

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Étude sur l'équivalence inter-formes et la cohérence interne de l'adaptation
canadienne-française de l'*Adult Self-Report*

Par

Catherine Proulx-Bourque, 09089461

Mémoire présenté à la Faculté d'éducation

En vue de l'obtention du grade

Maîtrise ès sciences (M.Sc.)

Maîtrise en orientation

Septembre 2013

© Catherine Proulx-Bourque, 2013

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Étude sur l'équivalence inter-formes et la cohérence interne de l'adaptation
canadienne-française de l'*Adult Self-Report*

Catherine Proulx-Bourque

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

_____ Présidente ou président du jury
Réginald Savard

_____ Directrice ou directeur de recherche
Yann Le Corff

_____ Autre membre du jury
Éric Yergeau

Mémoire accepté le _____

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire aurait été impossible sans la précieuse collaboration de plusieurs personnes. Je voudrais tout d'abord remercier mon directeur de recherche, le professeur Yann Le Corff pour ses conseils, son soutien constant, ses critiques constructives et son temps précieux. De plus, je voudrais souligner l'apport important du professeur Éric Yergeau dans la réalisation de ce mémoire, spécialement au niveau de l'entrée, l'analyse des résultats et l'interprétation des résultats. Également, un merci spécial au professeur Réginald Savard pour ses commentaires pertinents et constructifs. Je désirerais également remercier les professeures Annabelle Levesque et Annie Roy-Charland, respectivement de l'Université de St-Boniface et de l'Université Laurentienne, d'avoir bien voulu participer à cette recherche. J'adresse aussi mes sincères remerciements à tous les étudiants et enseignants qui ont pris part à cette recherche pour la rendre possible. Finalement, je voudrais remercier ma famille et mes amis pour leur support quotidien, leur écoute, leur positivisme et leurs encouragements pendant tout ce processus. Grâce à vous, j'ai pu partager mes joies et la traversée des moments difficile a été beaucoup plus facile.

SOMMAIRE

Les adultes atteints de troubles de santé mentale se retrouvent souvent dans des situations d'employabilité précaire. En effet, ceux-ci tendent à avoir des difficultés économiques, à être sans emploi, à travailler à temps partiel, ou à changer fréquemment d'emplois. Par contre, lorsqu'ils se retrouvent en emploi, spécialement dans des emplois à long terme avec possibilités d'avancement, ces mêmes adultes tendent à voir leurs symptômes diminuer et leur niveau de vie augmenter. Ils tendent à avoir une meilleure estime d'eux-mêmes, avoir plus de contacts sociaux positifs, ainsi qu'une meilleure qualité de vie.

L'accompagnement par une professionnelle ou un professionnel de l'orientation est un moyen reconnu pour permettre aux adultes atteints de troubles mentaux de se trouver un emploi qu'ils pourront garder à long terme. En effet, un accompagnement permet aux adultes de se trouver un emploi dans un milieu qu'ils aiment, d'avoir du support au niveau de l'insertion et de l'adaptation en emploi, ainsi que d'obtenir du soutien à toutes les étapes du processus.

Les professionnelles et professionnels, tant en orientation que dans des domaines connexes, ont besoin de bien évaluer leur cliente ou client pour bien comprendre les enjeux de cette dernière ou de ce dernier. De plus, pour leur permettre de bien cibler les forces, besoins et limites d'un client, il s'avère important d'avoir le portrait le plus global possible de l'individu. La méthode d'évaluation multi-informant permet aux professionnelles et professionnels d'évaluer un individu sous plusieurs angles, c'est-à-dire par l'auto-évaluation et par l'évaluation d'une tierce personne.

Les outils *ASEBA* sont développés pour permettre une évaluation d'un individu selon ce procédé. Les outils créés pour les adultes, soit l'*Adult Self-Report* et l'*Adult Behavior Checklist*, sont conçus spécialement pour évaluer les troubles

mentaux chez l'adulte. Ils ont été traduits et sont utilisés dans plusieurs pays, mais pas en français pour le Canada.

Les objectifs de ce mémoire sont de traduire l'*Adult Self-Report*, puis d'évaluer l'équivalence inter-formes et la cohérence interne de cette traduction. Le devis de recherche utilisé est l'étude méthodologique. Pour effectuer la traduction en français pour le Canada, la méthode de traduction à rebours a été utilisée pour l'évaluation de l'équivalence inter-formes et de la cohérence interne, 252 étudiantes et étudiants bilingues provenant de trois universités canadiennes (Université de Sherbrooke, Université St-Boniface et Université Laurentienne) ont répondu à la version originale et la version traduite du test, et ce, à une ou deux semaines d'intervalle. Le logiciel SPSS a été utilisé pour entrer les données et effectuer les analyses.

Pour l'équivalence inter-formes, des tests-*t* pairés ont été réalisés, ainsi que différentes corrélations. De manière générale, les tests-*t* pairés n'ont pas démontré de différences significatives entre les moyennes et écart-types des échelles mesurées. De plus, les différences de moyennes sont de très petite taille pour toutes les échelles. Des corrélations de Pearson montrent un degré de correspondance très élevé entre les versions française pour le Canada et originale anglaise. Finalement, des corrélations de Spearman ont été effectuées pour chacune des questions de l'*Adult Self-Report* pour comparer les réponses des participants entre la version anglaise et la version traduite de l'outil. Les corrélations sont significatives pour la vaste majorité des questions.

Pour la cohérence interne, des alphas de Cronbach ont été réalisés pour chacune des échelles de la version traduite de l'*Adult Self-Report*, ainsi que pour la version originale anglaise. Les alphas de Cronbach obtenus suggèrent une fidélité allant de moyenne à élevée pour toutes les échelles. De plus, les résultats obtenus entre la version traduite en français pour le Canada et la version originale anglaise

sont majoritairement similaires, en plus d'être comparable à ceux obtenus par Achenbach et Rescorla (2003) lors de l'établissement des normes de l'outil.

Les résultats obtenus dans cette recherche permettent de croire à l'équivalence métrique de la traduction. Ainsi, l'outil pourrait être utilisé par des professionnelles et des professionnels francophones du Canada, bien que des études supplémentaires doivent être menées, notamment auprès d'un échantillon clinique pour valider les seuils.

TABLE DES MATIÈRES

sommaire	4
INTRODUCTION	11
CHAPITRE PREMIER LA PROBLÉMATIQUE.....	13
1. L'INSERTION PROFESSIONNELLE ET LE MAINTIEN EN EMPLOI DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX.....	14
2. L'ACCOMPAGNEMENT PROFESSIONNEL DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX.....	15
3. LES RETOMBÉES D'UN ACCOMPAGNEMENT PROFESSIONNEL POUR LA RÉINSERTION EN EMPLOI DES GENS ATTEINTS DE TROUBLES MENTAUX	18
4. LES CONSEILLÈRES ET CONSEILLERS D'ORIENTATION (C.O.) ET LA SANTÉ MENTALE	20
5. L'ÉVALUATION DES TROUBLES MENTAUX	23
6. L'ASR ET L'ABCL : DES OUTILS EFFICACES À ADAPTER EN FRANÇAIS POUR LE CANADA.....	26
7. OBJECTIF DE RECHERCHE.....	28
DEUXIÈME CHAPITRE LE CADRE D'ANALYSE	30
1. PORTRAIT DE L'ASR.....	31
1.1 Description générale de l'ASR	33
1.2 Échelle du comportement adapté.....	34
1.3 Échelle des syndromes.....	34
1.4 Échelles de syndromes dérivées du <i>DSM-IV</i>	36
1.5 Échelle de troubles de consommation	37
1.6 Échelle des items critiques.....	37
1.7 Score de problématique total	38
2. ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR L'ASR.....	38
2.1 Fidélité	38

2.2	Validité.....	39
2.3	Les traductions de l'ASR.....	41
3.	LA TRADUCTION D'OUTILS PSYCHOMÉTRIQUES.....	41
3.1	La traduction à rebours	43
4.	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU PROJET DE RECHERCHE.....	46
TROISIÈME CHAPITRE MÉTHODOLOGIE.....		47
1.	DEVIS DE RECHERCHE	47
2.	LA TRADUCTION DES OUTILS PSYCHOMÉTRIQUES.....	47
3.	PARTICIPANTES ET PARTICIPANTS	49
4.	INSTRUMENT.....	49
5.	PROCÉDURE	50
6.	ANALYSE DES RÉSULTATS	51
7.	ASPECTS ÉTHIQUES.....	52
QUATRIÈME CHAPITRE RÉSULTATS		53
1.	DONNÉES SUR LES PARTICIPANTS	53
2.	OBJECTIF 1 : TRADUCTION DE L'ASR.....	54
3.	OBJECTIF 2 : ÉVALUATION DE LA FIDÉLITÉ INTER-FORMES.....	54
4.	OBJECTIF 3 : ÉVALUATION DE LA COHÉRENCE INTERNE	57
CINQUIÈME CHAPITRE DISCUSSION		60
1.	LA TRADUCTION DE L'ASR EN FRANÇAIS POUR LE CANADA	60
2.	LA FIDÉLITÉ INTER-FORMES DE L'ASR FRANÇAIS POUR LE CANADA	61
2.1	La fidélité inter-formes des échelles de l'ASR français pour le Canada...	62
2.2	La fidélité inter-formes des questions de l'ASR français pour le Canada.	63

3.	LA COHÉRENCE INTERNE DE L'ASR FRANÇAIS POUR LE CANADA	65
	CONCLUSION.....	67
1.	FORCES DE L'ÉTUDE.....	68
2.	LIMITES DE L'ÉTUDE.....	69
3.	RECOMMANDATIONS.....	70
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	Erreur ! Signet non défini.
	ANNEXE A : NUMERO ET DESCRIPTIONS DES ITEMS POUR CHACUNE DES ÉCHELLES ÉVALUÉES PAR L'ASR ET L'ABCL.....	71
	ANNEXE B : ATTESTATION DE CONFORMITÉ ÉTHIQUE.....	80
	ANNEXE C : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	81
	ANNEXE D : TABLEAU DE LA FIDÉLITÉ INTER-FORMES PAR QUESTION DE L'ASR.....	83

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Tableau des moyennes, écarts-types, test-t pairés et <i>d</i> de Cohen pour les échelles de l' <i>ASR</i>	55
Tableau 2 – Tableau de fidélité inter-formes (corrélation de Pearson) par échelle de l' <i>ASR</i>	56
Tableau 3 – Tableau de cohérence interne pour la version francophone de l' <i>ASR</i>	58

INTRODUCTION

Les adultes atteints de troubles mentaux sont enclins à vivre plus d'instabilité et de précarité professionnelles (Virtanen, Kivimaki, Elovainio, Vahtera, Kokko et Pulkkinen, 2005; Sanderson et Andrews, 2006), tout comme ils sont sujets à gagner un plus faible revenu annuel que la moyenne de la population générale (Gibb, Fergusson et Horwood, 2010). En revanche, il a été établi qu'un emploi permanent et de type compétitif (avec possibilité d'avancement) tend à procurer à ces individus plusieurs retombées positives (Bond, 2001; Provencher, 2002; Rüesch, Graf, Meyer, Rössler et Hell, 2004). De plus, un accompagnement professionnel en employabilité augmente leurs chances de réussite dans l'obtention de ce type d'emploi (Bond, 2004), tel l'accompagnement offert par les conseillères et conseillers en orientation.

À ce sujet, et grâce au nouveau décret du Projet de Loi 21, les conseillères et conseillers d'orientation seront de plus en plus amenés à faire l'évaluation de personnes atteintes de troubles mentaux en vue de bien cibler leurs besoins, forces et limites en employabilité (Lacharité, 2009). Pour faire ces évaluations, il s'avère important que les conseillères et conseillers d'orientation disposent de bons outils d'évaluation des troubles mentaux. D'ailleurs, des recherches démontrent que le recueil d'information auprès de plusieurs informateurs à l'aide d'outils psychométriques standardisés permet un portrait plus global, complet et nuancé de l'individu évalué (Achenbach, 2006). L'*Adult Behavior Checklist (ABCL)* et l'*Adult Self-Report (ASR)* sont des outils psychométriques bâtis sur ce principe qui ont prouvé leur pertinence et efficacité en matière de cueillette d'information auprès de plusieurs informateurs (Achenbach, Krukowski, Dumenci et Ivanova, 2005). Cependant, bien que ces outils soient largement utilisés en anglais, ils n'ont pas été adaptés en français pour le Canada.

Le présent mémoire expose en détail la problématique résumée ci-haut, en plus d'expliquer les différentes étapes qui ont mené à la traduction en français pour

le Canada de l'*ASR* par la méthode de traduction à rebours. Il traite également de la vérification de l'équivalence de cette traduction par l'analyse de la fidélité inter-formes, ainsi que de la vérification de cohérence interne des échelles par des alphas de Cronbach. Ce mémoire fait partie d'un projet source ayant comme objectif la traduction et l'adaptation canadienne-française de l'*ASR* et de l'*ABCL*. Les résultats démontrent une fidélité inter-formes et une cohérence interne bonne et comparable à celle de la version originale.

CHAPITRE PREMIER

LA PROBLÉMATIQUE

Plusieurs recherches démontrent que l'insertion professionnelle et l'adaptation en emploi des adultes atteints de troubles mentaux semblent plus difficiles que pour les adultes n'ayant pas de tels troubles. Pour améliorer cette situation, il a été démontré à maintes reprises qu'un accompagnement professionnel en employabilité est pertinent. Pour offrir le meilleur accompagnement possible, les professionnelles et professionnels en employabilité se doivent de bien évaluer leurs clientes et clients et pour cela, l'évaluation à l'aide d'outils psychométriques et par plusieurs informateurs semble être la méthode la mieux adaptée. Des outils existent permettant ce type d'évaluation, mais certains n'ont pas encore été traduits en français pour le Canada.

Puisque ce mémoire traite de troubles mentaux, il s'avère important de convenir explicitement de ce que l'on entend par « trouble mental ». Pour ce faire, la définition du Manuel diagnostique des troubles mentaux (*DSM-IV-TR*; American Psychiatric Association, 2000) sera retenue puisqu'il s'agit d'un outil largement utilisé pour diagnostiquer les troubles mentaux. Le *DSM-IV-TR* classifie les troubles mentaux comme étant un modèle ou un syndrome comportemental ou psychologique cliniquement significatif, survenant chez un individu et associé à une détresse concomitante ou à un handicap ou à un risque significativement élevé de décès, de souffrance, de handicap ou de perte importante de liberté. Par contre, le trouble ne doit pas être simplement la réponse attendue et culturellement admise à un événement particulier, comme le décès d'un être cher par exemple (American Psychiatric Association, 2000).

1. L'INSERTION PROFESSIONNELLE ET LE MAINTIEN EN EMPLOI DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX

Il a été bien établi dans la littérature au cours des années que les adultes souffrant de troubles mentaux sont plus à risque de faire face à des difficultés économiques, tels la pauvreté, le taux de chômage élevé, un revenu plus faible que la population générale, ainsi que la difficulté à trouver un emploi stable et à temps complet.

Tout d'abord, en Suisse, dans une recherche conduite par Rüesch *et al.* (2004), il a été démontré que 24 % des participantes et participants souffrant de troubles mentaux vivent sous le seuil de pauvreté, contre 7 % de la population générale. De plus, dans le même ordre d'idée, Cook *et al.* (2005, dans Stuart, 2011) nous informent que les personnes souffrant de problèmes de santé mentale ont un taux de chômage trois à cinq fois plus élevé que ceux qui n'en ont pas. Par surcroît, il a été démontré en Nouvelle-Zélande qu'une ou qu'un jeune adulte ayant déjà souffert de troubles mentaux tels l'anxiété, la dépression, les phobies sociales et spécifiques ou des problèmes de consommation aura plus de difficulté à se placer en emploi à l'âge de 30 ans et risque d'avoir un revenu plus faible qu'un adulte ayant toujours eu une bonne santé mentale (Gibb *et al.*, 2010).

En Australie, le recours à l'aide sociale tend à être associé à un plus fort taux de problèmes de santé mentale, spécialement au niveau des troubles anxieux et de la dépression (Butterworth, Burgess et Whiteford, 2011). Un peu plus d'un tiers des participantes et participants recevant de l'aide financière à l'emploi a été diagnostiqué comme ayant un trouble mental de type affectif, anxieux ou de consommation actif depuis plus de 12 mois, contre 20 % de ceux qui ne recevaient pas d'aide financière à l'emploi.

Parallèlement, en Finlande, Virtanen *et al.* (2005) ont établi que les adultes diagnostiqués avec un ou plusieurs troubles mentaux ou ayant souffert de troubles anxieux pendant leur enfance auront tendance à avoir une vie professionnelle en emplois temporaires, plutôt que d'avoir un emploi stable et permanent avec possibilités d'avancement. Si ces mêmes adultes ont, en plus, une problématique d'agressivité, les probabilités de se placer en emploi permanent diminuent d'autant.

Finalement, au Canada, Sanderson et Andrews (2006) ont repéré grâce à leur recherche un lien entre les travailleuses et travailleurs de type atypique (horaires variables, moins d'heures de travail par semaine, emplois temporaires, etc.) et les troubles mentaux. En effet, les ceux-ci rapportent plus de symptômes de dépression et d'anxiété que les autres travailleuses et travailleurs en emplois permanents et stables. Cependant, il est à noter que le devis transversal de cette recherche ne permet pas de savoir quel facteur est la cause de l'autre.

Ces observations suggèrent que la précarité d'emploi pour les adultes atteints de troubles mentaux est un phénomène que l'on retrouve dans plusieurs pays industrialisés dans le monde. Au Canada, environ 10 % de la population souffre d'au moins un trouble mental (Dewa, Lin, Koochoorn et Goldner, 2007 dans Corbière et Durand, 2011) et le taux de Canadiennes et de Canadiens souffrant d'un trouble de l'humeur est passé de 5,3 % en 2003 à 6,3 % en 2009 (Statistique Canada, 2013). Pour augmenter les chances de ces individus à se trouver un emploi stable, un accompagnement professionnel en employabilité pourrait s'avérer une solution intéressante.

2. L'ACCOMPAGNEMENT PROFESSIONNEL DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX

Tel qu'il sera présenté ci-dessous, plusieurs études démontrent qu'un accompagnement professionnel dans le domaine de l'employabilité s'avère

bénéfique pour un adulte atteint de troubles mentaux. En effet, cet adulte améliorera son statut professionnel s'il a accès à de bons outils, à de bons programmes d'accompagnement et à des spécialistes compétents dans le domaine de l'employabilité.

