

Psychiatrie et violence



Psychiatrie et violence

À la recherche d'un instrument d'évaluation qui mesure l'adaptation sociale de personnes souffrant de troubles mentaux et présentant un risque de violence

Robert Groleau

Volume 1, 2000

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1074958ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1074958ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Institut Philippe-Pinel de Montréal
Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires du Département de
psychiatrie du CHUV (Suisse)

ISSN

1702-501X (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Groleau, R. (2000). À la recherche d'un instrument d'évaluation qui mesure l'adaptation sociale de personnes souffrant de troubles mentaux et présentant un risque de violence. *Psychiatrie et violence*, 1.
<https://doi.org/10.7202/1074958ar>

Tous droits réservés © Institut Philippe-Pinel de Montréal, 2000

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

érudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

<https://www.erudit.org/fr/>

À la recherche d'un instrument d'évaluation qui mesure l'adaptation sociale de personnes souffrant de troubles mentaux et présentant un risque de violence

Robert Groleau, psychoéducateur

Un sondage effectué auprès des éducateurs 1 de l'Institut Philippe Pinel de Montréal (IPPM), fait état de la perception de ces professionnels face aux instruments d'évaluation qui mesurent l'adaptation sociale (Marcoux et Groleau, 1998). Ce sondage fait ressortir trois éléments importants. D'abord, 85 % des éducateurs sont intéressés à utiliser un instrument d'évaluation et 75 % souhaitent qu'il puisse se compléter en moins de 30 minutes. Ensuite, les répondants ont précisé à quoi devait servir l'évaluation faite par cet instrument. Vingt-six utilisations possibles ont été suggérées. Parmi ces éléments, 14 concernent l'élaboration des objectifs de traitement pour un patient et 9 portent sur l'évaluation de ces objectifs.

L'intérêt pour les éducateurs² d'utiliser des instruments d'évaluation n'est pas récent. Plusieurs instruments ou grilles maison ont été utilisés par les intervenants au cours des dernières années. Toutefois aucun de ces instruments n'a été standardisé. On entend par standardisé le fait de s'assurer que l'évaluation obtenue à l'aide d'un instrument sera fidèle et valide. La fidélité d'un instrument nous assure que deux intervenants obtiendront les mêmes résultats suite à l'évaluation d'un même client. La fidélité nous assure également qu'un même intervenant obtiendra des résultats similaires suite à deux évaluations du même patient en deux temps consécutifs. La validité nous assure que l'instrument mesure bien ce qu'il est censé mesurer. Une mesure valide devrait pouvoir différencier une bonne d'une mauvaise performance, être capable de distinguer les patients qui présentent tels types de comportements de ceux qui ne les présentent pas et d'évaluer le risque d'apparition de comportements inadaptés (Golden, Sawicki et Franzen, 1991; Kuelhnel & Liberman, 1988).

Les éducateurs sont intéressés à posséder un instrument d'évaluation qui mesure l'adaptation sociale des patients, mais aucun instrument standardisé n'est mis à leur disposition actuellement. Nous avons tenté de voir s'il y a dans les écrits scientifiques des instruments standardisés qui posséderaient les caractéristiques souhaitées par les éducateurs.

Plusieurs instruments d'évaluation sont susceptibles de mesurer le niveau d'adaptation sociale de personnes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants. Wallace (1986) présente 19 instruments d'évaluation qui mesurent le niveau de fonctionnement social. Dans cet article il décrit le champ d'évaluation, le nombre d'items, la durée, le type de méthode utilisé par chacun de ces instruments et leur valeur psychométrique.

