

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DÉVELOPPEMENT ET VALIDATION D'UN QUESTIONNAIRE ÉVALUANT LA
MENTALISATION CHEZ LES INTERVENANTS PSYCHOSOCIAUX

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
MARC-ANTOINE HURTUBISE

AVRIL 2026

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION) (D.Ps.)

Direction de recherche :

Julie Maheux
Université du Québec à Trois-Rivières

directrice de recherche

Jury d'évaluation :

Julie Maheux
Université du Québec à Trois-Rivières

directrice de recherche

Michael Cantinotti
Université du Québec à Trois-Rivières

évaluateur interne

Miguel Terradas Carrandi
Université de Sherbrooke

évaluateur externe

Sommaire

L'objectif de cet essai repose sur l'élaboration et la validation d'un questionnaire portant sur la mentalisation des professionnels en santé mentale dans le contexte de leur travail. La mentalisation se définit comme la capacité à reconnaître et interpréter les états mentaux de soi et d'autrui. Cette capacité est essentielle pour la régulation des charges affectives vécues dans ce contexte professionnel. Face au manque d'instruments mesurant la mentalisation qui soient parcimonieux et spécifiques à la réalité de l'intervention en santé mentale, cette recherche propose un questionnaire auto-rapporté visant à répondre à cet écueil. Pour élaborer le *Questionnaire sur le vécu en contexte d'intervention* (QVI), 310 intervenants pratiquant dans le domaine de la santé mentale ont été recrutés. Afin de valider le questionnaire, les versions francophones du *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS), du *Mentalization Scale* (MentS), du *Experiences in Close Relationships-Revised* (ECR-R) et du *Kessler's Psychological Distress Scales* (K-6) ont été administrées, en plus du questionnaire en développement. Les analyses ont permis l'identification de cinq facteurs : (QVI-1) *Confusion et opacité des affects par rapport à soi*; (QVI-2) *Mise à distance de la réflexion*; (QVI-3) *Curiosité face à la relation et l'expérience de l'autre*; (QVI-4) *Confiance en sa compréhension de l'autre*; (QVI-5) *Enjeux personnels reconnus mais débordants sur la compréhension clinique*. Les indices de validité sont prometteurs et soutiennent la pertinence de ce nouvel instrument de mesure. Des pistes de développement sont proposées afin d'optimiser le fonctionnement de l'outil et son utilisation, tant en recherche qu'en clinique.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	vi
Remerciements	vii
Introduction	1
Contexte théorique	4
Vécu en contexte d'intervention	5
Mentalisation	7
Dimensions de la mentalisation	9
Mentalisation, attachement et régulation affective	11
La mentalisation chez les intervenants	13
Mentalisation en contexte d'intervention	13
Mentalisation et santé psychologique chez les professionnels en santé mentale	14
La mentalisation, une capacité qui se développe	14
Évaluation de la mentalisation	15
Instruments d'évaluation	16
Défis de l'évaluation de la mentalisation	18
Objectifs de la recherche	19
Méthode	21
Procédure d'élaboration du QVI	22
Participants	23
Instruments de mesure	24

QVI	24
DERS	25
MentS.....	26
ECR-R.....	26
K-6	27
Procédure	27
Analyses statistiques	28
Résultats	30
Analyse factorielle exploratoire.....	31
Analyses de validité	47
Validité de construit	47
Validité concomitante.....	51
Discussion	52
Piste de recherches futures.....	62
Biais et limites.....	64
Conclusion	67
Références	68
Appendice. Questionnaire sur le vécu en contexte d'intervention	78

Liste des tableaux

Tableau

1	Items du QVI selon leur facteur et items supprimés	34
2	Saturations factorielles des items du QVI	38
3	Théorie classique des tests et corrélations inter-items	43
4	Matrice de corrélation des facteurs du QVI	46
5	Corrélations de Spearman entre les facteurs du QVI et les sous échelles du DERS, du MentS et du ECR-R	48

Remerciements

La remise de ce travail marque l'aboutissement d'un parcours à la fois exigeant, enrichissant et formateur. Cette expérience aura représenté tout autant le défi que l'accomplissement d'avoir surmonté mes doutes pour atteindre mes objectifs.

Je tiens à exprimer ma gratitude à ma directrice de recherche, Julie Maheux, qui a su croire en moi lorsque j'y éprouvais de la difficulté. Sa patience et ses encouragements m'ont permis de me dépasser malgré les obstacles.