Tout d'abord, il faut souligner que pour aider un adulte atteint de troubles mentaux à effectuer des changements positifs dans sa vie professionnelle, il est important pour la professionnelle ou le professionnel accompagnant l'adulte de connaître les outils et techniques de soutien appropriés et développés à cet effet. De cette façon, elle ou il assurera un meilleur suivi et augmentera les chances de réussite de sa cliente ou de son client (Krupa, 2007).

Une recherche de Mueser, Becker et Wolfe (2001) permet de conclure que les individus souffrant de troubles mentaux et participant à un programme d'accompagnement en employabilité gardaient leur emploi deux fois plus longtemps que celles et ceux qui n'ont pas suivi le programme. Les résultats de leur recherche démontrent que cela est dû au fait que les programmes d'accompagnement permettent de trouver un emploi dans le domaine d'intérêts de l'individu. Être dans un domaine qui les intéresse amène également une plus grande satisfaction en emploi pour ceux-ci (*Ibid.*).

Similairement, Bond (2004) rapporte que 40 % à 60 % des participantes et participants atteints de troubles mentaux obtiennent un emploi compétitif, c'est-à-dire avec possibilité d'avancement, à la suite de la participation à un programme d'accompagnement en employabilité, contre 20 % d'individus similaires n'ayant pas suivi le programme.

Qui plus est, à Hong Kong, une recherche a été menée auprès de patientes et patients souffrants de problèmes de santé mentale au niveau de la recherche

d'emplois. Une ou un spécialiste de l'orientation a été intégré aux équipes multidisciplinaires associées à certains patientes et patients de l'hôpital. Dix-huit mois plus tard, 70 % du groupe de patientes et patients ayant reçu l'aide d'une professionnelle ou d'un professionnel de l'orientation travaillait dans un emploi compétitif, contre 29 % de ceux qui n'avaient pas reçu cette aide supplémentaire (Wong, 2008). Toujours à Hong Kong, une recherche a démontré qu'après une période de trois ans suivant une participation à un programme d'accompagnement pour les adultes atteints de problèmes de santé mentale, les participantes et les participants avaient un taux d'employabilité variant de 61 % à 82 % (Tsang, Fung, Leung, Li et Cheung, 2010).

En comparant des participantes et participants atteints de troubles mentaux sévères (ex. : schizophrénie, trouble bipolaire, etc.) des recherches ont démontré que ceux ayant participé à un programme d'accompagnement recevaient un meilleur salaire, travaillaient plus d'heures par semaine et étaient plus souvent placés dans un emploi compétitif que d'autres adultes n'ayant pas participé au programme d'accompagnement ayant également des troubles mentaux (Cook, Razzano, Burke-Miller, Blyler, Leff, Mueser *et al.*, 2007; Larson, Barr, Kuwabara, Boyle et Glenn, 2007).

Similairement, une autre recherche sur l'accompagnement en employabilité a été menée auprès de patientes et patients souffrant de schizophrénie. Dans cette recherche, quatre groupes d'individus sans emploi ont été formés : patientes et patients atteints de schizophrénie recevant de l'accompagnement en employabilité, patientes et patients souffrant de schizophrénie ne recevant aucun accompagnement à la recherche d'emploi, et deux groupes composés de personnes n'étant pas atteintes de schizophrénie, l'un recevant de l'accompagnement et l'autre non. Les résultats ont démontré qu'un plus haut pourcentage des patientes et patients souffrant de schizophrénie ayant reçu de l'accompagnement finissaient le programme en emploi

que ceux ne recevant aucun accompagnement, qu'ils soient atteints de schizophrénie ou non (Cook, Blyler, Burke-Miller, McFarlane, Leff, Mueser *et al.*, 2008).

Lorsque des programmes d'employabilité canadiens ont été comparés à ceux des États-Unis (Corbière, Bond, Goldner et Ptasinski, 2005), il a été démontré qu'il n'y avait pas de différences significatives. En effet, que les programmes proviennent d'un pays ou de l'autre, ils affichent un plus haut taux de réussite (insertion en emploi) lorsque les adultes atteints de troubles mentaux suivent un programme de placement en emploi. Le taux de réussite augmente également si les adultes suivent un programme individualisé accompagné d'un suivi à long terme et d'un traitement pour leur trouble mental (*Ibid.*).

Ces recherches illustrent que les programmes d'employabilité et l'accompagnement par des professionnelles et professionnels de ce domaine augmentent les chances de trouver et garder des emplois pour les gens atteints de troubles mentaux.

3. LES RETOMBÉES D'UN ACCOMPAGNEMENT PROFESSIONNEL POUR LA RÉINSERTION EN EMPLOI DES GENS ATTEINTS DE TROUBLES MENTAUX

Au-delà de diminuer la précarité professionnelle, être en emploi apporte d'autres avantages et bénéfices aux adultes atteints de troubles mentaux. En effet, les autres retombées positives qui s'ajoutent à cela comptent entre autres une augmentation de l'estime personnelle, une augmentation de la qualité de vie, une diminution des symptômes liés aux troubles mentaux, une augmentation de la période de stabilité d'emploi et une amélioration de la qualité de vie perçue par l'individu.

Tout d'abord, Provencher (2002) démontre dans une étude qu'être en emploi peut procurer pour les adultes atteints de troubles mentaux des bénéfices tels

l'actualisation de soi par l'accomplissement personnel et le développement de l'autodiscipline par la routine de vie. La recherche démontre également que l'emploi est perçu comme un moyen d'autonomisation. Avoir un emploi leur permet donc de se sentir mieux dans leur peau et de voir leur vie professionnelle de façon positive (*Ibid.*).

Siu, Tsang et Bond (2010) obtiennent des résultats similaires à la suite d'une recherche auprès des individus souffrant de troubles sévères de santé mentale. Celle-ci démontre qu'en période de chômage, les personnes rapportent des niveaux de bien-être et sentiment d'accomplissement personnel plus faibles. En revanche, lorsqu'ils sont en emploi, des changements positifs sont rapportés dès le 3^e mois et se poursuivent au-delà de six mois. Les participantes et participants rapportent en effet un plus grand bien-être au niveau financier, au niveau de leur qualité de vie, au niveau de leur vie sociale et au niveau de leur sentiment d'accomplissement personnel.

Dans une autre recherche, Bond, Resnick, Drake, Xie, McHugo et Bebout (2001) obtiennent des résultats tout aussi positifs auprès des individus atteints de troubles mentaux sévères (telle la schizophrénie). Ils démontrent en outre l'amointrissement des symptômes psychotiques (désorganisation, anergie, hallucinations auditives, etc.) pour les individus travaillant en emploi de type compétitif dès le 6^e mois suivant le début de cet emploi. Les résultats persistent tout au long de l'étude, soit pendant une période de 18 mois.

Finalement, la recherche de Rüesch *et al.* (2004) établit un lien entre l'emploi et la perception d'un individu atteint d'un trouble mental quant à sa qualité de vie. En effet, l'individu avec un trouble mental étant en emploi rapporte avoir un meilleur support social et avoir une meilleure qualité de vie que lorsqu'il n'est pas en emploi.

L'emploi semble donc s'avérer bénéfique à plusieurs niveaux pour les gens atteints de troubles mentaux, spécialement lorsque l'emploi correspond aux critères d'intérêts de l'individu. Les programmes d'accompagnement et les professionnelles et professionnels de l'orientation sont formés pour atteindre de tels objectifs avec leur clientèle, répondre à leurs besoins et les placer en emploi. Il est donc possible de constater que les professionnelles et professionnels de l'orientation peuvent avoir un rôle important à jouer pour un individu atteint de problèmes de santé mentale pour améliorer différentes facettes de leur fonctionnement psychosocial.

4. LES CONSEILLÈRES ET CONSEILLERS D'ORIENTATION (C.O.) ET LA SANTÉ MENTALE

Le rapport du comité d'experts dévoilé en 2005 sur la modernisation de la pratique en santé mentale et en relations humaines positionne la conseillère et le conseiller d'orientation comme étant des acteurs importants en santé mentale et en relations humaines. En effet, le rapport propose le champ d'exercice suivant :

L'exercice de l'orientation consiste à évaluer le fonctionnement psychologique, les ressources personnelles et les conditions du milieu, à intervenir sur l'identité, à développer et à maintenir des stratégies actives d'adaptation dans le but de faire des choix personnels et professionnels tout au long de la vie, de rétablir l'autonomie socioprofessionnelle et de réaliser des projets de carrière chez l'être humain en interaction avec son environnement. (Gouvernement du Québec, 2005, p.23)

De plus, considérant l'impact des problèmes reliés au travail dans l'équilibre psychologique d'une personne atteinte de trouble mental, ainsi que le rôle que le travail peut exercer dans le maintien de cet équilibre, la conseillère et le conseiller d'orientation sont des professionnels qui pourraient être mis à contribution lors de la réalisation de plans d'action en santé mentale (*Ibid.*).

Pour réaliser un plan d'action, il s'avère important de bien évaluer l'individu pour adapter ce plan à ses besoins et à ses limites. Pour la conseillère ou le conseiller d'orientation (c.o.), l'évaluation faite partie intégrante de sa profession, et cette même évaluation est imbriquée dans l'intervention qui la suit et la précède, c'est-à-dire le processus d'orientation (Bastien, 2011). L'expertise de la conseillère ou du conseiller d'orientation peut donc être mise à contribution lors de la rédaction d'un plan d'action en santé mentale, autant lors d'un processus individuel que dans une équipe interdisciplinaire.

D'ailleurs, la fonction d'évaluation est une activité professionnelle reconnue parmi les compétences des conseillères et conseillers d'orientation selon l'Ordre des conseillers et conseillère d'orientation du Québec (OCCOQ) (2001). Celle-ci implique de porter un jugement clinique sur la situation d'une personne et cela à 3 niveaux : les ressources personnelles, les conditions du milieu et le fonctionnement psychologique. Ce dernier implique, entre autres, de prendre en compte la présence de troubles mentaux ou neuropsychologiques pour offrir un service adapté (*Ibid.*).

Pour pouvoir porter ce type de jugement clinique, les c.o. doivent être en mesure d'évaluer le client à tous ces niveaux, et ainsi développer des stratégies actives d'insertion, de maintien et d'adaptation en emploi. L'évaluation, qui est définie comme étant une activité rigoureuse, systématique et exhaustive (OCCOQ, 2010) permettra ultimement au c.o. de justifier son processus ainsi que les conclusions qui en découlent (*Ibid.*).

Qui plus est, avec les changements importants que connaît le monde du travail d'aujourd'hui, les c.o. sont de plus en plus amenés à faire des évaluations des troubles mentaux dans leur pratique professionnelle (Lacharité, 2009; Gouvernement du Québec, 2009). Ces évaluations s'avèrent d'autant plus nécessaires puisqu'elles permettent de s'assurer que l'individu possède les ressources nécessaires pour faire face aux exigences du marché du travail (Lacharité, 2011). Les c.o. sont donc de plus

en plus amenés à intervenir auprès d'une clientèle souffrant de troubles mentaux et ainsi, une intervention adaptée lors d'un processus d'orientation s'avère indispensable.

Par ailleurs, le projet de loi 21 a modifié quelque peu le champ de pratique des membres de l'Ordre des conseillers et conseillère d'orientation du Québec (OCCOQ) en leur réservant quatre activités d'évaluation. Tel que mentionné à l'article 3.1.1 du projet de loi 21 (Gouvernement du Québec, 2009), ces activités sont :

- 1) Évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité;
- 2) Évaluer les troubles mentaux, lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94;
- 3) Évaluer le retard mental;
- 4) Évaluer un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la Loi sur l'instruction publique.

Les c.o. sont donc des acteurs dans le domaine de la santé mentale et, grâce à cette compétence réaffirmée par le projet de loi 21, les c.o. seront donc appelés à travailler davantage avec cette clientèle.

Parallèlement, l'évaluation des troubles mentaux est une pratique jugée préjudiciable (OCCOPPQ, 2009) qui nous rappelle qu'il est donc important, en tant

que professionnel de l'orientation, d'avoir des outils efficaces, valides et fidèles pour nous aider dans cette tâche.

L'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec (OCCOQ, 2010) souligne également que l'évaluation d'un individu se situe à plusieurs niveaux (cognitif, social, comportemental et affectif). De cette façon, le portrait de l'individu s'avère plus complet et cela permet de mieux comprendre ses forces et limites, et ainsi mieux cibler ses besoins. Il est important pour le c.o. d'évaluer son client pour avoir une image juste et la plus globale possible; il pourra ainsi bâtir des interventions individualisées et adaptées avec sa cliente ou son client.

5. L'ÉVALUATION DES TROUBLES MENTAUX

L'évaluation de l'individu fait partie intégrante de la tâche du c.o. pour pouvoir bien cibler les besoins de la cliente ou du client. Le c.o. se doit de tenir compte de la présence de troubles mentaux dans ses interventions pour assurer la meilleure qualité de service possible (OCCOQ, 2010). Sachant que les troubles mentaux sont souvent une limite importante à l'insertion professionnelle, il est d'autant plus important de bien évaluer le trouble mental pour ainsi adapter l'intervention à l'individu.

Pour évaluer les troubles mentaux, les tests psychométriques offrent plusieurs avantages. Premièrement, ils permettent aux intervenantes et intervenants de mieux connaître leurs clientes et clients. De cette façon, ils comprennent mieux la situation actuelle de l'individu, ce qui favorise l'utilisation de techniques et d'interventions mieux adaptées et plus efficaces (Guédon, Savard, Le Corff et Yergeau, 2011). Deuxièmement, les outils psychométriques, dûment validés et reconnus, permettent le recueil de données objectives, ce qui vient compléter et nuancer les données plus subjectives et qualitatives recueillies par l'entrevue (OCCOQ, 2010). Troisièmement, pour ce qui est de faire l'évaluation de troubles mentaux, les tests psychométriques

sont des outils à privilégier puisque ceux-ci permettent d'avoir une vision plus globale de l'individu et cela tout en permettant parfois d'évaluer plusieurs aspects en un seul test (ex. : cognitif, personnalité, neurologique) (Meyer, 2001). Quatrièmement, les données quantitatives recueillies lors de la passation de tests psychométriques permettent une mesure précise et une comptabilisation efficace. Elles offrent aussi la possibilité de comparer l'individu à une population cible pour ainsi voir rapidement où il se situe par rapport aux autres (Gregory, 2007). En somme, le test psychométrique apporte une mesure fiable, car on en connaît les qualités métrologiques. De plus, ces outils permettent de faire des prédictions sur les comportements et l'adaptation des personnes évaluées. Les tests psychométriques étant des outils efficaces pour procéder à des évaluations, incluant l'évaluation de troubles mentaux, ceux-ci sont donc à privilégier dans ce contexte.

D'autres méthodes d'évaluation peuvent également être utilisées pour recueillir de l'information sur un individu. À titre d'exemple, l'entrevue (dirigée, semi-dirigée ou non-dirigée) peut s'avérer un bon moyen pour amasser de l'information. L'entrevue consiste en un mode particulier de communication verbale entre une intervieweuse ou un intervieweur qui collecte l'information et une répondante ou un répondant qui fournit cette information (Fortin, 2010). L'entrevue est un outil intéressant de collecte d'information puisqu'il offre une plus grande liberté au niveau des thèmes à aborder, ce qui permet de sonder plus en détail certains événements ou sujets. Par contre, elle se limite également à la bonne volonté des participantes et participants de partager seulement ce dont ils ont envie de discuter (*Ibid.*). L'observation structurée pourrait également être une méthode à envisager pour recueillir de l'information. Par contre, comme cela se définit par l'observation et l'enregistrement d'événements ou de comportements dans un environnement précis (*Ibid.*), cette méthode peut s'avérer moins objective et certains détails concernant l'évènement peuvent être oubliés. De plus, cette méthode demande également l'observation d'un seul comportement ou évènement à la fois (*Ibid.*).

D'ailleurs, pour s'assurer d'avoir une vision plus complète et nuancée de l'individu, ainsi que pour diminuer le risque d'erreur, il est important d'avoir plusieurs sources d'informations lors de l'évaluation (Meyer, 2001). Cela signifie donc plusieurs méthodes de collectes d'information (entrevue et tests psychométriques par exemple) et plusieurs sources d'information (individu évalué et autres personnes de l'entourage de cette dernière ou ce dernier).

Lorsqu'une évaluation dite auto-rapportée (l'individu évalué donne des informations sur elle-même ou lui-même) est faite, l'authenticité des données recueillies est l'une des principales préoccupations des évaluateurs. Que ce soit conscient ou inconscient, les motifs peuvent être nombreux pour omettre de transmettre de l'information lors de la passation d'un test auto-rapporté en évaluation de la santé mentale (Holden et Troister, 2009). Pour pallier cela, les chercheuses et chercheurs proposent, entre autres, l'évaluation par une tierce personne qui connaît bien la personne évaluée (*Ibid.*).

Lorsque des données sont recueillies auprès de plusieurs informateurs, les corrélations entre données amassées auprès des informateurs et celles de l'individu sont souvent basses (Achenbach, 2006; Gresham, Elliot, Kettler, Cook et Vance, 2010; Achenbach, McConaughy et Howell, 1987). Cela porte à croire que plusieurs facettes de l'individu peuvent être représentées par divers informateurs jouant des rôles différents dans la vie de l'individu évalué (époux, enfant, thérapeute, parent, etc.) Les différentes perspectives de l'individu mises en lumière par les différents informateurs peuvent aussi provenir des échantillons distincts de comportements avec lesquels ces informateurs sont en contacts (selon le rôle joué auprès de l'individu évalué) (Achenbach, Krukowski, Dumenci et Ivanova, 2005; Achenbach, 2006; Konold, Walthall et Pianta, 2004). Les différences entre les données recueillies par l'individu lui-même et les informateurs permettent donc d'identifier des problèmes qui ne sont pas reconnus ou divulgués par l'individu, mais qui le sont par ses proches.

Qui plus est, il est important, lors de l'évaluation d'un individu, de faire une utilisation optimale des données recueillies pour bien identifier et comprendre les éléments en jeu dans la vie d'un individu et ainsi faire un lien avec les construits théoriques qui permettront une évaluation plus précise (Achenbach, 2001). Chaque informateur ayant sa propre perspective de l'individu, la cueillette d'information par diverses sources permet un portrait plus global et nuancé de l'individu évalué, et donc un nombre de données plus important et plus riche à analyser. Conséquemment, une ou un c.o. qui veut faire l'évaluation des troubles mentaux d'un individu a davantage à gagner en utilisant un test psychométrique (en plus de ses entrevues) permettant la comparaison et le cumul de données objectives provenant de différentes sources.