Le champ d'évaluation couvert par ces instruments correspond sensiblement aux thèmes qui ont été proposés par les éducateurs. Plusieurs des instruments mentionnés mesurent le niveau d'autonomie des patients en évaluant leurs habiletés sociales (relations interpersonnelles), leurs habiletés de vie et leurs habiletés au travail. D'autres instruments incluent l'évaluation des symptômes observés, les comportements reliés à la toxicomanie, les comportements déviants, perturbateurs ou dangereux, l'histoire psychiatrique ou criminologique, les comportements reliés à l'estime de soi, le contrôle de soi, la dépression etc. ou encore les rôles et responsabilités assumés par le patient. Un instrument n'évalue pas à lui seul toutes ces dimensions. Les auteurs doivent choisir la perspective selon laquelle ils mesureront l'adaptation sociale. Ils doivent tenir compte entre autres de l'approche qu'ils favorisent, des objectifs visés par cette évaluation et du rôle des professionnels qui seront appelés à l'utiliser. L'évaluation de ces dimensions se fait à partir de l'ensemble des items inclus dans l'instrument. Le choix judicieux des items ainsi que leur nombre sont des facteurs qui influent sur la validité de contenu d'un instrument. Plus un instrument contient d'items et plus ces items sont bien choisis, meilleures sont ses chances d'obtenir une bonne validité. Par contre, plus un instrument contient d'items, plus sa durée d'évaluation risque d'augmenter.

L'information mesurée par ces instruments peut également provenir de plusieurs sources. L'instrument peut s'adresser au patient lui-même, à un membre de sa famille (ses proches) ou encore être complété par un membre du personnel. Plusieurs types de méthodes peuvent aussi être utilisés tels que le questionnaire, l'entrevue ou l'observation directe.

Dans cette revue des écrits, Wallace (1986) tire quelques conclusions intéressantes à propos des différents instruments qu'il décrit. D'abord il fait ressortir deux types d'instruments. Ceux qui ont pour objectif une évaluation générale et les instruments qui visent plutôt une évaluation spécifique. Il ajoute que le meilleur instrument est celui dont les objectifs d'évaluation de l'instrument se rapprochent le plus des objectifs de l'évaluateur.

Les instruments qui donnent une évaluation générale

Selon Wallace (1986), les instruments qui donnent une évaluation générale sont utiles pour mesurer l'ensemble d'un programme de traitement et décrire les caractéristiques des patients qui y participent.

Parmi les instruments qui présentent une évaluation générale, le REHAB est celui qui se rapproche le plus des critères énoncés par les éducateurs consultés par notre sondage. Les écrits au sujet du REHAB font état d'une bonne valeur psychométrique (Baker & Hall, 1986, 1988, 1994; Wallace, 1986). Le REHAB est un questionnaire qui évalue 23 items sur une échelle de rang. Pour certaines échelles, une grille doit être remplie trois fois par jour. Le questionnaire est complété par un membre du personnel. Sept items concernent les comportements déviants, soit: l'incontinence, l'agression physique, l'agression verbale, l'automutilation, le harcèlement sexuel, l'absence non autorisée et parler seul ou rire sans raison. Quinze items traitent des comportements généraux et se répartissent selon 5 sous-échelles, soit: les activités sociales (4 items), les habiletés sociales (2 items), les interactions avec la communauté (2 items), les difficultés de langage (2 items) et les soins personnels (5 items). Le REHAB présente plusieurs avantages. D'abord, il a été conçu pour évaluer des patients qui vivent en institution et qui présentent des troubles sévères et persistants. Il mesure à la fois l'inadaptation et l'adaptation sociale et les écrits (Wallace, 1986; Rogers, 1996) le présentent comme un outil simple d'utilisation et rapide à administrer.

Toutefois l'instrument présente également des faiblesses. Sa faible étendue psychopathologique (seulement 23 items) fait qu'il nous présente une évaluation générale de la personne. L'élaboration ou la révision d'un plan de traitement est difficile à partir d'une évaluation générale et nécessite une évaluation supplémentaire plus précise (Wallace, 1986). Le REHAB présente les résultats de l'évaluation sous forme de score. Le patient obtient un score global pour l'échelle des comportements déviants et ainsi de suite pour chacune des sous-échelles des comportements généraux. Cette méthode permet difficilement de nuancer l'intensité des comportements observés et ne facilite pas la formulation d'objectifs spécifiques reliés aux problématiques observées, puisque le score ne précise pas les comportements inadaptés ou adaptés.

