé à l'étude, on constate que 8 d'entre eux ont connu un *rétablissement* (30,8 %) ou une *amélioration* (30,8 %) de leur santé mentale alors que les cinq autres (38,5 %) n'ont pas connu de changement.

ABSTRACT

Referring to the work on clinical change in mental health (Jacobson, Follette, & Revenstorf, 1984; Jacobson & Truax, 1991), this study investigated the effect of a career counselling process on the mental health of clients. The *Outcome Questionnaire* (OQ-30.2: Lambert, Finch, Okiishi, & Burlingame, 2005) was used to measure mental health. Of the 13 clients who participated in career counselling sessions, 8 were found to have experienced a "recovery" (30.8 %) or "improvement" (30.8 %) in mental health, while no change was experienced by the other 5 (38.5 %).

La santé mentale constitue une préoccupation dans les écrits scientifiques en développement de carrière. Selon plusieurs chercheurs, la santé mentale peut être perturbée par des difficultés rencontrées au cours de la carrière (Blustein, 2008; Brown & Brooks, 1985; Herr, 1989; Hinkelman & Anthony Luzzo, 2007; Multon, Heppner, Gysbers, Zook, & Ellis-Kalton, 2001; Robertson, 2013). Dans cette perspective, des recherches empiriques se sont intéressées à la détresse psychologique vécue par les clients qui consultent en counseling de carrière. À cet égard, on constate qu'une proportion importante de clients vit de la détresse psychologique. De manière plus précise, Multon et al. (2001) rapportent une proportion de 60 % de clients dont le score excède le seuil clinique du *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis, 1993), alors que Rochlen, Milburn, et Hill (2004) rapportent une proportion de 41 % de clients dont le score excède le seuil clinique du *Outcome Questionnaire* (OQ-10.2; Lambert, Finch, et al., 1998). La recherche de Rochlen

et al. (2004) met également en évidence que le score moyen des clients à l'OQ-10.2 est près d'un écart type et demi plus élevé que celui des personnes composant l'échantillon normatif du questionnaire utilisé (composé de personnes consultant divers services en santé mentale).

En marge de ces études, plusieurs chercheurs (Brown & Brooks, 1985; Herr, 1989; Multon et al., 2001; Robertson, 2013; Zunker, 2008) suggèrent que le counseling de carrière représente une intervention efficace en matière de santé mentale. Selon Herr (1989), dans la mesure où il y a un lien entre la carrière et la santé mentale, le fait d'aider les personnes à résoudre leurs difficultés de carrière peut favoriser leur santé mentale. Cette hypothèse a d'ailleurs fait l'objet de deux études réalisées par un groupe de chercheurs (Heppner et al., 2004; Multon et al., 2001) de l'université du Missouri-Columbia aux États-Unis. Dans les deux recherches, les interventions étaient effectuées par des étudiants de maîtrise ou de doctorat en formation en counseling de carrière. Les conseillers en formation intervenaient en se référant à une approche holistique (Gysbers, Heppner, & Johnston, 1998, 2003) dans laquelle les aspects liés à vie personnelle et à la carrière des clients sont intriqués. Ces recherches suggèrent un effet bénéfique du counseling de carrière sur la santé mentale des clients. La première étude (Multon et al., 2001) rapporte une diminution significative ($p < 0,01$) du score moyen des clients à l'échelle globale du BSI, alors que la deuxième (Heppner et al., 2004) suggère une diminution significative ($p < 0,01$) de grande taille d'effet ($\chi^2 = 0,32$) pour cette même échelle.

Bien que ces résultats montrent un effet du counseling de carrière sur le plan de la santé mentale des clients, ils fournissent peu d'information par rapport à la signification du changement observé sur le plan clinique, et ce, pour chaque client. Dans ce sens, Brown (2015) affirme qu'il importe d'étudier dans quelle mesure les interventions en counseling de carrière apportent un changement clinique, soit une contribution significative dans la vie des personnes. Pour ce faire, on peut se référer aux travaux de recherche sur le changement clinique dans le domaine de la santé mentale (Jacobson, Follette, & Revenstorf, 1984; Jacobson & Truax, 1991). Ces travaux proposent une définition opérationnelle du changement clinique selon laquelle il implique un changement dans le fonctionnement des personnes. Sur cette base, Lambert, Finch, Okiishi, et Burlingame, (2005) suggèrent que l'on puisse estimer les changements sur le plan de la santé mentale d'une personne à partir de son niveau de fonctionnement dans différents domaines de vie. De manière plus précise, ces domaines de vie touchent la dimension intrapsychique (comment elle se sent intérieurement), la dimension interpersonnelle (comment elle se sent avec les autres), ainsi que la dimension scolaire et professionnelle (performance à l'école ou au travail). Adoptant cette perspective, l'objectif de cette étude est de vérifier si l'on observe des changements cliniques positifs sur le plan de la santé mentale des clients à la suite de processus de counseling de carrière.