6. L'ASR ET L'ABCL : DES OUTILS EFFICACES À ADAPTER EN FRANÇAIS POUR LE CANADA

La précarité professionnelle des adultes souffrant de troubles mentaux impose aux professionnelles et professionnels de l'employabilité une intervention sur mesure. De cette façon, il peut répondre au besoin de l'individu tout en tenant compte de ses forces et de ses limites. Pour faire la meilleure intervention possible, il faut évaluer l'individu de manière à avoir le portrait le plus global possible de celle-ci ou de celui-ci. Pour ce faire, il s'avère important de prendre en compte plusieurs types de données provenant de diverses sources d'information. De cette manière, le portrait de l'individu sera plus complet et nuancé.

À ce propos, dans les années 1960's, les outils *ASEBA* (*Achenbach System for Empirically Based Assessment*) ont commencé à être développés dans cette perspective, c'est-à-dire dans le but de concevoir une méthode d'évaluation permettant une image plus différenciée de la psychopathologie d'un individu grâce à la méthode multi-informateurs (Achenbach, 2011). Lors de la création de ses

premiers outils, Achenbach et son équipe visaient principalement l'évaluation psychopathologique des enfants et des adolescentes et adolescents (*Ibid.*).

En ce sens, ils ont développé le *Child Behaviour Checklist (CBCL)*, le *Youth Self-Report (YSR)* et le *Teacher Self-Report (TSR)*. Ce système permet d'évaluer la psychopathologie chez l'enfant et l'adolescente et l'adolescent grâce aux informations recueillies auprès de, respectivement, les parents, le jeune elle-même ou lui-même et l'enseignante ou l'enseignant. Depuis leur création, le *CBCL*, le *TSR* et l'*YSR* ont été traduits pour permettre leur utilisation dans plus de 80 pays, dont en français pour le Canada (*Ibid.*). Aujourd'hui, au Québec, le nombre de passations annuelles du *CBCL* se chiffrait à environ 12 000, ce qui fait de lui l'un des tests les plus utilisés et reconnu dans son domaine (Institut de Recherches Psychologiques de Montréal, communication personnelle).

Similairement, l'*Adult Self-Report (ASR)* et l'*Adult Behavior Checklist (ABCL)* sont aussi des outils d'évaluation des troubles mentaux *ASEBA*, conçus cette fois-ci dans le but de dresser le meilleur portrait possible de l'adulte (Achenbach, 2005), tout comme le font le *CBCL*, le *YSR* et le *TSR* pour les enfants et les adolescentes et adolescents. En effet, l'*ASR* et l'*ABCL* sont des instruments parallèles conçus pour évaluer les adultes âgés entre 18 et 59 ans; l'*ASR* est administré à l'individu lui-même alors que l'*ABCL* est administré aux informateurs qui côtoient l'individu évalué.

Pour ce qui est de leurs propriétés psychométriques, plusieurs recherches ont démontré la fidélité, la validité et l'efficacité de l'*ASR* et de l'*ABCL* dans un contexte d'évaluation des troubles mentaux (Achenbach, 2011; Achenbach et Rescorla, 2003; Achenbach, Krukowski, Dumenci, et Ivanova, 2005; Tenneij et Koot, 2007; Achenbach, Bernstein et Dumenci, 2005). Ce sujet sera traité plus en détail dans le deuxième chapitre.

De plus, la facilité d'administration et la variété de symptômes émotionnels et comportementaux évalués par l'*ASR* et l'*ABCL* font de ces derniers des outils efficaces pour recueillir de l'information (Tenneij et Koot, 2007). Aussi, ils permettent de mesurer de façon standardisée l'effet d'un plan intervention sur l'adulte (*Ibid.*). Cela fait donc d'eux des outils pouvant être utilisés avec confiance dans un contexte d'intervention auprès des personnes atteintes de troubles mentaux.

7. OBJECTIF DE RECHERCHE

Il a été démontré que les adultes atteints de troubles mentaux font souvent face à une précarité professionnelle et économique. Par contre, être en emploi, surtout lorsque ce sont des emplois stables et compétitifs, diminue les symptômes des troubles mentaux et augmente le bien-être de ces adultes. À ce sujet, pour aider les adultes atteints de troubles mentaux à se placer et à s'adapter en emploi, les programmes d'employabilité et les professionnelles et professionnels de l'orientation ont démontré leur efficacité à maintes reprises, et ce, dans plusieurs pays. D'ailleurs, au Québec, avec la modification du champ de pratique des c.o. avec le projet de loi 21, ceux-ci seront amenés à interagir davantage avec une clientèle atteinte de troubles mentaux (Lacharité, 2009).

Les c.o., ainsi que les autres professionnelles et professionnels travaillant auprès d'adultes atteints de troubles mentaux, se doivent d'utiliser des outils efficaces pour s'assurer de bien cibler les besoins, forces et limites de leurs clientes et clients. Cela peut être fait en tentant d'obtenir le portrait le plus global et nuancé possible, pour ainsi les accompagner le mieux possible dans leur vie professionnelle.

L'*ASR* et l'*ABCL* s'avèrent être des outils utiles et efficaces auprès d'une clientèle souffrant de troubles mentaux. En revanche, malgré qu'ils aient déjà été traduits et utilisés dans une vingtaine de langues, l'*ASR* et l'*ABCL* n'ont pas encore été traduits en français pour le Canada (*ASEBA*, 2011) et il n'existe aucun autre outil

multi-informant similaire traduit en français pour le Canada pour évaluer les troubles mentaux chez l'adulte.

À la lumière de la pertinence d'intégrer de nouveaux outils d'évaluation des troubles mentaux dans un contexte de counseling de carrière pour bonifier la pratique et mieux cibler les besoins, forces et limites de l'individu évalué, l'objectif de ce mémoire est donc de faire l'adaptation canadienne-française de l'*Adult Self-Report*.

En adaptant ces outils en français pour le Canada, toutes les professionnelles et professionnels œuvrant auprès d'adultes francophones souffrant de troubles mentaux pourront les utiliser et en bénéficier. Ces professionnelles et professionnels pourront obtenir un portrait plus global et nuancé de leurs clientes et clients et, de leur côté, ces derniers pourront recevoir un service plus adapté à leurs forces et limites. Ultiment, cela leur permettra d'augmenter leur chance de se trouver, de s'adapter et de se maintenir en emploi, en plus d'augmenter leur qualité de vie.

DEUXIÈME CHAPITRE

LE CADRE D'ANALYSE

À la lumière de la pertinence d'effectuer la traduction de l'*ASR* en vue de son utilisation en français au Canada, le présent chapitre définira plus en détail cet outils, ainsi que ses propriétés psychométriques. De plus, une section sera également consacrée à la traduction d'outils psychométriques. Finalement, le chapitre se conclura sur les objectifs détaillés de ce mémoire.

La recension des écrits, autant pour le premier que pour le deuxième chapitre, a été effectuée dans plusieurs bases de données. En effet, les bases de données *Academic search complete*, *Francis*, *PsycINFO* et *Repere* ont été utilisés. Les termes suivants ont été utilisés pour effectuer les recherches, soit seuls ou combinés à un autre terme : *psychometric testing*, *mental health*, *adult*, trouble de santé mentale, troubles mentaux, psychométrie, *ASEBA*, *ABCL*, *ASR*, méthode multi-informant, *assessment*, adulte, Achenbach, et Canada. De plus, la page Web des outils *ASEBA* a également été consultée, puisqu'elle contient beaucoup d'information, ainsi que plusieurs articles directement en lien avec ces outils. Finalement, les manuels des outils *ASEBA* furent également d'une grande utilité, surtout au niveau de la compréhension de l'établissement des normes pour les outils *ASEBA*, ainsi que pour les spécificités des questionnaires pour adultes.

L'*ASR* a été construit en suivant le principe des outils *ASEBA*, c'est-à-dire suivant la méthode multi-informateur pour évaluer les troubles mentaux (Achenbach, 2005). En effet, tel que mentionné dans le précédent chapitre, l'*ASR* a un autre outil jumeau, celui-ci bâti pour l'évaluation d'un adulte par un pair (l'*ABCL*). Cependant, dans le contexte de ce mémoire, il sera seulement question de l'*ASR*.

Pour bâtir ses différents outils psychométriques, Achenbach s'est d'abord intéressé au concept de *Evidence based-assessment (EBA)* (Achenbach, 2009). La

méthode de l'*EBA* propose de bâtir des tests à partir d'observations et de fait provenant d'un important échantillon de population (échantillon normatif). Des regroupements de comportements sont faits de façon standardisée (analyses factorielles) à partir de ces observations pour en élaborer des concepts généraux. Ces concepts seront utilisés pour développer les différentes questions du test et deviendront des regroupements de problématiques. Donc, lorsque les individus sont évalués par ce test, chaque question sera associée à une ou plusieurs problématiques. Lors de la compilation des résultats, les individus évalués sont alors comparés à l'échantillon normatif pour déterminer si ces comportements tendent ou non à être « normaux » selon chaque concept (*ibid.*). Les critères définissant ce qui est « normal » ou cliniquement significatif seront définis dans la section 1.1 du présent chapitre, soit la description générale de l'*ASR*. C'est donc cette méthode qui a été utilisée par Achenbach pour développer cet outil d'évaluation des troubles mentaux.

D'ailleurs, Achenbach a créé plusieurs outils psychométriques suivant le modèle d'évaluation multi-informateur, basés sur les concepts de l'*EBA*, destinés à toutes les tranches d'âge de la population (Achenbach et Rescorla, 2003). En effet, il existe des outils pour les jeunes enfants (1 ½ à 5 ans), pour les enfants d'âge scolaire et les adolescentes et adolescents (6 à 18 ans), pour les jeunes adultes (18 à 30 ans), pour les adultes (18 à 59 ans), ainsi que pour les personnes âgées (60 à 90 ans). Les inventaires pour enfants et adolescents sont disponibles en français pour le Canada et sont très utilisés. Or, les outils pour adultes, plus récents, n'ont pas encore été validés en français pour le Canada. Le manuel des formes et profils adultes des outils *ASEBA* présente ces outils de façon détaillée (*Ibid.*). La prochaine section résume les principaux éléments s'y retrouvant.

1. PORTRAIT DE L'*ASR*

Quinze ans de recherche ont mené à l'aboutissement de l'*ASR*. En effet, ce dernier a été créé en incorporant des items des questionnaires d'évaluation des

troubles mentaux pour jeunes adultes de 18 à 30 ans (*Young Adult Self-Report*) datant de 1997, à de nouveaux items adaptés à une clientèle plus âgée. Certains items moins pertinents ont aussi été enlevés. À la suite de la création de nouvelles normes nationales, la validité et la fidélité de ce nouveau test a été démontrée pour la nouvelle clientèle visée, c'est-à-dire les adultes âgées entre 18 et 59 ans.

Cet outil psychométrique a été développé pour évaluer rapidement différents aspects de fonctionnement adapté ou non d'un individu. Cet outil *ASEBA* est donc désigné pour offrir une description standardisée du fonctionnement d'un individu. En aucun cas les résultats ne devraient être associés directement à un diagnostic ou à un trouble mental. Plutôt, ceux-ci devraient être combinés et intégrés à d'autres données recueillies sur l'individu (en entrevue par exemple), pour s'assurer d'une évaluation plus complète de son fonctionnement.

L'*ASR* a été développé pour être administré à une clientèle adulte ayant minimalement un niveau de lecture de 5^e année du primaire. Si la répondante ou le répondant a de la difficulté à remplir le questionnaire, les questions peuvent lui être lues par l'administrateur du test. D'ailleurs, pour faire l'analyse des résultats, cette dernière ou ce dernier devrait être titulaire d'une maîtrise en psychologie ou dans un domaine connexe, suivre un code d'éthique professionnel, ainsi qu'avoir une bonne connaissance du manuel et des procédures d'administration du test.

Selon le manuel (Achenbach et Rescorla, 2003), la passation de l'*ASR* prend environ 15 à 20 minutes. L'*ASR* est administré une seule fois à l'individu évalué. Pour ce qui est de la compilation des résultats, elle peut se faire à la main par l'évaluateur, ou par ordinateur avec un logiciel spécialement créé à cet effet. La compilation et l'interprétation des résultats sont assez simples à faire. Les résultats finaux sont présentés sous forme graphique et sous forme numérique. Aussi, une administration en-ligne est possible via le site internet des outils *ASEBA*. Cela

s'avère pertinent lorsque la cliente ou le client se trouve physiquement éloigné de l'évaluateur.

1.1 Description générale de l'ASR

L'ASR est un questionnaire qui se divise en cinq sections. Tout d'abord, suivant les données générales sur la cliente ou le client (nom, âge, sexe, ethnie, etc.), des informations sont demandées sur le niveau d'éducation, ainsi que sur l'emploi occupé par l'individu. Des spécificités sont aussi demandées concernant le nombre d'amis et les relations sociales qu'entretient cette dernière ou ce dernier. Ensuite suivent 123 questions de type Likert à trois niveaux qui composent les différentes échelles du test (0, 1 et 2). Finalement, trois questions de type ouvertes quantitatives sont posées sur les habitudes de consommation d'alcool, de drogue et de tabac de l'individu (voir Annexe A pour les items spécifiques à chacune des catégories). Les questions du test sont posées à la première personne du singulier.

Le manuel des outils ASEBA pour formes adultes (*Ibid.*) fait aussi un descriptif détaillé des échelles et concepts mesurés par l'ASR. Il stipule que les scores pondérés obtenus lors de la compilation des résultats comparent l'individu à l'échantillon normatif divisé selon le sexe et l'âge de l'individu (18-35 ans ou 36-59 ans). Pour obtenir le score de chacune des dimensions, il suffit de faire la somme des chiffres correspondant à chacune des questions, qui elles sont jumelées à l'une ou l'autre des dimensions évaluées. En d'autres mots, chaque question du test est reliée à l'une des dimensions évaluées par le test. La compilation se fait donc en additionnant les scores obtenus aux échelles de Likert (0 1 ou 2) pour chacune des questions, et ce, dans chacune des dimensions. Cette compilation permet de classer l'individu selon un niveau de sévérité pathologique, c'est-à-dire soit normal, limite (*borderline*) ou clinique (*clinical*) par rapport à l'échantillon normatif. Le niveau de sévérité des symptômes est basé sur l'échantillon normatif utilisé pour développer le test.

En effet, l'échantillon normatif était composé d'adultes atteints de troubles mentaux et référés par un institut psychiatrique, ainsi que d'adultes n'ayant pas de suivi dans un institut psychiatrique. Les réponses aux tests des adultes évalués ayant des troubles mentaux ont servi à pondérer ce qui semblait être les comportements typiques d'adultes ayant ces troubles. De leur côté, les évaluations des adultes non référés ont servi à dresser une pondération de comportements dits « normaux ». Les sections qui suivent présentent brièvement les échelles et concepts de l'*ASR*, ainsi que les résultats qui en découlent.

1.2 Échelle du comportement adapté

Cette échelle permet de comparer le fonctionnement social de l'individu évalué avec l'échantillon normatif. Elle inclut des items concernant les amis, la vie amoureuse, la famille, l'emploi occupé par l'individu, ainsi que l'éducation de celui-ci. Chacune de ces dimensions est évaluée indépendamment pour chaque individu, puis un score global de fonctionnement social est fourni et est pondéré en score *T* et en percentile. Comparativement aux autres échelles, plus le score *T* ou le percentile est élevé, moins l'individu est considéré comme problématique. En effet, un score *T* de plus de 35 ou un percentile au-dessus de 7 est considéré normal. La zone limite se situe entre 30 et 35 (score *T*) ou entre 2 et 7 (percentile) et la zone clinique se situe à moins de 30 (score *T*) ou moins de 2 (percentile).

1.3 Échelle des syndromes

Un syndrome, tel que défini par Achenbach, est le regroupement de comportements problématiques qui tendent à se produire simultanément. Achenbach a construit des échelles de syndromes en regroupant empiriquement, à l'aide d'analyses factorielles, les items problématiques qui avaient tendance à se manifester simultanément. Le nom de chaque échelle de syndromes permet d'avoir un aperçu global du type de comportement problématique qu'on y retrouve. Les échelles de

syndromes sont également regroupées deux grandes dimensions. Voici un aperçu de chacune des échelles et dimensions.

Les comportements dits intériorisés regroupent les échelles de syndromes anxieux/dépressif, renfermé et plaintes somatiques. Ce sont principalement des comportements exprimés intérieurement par l'individu, comme un tempérament ou une manière de réagir. L'échelle de syndrome anxieux/dépressif comprend des items tels qu'être nerveux, être triste et manquer de confiance en soi. L'échelle de syndromes renfermés comprend des items tels qu'avoir de mauvaises relations avec le sexe opposé, préférer être seul ou ne pas avoir d'amis. Finalement, l'échelle des plaintes somatiques renferme des items tels que se sentir étourdie, avoir la nausée ou des maux de tête sans raison médicale.

Les comportements dits extériorisés regroupent les échelles de syndromes de comportements agressifs, de comportements délinquants et comportements intrusifs. Ces types de comportements sont ceux qui sont facilement observables et qui sont relatifs aux conflits avec les autres ou à d'autres éléments sociaux problématiques. À titre d'exemple, l'échelle des comportements agressifs comprend des items tels blâmer les autres, avoir des sautes d'humeur et être impatient. L'échelle des comportements délinquants comprend des items tels faire des drogues, être impulsif ou voler. Finalement, les comportements intrusifs sont, par exemple, se vanter, attirer l'attention ou parler trop.

Il y a également deux échelles de syndromes qui n'entrent dans aucune des deux grandes catégories. Ce sont les problèmes de la pensée et les problèmes d'attention. L'échelle des problèmes de la pensée renferme des items tels entendre des choses que les autres n'entendent pas et répéter certains actes continuellement. L'échelle des problèmes d'attention renferme des items tels oublier des choses, avoir de la difficulté à prendre des décisions ou être désorganisé.

Lors de la compilation des résultats, chaque échelle de syndrome permet d'obtenir un score *T* et un rang centile pour chacune de ces dimensions, en plus d'un score global regroupant tous les items de cette échelle. En additionnant les chiffres (0, 1 ou 2) correspondant aux réponses données par l'individu évalué (ou l'informant) pour chaque question et en reportant ce total sur la feuille de compilation, il est possible de voir rapidement si l'individu est évalué normal, limite ou clinique pour chacune des échelles de syndrome. Un score *T* de 64 et moins, ou un percentile de moins de 93 est considéré normal. Lorsque l'individu obtient un score *T* entre 65 et 69, ou qu'il se situe entre le 93^e et le 97^e percentile, il est considéré limite dans ces échelles. Finalement, s'il obtient un score *T* de 70 et plus ou qu'il se situe au 98^e percentile et plus, il est alors considéré comme étant clinique dans cette échelle.