Le REHAB semble intéressant compte tenu du fait que son utilisation est rapide. Toutefois parmi les caractéristiques souhaitées par les éducateurs, la possibilité de préciser des comportements qui feront l'objet d'un plan de traitement demeure une qualité importante que doit posséder un instrument d'évaluation. Cette caractéristique a davantage de chance de se trouver parmi les instruments qui visent une évaluation plus spécifique.

Les instruments qui donnent une évaluation spécifique

Si l'objectif d'un intervenant lorsqu'il utilise un instrument d'évaluation est de cibler des comportements en vue d'élaborer un plan de traitement, l'utilisation d'un instrument qui donne une évaluation spécifique est sans doute plus appropriée (Wallace, 1986). L'auteur décrit quelques exemples d'instruments d'évaluation spécifique. Toutefois il est difficile de dire lequel de ces instruments convient le mieux aux intervenants qui travaillent en situation de vécu partagé auprès de la clientèle. Lorsque vient le temps de choisir un instrument d'évaluation plutôt qu'un autre, il convient de tenir compte de différents facteurs. Quel est le rôle des professionnels qui utiliseront cet instrument? Quel est leur champ d'observation ou de cueillette de données? Que veulent-ils évaluer? À quoi cette évaluation va-t-elle leur servir?

Par exemple, le rôle de l'éducateur est d'accompagner le patient et de l'amener à choisir les comportements qui lui permettront de mieux s'adapter à son environnement. Cette démarche, il l'effectue dans le quotidien en situation de vécu partagé, à travers ses rencontres avec le patient et lors des activités rééducatives qu'il organise, anime et utilise. L'éducateur veut évaluer le niveau d'adaptation sociale de la personne souffrant de troubles mentaux sévères et persistants. Cette évaluation doit lui donner des indices qui lui permettent de tracer un portrait du patient et d'élaborer un plan de soins. Cette évaluation doit aussi lui permettre de mesurer l'impact des interventions, de fournir des données susceptibles d'aider à orienter le patient vers une ressource appropriée à ses besoins et d'aider le psychiatre à raffiner un diagnostic.

Compte tenu du rôle des professionnels qui utiliseront cet instrument, on se doit d'analyser si le type de méthode utilisé pour recueillir l'information convient à ces professionnels. Selon nous, l'entrevue et le questionnaire ne sont pas des méthodes qui servent le mieux le rôle des éducateurs qui pratiquent en contexte de vécu partagé. L'entrevue permet d'approfondir différentes problématiques, mais ne donne de l'information que du point de vue du patient. Elle ne met pas à contribution les nombreuses observations qu'effectue l'éducateur qui est en interaction constante avec le patient. De plus, il est difficile à standardiser une entrevue d'évaluation. Le questionnaire a l'avantage de faciliter la standardisation de l'évaluation. Toutefois les scores que l'on obtient permettent difficilement d'élaborer un plan de soins pour le patient.

Compte tenu du contexte dans lequel pratiquent les éducateurs à l'IPPM, nous pensons que l'observation participante demeure la méthode la plus appropriée.

Cette méthode d'évaluation a de nombreux avantages. D'abord, compte tenu de leur rôle, les intervenants sont presque continuellement en présence avec les patients, ce qui favorise la cueillette d'innombrables faits d'observation. Ensuite, cette observation s'effectue dans le vécu quotidien des patients. Il y a plus de chance qu'ils agissent selon leur vraie personnalité qu'en situation formelle d'évaluation. Finalement, cette évaluation s'effectue dans un contexte d'observation participante au long cours, ce qui permet d'avoir une excellente évaluation de l'évolution des individus.