MÉTHODE

Participants

Treize clients ont été recrutés au moment d'entreprendre un processus de counseling de carrière au service de consultation d'une clinique d'orientation en milieu universitaire. La moyenne d'âge de ces clients est de 34,3 ans. Parmi eux, on retrouve onze femmes (84,6 %) et deux hommes (15,4 %), dont huit (61,5 %) n'ont pas d'emploi et cinq (38,5 %) occupent un emploi. En ce qui a trait au niveau de scolarité, un client (7,7 %) a terminé une formation professionnelle, cinq (38,5 %) ont obtenu un diplôme d'études secondaires, un client a un diplôme d'études professionnelles, quatre (30,8 %) ont un diplôme d'études collégiales, deux (15,4 %) ont obtenu un baccalauréat, et un (7,7 %) a complété un doctorat.

Parmi les conseillers en formation en counseling de carrière, on retrouve neuf femmes et quatre hommes qui étudient à la maîtrise en orientation professionnelle. Au cours des processus de counseling de carrière, chaque conseiller a bénéficié de quatre supervisions individuelles. La moyenne d'âge de ces conseillers est de 29,7 ans. Sept ont moins d'une année d'expérience en intervention, cinq ont une à cinq années d'expérience, et un autre a plus de cinq années d'expérience en intervention.

Instrument

L'état de santé mentale des clients a été mesuré avec l'*Outcome Questionnaire* (OQ-30.2, Lambert et al., 2005) destiné aux adultes de 18 ans et plus. La version française a été réalisée par une équipe de traduction québécoise. L'OQ-30.2 est une version courte de l'OQ-45.2 (Lambert & Burlingame, 1996).¹ Il s'agit d'un questionnaire autorapporté de 30 items cotés sur une échelle de type Likert allant de zéro à quatre, signifiant ainsi que le score minimal qu'une personne peut obtenir est de zéro et le score maximal est de 120 points. Selon Lambert et al. (2005), cet instrument fournit un bon indicateur de l'état de santé mentale des personnes. Il évalue trois dimensions fondamentales de la santé mentale (Flynn et al., 2002), soit les symptômes intrapsychiques de détresse (anxiété, dépression, problèmes somatiques, stress), la qualité des relations interpersonnelles, ainsi que la performance dans les rôles sociaux (travailleur, parent, étudiant, conjoint, etc.). L'OQ-30.2 présente de bonnes propriétés psychométriques avec un coefficient de cohérence interne de 0,93 et un coefficient de fidélité test-retest de 0,84 (Lambert et al., 2005). La validité de convergence de l'OQ-30.2 a été évaluée à l'aide de corrélations avec d'autres mesures de santé mentale fréquemment utilisées, soit le *Symptom Checklist-90-R* (Derogatis, 1977), le *Beck Depression Inventory* (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961), le *Inventory of Interpersonal Problems* (Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno, & Villasenor, 1988) et le *Social Adjustment Scale* (Wiessman & Bothwell, 1976). Les résultats indiquent des coefficients de corrélation modérément élevés se situant tout près de 0,70 (Lambert et al., 2005). Enfin, des analyses comparatives ont montré que les sujets recevant des services en santé mentale (groupe clinique) obtiennent des résultats significativement plus élevés à l'OQ-30.2 que les sujets du groupe contrôle (Lambert et al., 2005). L'OQ-

30.2 a été préféré à sa version longue (OQ-45.2) parce que, tout en possédant des propriétés psychométriques équivalentes, les versions courtes ont l'avantage d'être plus appréciées par les clients et les intervenants (Flynn et al., 2002).