1.4 Échelles de syndromes dérivées du *DSM-IV*

Six échelles de syndromes dérivées du DSM ont également été créées à partir des items de l'*ASR*. Les échelles sont les suivantes : Dépression, Troubles anxieux, Trouble somatoforme, Trouble de personnalité évitante, Déficit d'attention/hyperactivité (sous-échelles d'inattention et d'hyperactivité/impulsivité) et Trouble de personnalité antisociale. Vingt et un professionnelles et professionnels de dix cultures différentes ont été sollicités pour évaluer la similarité entre les items de l'*ASR* et les catégories diagnostiques du *DSM-IV*. Seuls les items ayant été marqués par la majorité des professionnelles et professionnels comme étant « très similaires » ont été retenus pour composer ces échelles. Il est à noter que les syndromes dérivés du *DSM-IV* ne correspondent pas précisément aux critères diagnostiques de celui-ci. Les résultats donnent donc un aperçu de quel diagnostic pourrait recevoir l'individu si l'on utilisait les critères du *DSM-IV*. La construction de ces échelles déroge donc de l'approche *EBA* stricte, qui caractérise les autres échelles de l'*ASR*.

Pour déterminer si un individu est considéré normal, limite ou clinique dans chacune de ces échelles, le processus est le même que pour les échelles de syndromes. De plus, les points de coupure sont les mêmes, c'est-à-dire un score *T* de moins de 65 pour normal, entre 65 et 69 pour limite et au-dessus de 70 pour clinique.

1.5 Échelle de troubles de consommation

Pour cette échelle, trois questions ouvertes évaluent les habitudes de consommation du tabac, de l'alcool et des drogues. En plus d'un score indépendant pour chaque dimension, un score *T* moyen est aussi donné pour l'utilisation de substances en général (toute substance confondue). Les points de coupure sont toujours les mêmes que les échelles de syndromes et les échelles de syndromes dérivées du *DSM-IV*.

1.6 Échelle des items critiques

Les items critiques sont 19 items ont été jugés cruciaux à prendre en considération par l'évaluateur s'ils ressortent comme étant au seuil « clinique » lors de l'évaluation, qu'ils fassent ou non partie d'une des échelles problématiques de l'individu. Autrement dit, ce sont des éléments qui, en eux-mêmes, peuvent porter atteinte au bon fonctionnement de l'individu, ou qui sous-entendent un certain niveau de dangerosité pour l'individu ou pour les autres (ex. pensées suicidaires, hallucinations, automutilation, etc.). Ils devraient donc être abordés avec l'individu lors de l'interprétation des résultats. Vingt et un professionnelles et professionnels de dix cultures différentes ont évalué les items du test pour déterminer lesquels devraient faire partie de cette échelle.

1.7 Score de problématique total

Finalement, l'évaluation de l'individu permet aussi de produire un score de problématique total. Ce résultat est obtenu par l'addition de tous les scores (0, 1 ou 2) des items du questionnaire. Celui-ci comprend donc plus d'items que les autres échelles d'évaluation du test. Il indique le degré de fonctionnement général de l'individu évalué et les points de coupure pour normal, limite ou clinique sont encore les mêmes que les autres échelles (à l'exception de l'échelle du comportement adapté).

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR L'ASR

En plus d'expliquer en détail le processus de création de l'ASR et son contenu, le manuel des formes et profils adultes des outils *ASEBA* (Achenbach et Rescorla, 2003) livre également un portrait complet des différentes études de validation faites pour en vérifier ses propriétés psychométriques. De plus, plusieurs recherches ont été effectuées sur cet outil, et ce, dans plusieurs pays.

2.1 Fidélité

Pour évaluer la fidélité de l'ASR, les sujets ayant participé à l'établissement des normes du *Young Adult Self-Report (YASR)* en 1999 ont été recrutés. Au total, deux cent trente-deux adultes américains âgés entre 18 et 59 ans ont répondu au questionnaire deux fois, à une semaine d'intervalle pour évaluer la stabilité des résultats (fidélité test-retest). Pour la plupart des échelles, le coefficient de fidélité test-retest se situait entre 0,80 et 0,90 (*Ibid.*), ce qui peut être qualifié de très satisfaisant (Guilford et Fruchter, 1978) et la plus petite valeur recueillie était de 0,71 (Achenbach et Rescorla, 2003), ce qui peut être qualifié de satisfaisant (Guilford et Fruchter, 1978).

Pour ce qui est de la fidélité à long terme, il est à noter que ces données proviennent des tests effectués lors de l'établissement des normes pour le *YASR*. Les corrélations des scores à 24 mois d'intervalle se situaient en moyenne à 0,69. Pour ce qui est de la stabilité sur 39 à 44 mois et celle sur 10 ans et plus, les corrélations se situaient respectivement entre 0,58 et 0,60 et entre 0,43 et 0,53 (Achenbach et Rescorla, 2003). Il s'avère normal qu'après une longue période de temps, le coefficient de fidélité diminue, dû au processus de maturation chez les sujets (maladie, fatigue, stress émotif, expériences, etc.) (Anastasi, 1994; Guilford et Fruchter, 1978).

Les coefficients d'homogénéité ont également été évalués au niveau des échelles de syndromes et des échelles du *DSM-IV* et ce, pour les deux formes parallèles. L'*ASR* avait une moyenne d'alphas de Cronbach de 0,83 pour les échelles de syndromes, et de 0,78 pour l'échelle *DSM-IV* (Achenbach et Rescorla, 2003), ce qui peut être jugé comme étant très satisfaisant (Anastasi, 1994).

2.2 Validité

La validité critériée a été supportée de plusieurs façons. Tout d'abord, les items des deux tests ont prouvé leurs capacités à discriminer de façon significative les individus qui avaient été référés dans un institut traitant les troubles mentaux ou les troubles de consommation dans les 12 derniers mois en comparaison aux les individus non référés. En d'autres mots, les résultats obtenus par les sujets à l'*ASR* reflétaient correctement la présence ou l'absence de symptômes de troubles mentaux cliniquement significatifs, selon le cas. Les pourcentages d'identification exacte varient entre 71 % et 87 % (Achenbach et Rescorla, 2003). De plus, la validité critériée a aussi été supportée par des associations observées entre les individus référés dans un institut traitant les troubles mentaux et leurs résultats obtenus dans les zones *borderline* et *clinique*. Ces associations sont significatives pour toutes les échelles de l'*ASR*. Une association significative a également été observée entre les

échelles et l'état psychologique des individus référés dans un institut et cela, dans différents pays (*Ibid.*). Autrement dit, cela signifie que les résultats des évaluations des troubles mentaux sont concluants indépendamment des effets démographiques pour les différentes cultures ayant participé.

La validité de contenu a été vérifiée par des analyses factorielles qui ont permis de vérifier que chaque item était significativement relié à son échelle d'appartenance. Finalement, l'identification des items par les 21 experts de 10 cultures différentes comme étant très cohérentes avec les catégories diagnostiques du *DSM-IV* permet également une vérification de la validité de contenu, au niveau des échelles de syndromes dérivés du *DSM-IV* (*Ibid.*).

La validité théorique a été vérifiée grâce à des associations convergentes avec d'autres tests mesurant des construits similaires, et ce, dans plusieurs pays différents. Le *Symptom Checklist-90-Revised* (*SCL-90-R*) est un questionnaire auto-rapporté comme l'*ASR*, mais, contrairement à l'*ASR*, il ne comporte pas d'items concernant le fonctionnement adapté ni d'items en lien avec le *DSM-IV* ou sur l'abus de substances. Malgré cela, pour les dimensions et échelles pouvant être mises en lien entre les deux questionnaires, il a été démontré qu'elles avaient toutes une corrélation égale ou supérieure à 0,62 (*Ibid.*). En Turquie, une étude comparant les 11 échelles du *YASR* et 9 échelles du *MMPI-2* (99 analyses) a démontré que 95 de ces analyses étaient significativement corrélées (*Ibid.*). Des études comparatives entre le *YASR* et le *Beck Depression Inventory* (*BDI*) ont également été réalisées en Finlande. Ces études démontrent que l'effet à long terme (sur une période de cinq ans) d'interventions sur de jeunes adultes de 20 et 21 ans ayant été évalué avec l'*YASR* et le *BDI* diminue, dans les deux cas, leurs scores sur une majorité d'échelles pour chacun des questionnaires.

2.3 Les traductions de l'ASR

Il apparaît donc que les propriétés psychométriques de l'ASR sont suffisamment bonnes pour recommander leur utilisation. C'est probablement l'une des raisons qui expliquent que depuis la parution des premiers outils *ASEBA*, ceux-ci ont été traduits dans 80 pays. Plus spécifiquement, l'ASR, lui, a été traduit et adapté dans 26 langues (Achenbach, 2012). De surcroît, le site internet *ASEBA* fournit une liste bibliographique d'études provenant de 50 pays différents et portant sur l'un ou plusieurs des outils *ASEBA* (*Ibid.*). Les outils *ASEBA* semblent donc être des outils de référence bien documentés qui sont utilisés dans plusieurs pays pour l'évaluation des troubles mentaux.

Il importe de mentionner qu'une traduction française de l'ASR vient de paraître en France (Verhulst et Van der Ende, date inconnue). Par contre, il est à noter qu'aucune validation de la traduction n'a été faite en France et qu'aucun document ne permet de juger du processus de traduction des items qui a été utilisé. Aussi, la prochaine section soulignera pourquoi une traduction et adaptation en français se doit d'être faite pour le Canada francophone.

3. LA TRADUCTION D'OUTILS PSYCHOMÉTRIQUES

Guillemin, Bombardier et Beaton (1993) expliquent qu'une adaptation est orientée vers l'action de vouloir mesurer un phénomène similaire dans une culture différente, et de cela résulte le besoin de produire un instrument équivalent, mais adapté à une autre culture. Ils soulignent aussi que les instruments d'évaluation doivent être adaptés s'ils sont utilisés dans un autre pays, que langue principale du pays soit la même ou non. En fait, le degré d'adaptation requis dépendra des similarités dans la structure du langage, ainsi que dans la culture. Conséquemment, dans le cas de la traduction de l'ASR, il sera important de faire une adaptation linguistique de ces outils puisque la langue d'origine est l'anglais. Par contre, il n'y

aura pas d'adaptation conceptuelle nécessaire lors de la traduction et la validation de l'outil puisqu'au plan psychologique, le Canada et les États-Unis sont similaires. À titre d'exemple, le *DSM* est utilisé dans les deux pays pour diagnostiquer les troubles mentaux, sans que les concepts aient à être adaptés. De plus, l'*YSR*, outil similaire à l'*ASR* et très utilisé au Québec, a été traduit en français pour le Canada, mais aucune adaptation conceptuelle n'a été nécessaire (Wyss, Voelker, Cornock et Hakim-Larson, 2003). En effet, dans cette recherche, la méthodologie de traduction utilisée démontre que les items ont été traduits par des étudiants bilingues sans l'adaptation des concepts mesurés par l'outil.

Aussi, il est important que le langage du test soit culturellement adapté au niveau des mots et expressions utilisés. À titre d'exemple, le *Child Behavior Checklist (CBCL)* a été traduit et adapté en français différemment pour le Canada, pour la France, ainsi que pour la Belgique (Achenbach, 2012). Ainsi, il serait inapproprié d'utiliser la version traduite en français pour la France, puisqu'il y a là une différence linguistique avec le français canadien. Par exemple, la question numéro 74 de l'*ASR* traduit en français pour la France est : « Je fais mon intéressant ou je fais le pitre ». Pour le Canada, la question a été traduite ainsi : « J'essaie de me faire remarquer ou je fais le clown ». De plus, aucune documentation n'est disponible au niveau de la validation de l'adaptation de la version pour la France. Cela signifie donc qu'il est impossible de vérifier si cette version est valide et fidèle à la version originale.

La qualité de la traduction et de la validation d'un instrument permet de s'assurer que les résultats obtenus à la suite d'une évaluation sont valides et fidèles. En effet, une mauvaise traduction d'un outil psychométrique pourrait augmenter les risques d'erreurs de mesure lors de l'évaluation d'un individu (Maneesriwongul et Dixon, 2004). De plus, la traduction est préférable à l'élaboration d'un nouveau test puisque cette deuxième option peut s'avérer beaucoup plus demandante en temps, argent et énergie (Massoubre, Lang, Jaeger, Jullien et Pellet, 2002).

3.1 La traduction à rebours

Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que la traduction à rebours (*back-translation*) est l'une des méthodes les plus efficaces pour effectuer une bonne traduction de tests (Vallerand, 1989; Maneesriwongul et Dixon, 2004; Guillemain, Bombardier et Beaton, 1993; Pena, 2007; Massoubre *et al.*, 2002). Lorsqu'une traduction à rebours est faite, un (ou plusieurs) traducteur traduit l'instrument de la langue d'origine à la langue désirée d'adaptation. Ensuite, une ou un (ou plusieurs) deuxième traducteur retraduit de façon indépendante la nouvelle version traduite de l'instrument dans sa langue d'origine sans avoir vu la version originale. La version d'origine et la retraduction dans la langue d'origine sont alors comparées pour identifier les différences et pour corriger les items problématiques de la version traduite (Pena, 2007). Une traduction à rebours bien exécutée permet d'assurer quatre types d'équivalence : l'équivalence linguistique (c'est-à-dire que les questions gardent le même sens), l'équivalence fonctionnelle (c'est-à-dire mesurer les mêmes concepts), l'équivalence culturelle (c'est-à-dire s'assurer que les items sont adaptés à la culture cible), ainsi que l'équivalence métrique (c'est-à-dire de s'assurer de garder le même niveau de difficulté des questions ou items, dans le cas de tests d'intelligence notamment) (*Ibid.*).

Il a été souligné par plusieurs auteurs (Vallerand, 1989; Maneesriwongul et Dixon, 2004; Guillemain *et al.*, 1993; Massoubre *et al.*, 2002) que lors des traductions, ainsi que lors de l'évaluation des deux versions en langue originale, une approche de type comité était à privilégier. Cela signifie qu'il serait préférable que plusieurs individus travaillent ensemble pour faire les différentes traductions. En effet, cela permettrait une évaluation plus objective et précise des items pour s'assurer l'équivalence linguistique des deux versions du test. Idéalement, les traducteurs de la première version et de la retraduction devraient accomplir la tâche dans leur langue maternelle (Guillemain *et al.*, 1993), et le comité d'experts

comparant les deux versions en langue originale devrait être multidisciplinaire et rassembler des individus bilingues et unilingues (Massoubre *et al.*, 2002).

Par contre, une fois la traduction faite, il est important de ne pas présumer que la traduction fournit une version équivalente du test traduit, même si la technique de traduction à rebours a été utilisée (Sarrazin, 2003). C'est pourquoi il est important de valider la traduction en vérifiant sa fidélité et sa validité. Pour ce faire, il est suggéré de combiner la traduction à rebours à des prétests bilingues et unilingues (Maneesriwongul et Dixon, 2004; Vallerand, 1989; Massoubre *et al.*, 2002; Guillemin *et al.*, 1993). Le prétest bilingue permet une comparaison des versions par des individus qui comprennent couramment les deux langues et qui se feront administrer les deux versions du même test. Il est vrai que pour ce type de prétest, il peut parfois s'avérer difficile de trouver un nombre suffisant de sujets bilingues. D'un autre côté, faire ces prétests permet de vérifier l'équivalence sémantique entre la version originale et la version traduite, la fidélité et la validité du test traduit et les différences entre les deux versions peuvent être détectées (Maneesriwongul et Dixon, 2004). Quant au prétest unilingue, celui-ci s'effectue avec la population ciblée par le test (dans le cas présent, les individus atteints de troubles mentaux) et uniquement dans la langue de traduction (*Ibid.*).

À ce sujet, voici les étapes de traduction et de validation suggérées par Vallerand (1989) :

- 1- Préparation de versions préliminaires (par la méthodologie de traduction à rebours);
- 2- Évaluation des versions préliminaires et préparation d'une version expérimentale (À la suite de la comparaison de la version originale et de la version traduite dans la langue cible);

- 3- Prétest de la version expérimentale (par la méthode test-retest¹);
- 4- Vérification de la validité de concomitance et de contenu (avec les sujets bilingues);
- 5- Analyse de la fidélité (par la cohérence interne et la stabilité temporelle);
- 6- Évaluation de la validité de construit (par l'étude de la structure de l'instrument et par l'étude des effets du ou des construits évalués);
- 7- Établissement des normes.

Pour avoir les meilleurs résultats possibles de traduction et de validation d'un test psychométrique, il serait donc important de faire une traduction à rebours, idéalement avec des traducteurs bilingues qui font la traduction dans leur langue maternelle. Ensuite, les versions devraient être comparées par un comité d'experts comprenant des individus bilingues et unilingues, et des ajustements à la version traduite en langue cible devraient être apportés. Finalement, des prétests devraient être fait avec des groupes d'individus unilingue (version traduite) et bilingues (version originale et version traduite) pour évaluer la validité et la fidélité du test traduit.

En somme, l'*ASR* est un outil d'évaluation des troubles mentaux utilisant plusieurs concepts développés de façon empirique pour permettre un recueil d'information intéressant chez l'adulte évalué. De plus, cet outil possède des propriétés psychométriques satisfaisantes, tant au niveau de la fidélité que de la validité ce qui supporte son utilisation et qui amène plusieurs pays à le faire avec confiance. Finalement, pour permettre au Canada-français de profiter de cet outil, la méthode de traduction à rebours serait la plus appropriée à utiliser pour en assurer la meilleure adaptation possible.

¹ La méthode test-retest consiste à faire passer un même questionnaire à une personne avec un intervalle temporel prédéterminé entre les deux passations.

4. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU PROJET DE RECHERCHE

Comme ce mémoire fait partie d'un projet source de plus grande envergure ayant comme objectif général la traduction et adaptation canadienne-française de l'*ASR* et de l'*ABCL*, les objectifs spécifiques de ce mémoire sont les suivants :

- 1- Effectuer la traduction en français de l'*ASR* en utilisant la méthode de traduction à rebours;
- 2- Vérifier la fidélité inter-formes (français-anglais) avec des sujets bilingues;
- 3- Vérifier la cohérence interne des échelles.