Je souhaite également remercier David Théberge, un collègue et ami, qui par sa présence et ses conseils a réussi à me guider dans le chaos de mes questionnements.

Enfin, à ma famille et mes proches : votre bienveillance, votre foi et votre amour ont nourri ma détermination. Je suis fier de vous avoir à mes côtés et d'enfin pouvoir partager, avec vous tous, ce moment où une nouvelle étape se présente à moi, laquelle, sera aussi parsemée de défis qui me feront à nouveau grandir.

Introduction

L'intervention en relation d'aide comporte de nombreux défis et a des impacts sur la santé mentale des travailleurs du domaine (Barton, 2020). Les intervenants en relation d'aide, professionnels en santé mentale et thérapeutes s'exposent au vécu, souvent troublant, des individus avec lesquels ils travaillent. Cette exposition implique une charge affective qui risque d'influencer la santé mentale des professionnels. Ils se retrouvent parfois à vivre des émotions négatives comme de la frustration, le découragement ou de la détresse secondaire à des sentiments comme l'impuissance (Colli et al., 2014). Plusieurs formes de conditions psychologiques les affectant sont reconnues, dont la fatigue de compassion, le traumatisme secondaire, le traumatisme vicariant et l'épuisement professionnel (Canfield, 2005).

Les professions d'interventions en santé mentale sont multiples, et rares sont les recherches qui regroupent ces différents intervenants. Toutefois, même si plusieurs concepts prennent origine dans la tradition psychothérapeutique, les défis rencontrés et les compétences affectives liés à l'intervention tendent à se recouper (Barton, 2020; Bevington et al., 2017; Canfield, 2005). La présente recherche approche ainsi ces concepts d'une manière qui englobe de façon générale les différentes professions en santé mentale puisqu'elle se penche sur les composantes communes plutôt que sur les techniques les différenciant.

Les difficultés personnelles des intervenants s'ajoutent à ces défis professionnels rencontrés, leur bien-être psychologique influençant ainsi leur travail (Laverdière et al., 2018). Ce double défi émotionnel s'inscrit dans un contexte de travail où la difficulté à reconnaître et à gérer le vécu affectif peut mener à des erreurs, ou encore à la mise en acte impulsive de certains de ces affects (Gait & Halewood, 2019; Hayes et al., 2018; Maheux et al., 2016; Nissen-Lie et al., 2021; Talbot et al., 2019). Pour assurer une intervention sensible et efficace, les professionnels doivent reconnaître la charge affective puis la gérer afin de demeurer disponibles (Kaden, 1998).

Les développements actuels sur le processus thérapeutique et son efficacité ont permis l'identification de caractéristiques personnelles et de compétences affectives du thérapeute influençant la relation thérapeutique. La question de l'impact des caractéristiques personnelles et professionnelles des thérapeutes sur l'efficacité de la thérapie est abordée dans une revue de la littérature par Heinonen et Nissen-Lie (2020). Ils appuient la pertinence d'approfondir les connaissances sur les caractéristiques personnelles des thérapeutes ayant une incidence sur leur fonctionnement interpersonnel. La mentalisation en est un exemple puisqu'elle permettrait une meilleure régulation des défis émotionnels et interpersonnels rencontrés par les thérapeutes dans le contexte de leur travail (Maheux et al., 2022). Un manque d'instruments parcimonieux en temps et ressources pour l'évaluation de la mentalisation et du vécu en contexte d'intervention est constaté (Beaulieu-Pelletier & Philippe, 2016).

Contexte théorique

Les professions dans le domaine de l'intervention en santé mentale impliquent fondamentalement une forte composante relationnelle. Les défis rencontrés par ces professionnels sont multiples et varient en fonction du cadre particulier de leur pratique. En plus des défis organisationnels, le travail des professionnels en santé mentale présente des défis sur les plans émotionnel et interpersonnel (Nissen-Lie et al., 2021).