Procédure

Les conseillers qui ont accepté de participer au projet de recherche ont complété le questionnaire sociodémographique ainsi qu'un formulaire de consentement libre et éclairé. Ensuite, ils ont reçu une enveloppe contenant des directives au sujet du déroulement de la recherche pour chacune des rencontres incluant les documents destinés au client, soit le formulaire de consentement, le questionnaire sociodémographique et l'OQ-30.2. Au début de la première rencontre en counseling de carrière, les conseillers ont informé les clients de l'objectif de la recherche. Les 13 clients ayant accepté de participer à la recherche ont été invités à signer le formulaire de consentement libre et éclairé. Ensuite, ils ont complété le questionnaire de renseignements sociodémographiques, ainsi que la mesure de l'état de santé mentale, soit l'OQ-30.2. Enfin, au début de la dernière rencontre en counseling de carrière, les conseillers ont invité de nouveau les clients à compléter l'OQ-30.2. Au cours des interventions, les conseillers se référaient au modèle d'intervention en counseling de carrière de Lecomte et Savard (2004). Ce modèle implique l'utilisation d'une approche systémique, dynamique, et multidimensionnelle centrée sur les facteurs communs à différentes perspectives d'intervention. L'utilisation intégrée et cohérente de cette approche considère systématiquement l'impact des facteurs psychologiques et sociaux en conjonction avec les facteurs biologiques sur le développement de carrière des individus. Tout au long du processus de counseling de carrière, l'emphase est mise sur la nécessité de créer, de maintenir, et de restaurer l'alliance de travail. Une grande importance est également accordée à la validation de l'expérience subjective et intersubjective des clients et des mécanismes d'autorégulation et d'autoprotection en œuvre dans le processus de changement pour favoriser des ajustements créateurs dans l'environnement physique et social. Au cours du processus de counseling de carrière, le vécu personnel et le vécu professionnel sont considérés comme étant indissociables. Les quatre supervisions individuelles ont notamment pour objectif de s'assurer que les conseillers interviennent en se référant au modèle d'intervention adopté.

Méthode du changement clinique

La présente étude a été réalisée selon un devis longitudinal à deux temps de mesure. Dans le but d'évaluer l'effet du processus de counseling de carrière sur la santé mentale, le score de chaque client à l'OQ-30.2 au prétest (au début de la première rencontre de counseling de carrière) est comparé à son score au posttest (au début de la dernière rencontre) en utilisant la méthode du changement clinique de Jacobson et Truax (1991).

Jacobson et Truax ont proposé une méthode visant à mieux évaluer l'importance clinique des changements rapportés dans les études. Selon eux, bien que la comparaison statistique des moyennes de groupe entre les prétests et

posttests permette de savoir si la différence observée n'est pas attribuable au hasard (erreur de type I), elle ne permet pas de quantifier cette différence sur le plan clinique. De plus, bien que les indices de taille d'effet, tel le d de Cohen, permettent une certaine appréciation de l'ampleur de la différence observée, ils ne sont pas toujours des indicateurs fiables de l'importance du changement sur le plan clinique. En fait, ces indices sont fortement tributaires des écarts-types des distributions, si bien qu'un changement minime sur une variable ayant une très faible variance aurait une grande taille d'effet, malgré un faible impact clinique dans la vie des personnes évaluées (Jacobson et Truax, 1991). De plus, ces auteurs reprochent aux études qui ne se penchent que sur les résultats de groupe d'être aveugles aux changements individuels. Ainsi, ils ont proposé d'évaluer le changement clinique sur une base individuelle en fonction de deux critères : (a) le niveau de fonctionnement du client (dans le cas présent, son score de santé mentale à l'OQ-30.2) doit se retrouver plus près de la moyenne de la population « fonctionnelle » que de la moyenne de la population « clinique » suite à l'intervention; et (b) le changement observé ne doit pas pouvoir être attribué à une fluctuation normale de l'instrument de mesure car aucun outil psychométrique n'est parfaitement fidèle.