TROISIÈME CHAPITRE

MÉTHODOLOGIE

Le présent chapitre décrit le processus entrepris par l'équipe de recherche pour ce projet de traduction et d'adaptation en français pour le Canada de l'*ASR* mené par une équipe de professeurs dont les professeurs Yann Le Corff et Éric Yergeau de l'Université de Sherbrooke. Comme ce mémoire fait partie d'une étude plus vaste, seuls les objectifs de ce mémoire seront explicités, soit la traduction en français pour le Canada de l'*ASR*, la vérification de la fidélité inter-formes, ainsi que la cohérence interne des échelles. En effet, le projet source dont fait partie ce mémoire a pour objectif l'adaptation canadienne-française de l'*ASR* et de l'*ABCL*, ainsi que la vérification de leurs propriétés psychométriques.

Il est à noter que notre équipe de recherche a déjà reçu les droits de licence et d'adaptation de l'*ASR* en association avec l'Institut de Recherches Psychologiques de Montréal.

1. DEVIS DE RECHERCHE

Le devis utilisé pour cette recherche est l'étude méthodologique, qui consiste à l'élaboration et la vérification d'instruments de mesure aux fins d'utilisation dans les recherches par des méthodes de corrélation pour en examiner la fidélité et la validité (Fortin, 2010).

2. LA TRADUCTION DES OUTILS PSYCHOMÉTRIQUES

Pour effectuer la traduction de l'*ASR*, les traductrices et traducteurs se sont appuyés sur la méthode de traduction à rebours de Vallerand (1989). Tout d'abord, la première traduction de l'anglais au français a été réalisée par deux professeurs bilingues de l'Université de Sherbrooke. Une psychiatre a également été consultée

lors de cette étape pour obtenir son opinion sur l'équivalence des items traduits. Leur traduction a ensuite été confiée à deux étudiantes bilingues du deuxième cycle de l'Université de Sherbrooke pour en faire la retraduction en anglais. Ces dernières n'avaient pas eu accès à la version originale de l'outil avant d'effectuer cette retraduction. Les deux versions anglophones (forme originale et retraduction) ont été comparées et des ajustements ont été faits à la version francophone là où il y avait des différences entre les items de ces deux versions. Ensuite, une deuxième retraduction a été effectuée de la nouvelle version francophone par un autre étudiant bilingue de l'Université de Sherbrooke dont la langue maternelle est l'anglais.

Pour la traduction d'outils psychométriques, Fortin (2010) suggère une traduction par des traductrices professionnelles ou des traducteurs professionnels. Par contre, la technique de traduction à rebours, proposée entre autres par Vallerand (1989), souligne qu'il est plutôt préférable d'avoir un groupe de personnes provenant de différents milieux qui effectuent la traduction ensemble, plutôt qu'une ou qu'un traducteur professionnel. En effet, le principe même de la traduction à rebours permet de faire une meilleure traduction et validation. Le groupe d'individus bilingues effectuant la traduction permet en effet d'avoir plusieurs points de vue par item et d'en faire une traduction plus réfléchie et nuancée. Aussi, Vallerand (*Ibid*) suggère qu'au minimum une personne du groupe de traduction fasse partie du domaine professionnel auquel se rattache le test à traduire pour avoir une meilleure compréhension des concepts mesurés. De plus, dans le contexte de ce projet de recherche, aucun financement n'était disponible pour engager une traductrice ou un traducteur professionnel. Sauf pour la dernière étape (re-retraduction), deux personnes étaient présentes pour chacune des traductions/retraductions.

Lors du processus de traduction, les traductrices et traducteurs ont considéré les quatre types d'équivalence, c'est-à-dire les équivalences linguistique, fonctionnelle, culturelle et métrique qui sont détaillées dans la section 3.1 du deuxième chapitre.

3. PARTICIPANTES ET PARTICIPANTS

Les participantes et participants à cette recherche ont été recrutés dans trois universités à travers le Canada et, au total, 252 étudiantes et étudiants bilingues ont répondu aux questionnaires français et/ou anglais de l'*ASR*. L'échantillonnage a été un échantillon de convenance, puisque les participantes et participants étaient tous des étudiantes et étudiants qui ont accepté de façon volontaire de participer à l'étude. Les universités ont été sélectionnées pour leur clientèle bilingue et grâce à des contacts personnels de l'un des professeurs responsables de cette recherche.

En effet, tous les étudiantes et étudiants ayant participé à cette recherche sont bilingues. Ils ont été choisis soit dans des programmes nécessitant la connaissance de l'anglais et du français, ou dans des programmes francophones de provinces majoritairement anglophones. Ceux-ci proviennent de l'Université de Sherbrooke (Québec), de l'Université St-Boniface (Winnipeg, Manitoba) et de l'Université Laurentienne (Sudbury, Ontario). Différentes Universités à travers le Canada ont été sélectionnées pour tenter d'avoir une meilleure représentativité des francophones du Canada.

4. INSTRUMENT

Adult Self-Report (ASR); Achenbach et Rescorla, 2003) : il s'agit d'un questionnaire d'auto-évaluation des troubles mentaux pour adultes (19-59 ans). Il compte 16 questions sociodémographiques (âge sexe, scolarité, emploi, nombre d'amis proches, etc.), 123 items de type Likert à 3 niveaux et 3 items quantitatifs ouverts portant sur la consommation d'alcool, de drogue et de médicaments. Ce questionnaire prend environ 20 minutes à compléter. Pour plus de détails, voir la première section du deuxième chapitre : description de l'*ASR*.

5. PROCÉDURE

Tout d'abord, il est à noter que ce projet a été approuvé par le CÉR de l'Université de Sherbrooke (voir Annexe B).

Un premier groupe de participantes et participants provient de l'Université de Sherbrooke. Les étudiantes et étudiants ont été recrutés à la Faculté des lettres et sciences humaines, dans le programme d'enseignement de l'anglais langue seconde. En tout, 65 étudiantes et étudiants de l'Université de Sherbrooke ont répondu aux questionnaires. Un premier groupe d'étudiantes et d'étudiants ($n = 35$) a répondu au questionnaire français en premier, puis au questionnaire anglais une semaine plus tard. Un deuxième groupe ($n = 30$) a répondu au questionnaire anglais en premier et à la traduction ensuite, toujours à une semaine d'intervalle. Pour chaque groupe, lors de la première passation, le formulaire de consentement leur était présenté et le projet leur était expliqué. L'utilisation des données recueillies était exposée et chaque participant avait le choix de participer à l'étude ou non.

Pour les deux autres groupes, une professeure ou un professeur du département de psychologie de chacune de ces Universités a fait la passation dans l'un ou plusieurs groupes-classes. La procédure a été la même pour ces groupes, soit une partie des étudiantes et étudiants répondant au questionnaire français en premier et l'autre au questionnaire anglais, puis répondait à l'autre version du questionnaire une à deux semaines plus tard. Le groupe d'étudiantes et d'étudiants provenant de l'Université St-Boniface (Manitoba) comptait 67 étudiants. Trente-six étudiantes et étudiants ont répondu au questionnaire anglais en premier et 31 au questionnaire traduit en premier. Finalement, 120 étudiantes et étudiants de l'Université Laurentienne ont participé; 60 ont répondu au questionnaire anglais en premier et 60 au questionnaire traduit la première semaine.

Pour préserver l'anonymat des participantes et participants, ceux-ci se sont vu demander d'inscrire les six derniers chiffres de leur numéro d'étudiants, au lieu de leur nom sur les questionnaires. Le même numéro devait être inscrit sur la version anglophone et francophone de l'*ASR*, ce qui a permis de paier les deux versions pour chacun des étudiantes et étudiants.

6. ANALYSE DES RÉSULTATS

Lorsque tous les questionnaires furent récoltés, le logiciel SPSS a été utilisé pour analyser les résultats. Une base de données a été créée pour la compilation des résultats, puis les réponses des participantes et participants à chacune des questions ont été inscrites, et ce, pour les deux versions des questionnaires. Ensuite, les scores aux échelles ont été comptabilisés selon les consignes du manuel de l'*ASR* d'Achenbach et Rescorla (2003). Les données manquantes ont également été traitées suivant les indications de ce manuel (*Ibid.*). Ainsi, les sujets étaient inclus seulement si leur questionnaire et les différentes échelles comportaient huit ou moins réponses manquantes. De plus, lors des différentes analyses par échelle, s'il y avait une réponse manquante pour l'une des questions, celle-ci était remplacée par la moyenne des autres réponses de l'échelle à laquelle elle appartient.

Pour l'objectif 1, la traduction, aucune analyse statistique n'a été nécessaire. Pour le deuxième objectif, soit l'équivalence inter-formes, une comparaison a été faite entre les résultats aux tests francophones et anglophones des participantes et participants recrutés à l'Université de Sherbrooke, à l'Université Laurentienne, ainsi qu'à l'Université St-Boniface. Les moyennes et écarts-types de chacune des échelles, des tests-*t* pairés, ainsi que des analyses de l'effet de taille selon Cohen (*d* de Cohen) ont permis de vérifier s'il y avait une différence significative entre les deux passations pour les mêmes sujets, ainsi que l'ampleur de ces différences. Pour aller plus en profondeur, d'une part, des corrélations de Pearson ont permis de déterminer le degré de similitude entre les réponses obtenues pour chacune des échelles. D'autre

part, des corrélations de Spearman ont permis de vérifier le degré de similitude entre les réponses des participantes et participants à chacune des questions de la version anglophone et de la version traduite de l'*ASR*. Finalement, des alphas de Cronbach ont été calculés pour l'analyse du troisième objectif de ce mémoire, soit la vérification de la cohérence interne.

7. ASPECTS ÉTHIQUES

Il va sans dire que lorsque des informations aussi sensibles que des troubles mentaux sont évaluées lors d'un projet de recherche, il s'avère extrêmement important de garder l'information confidentielle. Pour permettre la confidentialité, les individus participants à la recherche se sont vus attribuer un code personnel, plutôt que d'utiliser leur nom. De plus, les informations sont gardées confidentielles dans un classeur sous clé au Collectif de recherche en counseling et développement de carrière (CRCDC). Les seules personnes qui ont accès au classeur sont l'étudiante effectuant la recherche, ainsi que les deux professeurs membres de l'équipe de recherche.

Toute participation a été faite sur une base volontaire. Conséquemment, un consentement libre et éclairé a également été signé par chaque participantes et participant à la recherche. Voir le formulaire de consentement à l'Annexe C.

QUATRIÈME CHAPITRE

RÉSULTATS

Le présent chapitre révèle les résultats obtenus suite aux analyses statistiques. D'abord, une présentation générale des participantes et participants sera faite. Ensuite, pour chaque objectif, un rappel de la nature de l'objectif sera fait, puis les résultats seront présentés.

1. DONNÉES SUR LES PARTICIPANTS

Au total, 252 étudiantes et étudiants provenant de trois universités différentes à travers le Canada ont participé à cette étude. De ces 252 sujets, 75 % (189) sont des femmes et 25 % (52) des hommes. Onze personnes n'ont pas indiqué leur sexe. L'âge des répondantes et répondants varie entre 17 et 45 ans, avec une moyenne de 20,9 ans et un écart-type de 4,1. Au total, 126 étudiantes et étudiants ont répondu à la version traduite du questionnaire en premier, et un nombre égal de participantes et participants a répondu à la version originale anglaise en premier. Malheureusement, ce ne sont pas tous les étudiantes et étudiants qui ont répondu aux deux versions du questionnaire; 222 ont répondu à la version francophone et 230 ont répondu à la version originale anglaise. Quatre étudiantes et étudiants ont également omis de répondre à plus de 8 questions dans la version originale anglaise, ce qui n'a pas permis l'utilisation de tous les 230 questionnaires lors de l'analyse des données. Aucun étudiante ou étudiant n'a omis de répondre à plus de 8 questions dans la version francophone de l'ASR. Au total, les données de 196 étudiantes et étudiants (78 %) ont pu être utilisées lors de la comparaison entre les versions anglophones et francophones de l'ASR. Pour obtenir les cohérences internes de la version traduite en français pour le Canada, 222 questionnaires ont été utilisés. Pour obtenir celles de la version originale, 226 furent utilisées.

2. OBJECTIF 1 : TRADUCTION DE L'ASR

Le premier objectif de ce mémoire était la traduction en français pour le Canada de l'ASR. Pour cet objectif, aucune analyse ne fut nécessaire. La méthode de traduction utilisée et son efficacité seront discutées plus en détail dans le prochain chapitre. Malheureusement, comme il est illégal de reproduire et publier ces documents, aucune copie de l'ASR n'a pu être publiée en Annexe dans ce mémoire. Cependant, la liste des items à l'étude est disponible à l'Annexe A.

3. OBJECTIF 2 : ÉVALUATION DE LA FIDÉLITÉ INTER-FORMES

Le deuxième objectif avait comme but la vérification de la fidélité inter-formes entre la version originale de l'ASR et la version traduite en français pour le Canada. Pour ce faire, des corrélations ont été effectuées pour comparer les réponses données par les participantes et participants aux deux versions de l'ASR. Ces corrélations ont été faites pour les échelles de l'ASR, ainsi que pour chacune des questions individuellement.

Tout d'abord, les moyennes et écarts-types de chacune des échelles ont été calculés pour comparer les données des deux versions du questionnaire. Ensuite, des tests-*t* pairés et des coefficients (*d* de Cohen) ont été calculés. Le Tableau 1 à la page suivante présente les résultats de ces analyses.

Il est possible d'observer que quatre échelles ont une différence significative entre les moyennes de leurs versions traduites en français pour le Canada et originale anglaise. Ces échelles sont *Retrait* ($t(195) = 2,82; p < 0,05$), *Troubles somatiques* ($t(195) = 2,59; p < 0,05$), *Problèmes d'attention* ($t(195) = 2,98; p < 0,05$) et *Troubles intériorisés* ($t(195) = 3,05; p < 0,05$).

Par contre, il est également à noter que selon les balises de Cohen (1988), tous les résultats rapportés dans ce tableau ont un très petit effet de taille (d). En effet, selon Cohen (*Ibid.*), 0,2 représente un petit effet de taille, 0,5 un effet de taille moyen et 0,8 un grand effet de taille. Outre les quatre échelles mentionnées ci-haut, les autres n'ont pas de différences significatives et ont également de très petits effets de taille, ce qui indique les moyennes des échelles des versions traduite et originale de l'ASR peuvent être considérées similaires.

Tableau 1

Tableau des moyennes, écart- types, test- t pairés et d de Cohen pour les échelles de l'ASR ($n = 196$)

ÉCHELLES DE L'ASR	Moyenne ASR fr	Écart-type fr	Moyenne ASR Ang	Écart-type ang	t	dl	p	d de Cohen
Anxiété-Dépression	9,05	6,66	8,61	6,42	1,81	195	0,07	0,07
Retrait	2,86	2,72	2,52	2,39	2,82	195	0,01	0,13
Troubles somatiques	4,10	3,56	3,65	3,39	2,59	195	0,01	0,13
Problèmes de la pensée	2,69	2,23	2,78	2,34	0,69	195	0,49	-0,04
Problèmes d'attention	7,68	4,42	7,10	4,59	2,98	195	0,00	0,13
Problème d'agressivité	4,57	3,69	4,75	3,82	1,11	195	0,27	-0,05
Problèmes délinquants	2,24	2,31	2,20	2,59	0,28	195	0,78	0,02
Comportements intrusifs	2,72	2,12	2,57	2,25	1,53	195	0,13	0,07
Items critiques	4,38	3,20	4,27	3,22	0,83	195	0,41	0,03
Autres problèmes	10,05	5,02	10,43	5,05	1,75	195	0,08	-0,08
Désirabilité sociale	16,46	2,64	16,67	3,14	1,22	195	0,22	-0,07
Troubles intériorisés	16,01	11,00	14,78	10,55	3,05	195	0,00	0,11
Troubles extériorisés	9,53	6,12	9,52	6,72	0,03	195	0,97	0,00
Score total	45,95	24,04	44,61	24,13	1,53	195	0,13	0,06

Ensuite, une corrélation Pearson (r) a été effectuée en comparant les résultats obtenus par échelle à la version française avec la version originale anglaise. Les corrélations Pearson ont été choisies pour l'analyse de la fidélité inter-formes des échelles puisque celles-ci permettent de calculer une relation linéaire entre deux variables simples. Le Tableau 2 met en lumière ces résultats.

Tableau 2

Tableau de fidélité inter-formes (corrélation de Pearson) par échelle de l'ASR
(n = 196)
(Version française VS version anglaise)

ÉCHELLES DE L'ASR	r	p
Anxiété-Dépression	0,87	0,00
Retrait	0,78	0,00
Troubles somatiques	0,76	0,00
Problèmes de la pensée	0,71	0,00
Problèmes d'attention	0,82	0,00
Problème d'agressivité	0,82	0,00
Problèmes délinquants	0,71	0,00
Comportements intrusifs	0,80	0,00
Items critiques	0,81	0,00
Autres problèmes	0,82	0,00
Désirabilité sociale	0,66	0,00
Troubles intériorisés	0,86	0,00
Troubles extériorisés	0,83	0,00
Score total	0,87	0,00

Les corrélations varient entre 0,66 et 0,87 pour toutes les échelles. L'échelle ayant le plus bas résultat est l'échelle de la *Désirabilité sociale*, suivie des échelles *Problèmes de la pensée*, *Problèmes délinquants*, *Troubles somatiques* et *Retrait*.

Toutes les autres échelles obtiennent des corrélations au-dessus de 0,80. Ces résultats semblent indiquer une correspondance élevée entre les réponses à la version traduite et la version originale de l'*ASR*. Il est également à noter que la méthode d'analyse est celle de la stabilité-équivalence, ce qui signifie qu'il peut y avoir deux sources d'erreurs aléatoires, soit celle du test-retest (effet du temps), et celle des versions équivalentes (Anastasi, 1994).

Finalement, toujours pour l'objectif 2, une corrélation de Spearman a été effectuée avec chacune des questions 1 à 123 de l'*ASR*, et ce, entre la version française pour le Canada et la version originale anglaise. La corrélation Spearman a été utilisée puisque celle-ci permet une analyse entre des items de type ordinal, comme les échelles Likert à 3 niveaux utilisées dans l'*ASR*. Les résultats obtenus sont rapportés dans le tableau situé à l'Annexe D. Toutes les corrélations sont significatives et varient entre 1,00 et 0,26, à l'exception de quatre d'entre elles. Ces questions sont les numéros 21 « Je brise ou détruis les choses des autres » ($r = -0,01$), 57 « J'agresse physiquement les gens » ($r = 0,00$), 97 « Je menace les autres de les blesser » ($r = -0,01$) et 122 « J'ai de la difficulté à garder un emploi » ($r = -0,02$). Ainsi, selon les corrélations de Spearman obtenues, les participantes et participants ont répondu majoritairement de façon similaire aux questions des deux versions du questionnaire à l'étude. La discordance des quatre questions ayant une corrélation non significative par rapport aux autres questions sera discutée plus en détail dans le prochain chapitre.