Vécu en contexte d'intervention

La littérature scientifique fait état de l'étude de l'expérience émotionnelle comme étant un processus en deux parties, soit la réactivité émotionnelle et la régulation émotionnelle (Chui & Liu, 2021). La réactivité émotionnelle se rapporte au fait de vivre des émotions plus ou moins facilement (sensibilité), plus ou moins intensément, et à la durée des émotions (Nock et al., 2008). La régulation émotionnelle réfère à la capacité de l'individu à moduler son expérience émotionnelle et à sa manière de l'exprimer (Gross & Feldman Barrett, 2011). Les professionnels en intervention doivent être en mesure de bien réguler les émotions liées à leur vie personnelle afin de se rendre disponibles à recevoir le contenu affectif de leurs clients (Zeddies, 1999). Aussi, ils doivent être capables de reconnaître, ressentir et gérer leur contre-transfert, soit les émotions qu'ils vivent envers le client et au sein de la relation thérapeutique (Barreto et al., 2020).

Le contre-transfert est un phénomène inhérent à l'intervention en santé mentale. Ce concept se définit par les réactions affectives de l'intervenant face à son client ou son usager (Epstein & Feiner, 1979). Les thérapeutes ayant des compétences de gestion du contre-transfert mieux développées sont davantage en mesure d'éviter la mise en acte de leur contre-transfert (Pérez-Rojas et al., 2017). Cette capacité offre l'opportunité de transformer un évènement au potentiel délétère pour le processus en un outil favorable aux résultats thérapeutiques (Hayes et al., 2018).

Dans une revue de la littérature et un essai théorique, Barreto et Matos (2018) font état d'un modèle sur l'élaboration de l'expérience contre-transférentielle. L'élaboration de l'expérience contre-transférentielle se définit comme une forme spécifique de mentalisation dans le cadre de l'intervention. Elle réfère à l'élaboration de l'expérience affective dans le contexte d'une interaction. Elle considère le vécu du client et de l'intervenant dans le but de faire émerger du sens aux expériences vécues en thérapie. Il apparaît que cette compétence réflexive chez les psychothérapeutes puisse leur permettre de mieux tolérer l'inconfort personnel qu'ils peuvent vivre en relation avec leurs clients afin d'effectuer des interventions plus efficaces (Barreto & Matos, 2018; Barreto et al., 2020). Ainsi, cette capacité s'avère favorable à l'établissement et l'évolution de l'alliance thérapeutique (Barreto et al. 2020).

Mentalisation

Le concept de mentalisation a un historique riche. Son origine prend racine dans la tradition psychanalytique française. Elle y définit la capacité à transformer les tensions pulsionnelles en représentations psychiques (Marty, 1991). La contribution de Wilfred Bion (1963) au concept de mentalisation est similaire, celui-ci propose qu'il s'agisse de la capacité à élaborer psychiquement les expériences brutes. Fonagy et al. (1991) proposent l'association fondamentale entre la capacité à mentaliser et l'attachement. C'est également Fonagy et al. (1998) qui proposent l'opérationnalisation moderne, laquelle est largement utilisée en recherche et c'est dans cette conception que le présent travail s'inscrit. La mentalisation, aussi appelée fonctionnement réflexif (Fonagy et al., 2016), se définit comme étant la capacité de l'individu à reconnaître et interpréter les états mentaux des autres et de soi-même (Choi-Kain & Gunderson, 2008; Fonagy & Bateman, 2007). Elle correspond aux activités mentales de perception et d'interprétation des comportements en prenant compte des états mentaux comme les sentiments, les désirs, les croyances et les buts. La mentalisation porte tant sur ses propres comportements que sur ceux des autres; elle est ainsi une capacité permettant d'accorder un sens aux interactions sociales (Choi-Kain & Gunderson, 2008; Fonagy, 1991). La mentalisation contribue à une régulation émotionnelle plus efficace, en plus de contribuer au développement de relations sociales saines et satisfaisantes (Fonagy & Target, 2006).

Le développement de la mentalisation s'effectue dans le cadre des relations d'attachement, et ce tant dans la petite enfance qu'à l'âge adulte (Fonagy & Bateman,