Le premier critère de la méthode du changement clinique (Jacobson & Truax, 1991), soit le niveau de fonctionnement, fixe un point de coupure qui correspond au point mitoyen entre les moyennes des populations dites fonctionnelles et celles dites dysfonctionnelles ou cliniques. Ce point de coupure est pondéré en fonction des écarts-types des deux distributions. Pour l'OQ-30.2, Lambert et al. (2005) ont établi le point de coupure à 43 pour la population dite « fonctionnelle » et à 44 pour la population dite « dysfonctionnelle ou clinique ». Dans l'échantillon normatif, la population dite « fonctionnelle » est composée des personnes ne manifestant pas le besoin d'une aide professionnelle en santé mentale. Cette population se caractérise par un fonctionnement normal et opérationnel sur le plan intrapsychique ainsi que dans ses relations interpersonnelles et ses rôles sociaux (Lambert et al., 2005). La population dite « dysfonctionnelle ou clinique » est composée de personnes ayant besoin d'une assistance professionnelle en santé mentale (Lambert et al., 2005). Cette population se caractérise par des difficultés de fonctionnement sur le plan intrapsychique ainsi que dans ses relations interpersonnelles et ses rôles sociaux.

Le second critère, soit le fait que le changement observé ne doit pas pouvoir être attribué à une fluctuation normale de l'instrument de mesure, utilise le calcul de l'erreur-type de mesure de la différence (e.g., voir Laveault & Grégoire, 2002). Ce calcul se base sur le coefficient de fidélité de l'outil et l'écart-type de sa distribution, afin de calculer l'écart de pointage nécessaire entre le prétest et le posttest pour que l'on puisse conclure à une réelle différence de score et non à une fluctuation de la mesure due à l'imprécision de l'outil. Pour l'OQ-30.2, Lambert et al. (2005) ont calculé qu'une différence d'au moins 10 points entre les deux temps de mesure est nécessaire afin que l'on puisse conclure à un réel changement, avec un taux de certitude de 95 %.

Bien que d'autres méthodes similaires aient été proposées dans la littérature, une étude comparative menée par Bauer, Lambert, et Nielsen (2004) suggère que la méthode de Jacobson et Truax (1991) leur est préférable, tant pour des raisons statistiques que pratiques. Suivant cette méthode, il est possible d'observer si l'on retrouve un *rétablissement*, une *amélioration*, *aucun changement* ou encore, une *détérioration* de la santé mentale du client d'après son niveau de fonctionnement sur le plan intrapsychique ainsi que dans ses relations interpersonnelles et ses rôles sociaux (Lambert et al., 1998).

1. *Rétablissement* de la santé mentale. Ce résultat survient si : (a) le score du client a diminué de dix points ou plus entre la première et la dernière rencontre; et (b) il a obtenu un score de 44 ou plus à la première rencontre et un score de 43 ou moins à la dernière rencontre (il est passé de la population « dysfonctionnelle ou clinique » à la population « fonctionnelle »).
2. *Amélioration* de la santé mentale. Ce résultat survient si : (a) le score du client a diminué de dix points ou plus entre la première et la dernière rencontre; et (b) il a obtenu un score 43 ou moins à la première rencontre ou il a obtenu un score de 44 ou plus à la dernière rencontre (c'est-à-dire qu'il était soit déjà dans la population « fonctionnelle », soit qu'il est demeuré dans la population « dysfonctionnelle ou clinique » malgré l'amélioration significative).
3. *Aucun changement* de la santé mentale. Ce résultat survient si le score du client n'a pas changé de dix points ou plus entre la première et la dernière rencontre.
4. *Détérioration* de la santé mentale. Ce résultat survient si le score du client a augmenté de dix points ou plus entre la première et la dernière rencontre.

RÉSULTATS

Les processus de counseling de carrière effectués dans cette étude ont duré de cinq à neuf rencontres pour un nombre moyen de sept rencontres. Le processus se concluait lorsque le client considérait qu'il avait atteint l'objectif qui l'avait incité à consulter en counseling de carrière. Le Tableau 1 présente les résultats obtenus à l'OQ-30.2 pour chacun des 13 clients participant. Pour chacun d'eux, on retrouve en colonne 2 le score initial et en 3 le score final. Ensuite, on constate dans la colonne 4 le changement observé à la dernière rencontre du processus de counseling de carrière. Dans la colonne 5 on retrouve le nombre de rencontres de chaque processus de counseling de carrière. Enfin, dans la colonne 6, on arrive au résultat sur le plan clinique pour chaque client à l'issue des processus de counseling de carrière. Ces résultats permettent de constater s'il y a eu *rétablissement*, *amélioration* ou encore, *aucun changement* sur le plan de la santé mentale.

Dans la première sous-section, on fait d'abord état des données générales (moyenne, écart-type, étendue, d de Cohen). Dans la deuxième sous-section, on présente les résultats de l'intervention sur le plan clinique de manière à répondre à l'objectif de cette étude.