Toutefois, l'observation participante présente quelques difficultés d'ordre méthodologique. En fait, telle qu'elle est pratiquée par la plupart des intervenants en santé mentale, l'observation participante ne constitue pas en soi une méthode. On fait plutôt de l'observation ad lib (Altman, 1974), laquelle consiste à observer sans hypothèse, lors de moments jugés opportuns, puis à noter les événements jugés significatifs. Or, ces notes ne sont pas organisées de façon systématique. La plupart du temps, les événements jugés significatifs sont ceux où le sujet démontre un comportement inhabituel ou jugé inadapté. On constate que les intervenants rédigent peu ou pas de notes d'observation qui décrivent des comportements adaptés. Puisque ces notes ne sont pas fondées sur une échelle commune entre les observateurs et sur une définition opérationnelle d'un concept comme l'adaptation sociale, elles ne sont pas comparables d'un intervenant à l'autre.

En fait, la difficulté méthodologique présentée par l'observation participante, ne se situe pas tellement dans la méthode en elle-même, mais plutôt dans la technique utilisée pour enregistrer convenablement les événements significatifs. Nous pensons que l'observation participante demeure une méthode qui permet de recueillir de nombreux indicateurs concernant l'adaptation sociale des individus. Toutefois, il nous semble essentiel d'utiliser une technique de cueillette de données, qui permet de standardiser ces observations, tout en s'adaptant aux contextes variés dans lesquels évoluent l'intervenant qui accompagne les patients au quotidien. Nous pensons que la méthode du Q-SORT pourrait être une technique intéressante pour appuyer l'observation participante.

La méthode du Q-SORT

Compte tenu des difficultés identifiées par Wallace (1986) quant à l'utilisation d'instruments d'évaluation spécifiques, nous croyons qu'il est souhaitable que les professionnels qui travaillent en situation de vécu partagé à l'IPPM, élaborent leur propre instrument d'évaluation. Le fait de construire un instrument d'évaluation implique de faire des choix. D'abord celui de la méthode à privilégier pour recueillir l'information.

Parmi les techniques d'évaluation existantes, nous pensons que la méthode du Q-SORT (Block, 1961; Stephenson, 1953; Stephenson, 1985; Rogers, 1995) est celle qui est susceptible de mieux s'adapter au travail des éducateurs. Cette méthode fait partie des techniques de classification par rang. Suite à une période d'observation (de plusieurs jours, voire quelques semaines), l'observateur lit une série de cartes sur lesquelles des énoncés comportementaux sont inscrits. L'intervenant doit mettre en ordre cette série d'énoncés, qui une fois ordonnée, révèle les caractéristiques de la personne.

Pour arriver à compléter ce portrait comportemental, l'observateur doit lire plusieurs fois chacun des énoncés de façon à les classer selon une distribution normale allant de l'extrêmement caractéristique à l'extrêmement non caractéristique. De cette façon chaque énoncé est traité, les uns par rapport aux autres, et considéré plusieurs fois par l'observateur avant d'obtenir sa position finale. Cette méthode permet à l'intervenant de mettre à contribution son jugement clinique tout en favorisant une organisation systématique des perceptions qu'il a du patient qu'il observe. Le portrait ainsi obtenu permet d'identifier des comportements adaptés et inadaptés. Cette information permet de documenter une problématique et de formuler des objectifs spécifiques dans un plan de soins. Un instrument d'évaluation de l'adaptation sociale construit selon la méthode du Q-SORT peut inclure jusqu'à 90 énoncés. Le champ d'évaluation comprend les comportements d'action observés dans le quotidien ou dans les activités rééducatives et les comportements verbaux du patient (ce que le patient dit et pense lors des entrevues ou dans son quotidien).

Selon nous cette méthode correspond aux caractéristiques du travail de l'éducateur. L'éducateur observe au quotidien les comportements d'un patient et il en fait l'analyse à la lueur de ses connaissances et de son expérience clinique. Le Q-SORT l'aide à organiser ses perceptions en tenant compte de toutes les dimensions de l'individu (comportements adaptés et inadaptés) et de tous les facteurs impliqués dans le phénomène de l'adaptation sociale des personnes souffrant de troubles mentaux. De plus, les écrits montrent que les instruments construits selon la méthode du Q-SORT réussissent à obtenir une bonne valeur psychométrique (Zeldow & Bennett, 1997; Lacharité, LaFrenière & Bigras, 1991; Wampler et al., 1989). Aucun instrument

n'utilise la méthode du Q-SORT pour mesurer l'adaptation sociale des personnes souffrant de troubles mentaux et présentant un risque de violence. C'est pourquoi nous proposons de construire un instrument d'évaluation qui utiliserait cette méthode.