2006). Ainsi, le contexte de relation d'aide sollicite particulièrement les capacités de mentalisation chez l'intervenant et permet le développement de celles-ci chez le client (Daubney & Bateman, 2015; Golub, 2015; Reading, 2013). Il est suggéré que les capacités de mentalisation du thérapeute soient cruciales à l'efficacité de la thérapie. En effet, la mentalisation du thérapeute peut faciliter l'établissement d'un lien thérapeutique favorable à la confiance épistémique, soit la tendance à concevoir l'autre comme une source fiable d'information pour effectuer des apprentissages (Fonagy et al., 2019), et à l'exploration des états mentaux. À l'instar de la mentalisation, la confiance épistémique se développe à travers l'attachement aux parents et intervient dans les relations interpersonnelles. Ces conditions apparaissent d'ailleurs fondamentales au cheminement thérapeutique (Cologon et al., 2017; Fonagy & Bateman, 2006). La mentalisation est ainsi une habileté complexe impliquant un grand nombre de processus conscients (p. ex., mise en mots) et inconscients (p. ex., intuition) portant sur l'interaction entre soi et l'autre. Les capacités de mentalisation sont variables d'un individu à l'autre, mais également variables chez une même personne en fonction du contexte, de la relation impliquée et de l'état affectif de l'individu au moment où il mentalise (Daubney & Bateman, 2015; Guzmán et al., 2017).

La capacité de mentalisation est largement liée aux contextes dans lesquels elle est sollicitée et comment ces contextes se rattachent au développement psychoaffectif de l'individu. Puisque le développement de cette capacité est ancré dans les relations d'attachement et lié à l'expérience émotionnelle (Fonagy & Target, 1998), les traumas

relationnels durant l'enfance tendent à interférer avec le développement d'une mentalisation efficace et, parallèlement, impliquer une réactivité affective plus intense à l'âge adulte (Berthelot et al., 2015). Ainsi, les situations qui font appel au système d'attachement, d'autant plus si elles font écho à des expériences traumatiques, placent une pression accrue sur les capacités de mentalisation (Luyten & Fonagy, 2015). Par ce fait, l'évaluation de la mentalisation gagne à introduire la notion du contexte dans lequel elle est effectuée. Le contexte d'intervention mérite ainsi d'être considéré vu ses implications relationnelles. De plus, il est important de lier ce contexte aux multiples dimensions que comporte la mentalisation.

Dimensions de la mentalisation

Les théories sur la mentalisation identifient quatre dimensions polaires à la mentalisation. Elle peut être affective ou cognitive (contenu et processus), porter sur soi ou sur l'autre (objet de la mentalisation), se baser sur des indices internes ou externes et, finalement, solliciter des processus implicites ou explicites (Choi-Kain & Gunderson, 2008; Gori & Topino, 2023).

Les dimensions cognitives et affectives de la mentalisation réfèrent tant au contenu de la mentalisation qu'à la nature des procédés impliqués dans l'acte de mentaliser. Cela signifie que la mentalisation fait appel, à des degrés variables, à des états mentaux cognitifs, comme les croyances, ou aux états mentaux affectifs, comme les désirs. Ces composantes sont d'ailleurs interreliées, le processus de mentalisation étant soutenu plus

ou moins efficacement par les capacités cognitives de l'individu en intégrant à des degrés variables l'expérience affective au processus réflexif (Choi-Kain & Gunderson, 2008).

De plus, la mentalisation s'effectue en portant son attention de façon plus ou moins équilibrée à sa propre expérience et à l'expérience de l'autre. Le processus peut être orienté vers ses propres états mentaux ou ceux de l'autre et se faire en récoltant des indices internes (impressions) ou externes (comportements) pour soutenir le processus réflexif (Choi-Kain & Gunderson, 2008).

Les indices internes supportant la mentalisation réfèrent aux pensées, aux croyances, aux émotions et aux ressentis interpersonnels. En contrepartie, les indices externes concernent principalement les indices non verbaux ou les comportements observés tels que les expressions faciales (Gori & Topino, 2023).

La mentalisation implicite est constituée des processus mentaux automatiques et inconscients et, inversement, la mentalisation explicite implique un effort conscient. Lorsque la mentalisation s'effectue de façon automatique, les représentations mentales inconscientes s'activent et influencent l'interprétation des états mentaux de l'autre. En intervention, les connaissances accumulées sur le fonctionnement de la personne peuvent nourrir des impressions qui méritent par la suite d'être explicitées afin de les élaborer au contact de la perspective du client. L'ajustement naturel au rythme du client et au ton de la rencontre constituent d'autres exemples de mentalisation implicite. La mentalisation

explicite, quant à elle, s'effectue de manière délibérée et consciente. Le travail de réflexion clinique des intervenants en est un bon exemple; ils cherchent à se représenter de manière consciente les états mentaux du client pour les mettre en lumière avec ce dernier et les relier aux réactions ou comportements (Choi-Kain & Gunderson, 2008).