Tableau 1
Résultats à l'OQ-30.2 pour les 13 clients

Client	Score initial	Score final	Changement	Rencontres	Résultat
1	42	25	-17	7	Amélioration
2	70	52	-18	7	Amélioration
3	52	36	-16	8	Rétablissement
4	52	41	-11	9	Rétablissement
5	41	34	-7	8	Aucun changement
6	46	19	-27	9	Rétablissement
7	34	33	-1	8	Aucun changement
8	46	37	-9	5	Aucun changement
9	35	27	-8	5	Aucun changement
10	34	18	-16	9	Amélioration
11	33	37	+4	6	Aucun changement
12	28	18	-10	8	Amélioration
13	55	42	-13	6	Rétablissement
<i>M</i>	43,70	32,23	-11,47	7,30	
<i>Min</i>	28	18	-1	5	
<i>Max</i>	70	52	-27	9	
<i>ET</i>	11,58	10,45	6,82	1,43	

$n = 13$

Résultats généraux de l'intervention en counseling de carrière

On observe une diminution moyenne de 11,47 points du score à l'OQ-30.2 pour l'ensemble des clients qui ont consulté en counseling de carrière. En effet, les 13 clients obtiennent une moyenne de 43,70 ($ET = 11,58$) à l'amorce du processus de counseling de carrière et une moyenne de 32,23 ($ET = 10,45$) à l'issue du processus de counseling de carrière. Il est intéressant de noter que sur le plan statistique, cette diminution de 11,47 points correspond à un effet de grande taille ($d = 1,04$) selon les critères de Cohen (1988).

On constate également une étendue importante tant sur les plans du score initial, du score final, que du changement observé chez les clients. Le score le plus élevé obtenu par un client à l'amorce du processus est de 70, alors que le score le plus bas est de 28. Le score le plus élevé à l'issue du processus est de 52, alors que le score le plus bas est de 18. Le changement maximal des scores chez les clients entre les scores initiaux et finaux est une diminution de 27 points et le plus petit changement (changement minimal) est une diminution d'un seul point.

Résultats sur le plan clinique de l'intervention en counseling de carrière

En lien direct avec l'objectif de l'étude, la colonne « Résultat » du Tableau 1 permet d'évaluer le résultat sur le plan clinique pour chaque client à l'issue des processus d'intervention en counseling de carrière. On constate que quatre clients

(30,8 %) ont connu un rétablissement de leur santé mentale d'après leur niveau de fonctionnement sur le plan intrapsychique ainsi que dans les relations interpersonnelles et dans les rôles sociaux. Ce résultat indique que la santé mentale de ces personnes est maintenant similaire à celle de la population « fonctionnelle » composée de personnes n'ayant pas effectué une demande d'aide professionnelle en santé mentale (Lambert et al., 2005). De plus, on observe que quatre clients (30,8 %) ont connu une *amélioration* de leur santé mentale d'après leur niveau de fonctionnement sur le plan intrapsychique ainsi que dans les relations interpersonnelles et dans les rôles sociaux. De ce fait, on constate que leur score à l'OQ a diminué d'au moins 10 points entre le prétest et le posttest sans toutefois entraîner un passage de la population « dysfonctionnelle ou clinique » à la population « fonctionnelle ». On remarque également que cinq clients (38,5 %) n'ont connu *aucun changement* sur le plan de leur santé mentale, c'est-à-dire que la différence entre leurs scores n'excède pas le critère de 10 points. Il est important de souligner qu'aucun client n'a connu de *détérioration* de sa santé mentale. Il est également intéressant de noter que quatre des cinq clients n'ayant connu *aucun changement* avaient déjà un score sous le seuil de 43 points au début du processus. Ce qui signifie que leur santé mentale s'apparentait à celle de la population n'ayant pas demandé une aide professionnelle en santé mentale (Lambert et al., 2005). On constate aussi qu'à l'exception du client 8, cinq des six clients qui avaient un score au dessus du seuil de 43 points au début du processus ont connu une *amélioration* ou un *rétablissement* de leur santé mentale. En effet, bien que le client 8 ait vu son score passer sous la barre des 43 points au posttest, on ne peut pas conclure à un *rétablissement* de sa santé mentale, car son score à l'OQ-30.2 s'est amélioré que de 9 points plutôt que des 10 requis.