Discussion

Rappelons d'abord les résultats de notre sondage auprès des éducateurs. Les personnes interrogées se sont dites intéressées par un instrument qui mesure l'adaptation sociale des patients. Pour ce faire les éducateurs concernés ont proposé différentes dimensions qu'un instrument devrait mesurer, soit: les habiletés sociales, le niveau d'agressivité, l'hygiène, le budget, les loisirs, la connaissance de la maladie etc. Selon les éducateurs cet instrument doit aider l'intervenant à élaborer un plan de soins, mesurer l'évolution du patient et modifier ce plan de soins le cas échéant. Finalement ils font ressortir différentes qualités que devrait posséder un instrument d'évaluation, soit: être simple et rapide d'utilisation, posséder un contenu précis et une méthodologie qui favorise une évaluation objective de la personne.

Le REHAB répond à plusieurs de ces critères. L'instrument évalue des dimensions importantes dans le traitement de patients souffrant de troubles mentaux et qui présentent des comportements violents. Il est court et rapide d'utilisation, ce qui répond à un autre critère cité par les éducateurs. Toutefois l'instrument a une faible étendue psychopathologique et son évaluation demeure générale, ce qui ne permet pas de contribuer de façon précise à l'élaboration d'un plan de traitement. Ceci dit, si l'objectif est d'évaluer le fonctionnement d'un programme et de décrire les caractéristiques des patients qui y participent, des instruments comme le REHAB représentent un choix intéressant.

Par ailleurs, le sondage nous indique qu'une des caractéristiques importantes que devrait posséder un instrument d'évaluation est le fait qu'il puisse fournir des informations utiles pour l'élaboration d'un plan de traitement. Selon nous un instrument d'évaluation spécifique conçu selon la méthode du Q-SORT répond à ce critère. Comme l'instrument doit être construit par un groupe d'experts provenant de différents groupes de professionnels (éducateurs, infirmières, psychologues, criminologues, responsables d'unité, psychiatres) représentatifs du milieu, cette situation a l'avantage de permettre d'orienter le contenu selon les besoins spécifiques des intervenants de l'IPPM et les caractéristiques de la clientèle. À ce niveau un instrument utilisant la méthode du Q-SORT pourrait se comparer avantageusement avec d'autres instruments en ce qui concerne la validité de contenu.

Les éducateurs disent vouloir posséder un instrument qui les aide à mieux élaborer le plan de soins du patient auprès de qui ils travaillent. La principale qualité des instruments qui utilisent la méthode du Q-SORT est de présenter un portrait caractéristique de la personne qui est observée. Parmi les 90 énoncés comportementaux contenus dans un Q-SORT, l'évaluation fait ressortir les items qui sont extrêmement caractéristiques ou non caractéristiques de la personne évaluée. Cette évaluation permet d'aider la formulation d'objectifs, puisque les énoncés qui sont inclus dans l'instrument décrivent des comportements adaptés ou inadaptés qui sont observés dans le quotidien. Le clinicien ne se trouve pas seulement face à des scores plus ou moins faciles à interpréter dont les liens sont difficiles à expliquer, mais face à un portrait comportemental de la personne. Sur cet aspect la méthode du Q-SORT présente des avantages par rapport au questionnaire, puisqu'il permet de mettre à contribution le jugement clinique de l'intervenant et de tenir compte de la complexité du comportement humain. Avec la méthode du Q-SORT, l'intervenant est obligé de lire et relire chacun des 90 énoncés, de les classer les uns par rapport aux autres selon qu'ils sont plus ou moins caractéristiques de la personne évaluée. Cet exercice d'évaluation permet non seulement d'obtenir un portrait comportemental et un score, mais permet également à l'intervenant d'approfondir et de systématiser la perception qu'il a du patient. Par conséquent, cette méthode évite le phénomène du point d'ancrage subjectif que l'on retrouve dans l'évaluation par questionnaire, où l'évaluateur est tenté de coter à peu près toujours dans le même espace d'évaluation que lui offre l'échelle du questionnaire.