4. OBJECTIF 3 : ÉVALUATION DE LA COHÉRENCE INTERNE

Le troisième objectif de ce mémoire était de vérifier la cohérence interne de la version francophone de l'*ASR*. Fortin (2010) décrit la cohérence interne comme étant l'« homogénéité des énoncés d'un instrument servant à mesurer un seul concept » (p.411). Pour ce faire, des alphas de Cronbach (α) ont été effectués pour chacune des

échelles de la version française de l'ASR. Les résultats obtenus varient entre 0,50 et 0,94.

Ensuite, pour comparer avec la version anglophone de l'ASR, des alphas de Cronbach (α) ont également été calculés avec les réponses des participants à la version anglaise du questionnaire. Pour ceux-ci, les résultats varient entre 0,57 et 0,95. Pour chacune des échelles, les résultats obtenus semblent semblables. Tous les résultats obtenus sont exposés dans le Tableau 3 ci-dessous.

Tableau 3

Tableau de cohérence interne pour la version francophone de l'ASR

ÉCHELLES DE L'ASR	Nb D'items par échelle	α Version Fr (n = 222)	α Version Ang (n = 226)	α Version Originale¹
Anxiété-Dépression	18	0,89	0,88	0,88
Retrait	9	0,74	0,70	0,78
Troubles somatiques	12	0,76	0,76	0,82
Problèmes de la pensée	10	0,50	0,57	0,51
Problèmes d'attention	15	0,79	0,79	0,87
Problème d'agressivité	15	0,77	0,79	0,83
Problèmes délinquants	14	0,64	0,74	0,86
Comportements intrusifs	6	0,63	0,73	0,72
Items critiques	19	0,65	0,67	0,74
Troubles intériorisés	39	0,91	0,91	0,93
Troubles extériorisés	35	0,81	0,87	0,89
Score total	120	0,94	0,95	0,97

¹ Données provenant du manuel de l'ASR (Achenbach et Rescorba, 2003)

De manière générale, nous pouvons remarquer que les alphas de Cronbach sont comparables entre la version française pour le Canada et la version originale anglaise, mais dans une moindre mesure pour les échelles *Problèmes de la pensée*, *Problèmes délinquants*, *Comportements intrusifs* et *Troubles extériorisés*.

Généralement, ils semblent être plus élevés pour la version anglaise, sauf pour les échelles *Anxiété-Dépression* et *Retrait*; et ils sont exactement les mêmes pour les échelles *Troubles somatiques*, *Problèmes d'attention*, et *Troubles intériorisés*.

De plus, les alphas de Cronbach semblent également plus élevés pour les analyses effectuées avec la version originale du test par Achenbach et Rescorla (2003) que la version traduite en français pour le Canada; sauf au niveau de l'échelle *Anxiété-Dépression*. Finalement, les alphas de Cronbach effectués par Achenbach et Rescorla (*Ibid.*) sont aussi généralement plus élevés que ceux obtenus pour la version anglaise de notre étude, sauf pour les échelles *Problèmes de la pensée* et *Comportements intrusifs*. Pour les échelles *Anxiété-Dépression*, *Troubles somatiques*, *Problème d'agressivité*, *Troubles intériorisés* et *Score total*, les résultats obtenus sont similaires entre les trois versions comparées dans le Tableau 3.

Selon Bernaud (2007), un coefficient d'alpha de Cronbach de 0,70 est jugé correct, un alpha de Cronbach de 0,80 est jugé satisfaisant et un coefficient de 0,90 est jugé élevé. Pour la version traduite en français pour le Canada, les échelles *Problèmes de la pensée*, *Problèmes délinquants*, *comportements intrusif* et *Items critiques* sont les plus basses (sous le seuil de 0,70) et suggèrent une fidélité faible à moyenne. Les échelles *Retrait*, *Troubles somatiques*, *Problèmes d'attention* et *Problème d'agressivité* montrent une fidélité correcte. Toujours selon les critères de Bernaud (*Ibid.*), les échelles *Anxiété-Dépression* et *Troubles extériorisés* démontrent une cohérence interne jugée satisfaisante. Finalement, les échelles restantes, soit *Troubles intériorisés* et *Score total* démontrent une cohérence interne élevée.

Somme toute, les résultats obtenus lors des analyses effectuées pour chacun des objectifs semblent démontrer la fidélité de la traduction en français pour le Canada de l'*ASR*. Néanmoins, ces mêmes résultats seront discutés plus en détail pour bien en comprendre le sens dans le chapitre qui suit.

CINQUIÈME CHAPITRE

DISCUSSION

Le présent chapitre discute les résultats rapportés au chapitre précédent. En effet, ces résultats seront regardés à la lumière de chacun des objectifs de ce mémoire pour tenter de déterminer si la traduction en français pour le Canada de l'*ASR* possède une fidélité permettant une utilisation appropriée. Tout d'abord, la traduction de l'*ASR* (objectif 1) sera abordée en lien avec la méthode de traduction utilisée, soit celle de Vallerand (1989). Ensuite, la fidélité inter-formes sera discutée au niveau des échelles, puis pour les questions de façon indépendante. Finalement, la cohérence interne sera discutée, et ce, par échelle et en comparaison avec la version anglophone et le manuel *ASEBA* de l'*ASR* (Achenbach et Rescorla, 2003).

1. LA TRADUCTION DE L'*ASR* EN FRANÇAIS POUR LE CANADA

Tel qu'il a été suggéré dans le troisième chapitre portant sur la méthodologie, la traduction de l'*ASR* en français pour le Canada a été faite en se basant sur la méthode de traduction de à rebours. Vallerand (1989) suggère également une série d'analyse pour vérifier la fidélité et la validité de l'outil une fois la traduction faite. Étant présentement dans le cadre d'un mémoire, il a été convenu que ce mémoire traiterait de fidélité inter-formes et de la cohérence interne seulement, qui seront discuté aux points 2 et 3 respectivement. Par contre, les étapes de traduction à rebours, tel que suggéré par plusieurs auteurs (Vallerand, 1989; Maneesriwongul et Dixon, 2004; Guillemain *et al.*, 1993; Massoubre *et al.*, 2002) ont été respectées malgré que les comités de traduction ne comprenaient que deux personnes.

La traduction et retraduction se sont faites en équipes de deux, à défaut d'avoir un comité de plusieurs personnes à chaque étape. Néanmoins, deux personnes permettent une meilleure nuance qu'une traduction par une seule personne. De plus, les personnes ayant participé à la traduction étaient toutes et tous

des professeurs ou étudiantes et étudiants dans le domaine de la psychologie et/ou de l'orientation, ce qui leur permettait de bien comprendre les enjeux et types de questions posées par le test. Les étudiantes qui ont effectué la retraduction n'avaient pas pris connaissance de la version originale au préalable, ce qui a permis une première retraduction selon les recommandations de la traduction à rebours. Suite aux corrections sur la version traduite (suivant la première retraduction), une deuxième retraduction a été effectuée cette fois-ci par un anglophone (qui n'avait pas lu auparavant la version originale), ce qui est également suggéré dans la méthode de traduction à rebours. Par contre, pour la deuxième retraduction, seulement une personne était présente, donc moins de nuance à ce niveau. Au total, cinq personnes différentes, dont quatre personnes bilingues et une personne dont la langue maternelle est l'anglais, ont travaillé à la traduction de l'*ASR* en français pour le Canada, ce qui s'avère, somme toute, un nombre intéressant pour un comité.

Ces étapes ont permis de faire la meilleure traduction en français pour le Canada possible, selon le temps et les moyens dont nous disposions. Malgré cela, tel que recommandé par Vallerand (1989), il faut tout de même effectuer des tests sur la population cible pour en vérifier la fidélité et la validité. Certaines de ces vérifications ont été effectuées dans le cadre de ce mémoire et en voici les conclusions.

2. LA FIDÉLITÉ INTER-FORMES DE L'*ASR* FRANÇAIS POUR LE CANADA

La vérification de la fidélité inter-formes avec des sujets bilingues permet d'évaluer si ceux-ci ont compris les questions de la même façon dans la version originale anglaise et dans la version traduite en français pour le Canada. Pour ce faire, nous leur avons fait répondre aux deux versions avec un intervalle d'une à deux semaines. La moitié des participantes et participants ont répondu à la version

originale en premier alors que l'autre moitié a répondu à la version traduite en premier.

Les résultats ont été comparés dans un premier temps par échelles, puis par question. Cela permet de s'assurer que les résultats obtenus dans les différentes échelles lors de la compilation des résultats sont fidèles, et que chacune des questions semble avoir été comprise de la même manière puisque les participantes et participants ont répondu généralement la même à une version comme à l'autre.

2.1 La fidélité inter-formes des échelles de l'ASR français pour le Canada

Dans un premier temps, des tests-t ont été effectués pour vérifier la similarité entre les moyennes de chacune des deux versions de l'ASR auxquelles les étudiants ont répondu. Les résultats ont démontré qu'il n'y avait pas de différence significative entre les moyennes des deux versions, sauf pour quatre échelles soient *Retrait*, *Troubles somatiques*, *Problèmes d'attention* et *Troubles intériorisés*. Par contre, le calcul des d de Cohen pour chacune de ces échelles démontre un très petit effet de taille, ce qui signifie donc que la différence entre les moyennes est négligeable en pratique. D'ailleurs, les d de Cohen sont petits pour toutes les échelles du Tableau 1. En somme, les résultats obtenus aux versions françaises pour le Canada et originales anglaises peuvent être considérés équivalents.

Ensuite, une corrélation Pearson a été effectuée pour chacune des échelles de l'ASR en version française pour le Canada et originale anglaise. Ces comparaisons ont été effectuées sur 196 sujets, c'est-à-dire le nombre de sujets qui avait répondu aux deux questionnaires sans omettre plus de huit questions dans l'un ou l'autre des questionnaires, tel que stipulé dans le manuel de l'outil (Achenbach et Rescorla, 2003). À titre d'exemple, certains participantes et participants n'étaient pas présents lors des deux passations du questionnaire, ou certains ont omis de répondre à l'une des pages du questionnaire.

Tel qu'observé dans le Tableau 2, la corrélation la plus basse se situe au niveau de l'échelle de *Désirabilité sociale* et est de 0,66. Les autres corrélations se situent toutes au-dessus de 0,70 et majoritairement au-dessus de 0,80. En effet, les échelles *Anxiété-dépression*, *Problèmes d'attention*, *Problème d'agressivité*, *Comportements intrusifs*, *Items critiques*, *Autres problèmes*, *Troubles intériorisés*, *Troubles extériorisés* et *Score total* ont toutes une corrélation au-dessus de 0,80 (qui est considéré comme un coefficient satisfaisant e selon Bernaud (2007)). Les autres échelles avec des coefficients de 0,78 (*Retrait*), de 0,76 (*Troubles somatiques*) et de 0,71 (*Problèmes de la pensée* et *Problèmes délinquants*) sont un peu plus faibles, mais représentent tout de même des niveaux de fidélité corrects (*Ibid.*). Malgré que ces dernières soient sous le seuil des 0,80, la corrélation est tout de même significative pour chacune des échelles, et ce, avec un seuil de 0,00. Il est également à noter que la méthode utilisée dans ce projet est celle de stabilité-équivalence (intervalle entre les passations et deux versions différentes d'un même outil). Le fait d'utiliser cette méthode double les sources d'erreurs et donc, nécessairement, conduit à une sous-estimation de la corrélation réelle entre les échelles. Ces résultats semblent démontrer une bonne fidélité inter-formes au niveau des échelles de l'ASR.

2.2 La fidélité inter-formes des questions de l'ASR français pour le Canada

Pour vérifier la fidélité inter-formes de chacune des questions de la traduction de l'ASR en français pour le Canada, des corrélations de Spearman ont été effectuées. Ces corrélations ont comparé les réponses données (0, 1 ou 2) par les participantes et les participants à chacune des questions de type Likert de chaque version du questionnaire. Outre quatre d'entre elles, toutes les corrélations étaient significatives à un seuil de $p > 0,05$ et varient entre 1,00 et 0,26. Cela signifie que pour chacune des questions (sauf quatre), les participantes et participants ont répondu de manière significative la même réponse que ce soit dans la version anglaise ou française pour le Canada. Nous pourrions donc penser qu'ils ont compris les questions de la même façon dans les deux langues. Subséquemment, cela porte à croire que le sens des

questions de l'*ASR* a été gardé lors de la traduction en français pour le Canada, et qu'il ne semble pas y avoir de problème majeur avec la traduction des questions.

Concernant les quatre questions qui n'ont pas de corrélation significative, celles-ci sont très petites et négatives et l'une d'entre elles est nulle. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait qu'il y a très peu de variances à ces questions. En effet, pour la question « Je brise ou détruis les choses des autres », 220 participantes et participants ont répondu 0 (pas du tout vrai); 1 participant a répondu 1 (plus ou moins ou parfois vrai). La seule personne aillant répondu 1 à la version francophone de cette question, a répondu 0 lorsqu'elle a complété la version originale anglaise de l'outil. Pour la question « J'agresse physiquement les gens », 222 participantes et participants ont répondu 0 et 1 a répondu 1. Tout comme la question précédente, le participant ayant répondu 1 à la version traduite en français pour le Canada a également répondu 0 à la même question de la version anglaise. Pour la question « Je menace les autres de les blesser », 217 participantes et participants ont répondu 0 et 3 participants ont répondu 1. De ces 4 participantes et participants, 1 a répondu 0 et 3 n'ont pas répondu à la question de la version originale anglaise. Finalement, pour la question « J'ai de la difficulté à garder un emploi », 214 ont répondu 0; 4 ont répondu 1; 1 participant a répondu 2 à la question. Le participant ayant répondu 2 à la version française pour le Canada a répondu 0 à la même question de la version originale. Des 4 participantes et participants qui ont répondu 1, l'un d'entre eux a répondu 0 et les autres n'ont pas répondu à la même question de la version originale anglaise du questionnaire. Des variances quasi-nulles entraînent nécessairement une faible corrélation. Ainsi, ces faibles corrélations n'indiquent probablement pas une non-équivalence des questions. Tant en anglais qu'en français, les étudiantes et étudiants ont presque tous répondu zéro à ces questions.

Le manque de variance à ces questions pourrait être en lien avec le type de questions posées et l'échantillon de ce mémoire. Comme tous les participantes et participants à cette recherche sont des étudiantes et étudiants, nous pourrions croire

que ce ne sont pas là des comportements typiquement adoptés par ceux-ci et c'est pourquoi ils auraient presque tous répondu pas du tout vrai à ces quatre questions.

Néanmoins, lors de recherches futures, il serait intéressant de refaire les mêmes analyses avec un échantillon clinique et porter une attention particulière à ces quatre questions pour vérifier si les résultats diffèrent.

3. LA COHÉRENCE INTERNE DE L'ASR FRANÇAIS POUR LE CANADA

La majorité des échelles de la traduction de l'ASR en français pour le Canada obtiennent un niveau correct à satisfaisant de fidélité pour ce qui est de la cohérence interne. Cinq échelles seulement obtiennent un niveau plus faible selon les balises de Bernaud (2007). En comparant avec les résultats obtenus aux échelles de la version anglophone de l'ASR, il est possible d'observer que ces derniers sont majoritairement plus élevés que ceux obtenus à la version française pour le Canada, sauf pour les échelles *Anxiété-dépression* et *Retrait*. Malgré cela, plusieurs échelles ont des alphas de Cronbach comparable d'une version à l'autre soient les échelles *Anxiété-Dépression*, *Retrait*, *Troubles somatiques*, *Problèmes d'attention*, *Problème d'agressivité*, *Items critiques*, *Troubles intériorisés* et *Score total*. Pour les autres échelles, les écarts semblent un peu plus élevés, à l'exception de l'échelle *Problème de la pensée* qui obtient un alpha de Cronbach similaire à celui de la version originale et obtenu par Achenbach et Rescorla (2003).

Néanmoins, les résultats les plus bas observés dans la version traduite reflètent ceux de la version originale, puisque ce sont les mêmes échelles qui obtiennent les alphas de Cronbach les moins élevés, soit les échelles *Retrait*, *Problèmes de la pensée*, *Comportements intrusifs* et *Items critiques*. De plus, les différences observées ne sont pas très grandes et les résultats obtenus restent similaires, ce qui permet de croire que la fidélité a été maintenue lors de l'adaptation de l'ASR en français pour le Canada.

Somme toute, les analyses sur la fidélité inter-formes et la cohérence interne de la traduction en français pour le Canada semblent démontrer des propriétés psychométriques semblables à celles de la version originale. Les différentes questions traduites en français pour le Canada semblent avoir le même sens que les questions de la version originale pour les participants de l'étude. De plus, l'homogénéité des différentes questions composant les différentes échelles évaluées par l'*ASR* semble généralement similaire au sein des deux versions de l'*ASR*. Elles possèdent également majoritairement un bon coefficient de cohérence interne.

CONCLUSION

La traduction et l'adaptation d'un nouvel outil d'évaluation des troubles mentaux touche autant les professionnelles et professionnels œuvrant avec des clientes et clients atteints de tels troubles, que les adultes atteints de troubles mentaux eux-mêmes. En effet, ces derniers ayant plus de difficulté à travailler, à obtenir des emplois stables et compétitifs et à demeurer en emploi, ils ont avantage à travailler avec des professionnels de l'orientation. Ils pourront les aider à se trouver un emploi qui leur convient et les aider à s'adapter et se maintenir en emploi. Par contre, pour pouvoir mieux cibler les besoins, forces et limites d'une cliente ou d'un client, il est important pour une professionnelle ou un professionnel de savoir si celui-ci pourrait être atteint ou non d'un trouble mental. Si tel est le cas, une insertion professionnelle et un maintien en emploi peuvent également amener plusieurs bénéfices à l'adulte atteint de trouble mental.

Pour obtenir la meilleure évaluation possible d'un individu, il est recommandé d'utiliser plusieurs sources d'information (Achenbach, 2001; Meyer, 2001; Holden et Troister, 2009). Les outils *ASEBA* d'évaluation des troubles mentaux chez l'adulte utilisent le principe multi-informant, ce qui permet une évaluation plus globale et nuancée de l'individu (Achenbach, 2001). L'*ASR* et l'*ABCL* sont utilisés dans plusieurs pays et dans plusieurs langues (Achenbach, 2013), mais aucune traduction n'avait encore été faite en français pour le Canada, pour permettre aux professionnelles et professionnels d'ici d'utiliser ces outils.