DISCUSSION

La présente section vise à discuter des résultats afin de répondre à l'objectif de cette étude, soit de vérifier si l'on observe des changements cliniques positifs sur le plan de la santé mentale des clients à la suite de processus de counseling de carrière. Les résultats de cette étude sur le changement clinique en counseling de carrière ne peuvent pas être comparés avec ceux des études antérieures car, à notre connaissance, il s'agit de la première étude dans ce domaine à utiliser cette méthode. Ils sont toutefois comparables aux résultats d'études en counseling personnel et en psychothérapie. Ces domaines d'intervention sont identifiés comme étant apparentés au counseling de carrière (Lecomte & Guillon, 2000; Westergaard, 2012). Comme on l'a constaté, près des deux tiers des clients (61,5 %) ont connu un *rétablissement* ou une *amélioration* de leur santé mentale. Il s'agit d'un résultat semblable aux taux de *rétablissement* ou d'*amélioration* de 66 % rapportés dans une étude québécoise en counseling personnel (Flynn et al., 2002), de 52 % dans une étude américaine de Lambert, Okiishi, Johnson, & Finch (1998), ainsi qu'aux résultats généraux rapportés dans les études en psychothérapie (Lambert & Bergin, 1994; Lipsey & Wilson, 1993; Shimokawa, Lambert, & Smart,

2010). Bien qu'on ne puisse pas établir de lien entre le nombre de rencontres et les résultats observés, à titre comparatif, le nombre de rencontres offertes aux clients dans l'étude de Flynn et al. (2002) est supérieur à la présente étude (9,7 contre 7,3) tandis que le nombre de rencontres offertes dans l'étude de Lambert, Okiishi, et al. est inférieur (3,1 contre 7,3). Comme c'est le cas dans les études précédentes en counseling personnel et en psychothérapie, la présente étude démontre que certains clients en counseling de carrière vivent des changements cliniques positifs sur le plan de la santé mentale. D'ailleurs, cinq des six clients qui étaient classés dans la population « dysfonctionnelle ou clinique » au début du processus ont connu un *rétablissement* ou une *amélioration* de leur santé mentale à la suite du processus de counseling de carrière.

Certaines limites de cette étude doivent être mentionnées. Étant donné que la présente étude n'a pas employé de groupe de comparaison, il n'est pas possible d'attribuer avec certitude les changements observés à la participation aux processus de counseling de carrière. Aussi, la taille de l'échantillon de la présente étude ne permet pas d'affirmer qu'il est représentatif de l'ensemble des clients en counseling de carrière. On remarque d'ailleurs une variabilité importante des changements observés pour l'ensemble des clients.

Malgré les limites mentionnées précédemment, il n'en demeure pas moins que la méthode du changement clinique utilisée dans cette étude permet d'attester que certains clients ont retiré des bénéfices significatifs sur le plan de la santé mentale au cours des processus de counseling de carrière. Ainsi, les résultats de la présente étude soutiennent l'idée de chercheurs (Brown & Brooks, 1985; Herr, 1989) selon laquelle le counseling de carrière est une intervention ayant le potentiel d'apporter des bénéfices sur le plan de la santé mentale des clients consultant pour des difficultés relatives à la carrière. Pour Gysbers, Heppner, & Johnston (2014), il est important que les praticiens en counseling de carrière intègrent de manière pertinente les aspects liés à la vie professionnelle et à la vie personnelle de leurs clients. Dans cette perspective, on peut se référer à Multon et al. (2001) qui recommandent aux conseillers d'aider les clients à comprendre l'interrelation entre leur santé mentale et leurs problèmes de carrière. Pour ce faire, il apparaît nécessaire du point de vue de ces auteurs que les conseillers possèdent de solides compétences en évaluation de la santé mentale.

En conclusion, la présente étude constitue un incitatif à la conduite d'autres études permettant d'en connaître davantage sur les effets cliniques du counseling de carrière sur la santé mentale des clients qui consultent en counseling de carrière. Il serait nécessaire que les prochaines études utilisent de plus grands échantillons et qu'elles impliquent des conseillers qui ne sont pas en formation initiale et qui interviennent en contexte courant de la pratique en counseling de carrière. Dans le même sens, l'inclusion de mesures psychosociales ou relationnelles pourrait permettre d'expliquer les résultats observés (Heppner & Heppner, 2003). À titre d'exemple, des mesures d'alliance de travail ou de stratégies adaptatives des clients pourraient servir de facteurs explicatifs de l'effet de l'intervention en counseling de carrière.