L'une des préoccupations des éducateurs dans ce sondage concerne la durée de l'évaluation. Les éducateurs ont clairement signifié vouloir un instrument qui soit rapide d'utilisation (moins de 30 minutes). En même temps ils souhaitent posséder un instrument qui soit précis et qui leur donne suffisamment d'information pour élaborer un plan de soins et le modifier. Est-il possible d'obtenir ces deux qualités?

En ce qui concerne la durée d'évaluation, un instrument comme le REHAB se rapproche davantage du souhait des éducateurs. Le REHAB est plus facile et plus rapide à utiliser qu'un instrument conçu selon la méthode du Q-SORT. Alors que l'on estime à 20 minutes la durée d'évaluation du REHAB, on peut compter au moins 60 minutes pour administrer le Q-SORT. Par contre le REHAB est conçu pour obtenir une évaluation plus générale qui risque de répondre difficilement aux attentes des éducateurs en ce qui concerne son utilité à élaborer un plan de traitement. Nous pensons que les éducateurs accepteraient difficilement d'accorder plus de 30

minutes à un instrument qui a pour but d'évaluer un programme et qui démontre peu d'utilité dans l'élaboration d'un plan de traitement. Par contre, il serait intéressant de vérifier s'ils sont prêts à investir un peu plus de leur temps s'ils sont convaincus que les résultats de l'évaluation peuvent les aider à préparer les synthèses comportementales, à élaborer et mesurer les objectifs du plan de soins et estimer les chances de succès de la réinsertion sociale.

Conclusion

Ce sondage nous confirme l'intérêt démontré par la plupart des éducateurs de posséder un instrument d'évaluation qui permet d'améliorer leur expertise et leur pratique professionnelle. Deux éléments ressortent de façon particulière. Le temps nécessaire pour évaluer un patient et l'utilisation des résultats de l'évaluation dans un plan de traitement.

Il est difficile de trouver ces deux qualités dans le même instrument. La précision d'un instrument est liée au nombre d'items qu'il contient et plus il contient d'items, plus sa durée de passation est allongée. D'autre part Wallace (1986) nous enseigne que deux types d'objectifs peuvent être poursuivis dans l'évaluation des patients. Un premier type d'instrument vise une évaluation générale tandis que le deuxième type fournit davantage une évaluation spécifique. S'il y avait un choix à faire ce serait d'opter pour un type d'instrument plutôt qu'un autre. Choisir entre un instrument d'évaluation générale ou spécifique. Mais nous pensons que les deux types d'instrument sont nécessaires et peuvent très bien jouer des rôles complémentaires.

Parmi les instruments d'évaluation générale, le REHAB nous semble un instrument valable. Compte tenu des difficultés identifiées par Wallace (1986) en ce qui concerne les instruments d'évaluation spécifiques, nous pensons que le choix de ce type d'instruments doit particulièrement tenir compte du rôle joué par les professionnels qui seront appelés à l'utiliser et de la clientèle à évaluer. Suite à la revue des écrits que nous avons effectuée et compte tenu de la clientèle très spécifique que l'on retrouve à l'IPPM, il nous semble préférable de créer un instrument qui sera élaboré sur mesure pour répondre aux besoins du milieu.

Pour les raisons que nous avons précisées plus haut, nous croyons que la méthode du Q-SORT peut contribuer efficacement au travail des intervenants qui travaillent en situation de vécu partagé. Il n'existe pas actuellement d'instrument construit selon la méthode du Q-SORT qui mesure l'adaptation sociale de patients souffrant de troubles mentaux et présentant un risque de comportements violents. Cet instrument reste à construire. Les items comportementaux qui forment le contenu de l'instrument, doivent provenir de plusieurs sources: revue des écrits, consultation auprès des intervenants et utilisation de documentations conceptualisées par les professionnels du milieu. À ce titre, différents documents ont été conçus à partir de la grille d'Eisner (Eisner, 1989). Il nous semble y avoir là matière à construire un instrument standardisé qui respecte les caractéristiques spécifiques du milieu.