Une mentalisation optimale se fait en conscience de sa nature interprétative quant aux états mentaux. Cela signifie que la personne qui mentalise le fait en ayant à l'esprit que son processus réflexif est imparfait, hypothétique et que les états mentaux sur lesquels porte la mentalisation sont dynamiques. La mentalisation efficiente s'effectue en intégrant les différentes dimensions. Pour étudier et évaluer la mentalisation, il est important de la considérer dans toute sa complexité tout en tenant compte du fait que ces dimensions polaires ne s'excluent pas mutuellement. Ces dimensions interagissent à chaque fois que l'individu mentalise. Cela explique en partie pourquoi la mentalisation est si complexe à évaluer, particulièrement d'une manière auto-rapportée.

Mentalisation, attachement et régulation affective

La mentalisation aurait une fonction adaptative au cours du développement de l'individu. Elle prend forme à travers les expériences interpersonnelles et affectives, plus spécifiquement dans le contexte de la relation avec les figures d'attachement principales de la petite enfance (Fonagy & Target, 1998). Elle se construit graduellement et vient soutenir la régulation émotionnelle de l'enfant en suivant le développement de ses capacités cognitives et physiques. Un contexte d'attachement favorable permettrait à

l'enfant de former des attentes sur l'interaction relationnelle et d'apprendre à attribuer avec nuance des états mentaux à soi et à l'autre lorsque le système affectif est activé (Choi-Kain & Gunderson, 2008; Fonagy & Allison, 2012). Pour développer sa capacité de mentalisation, l'enfant prend exemple sur ses parents qui l'appuient en faisant usage de leur propre capacité à mentaliser (Fonagy & Allison, 2012). Cet accompagnement passe notamment par des reflets contingents et marqués des états affectifs de l'enfant par ses parents (Fonagy et al., 2002). Il n'est pas surprenant de constater que la maltraitance de l'enfant affecte négativement le développement de la mentalisation et que les maltraitements relationnelles sévères, telles que les abus sexuels, ont un effet d'autant plus délétère (Yang & Huang, 2024).

Fonagy et al. (2002) décrivent, sur un plan théorique, l'association entre la mentalisation et la régulation émotionnelle. Ils expliquent comment la mentalisation favoriserait la régulation par une association s'établissant dans les relations d'attachement en bas âge. Ces associations ont récemment été mises à l'épreuve empiriquement; Schwarzer et al. (2021) confirment cette association et leur étude apporterait des indices suggérant que la régulation émotionnelle adaptative serait plus particulièrement associée à la mentalisation centrée sur soi chez une population non clinique adulte. Les auteurs attribuent en premier lieu cette association à la direction des tâches en question; la régulation et la mentalisation étant, dans ce contexte, toutes deux centrées sur l'expérience individuelle.

La mentalisation chez les intervenants

La mentalisation représenterait ainsi une capacité critique chez les intervenants en plus d'être un concept appuyé pour son emploi tant chez les psychothérapeutes que chez les intervenants psychosociaux (Bevington et al., 2017). La nature relationnelle et l'importance de la régulation émotionnelle pour ces professions sollicitent la mentalisation, faisant de celle-ci une partie intégrante de l'intervention en santé mentale.

Mentalisation en contexte d'intervention

Mieux comprendre la mentalisation chez les intervenants apparaît être une voie prometteuse pour améliorer les services. Cet intérêt est d'ailleurs appuyé par le fait qu'un lien est constaté entre les capacités de mentalisation du thérapeute et le développement de celles du patient (Daubney & Bateman, 2015; Golub, 2015; Reading, 2013). En effet, les recherches démontrant cette association théorisent que, à l'instar de l'enfant avec son parent, le client prend appui sur les capacités de mentalisation de son thérapeute. Cet appui, en conjonction avec le soutien dans l'exploration des processus relationnels en rencontre, favoriserait l'élaboration des vécus bouleversants. Le thérapeute agit ainsi en tant que modèle de mentalisation pour le client. D'autres auteurs soulignent quant à eux que la mentalisation efficiente du thérapeute lui permet de mieux considérer les besoins du client et de diminuer la réactivité contre-transférentielle (Maheux et al., 2016).