La traduction de l'*ASR* et de l'*ABCL* se sont fait en suivant la technique de traduction à rebours. Une fois la traduction faite, il est préférable d'effectuer certaines analyses avant l'utilisation du test pour s'assurer que les nouveaux outils traduits conservent une bonne fidélité et validité (Vallerand, 1989). Comme ce mémoire se déroule dans le cadre d'une recherche plus grande, il avait comme

objectifs l'évaluation de la fidélité inter-formes, ainsi que de la cohérence interne de l'ASR seulement.

De manière générale, les résultats obtenus démontrent une bonne fidélité inter-formes, tant au niveau des échelles évaluées, que des questions individuellement. Les taux de corrélations entre la version traduite en français pour le Canada et la version originale anglaise étaient satisfaisants pour en conclure une bonne fidélité inter-formes. En ce qui a trait à la cohérence interne, les alphas de Cronbach obtenus sont moyens à bons pour les échelles de la version traduite. Qui plus est, les alphas de Cronbach obtenus pour les échelles de la version anglaise, ainsi que les résultats obtenus par Achenbach lors de la création de ses outils sont tous similaires à ceux obtenus avec la version traduite en français pour le Canada. Cela signifie donc des propriétés psychométriques semblables au niveau de la cohérence interne entre la version originale du test et la version traduite dans le cadre de ce mémoire.

1. FORCES DE L'ÉTUDE

L'une des forces de cette étude consiste en la diversité des données recueillies. En effet, malgré qu'elles proviennent toutes d'étudiantes et d'étudiants, ceux-ci étaient résidents de plusieurs provinces du Canada. Comme le test a été traduit en français pour le Canada, il est intéressant d'avoir un échantillon provenant d'autres provinces que du Québec, là où le français n'est pas nécessairement la langue maternelle des participantes et participants et donc, où le français pourrait être un peu différent également.

Ensuite, l'échantillon utilisé pour ce projet était d'une taille intéressante ($n = 252$). Les mêmes données recueillies avec ces participantes et participants pourront également servir à faire d'autres recherches et d'autres analyses sur cette traduction, puisque ce projet s'insérait dans une recherche de plus grande envergure.

Finalement, plusieurs personnes ont travaillé à la traduction de cet outil. En effet, même s'il n'y avait que deux personnes à la fois qui travaillaient sur l'une ou l'autre des étapes, il y a néanmoins six personnes au total qui ont participé au processus de traduction à rebours.

2. LIMITES DE L'ÉTUDE

Une première limite à considérer est la population utilisée pour l'échantillon. En effet, il s'agit d'étudiantes et d'étudiants bilingues provenant d'universités francophones du Canada. Cette limite peut avoir une incidence sur les résultats obtenus puisqu'ils ne sont pas nécessairement une population ayant des troubles mentaux ou des comportements déviants. L'échantillon renferme également une population de jeunes adultes alors que le test convient à des adultes plus âgés également. De plus, malgré qu'il soit intéressant d'avoir un échantillon provenant de trois provinces différentes, il ne provient par contre pas de toutes les provinces canadiennes et donc pas de toutes les communautés francophones du Canada; et une seule université par province a participé à l'étude. Cela signifie donc que nous n'avons pas un portrait global et complètement représentatif de la population francophone canadienne. Somme toute, il pourrait donc s'avérer intéressant de poursuivre des recherches avec un échantillon de population plus diversifié tant au niveau de l'âge, de la province de provenance ainsi que de l'état de santé mentale.

Malgré les résultats positifs obtenus pour les différents objectifs de ce mémoire, il serait également inadéquat d'affirmer que la traduction faite en français pour le Canada est validée. En effet, plus de recherches seront nécessaires pour qu'il en soit ainsi.

3. RECOMMANDATIONS

Pour s'assurer de la fidélité inter-formes et de la cohérence interne de la traduction en français pour le Canada de l'*ASR*, il serait intéressant de refaire les mêmes analyses avec un échantillon clinique, c'est-à-dire des adultes atteints de troubles mentaux pour vérifier la similitude des résultats. De plus, tel que le recommande Vallerand (1989), d'autres tests seraient importants à effectuer avant de considérer cette traduction valide, telle la validité de construit, la validité de concomitance, ainsi que la fidélité test-retest (avec des sujets francophones seulement). Il serait également souhaitable de valider la version traduite de l'*ABCL*, selon les mêmes standards, puisque les deux outils vont de pairs.

Une fois la validation des deux outils faite et les résultats étant satisfaisant, ces outils pourront être utilisés par des professionnelles et professionnels francophones œuvrant avec des adultes atteints de troubles mentaux et ce, partout au Canada. Nonobstant qu'il n'y ait qu'un nombre limité d'analyses qui ont été conduites dans le cadre de ce mémoire, les résultats obtenus semblent démontrer pour l'instant une bonne traduction de l'*ASR* en français pour le Canada. C'est donc un premier pas dans l'implantation de ce nouvel outil d'évaluation des troubles mentaux chez l'adulte.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Achenbach, T.M. (2006). As others see us. *Current Directions in Psychological Science*, 15(2), 94-98.
- Achenbach, T.M. (2001). Challenges and benefits of assessment, diagnosis, and taxonomy for clinical practice and research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 263-271.
- Achenbach, T.M. (2011). Site ASEBA Achenbach System of Empirically Based Assessment. Site téléaccessible à l'adresse <<http://www.aseba.org>>. Consulté le 21 décembre 2011.
- Achenbach, T.M. (2009). *The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): Development, findings, theory, and applications*. Burlington: University of Vermont.
- Achenbach, T.M., Bernstein, A. et Dumenci, L. (2005). DSM-Oriented scales and statistically based syndromes for ages 18 to 59: Linking taxonomic paradigms to facilitate multitaxonomic approaches. *Journal of Personality Assessment*, 84(1), 49-63.
- Achenbach, T.M., Krukowski, R.A., Dumenci, L. et Ivanova, M.Y. (2005). Assessment of adult psychopathology: Meta-analyses and implications of cross-informateur correlations. *Psychological Bulletin*, 131(3), 361-382.
- Achenbach, T.M., McConaughy, S. et Howell, C. (1987). Child/adolescent behavioural and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-232.
- Achenbach, T.M. et Rescorla, L.A. (2003). *Manual for the ASEBA adult forms and profiles*. Burlington: University of Vermont.
- American Psychiatric Association (2000). *Manuel statistique des troubles mentaux, texte révisé* (4^e éd.) (Trad. Par J.-D. Guelfi et al.). Paris: Masson (1^o éd. 1952).
- Anastasi, A. (1994). *Introduction à la psychométrie*. (Trad. Par F. Gagné). Montréal : Guérin Universitaire.
- Bastien, D. (2011). Qui a peur de 21? Pas moi! *L'Orientation*, 1(1), 9-14.
- Bernaudo, J.-L. (2007). *Introduction à la psychométrie*. Paris : Dunod.

- Bond, G.R. (2004). Supported employment: Evidence for an evidence-based practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 345-359.
- Bond, G.R., Resnick, S.G., Drake, R.E., Xie, H., McHugo, G.J. et Bebout, R.R. (2001). Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 69(3), 489.
- Butterworth, P., Burgess, P.M. et Whiteford, H. (2011). Examining welfare receipt and mental disorders after a decade of reform and prosperity: Analysis of the 2007 national survey of mental health and wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(1), 54-62.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power of analysis for the behavioral science* (2^e éd.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Association, Inc. (1^{ère} éd. 1969).
- Cook, J.A., Blyler, C.R., Burke-Miller, J., McFarlane, W.R., Leff, H. S., Mueser, K.T. et al. (2008). Effectiveness of supported employment for individuals with schizophrenia: Results of a multi-site, randomized trial. *Clinical Schizophrenia and Related Psychoses*, 2(1), 37-46.
- Cook, J.A., Razzano, L.A., Burke-Miller, J., Blyler, C.R., Leff, H.S., Mueser, K.T. et al. (2007). Effects of co-occurring disorders on employment outcomes in a multisite randomized study of supported employment for people with severe mental illness. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 44(6), 837-850.
- Corbière, M., Bond, G.R., Goldner, E.M. et Ptasinski, T. (2005). The Fidelity of supported employment implementation in Canada and the United States. *Psychiatric Services*, 56(11), 1444-1447.
- Drake, R.E. et Bond, G.R. (2008). The future of supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(4), 367-376.
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives* (2e éd.). Montréal: Chenière éducation (1^{ère} éd. 2006).
- Gibb, S.J., Fergusson, D.M. et Horwood, L.J. (2010). Burden of psychiatric disorder in young adulthood and life outcomes at age 30. *British Journal of Psychiatry*, 197, 122-127.

- Gouvernement du Québec (2005). *Partageons nos compétences: modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et relations humaines: rapport du comité d'experts*. Québec: Publications du Québec.
- Gouvernement du Québec (2009). *Projet de loi n°21: loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*. (s.l.): Éditeur officiel du Québec.
- Gregory, J.R. (2007). *Psychological testing: History, principles, and applications* (5^e éd.). Boston: Pearson Education, Inc. (1^{ère} éd. 1992).
- Gresham, F.M., Elliot, S.N., Kettler, R., Cook, C.R. et Vance, M.J. (2010). Cross-informateur agreement for ratings for social skill and problem behaviour ratings: An investigation of the social skills improvement system - rating scales. *Psychological Assessment*, 22(1), 157-166.
- Guédon, M-C., Savard, R., Le Corff, Y. et Yergeau, E. (2011). *Tests à l'appui. Pour une intervention intégrée de la psychométrie en counseling de carrière*. Québec: Septembre éditeur Inc.
- Guilford, J.P. et Fruchter, B. (1978). *Fundamental statistics in psychology and education* (6^e éd.). New York: McGraw-Hill Book Company (1^{ère} éd. 1942).
- Guillemin, F., Bombardier, C., et Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(12), 1417-1432.
- Holden, R.R. et Troister, T. (2009). Developments in the self-report assessment of personality and psychopathology in adults. *Canadian Psychology*, 50(3), 120-130.
- Konold, T.R., Walthall, J.C. et Pianta, R.C. (2004). The behaviour of child behaviour ratings: Measurement structure of the child behaviour checklist across time, informants, and child gender. *Behavioral Disorders*, 29(4), 372-383.
- Krupa, T. (2007). Interventions to improve employment outcomes for workers who experience mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(6), 339-345.
- Lacharité, M. (2009). Guide d'évaluation en orientation: un outil incontournable. *En Pratique*, 11, 10-11.
- Lacharité, M. (2011). Prendre la mesure des dispositions du projet de loi. *L'Orientation*, 1(1), 4-6.

- Larson, J.E., Barr, L.K., Kuwabara, S.A., Boyle, M.G. et Glenn, T.L. (2007). Process and outcome analysis of a supported employment program for people with psychiatric disabilities. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 10(4), 339-353.
- Massoubre, C., Lang, F., Jeager, B., Jullien, M. et Pellet, J. (2002). La traduction des questionnaires et des tests: techniques et problèmes. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(1), 63-68.
- Maneesriwongul, W. et Dixon, J.K. (2004). Instrument translation process: A methods review. *Journal of advanced Nursing*, 48(2), 175-186.
- Meyer, G.J. (2001). Psychological testing and psychological assessment: A review of evidence and issues. *American psychologist*, 56(2), 128-165.
- Mueser, K.T., Becker, D.R., et Wolfe, R. (2001). Supported employment, job preferences, job tenure and satisfaction. *Journal of Mental Health*, 10(4), 411-417.
- OCCOPPQ, (2009). Aide mémoire, réserve aux conseillers d'orientation d'une activité: évaluer les troubles mentaux, lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94. In Lacharité, M. (2011). Prendre la mesure des dispositions du projet de loi. *L'orientation*, 1(1), 4-6.
- Ordre des Conseillers et conseillères d'orientation du Québec. (2010). *Guide d'évaluation en orientation*, (s.l.), (s.é.).
- Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec. (2010). *Site des conseillers et conseillères d'orientation du Québec*. Site téléaccessible à l'adresse <<http://www.orientation.qc.ca>>. Consulté le 26 mai 2011.
- Pena, E.D. (2007). Lost in translation: Methodological considerations in cross-cultural research. *Child Development*, 78(4), 1255-1264.
- Provencher, H.L., Gregg, R., Crawford, S.M., Mueser, K.T. (2002). The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(2), 132-145.
- Rüesch, P., Graf, J., Meyer, P.C., Rössler, W. et Hell, D. (2004). Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(9), 686-694.

- Sanderson, K. et Andrews, G. (2006). Common mental disorders in the workforce: Recent findings from descriptive and social epidemiology. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 63-75.
- Sarrazin, G. (2003). *Normes de pratique du testing en psychologie et en éducation*. Institut de recherches psychologiques: Montréal.
- Siu, P.S.K., Tsang, H.W.H. et Bond, G.R. (2010). Nonvocational outcomes for clients with severe mental illness. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 32(1), 15-24.
- Statistique Canada (2013). *Site Statistique Canada, trouble de l'humeur 2009*. Site téléaccessible à l'adresse <<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2010002/article/11265-fra.htm>>. Consulté le 14 mai 2013.
- Stuart, H. (2011). Stigmatisation et discrimination liées à la santé mentale en milieu de travail. In M. Corbière et M-J. Durand (dir.), *Du trouble mental à l'incapacité au travail* (p. 339-361). Québec: Presse de l'Université du Québec.
- Tenneij, H.T. et Koot, H.M. (2007). A preliminary investigation into the utility of the Adult Behavior Checklist in the assessment of psychopathology in people with low IQ. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 391-400.
- Tsang, H.W.H., Fung, K.M.T., Leung, A.Y., Li, S.M.Y. et Cheung, W.M. (2010). Three year follow-up study of an integrated supported employment for individuals with severe mental illness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(1), 49-58.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 30(4), 662-680.
- Virtanen, M., Kivimaki, M., Elovainio, M., Vahtera, J., Kokko, K. et Pulkkinen, L. (2005). Mental health and hostility as predictors of temporary employment: Evidence from two prospective studies. *Social Science and Medicine*, 61(10), 2084-2095.
- Wong, K. K. (2008). A randomized controlled trial of a supported employment program for persons with long-term mental illness in Hong Kong. *Psychiatric Services*, 59, 84-90.

Wyss, C.A., Voelker, S.L., Cornock, B.L. et Hakim-Larson, J. (2003). Psychometric properties of a French-Canadian translation of Achenbach's Youth Self-Report. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 35(1), 67-71.

ANNEXE A :
NUMERO ET DESCRIPTIONS DES ITEMS POUR CHACUNE DES ÉCHELLES
ÉVALUÉES PAR L'ASR ET L'ABCL

Comportements intériorisés

Anxieux/dépressif

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------|
| 12. se sentir seul | 52. se sentir coupable |
| 14. pleurer beaucoup | 71. être embarrassé |
| 31. peur de penser du mal | 103. être malheureux, triste |
| 33. personne ne m'aime | 107. ne pas pouvoir réussir |
| 34. persécution par les autres | 112. s'inquiéter |
| 35. se sentir bon à rien | Spécifique à l'ASR |
| 45. se sentir nerveux | 13. se sentir confus |
| 47. manquer de confiance en soi | 22. s'inquiéter pour l'avenir |
| 50. être craintif | 91. penser à se tuer |
| | 113. relation sexe opposé |

Renfermé

- | | |
|---------------------------------|------------------------------------|
| 25. mauvaise relations sociales | 65. refuser de parler |
| 30. relations avec sexe opposé | 67. difficulté à se faire des amis |
| 42. préférer être seul | 69. être renfermé |
| 48. ne pas être aimé | 111. éviter les relations |
| 60. peu de plaisir | |

Plaintes somatiques

- | | |
|-------------------------|---------------------------|
| 51. se sentir étourdi | 56f. maux d'estomac |
| 54. se sentir fatigué | 56g. vomissements |
| 56a. douleurs ou maux | Spécifique à l'ASR |
| 56b. maux de tête | 56h. Palpitations |
| 56c. Nausées | 56i. Engourdissements |
| 56d. Troubles oculaires | 100. difficulté à dormir |
| 56e. éruptions cutanés | |

Comportements extériorisés

Comportements agressifs

- | | |
|----------------------|---------------------------|
| 3. argumenter | 37. se bagarrer |
| 5. blâmer les autres | 55. changement d'humeur |
| 16. être méchant | 57. agresser physiquement |

- 68. crier
- 81. comportement changeant
- 86. être têtu
- 87. humeur changeante
- 95. tempérament colérique

Comportements délinquants

- 6. drogues ou médicaments
- 23. non-respect des règles
- 26. ne pas se sentir coupable
- 39. mauvaises fréquentations
- 41. être impulsif
- 43. mentir
- 76. être irresponsable
- 82. voler

Comportements intrusifs

- 7. se vanter
- 19. besoin d'attention
- 74. se faire remarquer

Autres

Problèmes de la pensée

- 9. pensées répétitives
- 18. automutilation
- 40. entendre des voix
- 66. répéter actes continuellement
- 70. voir des choses
- 84. faire choses étranges
- 85. avoir pensées étranges

Problèmes d'attention

- 1. oublier
- 8. difficulté à se concentrer
- 11. être dépendant
- 17. rêvasser
- 53. difficulté à planifier
- 59. ne pas terminer ses choses

- 97. menacer
- 116. être facilement contrarié
- 118. être impatient
- Spécifique à l'ABCL**
- 113. bouder

- 90. boire trop d'alcool
- 92. problèmes justice
- 114. non responsabilité financière
- 117. difficulté à gérer l'argent
- 122. difficulté à garder un emploi
- Spécifique à l'ASR**
- 20. briser ses choses

- 93. parler trop
- 94. taquiner
- 104. être bruyant

- Spécifique à l'ASR**
- 36. se blesser accidentellement
- 46. avoir tics nerveux
- 63. être avec gens plus âgés
- Spécifique à l'ABCL**
- 80. fixer dans le vide
- 91. parler de suicide

- 61. mauvaise performance travail
- 64. difficulté à prioriser
- 78. difficulté à prendre décisions
- 101. s'absenter de son travail
- 102. avoir peu d'énergie

105. être désorganisé
108. perdre des choses
119. mauvais avec les détails
121. être en retard

Spécifique à l'ABCL
13. être confus
96. manquer d'initiative

ANNEXE B :
ATTESTATION DE CONFORMITÉ ÉTHIQUE



Comité d'éthique de la recherche
Éducation et sciences sociales

Attestation de conformité

Le comité d'éthique de la recherche Éducation et sciences sociales de l'Université de Sherbrooke certifie avoir examiné la proposition de recherche suivante :

Adaptation canadienne-française d'outils psychométriques d'évaluation des troubles mentaux :
l'*Adult Self-Report* et de l'*Adult Behavior Checklist*

Yann LeCorff
Professeur, Département d'orientation professionnelle, Faculté d'éducation

Le comité estime que la recherche proposée est conforme aux principes éthiques énoncés dans la Politique en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains (2500-028).