Un comité représentant les éducateurs de l'IPPM s'est donné comme mandat d'élaborer un instrument d'évaluation standardisé utilisant cette méthode et de voir à sa réalisation. Le projet a été présenté aux états généraux de la clinique et de la recherche en janvier dernier (Groleau, 2000). Le projet a été bien reçu et fait présentement l'objet d'une demande de subvention au Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ). Nous croyons qu'il mérite d'être actualisé.

Références

- Baker, Roger & Hall, John (1994) A review of the applications of the REHAB assessment system, *Behavioral and cognitive psychotherapy*, 22, pp. 211-231.
- Baker, Roger & Hall, John (1988) REHAB: A new assessment instrument for chronic psychiatric patients, *Schizophrenia bulletin*, vol. 14, no.1
- Block, J. (1978) *The Q-SORT method in personality assessment and psychiatric research*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Eisner, Harry R. (1989) Returning the not guilty by reason of insanity to the community: A new scale to determine readiness, *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 17(4), 401-413.
- Foreman, E.I. & Baker R. (1986) A validity study of a new rating scale for psychiatric patients, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol.73, pp.101-108.
- Golden C.J., Sawicki R.F. & Franzen M.D. (1991) Test construction, In: *Handbook of psychology assessment*, Edited by G. Goldstein & M. Hersen, p. 21-40.
- Groleau, R. (2000) *Projet de recherche portant sur la construction d'un Q-Sort sur l'adaptation sociale de patients souffrant de troubles mentaux et présentant un risque de violence, présenté le 19 janvier dans le cadre des premiers états généraux, ou les horizons partagés, de la clinique et de la recherche, Montréal : Centre de recherche Philippe Pinel.*

- Kuehnel, T.G. & Liberman, P. L. (1988) Functional assessment, *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*, Edited by Robert Paul Liberman, p.59-116.
- Lacharité, C.; Lafrenière, P.J.; Bigras, M. (1991) L'élaboration et la validation concomittante du Q-SORT sur la relation conjugale, *Revue canadienne des sciences du comportement*, vol. 23(2), pp.159-173.
- Marcoux, R. Groleau, R. (1998) Sondage sur la perception des éducateurs face aux instruments d'évaluation, *Revue Info-Socio*, 2, (1).
- Stephenson, William (1953) *The study of behavior: Q-Technique and its methodology*, University of Chicago press.
- Rogers, Rex Stainton (1995) Q methodology. In: *Rethinking methods in psychology*, Edited by Jonathan A. Smith, Rom Harré & Luk Van Langenhove, Sage publication.
- Rogers, Wendy L. (1996) REHAB scale: an overview prepared by the Clinical Research Group, Adulte Services Douglas Hospital, présenté à l'hôpital Douglas de Montréal, document de la présentation scientifique.
- Wallace Charles, J. (1986) Functional assessment inrehabilitation, *Schizophrenia Bulletin*, 12: 604-630.
- Wampler S., Karen; Halverson F., Charles; Walters H.; Lynda (1989) The Georgia family Q-sort an observational measure of family functioning, *American Journal of Family Therapy*. Vol 18(2) pp. 169-178.
- Zeldow Peter B. & Bennett Emily (1997) Stability of a Q-SORT model of optimal mental health, *Journal of personality assessment*, 62, 130-144.
-

1 Lorsque nous employons le terme "éducateur", nous faisons également référence aux éducatrices, puisque dans notre texte le masculin inclus le féminin.

2 Le texte fait référence à la profession d'éducateur, mais le contexte de cet article inclus tous les intervenants qui travaillent en situation de vécu partagé auprès d'une clientèle et qui pratiquent l'observation participante.