Note

- 1 Tel que vu au début du texte, Lambert et ses collègues ont également créé une version à 10 items, soit l'OOQ-10.2 (Lambert, Finch, et al., 1998). Alors que l'OOQ-10.2 porte son attention sur les symptômes de détresse psychologique, l'OOQ-30.2 et l'OOQ-45.2 constituent un indicateur plus large de santé mentale en se préoccupant également de la qualité des relations interpersonnelles et de la performance dans les rôles sociaux.

Références

- Bauer, S., Lambert, M. J., & Nielsen, S. L. (2004). Clinical significance methods: A comparison of statistical techniques. *Journal of Personality Assessment, 82*(1), 60–70. doi:10.1207/s15327752jpa8201_11
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives for General Psychiatry, 4*, 53–63. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Blustein, D. L. (2008). The role of work in psychological health and well-being: A conceptual, historical, and public policy perspective. *American Psychologist, 63*(4), 228–240. doi:10.1037/0003-066X.63.4.228
- Brown, S. D. (2015). Career intervention efficacy: Making a difference in people's lives. Dans P. J. Hartung, M. L. Savickas, & W. B. Walsh (Éds.), *Handbook of career intervention* (p. 61–77). Washington, WA : American Psychological Association. doi: 10.1037/14438-004
- Brown, D., & Brooks, L. (1985). Career counseling as a mental health intervention. *Professional Psychology, Research and Practice, 16*(6), 860–867. doi:10.1037/0735-7028.16.6.860
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ième éd.). Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum.
- Derogatis, L. R. (1977). *The SCL-90 manual : Scoring, administration and procedures for the SCL-90*. Baltimore, MD : Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit.
- Derogatis, L. R. (1993). *The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, scoring, and procedures manual-III*. Minneapolis, MN : National Computer Systems.
- Flynn, R. J., Aubry, T. D., Guindon, S., Tardif, L., Viau, M., & Gallant, A. (2002). Validation d'une version française abrégée du Outcome Questionnaire et évaluation d'un service de counseling en milieu clinique. *Canadian Journal of Program Evaluation, 17*(3), 57–74.
- Gysbers, N. C., Heppner, M. J., & Johnston, J. A. (1998). *Career counseling: Process, issues, and techniques*. Boston, MA : Allyn and Bacon.
- Gysbers, N. C., Heppner, M. J., & Johnston, J. A. (2003). *Career counseling: Process, issues, and techniques*. Needham Heights, MA : Allyn and Bacon.
- Gysbers, N. C., Heppner, M. J., & Johnston, J. A. (2014). *Career counseling: Holism, diversity, and strengths* (4ième éd.). Alexandria, VA : American Counseling Association (1re éd. 1998).
- Heppner, M. J., Lee, D., Heppner, P. P., McKinnon, L. C., Multon, K. D., & Gysbers, N. C. (2004). The role of problem-solving appraisal in the process and outcome of career counseling. *Journal of Vocational Behavior, 65*, 217–238. doi:10.1016/S0001-8791(03)00100-3
- Heppner, M. J., & Heppner, P. P. (2003). Identifying process variables in career counseling: A research agenda. *Journal of Vocational Behavior, 62*(3), 429–452. doi:10.1016/S0001-8791(02)00053-2
- Herr, E. L. (1989). Career development and mental health. *Journal of Career Development, 16*, 5–18. doi:10.1007/BF01354263
- Hinkelman, J. M., & Anthony Luzzo, D. (2007). Mental health and career development of college students. *Journal of Counseling & Development, 86*, 143–147. doi:10.1002/j.1556-6678.2007.tb00456.x
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureno, G., & Villasenor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 885–892. doi:10.1037/0022-006X.56.6.885