En conformité avec la Politique en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains (2500-028), article 2.4 (p.8), le comité a effectué l'examen scientifique du projet.

Membres du comité

Serge Striganuk, président du comité, professeur à la Faculté d'éducation, Département de gestion de l'éducation et de la formation

Chantale Beaucher, professeure à la Faculté d'éducation, Département de pédagogie

France Beauregard, professeure à la Faculté d'éducation, Département d'enseignement au préscolaire et primaire

Mélanie Lapalme, professeure à la Faculté d'éducation, Département de psychoéducation

Carlo Spallanzani, professeur à la Faculté d'éducation physique et sportive

Christina St-Onge, professeure à la Faculté de médecine et des sciences de la santé, Département de médecine

Vincent Beaucher, membre versé en éthique

France Dupuis, membre représentante du public

Le présent certificat est valide pour la durée de la recherche, à condition que la personne responsable du projet fournisse au comité un rapport de suivi annuel, faute de quoi le certificat peut être révoqué.

Le président du comité,

Serge Striganuk, 22 juin 2012

Serge Striganuk

ANNEXE C :
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Invitation à participer et formulaire de consentement pour le projet de recherche

Adaptation canadienne-française de deux questionnaires d'évaluation des troubles mentaux chez l'adulte : l'ASR et l'ABCL

Équipe de recherche

Yann Le Corff, Ph.D.	Dép. d'orientation professionnelle, Université de Sherbrooke
Éric Yergeau, Ph.D.	Dép. d'orientation professionnelle, Université de Sherbrooke
Karine Forget, M.D., FRCPC	Dép. de psychiatrie, Université de Sherbrooke
Annabelle Levesque, Ph.D.	Dép. de psychologie, Université St-Boniface
Annie Roy-Charland, Ph.D.	Département de psychologie, Université Laurentienne
John Tivendell, Ph.D.	École de psychologie, Université de Moncton

Madame,
Monsieur,

Nous vous invitons à participer à la recherche en titre. Son objectif est l'adaptation canadienne-française de deux questionnaires d'évaluation des troubles de santé mentale soit l'Adult Self-Report (ASR) et de l'Adult Behavior Checklist (ABCL).

En quoi consiste la participation au projet?

Votre participation à ce projet de recherche consiste à répondre aux versions anglaise et française de l'ASR à environ une semaine d'intervalle. La passation s'effectuera pendant ou après vos heures de cours. Le seul inconvénient lié à votre participation est le temps consacré à la recherche, soit environ 20 minutes par passation (total de 40 minutes). Le questionnaire porte sur des comportements et des sentiments que vous pouvez ou non avoir, ainsi que sur votre réseau social. Vous êtes libre de refuser de répondre à toute question.

Qu'est-ce que la chercheuse fera avec les données recueillies?

Pour éviter votre identification comme personne participante à cette recherche, les données recueillies par cette étude seront traitées de manière **entièrement confidentielle et anonyme**. Votre nom n'apparaîtra pas sur les questionnaires ni dans les bases de données statistiques. Les six derniers chiffres de votre numéro de matricule étudiant sont demandés afin de permettre d'associer votre questionnaire de la première passation à votre questionnaire de la seconde passation une semaine plus tard. Les chercheurs n'auront pas accès aux noms associés aux matricules (dont seulement 6 chiffres sont demandés), ainsi aucune identification personnelle ne sera possible. Les résultats de la recherche ne permettront pas d'identifier les personnes participantes. Les résultats de cette recherche seront diffusés dans des articles et communications scientifiques. Les données recueillies seront conservées sous clé à l'Université de Sherbrooke et seuls les membres de l'équipe de recherche y auront accès. Il est possible que les données soient utilisées par des étudiantes et étudiants de maîtrise, qui réaliseraient une recherche sur une thématique étroitement reliée au projet original. Les données ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document et elles seront détruites 5 ans après la fin du projet.

Est-il obligatoire de participer?

Non. La participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement **libre de participer ou non**, et de vous retirer en tout temps sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Y a-t-il des risques, inconvénients ou bénéfiques?

L'équipe de recherche considère que les risques possibles sont minimaux. La contribution au développement d'outils francophones d'évaluation des troubles de santé mentale ainsi possiblement qu'une meilleure connaissance de soi sont les bénéfices prévus de votre participation.

Que faire si j'ai des questions concernant le projet?

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche ou si la passation du questionnaire vous amène à nécessiter une aide psychologique, n'hésitez pas à communiquer avec le professeur Yann Le Corff, Ph.D., c.o., psychothérapeute, au 1-800-267-8337, poste 62952 ou par courriel à Yann.Le.Corff@USherbrooke.ca.

 24/10/12

Yann Le Corff, Ph.D., c.o., professeur adjoint
Chercheur responsable du projet de recherche

J'ai lu et compris le document d'information au sujet du projet Traduction et adaptation canadienne-française de deux questionnaires d'évaluation des troubles mentaux : l'ASR et l'ABCL. J'ai compris les conditions, les risques et les bienfaits de ma participation. J'ai obtenu des réponses aux questions que je me posais au sujet de ce projet. J'accepte librement de participer à ce projet de recherche.

Signature

Date (JJ/MM/AA) : _____

Nom (en lettres moulées) : _____

**S.V.P., signez les deux copies.
Conservez une copie et remettez l'autre à la chercheuse.**

Ce projet a été revu et approuvé par le comité d'éthique de la recherche Éducation et sciences sociales, de l'Université de Sherbrooke. Cette démarche vise à assurer la protection des participantes et participants. Si vous avez des questions sur les aspects éthiques de ce projet (consentement à participer, confidentialité, etc.), n'hésitez pas à communiquer avec M. Serge Striganuk, président de ce comité, par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro suivant : 819-821-8000 (ou sans frais 1-800-267-8337) poste 62644, ou par courriel à ethique.ess@usherbrooke.ca.

ANNEXE D :
TABLEAU DE LA FIDÉLITÉ INTER-FORMES PAR QUESTION DE L'ASR

Numéro De Question	Question ASR	n	Corrélation Spearman
1.	J'oublie les choses trop facilement I am too forgetful	199	0,53**
2.	Je tire avantage des opportunités I make good use of my opportunities	200	0,42**
3.	J'argumente beaucoup I argue a lot	201	0,59**
4.	Je performe à la hauteur de mon talent I work up to my abilities	200	0,45**
5.	Je blâme les autres pour mes problèmes I blame others for my problems	201	0,58**
6.	Je consomme des médicaments ou des drogues à des fins non médicales I use drugs for nonmedical purposes	199	0,74**
7.	Je me vante I brag	192	0,48**
8.	J'ai de la difficulté à me concentrer ou à maintenir mon attention longtemps I have trouble concentrating or paying attention for long	201	0,72**
9.	Je ne peux m'empêcher de penser à certaines choses I can't get my mind off certain thoughts	197	0,57**
10.	J'ai de la difficulté à demeurer tranquillement assis(e) I have trouble standing still	201	0,71**

11.	Je suis trop dépendant(e) des autres I am too dependent on others	201	0,52**
12.	Je me sens seul(e) I feel lonely	201	0,57**
13.	Je me sens confus(e) ou comme dans un brouillard I feel confused or in a fog	199	0,50**
14.	Je pleure beaucoup I cry a lot	201	0,82**
15.	Je suis assez honnête I am pretty honest	201	0,42**
16.	Je suis méchant(e) envers les autres I am mean to others	200	0,44**
17.	Je rêve beaucoup I daydream a lot	190	0,46**
18.	Je tente délibérément de me blesser ou de me tuer I deliberately try to hurt or kill myself	201	0,59**
19.	J'essaie d'obtenir beaucoup d'attention I try to get a lot of attention	201	0,64**
20.	Je brise ou détruis mes choses I damage or destroy my things	200	0,62**
21.	Je brise ou détruis les choses des autres I damage or destroy things belonging to others	199	-0,01
22.	Je m'inquiète pour mon avenir I worry about my future	200	0,57**
23.	Je ne respecte pas les règles au travail ou ailleurs I break rules at work or elsewhere	201	0,38**
24.	Je ne m'alimente pas aussi bien que je le devrais I don't eat as well as I should	201	0,64**

25.	Je ne m'entends pas avec les autres I don't get along with other people	201	0,54**
26.	Je ne me sens pas coupable après avoir fait quelque chose que je n'aurais pas dû faire I don't feel guilty after doing something I shouldn't	200	0,24**
27.	Je suis jaloux(se) des autres I am jealous of others	201	0,69**
28.	Je m'entends mal avec ma famille I get along badly with my family	200	0,57**
29.	J'ai peur de certains animaux, de certaines situations ou de certains endroits I am afraid of certain animals, situations, or places	201	0,64**
30.	Mes relations avec les personnes du sexe opposé sont de mauvaise qualité My relations with the opposite sex are poor	201	0,63**
31.	J'ai peur de pouvoir penser ou faire quelque chose de mal I am afraid I might think or do something bad	201	0,47**
32.	J'ai l'impression que je dois être parfait(e) I feel that I have to be perfect	201	0,67**
33.	J'ai l'impression que personne ne m'aime I feel that no one loves me	201	0,57**
34.	J'ai l'impression que les autres m'en veulent I feel that others are out to get me	200	0,33**
35.	Je me sens bon(ne) à rien ou inférieur(e) I feel worthless or inferior	200	0,61**
36.	Je me blesse souvent accidentellement I accidentally get hurt a lot	201	0,57**
37.	Je me bagarre souvent I get in many fights	199	0,40**

38.	Mes relations avec mes voisins sont de mauvaise qualité My relations with neighbors are poor	201	0,44**
39.	Je fréquente des gens qui s'attirent des ennuis I hang around people who get in trouble	199	0,30**
40.	J'entends des sons ou des voix que les autres n'entendent pas I hear sounds or voices that other people think aren't there	199	1,00**
41.	Je suis impulsif(ve) ou j'agis sans réfléchir I am impulsive or act without thinking	200	0,64**
42.	Je préfère être seul(e) qu'être avec d'autres personnes I would rather be alone than with others	201	0,53**
43.	Je mens ou je triche I lie or cheat	201	0,72**
44.	Je me sens dépassé(e) par mes responsabilités I feel overwhelmed by my responsibilities	201	0,46**
45.	Je suis nerveux(se) ou tendu(e) I am nervous or tense	201	0,64**
46.	J'ai des tics ou des mouvements nerveux Parts of my body twitch or make nervous movements	201	0,56**
47.	Je manque de confiance en moi I lack self-confidence	200	0,72**
48.	Je ne suis pas aimé(e) par les autres I am not liked by others	201	0,59**
49.	Je peux faire certaines choses mieux que la plupart des gens I can do certain things better than other people	200	0,60**
50.	Je suis trop craintif(ve) ou anxieux(se) I am too fearful or nervous	200	0,65**

51.	Je me sens étourdi(e) ou sur le point de m'évanouir I feel dizzy or lightheaded	200	0,39**
52.	Je me sens trop coupable I feel too guilty	200	0,56**
53.	J'ai de la difficulté à planifier pour l'avenir I have trouble planning for the future	201	0,59**
54.	Je me sens fatigué(e) sans raison valable I feel tired without good reason	200	0,56**
55.	Mon humeur balance entre l'exaltation et la dépression My moods swing between elation and depression	201	0,63**
56a.	Douleurs ou maux Aches or pains	193	0,45**
56b.	Maux de tête Headaches	195	0,74**
56c.	Nausées Nausea, feel sick	193	0,65**
56d.	Troubles oculaires Problems with eyes	191	0,46**
56e.	Éruptions cutanées ou autres problèmes de peau Rashes or other skin problems	197	0,43**
56f.	Maux d'estomac Stomachaches	198	0,56**
56g.	Vomissements Vomiting, throwing up	197	0,70**
56h.	Palpitations ou rythme cardiaque accéléré Heart pounding or racing	196	0,48**

56i.	Engourdissement ou picotement dans certaines parties du corps Numbness or tingling in body parts	196	0,43**
57.	J'agresse physiquement les gens I physically attack people	201	n/a
58.	Je me gratte la peau ou d'autres parties du corps I pick my skin or other parts of my body	197	0,40**
59.	Je n'arrive pas à terminer les choses que je devrais faire I fail to finish things I should do	200	0,55**
60.	Je prends plaisir à très peu de choses There is very little that I enjoy	201	0,39**
61.	Ma performance au travail est médiocre My work performance is poor	200	0,26**
62.	J'ai une mauvaise coordination ou je suis maladroit(e) I am poorly coordinated or clumsy	200	0,55**
63.	Je préfère être avec des gens plus vieux qu'avec des gens de mon âge I would rather be with older people than with people of my own age	201	0,64**
64.	J'ai de la difficulté à établir des priorités I have trouble setting priorities	201	0,58**
65.	Je refuse de parler I refuse to talk	201	0,50**
66.	Je répète certains actes continuellement I repeat certain acts over and over	198	0,37**
67.	J'ai de la difficulté à me faire des amis ou à les garder I have trouble making or keeping friends	200	0,60**

68.	Je crie ou je hurle beaucoup I scream or yell a lot	200	0,58**
69.	Je suis renfermé(e) ou je garde les choses pour moi I am secretive or keep things to myself	200	0,47**
70.	Je vois des choses que les autres ne voient pas I see things that other people think aren't there	199	0,39**
71.	Je suis facilement embarrassé(e) I am self-conscious or easily embarrassed	200	0,66**
72.	Je m'inquiète à propos de ma famille I worry about my family	199	0,62**
73.	Je remplis mes responsabilités familiales I meet my responsibilities to my family	198	0,43**
74.	J'essaie de me faire remarquer ou je fais le clown I show off or clown	198	0,68**
75.	Je suis trop gêné(e) ou trop timide I am too shy or timid	199	0,69**
76.	Mon comportement est irresponsable My behavior is irresponsible	200	0,49**
77.	Je dors plus que la plupart des gens pendant le jour et/ou la nuit I sleep more than most people during day and/or night	200	0,58**
78.	J'ai des difficultés à prendre des décisions I have trouble making decisions	198	0,65**
79.	J'ai un problème de langage I have a speech problem	198	0,62**
80.	Je défends mes droits I stand up for my rights	200	0,47**

81.	Mon comportement est très changeant My behavior is very changeable	200	0,49**
82.	Je commets des vols I steal	200	0,51**
83.	Je m'ennuie facilement I am easily bored	200	0,45**
84.	Je fais des choses que les autres considèrent étranges I do things that other people think are strange	199	0,66**
85.	J'ai des pensées que les autres considèreraient étranges I have thoughts that other people would think are strange	197	0,47**
86.	Je suis têtu(e), maussade ou irritable I am stubborn, sullen, or irritable	199	0,61**
87.	Mon humeur ou mes sentiments changent soudainement My moods or feelings change suddenly	199	0,62**
88.	J'aime être avec les gens I enjoy being with people	199	0,58**
89.	Je me précipite dans l'action sans considérer les risques I rush into things without considering the risks	201	0,40**
90.	Je bois trop d'alcool ou je me saoule I drink too much alcohol or get drunk	200	0,66**
91.	Je pense à me tuer I think about killing myself	200	0,71**
92.	Je fais des choses qui pourraient me causer des problèmes avec la justice I do things that may cause me trouble with the law	200	0,67**
93.	Je parle trop I talk too much	200	0,71**

94.	Je taquine beaucoup les autres I tease others a lot	199	0,57**
95.	J'ai un tempérament colérique I have a hot temper	200	0,42**
96.	Je pense trop à la sexualité I think about sex too much	200	0,49**
97.	Je menace les autres de les blesser I threaten to hurt people	200	-0,01
98.	J'aime aider les autres I like to help others	200	0,44**
99.	Je n'aime pas rester au même endroit très longtemps I dislike staying in one place for very long	197	0,55**
100.	J'ai de la difficulté à dormir I have trouble sleeping	200	0,61**
101.	Je m'absente de mon travail même lorsque je ne suis pas malade ou pas en vacances I stay away from my job even when I'm not sick and not on vacation	196	0,53**
102.	Je n'ai pas beaucoup d'énergie I don't have much energy	199	0,62**
103.	Je suis malheureux(se), triste ou déprimé(e) I am unhappy, sad, or depressed	200	0,61**
104.	Je suis plus bruyant(e) que les autres I am louder than others	200	0,66**
105.	Les gens pensent que je suis désorganisé(e) People think I am disorganized	200	0,66**
106.	J'essaie d'être juste envers les autres I try to be fair to others	200	0,42**

107.	J'ai l'impression que je ne peux pas réussir I feel that I can't succeed	199	0,52**
108.	J'ai tendance à perdre des choses I tend to lose things	199	0,68**
109.	J'aime essayer de nouvelles choses I like to try new things	200	0,57**
110.	Je souhaiterais être du sexe opposé I wish I were of the opposite sex	200	0,80**
111.	J'évite d'entrer en relation avec les autres I keep from getting involved with others	199	0,32**
112.	Je m'inquiète beaucoup I worry a lot	198	0,68**
113.	Je m'inquiète au sujet de mes relations avec le sexe opposé I worry about my relations with the opposite sex	197	0,69**
114.	Je n'arrive pas à payer mes dettes ou à remplir mes autres responsabilités financières I fail to pay my debts or meet other financial responsibilities	200	0,58**
115.	Je me sens agité(e) ou je ne tiens pas en place I feel restless or fidgety	200	0,46**
116.	Je suis trop facilement contrarié(e) I get upset too easily	196	0,40**
117.	J'ai de la difficulté à gérer l'argent ou les cartes de crédit I have trouble managing money or credit cards	200	0,71**
118.	Je suis trop impatient(e) I am too impatient	200	0,60**
119.	Je ne suis pas bon(ne) avec les détails I am not good at details	200	0,50**

120.	Je conduis trop vite I drive too fast	198	0,79**
121.	J'ai tendance à être en retard aux rendez-vous I tend to be late for appointments	200	0,71**
122.	J'ai de la difficulté à garder un emploi I have trouble keeping a job	197	-0,02
123.	Je suis une personne heureuse I am a happy person	199	0,62**