- Jacobson, N. S., Follette, W. C., & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy, 15*, 336–352. doi:10.1016/S0005-7894(84)80002-7
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12–19. doi:10.1037/0022-006X.59.1.12
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. Dans A. E. Bergin & S. L. Garfield (Éds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4ième éd.). New York : Wiley.
- Lambert, M. J., & Burlingame, G. M. (1996). *Outcome Questionnaire (OQ-45.2)*. Stevenson, MD : American Professional Credentialing Services.
- Lambert, M. J., Finch, A. M., Okiishi, J., & Burlingame, G. M. (2005). *Administration and scoring manual for the OQ-30.2*. Salt Lake City, UT : Brigham Young University.
- Lambert, M. J., Finch, A. M., Okiishi, J., Burlingame, G. M., Mckelvey, C., & Reisinger, C. W. (1998). *Administration and scoring manual for the OQ-10.2*. Stevenson, MD : American Professional Credentialing Services.
- Lambert, M. J., Okiishi, J. C., Johnson, L. D., & Finch, A. E. (1998). Outcome assessment: From conceptualization to implementation. *Professional Psychology: Research and Practice, 29*(1), 63–70. doi:10.1037/0735-7028.29.1.63
- Laveault, D., & Grégoire, J. (2002). *Introduction aux théories des tests* (2ième éd.). Bruxelles : de Boeck.
- Lecomte, C., & Guillon, V. (2000). Counseling personnel, counseling de carrière et psychothérapie. *Orientation scolaire et professionnelle, 29*(1), 117–140.
- Lecomte, C., & Savard, R. (2004). Entretien conseil et bilan de compétences. Dans C. Pellois, J. Vanier, J. Aubret, & J.-P. Boutinet (Éds.), Actes du Colloque de Caen, octobre, 2001. *Bilan de compétences et mutations : l'accompagnement de la personne*. Bern : Peter Lang.
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. *American Psychologist, 48*, 1181–1209. doi:10.1037/0003-066X.48.12.1181
- Multon, K. D., Heppner, M. J., Gysbers, N. C., Zook, C., & Ellis-Kalton, C. A. (2001). Client psychological distress: An important factor in career counseling. *Career Development Quarterly, 49*, 324–335. doi: 10.1002/j.2161-0045.2001.tb00960.x
- Robertson, P. J. (2013). The well-being outcomes of career guidance. *British Journal of Guidance and Counselling, 41*(3), 254–266. doi:10.1080/03069885.2013.773959
- Rochlen, A. B., Milburn, L., & Hill, C. E. (2004). Examining the process and outcome of career counseling for different types of career counseling clients. *Journal of Career Development, 30*, 263–275. doi:10.1023/B:JOCD.0000025115.25272.66
- Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Smart, D. W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3*, 298–311. doi:10.1037/a0019247
- Westergaard, J. (2012). Career guidance and therapeutic counselling: Sharing “what works” in practice with young people. *British Journal of Guidance and Counselling, 40*(4), 327–339. doi: 10.1080/03069885.2012.687711
- Wiessman, M. M., & Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Archives of General Psychiatry, 33*, 1111–1115. doi:10.1001/archpsyc.1976.01770090101010
- Zunker, V. (2008). *Career, work and mental health: Integrating career and personal counseling*. London : Sage.

Présentation des auteurs

Francis Milot-Lapointe, c.o., est doctorant en éducation et chargé de cours au Département d'orientation professionnelle de la Faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke. Ses travaux de recherche portent particulièrement sur les effets du processus de counseling de carrière.

Réginald Savard, Ph.D., c.o., est professeur titulaire au Département d'orientation professionnelle de la Faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke, directeur du Collectif de recherche en counseling et développement de carrière (CRCDC), et membre régulier du Centre de recherche et d'intervention sur l'éducation et la vie au travail (CRIEVAT). Ses travaux de recherche portent particulièrement sur l'efficacité de l'intervention, la formation, et la supervision clinique en counseling de carrière.

Yann Le Corff, Ph.D., c.o., est professeur agrégé au Département d'orientation professionnelle de la Faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke et membre régulier du Collectif de recherche en counseling et développement de carrière (CRCDC) et du Centre de recherche et d'intervention sur l'éducation et la vie au travail (CRIEVAT). Ses travaux de recherche portent principalement sur le développement, l'adaptation, et la validation d'instruments psychométriques d'évaluation de la personnalité et des troubles mentaux, ainsi que sur les pratiques professionnelles en matière d'évaluation psychométrique.

Correspondance à l'auteur Francis Milot-Lapointe, Université de Sherbrooke, 2500 boul. de l'Université, Sherbrooke, Québec, Canada, J1K 2R1; courriel Francis.Milot.Lapointe@USherbrooke.ca