Mentalisation et santé psychologique chez les professionnels en santé mentale

La question de l'impact de la mentalisation sur la santé mentale des intervenants, quoique théoriquement plausible selon les associations observées entre la mentalisation et les indicateurs de santé mentale d'autres populations (Ballespí et al., 2021), reste peu documentée dans le contexte spécifique de leur travail. L'intérêt n'en est toutefois pas moindre considérant l'importance de la disponibilité émotionnelle des intervenants et des répercussions de leur pratique sur leur santé mentale. Il est ainsi intéressant de constater la présence d'un effet médiateur de la mentalisation dans la relation entre les enjeux d'attachement et le bien-être des thérapeutes. Une meilleure mentalisation favoriserait ainsi un moindre impact de l'anxiété d'attachement sur le bien-être (Brugnera et al., 2021). Bien que les intervenants puissent avoir des expériences d'attachement variables, les études suggèrent que les intervenants présentent une prévalence plus élevée de traumatismes relationnels que la moyenne de la population (Leung et al., 2023), une capacité plus efficace de mentalisation pourrait offrir un effet protecteur significatif sur leur bien-être. Ainsi, si un individu développe ses capacités de mentalisation malgré les enjeux relationnels, celui-ci sera en moyenne moins affecté par ceux-ci (Brugnera et al., 2021).

La mentalisation, une capacité qui se développe

Les capacités de mentalisation peuvent se développer même à l'âge adulte. C'est sur ce principe que repose la thérapie basée sur la mentalisation. Ce modèle de thérapie est d'ailleurs basé sur des données probantes recueillies auprès d'individus présentant des déficits de mentalisation (Allen & Fonagy, 2006). En transposant cette réalité chez les

intervenants, l'entraînement des capacités de mentalisation dans le contexte de leur travail leur permettrait de mieux se réguler face à leurs clients, de favoriser le lien thérapeutique et de réaliser des interventions sur un mode plus réflexif intégrant de manière équilibrée les dimensions polaires de la mentalisation. Ces considérations mettent en lumière l'intérêt d'avoir des outils efficaces pour évaluer la mentalisation des intervenants tant à des fins de recherche que cliniques.

Évaluation de la mentalisation

L'opérationnalisation classique de la mentalisation pour le contexte de recherche et d'évaluation est effectuée à l'aide du concept de fonctionnement réflexif. Cette opérationnalisation clarifie ce qui, pour l'évaluation, représente une mentalisation adéquate. Les critères établis sont : (a) la mentalisation se fait en conscience de ses propres limites, c'est-à-dire que la compréhension des états mentaux est limitée et hypothétique; (b) elle considère qu'elle s'effectue sous l'influence de ses propres états affectifs du moment; (c) elle admet que les états mentaux ne sont pas statiques, mais plutôt dynamiques; et (d) elle s'opère en conscience de l'autre, dont le fait que celui-ci effectue ses propres hypothèses sur nos états mentaux (Fonagy et al., 1998; Safran et al., 2014). Safran et al. (2014) utilisent ces indicateurs pour effectuer l'évaluation de la mentalisation de thérapeutes à l'aide d'une entrevue semi-structurée. Cette entrevue n'est cependant pas publiée à ce jour.

Instruments d'évaluation

À l'heure actuelle, les mesures auto-rapportées de la mentalisation s'adressent principalement à des populations générales ou cliniques. Le *Reflective Functioning Questionnaire* (RFQ; Fonagy et al., 2016), le *Mentalization Scale* (MentS; Dimitrijević et al., 2018), le *Mentalization Questionnaire* (MZQ; Hausberg et al., 2012), le *Multidimensional Mentalization Questionnaire* (MMQ; Vera Cruz et al., 2024) et le *Certainty About Mental States Questionnaire* (CAMSQ; Müller et al., 2023) en sont des exemples. Le RFQ évalue la mentalisation sous le prisme des difficultés à mentaliser à travers l'hypomentalisation, soit l'incertitude marquée face aux états mentaux, et l'hypermentalisation, soit la certitude excessive face aux états mentaux. Ce questionnaire a été développé pour évaluer les déficits de mentalisation chez les populations cliniques, dont les personnes présentant un trouble de la personnalité limite (Fonagy et al., 2016), il tend aujourd'hui, toutefois, à être utilisé auprès de diverses populations. Le MentS, quant à lui, prend une perspective d'évaluation des indicateurs d'efficacité de la mentalisation en mesurant la dimension de l'objet de la mentalisation et de la motivation à mentaliser. Il se distingue également par son usage élargi à la population générale (Dimitrijević et al., 2018). Le MZQ a une approche similaire au RFQ dans la mesure où il s'adresse aux personnes présentant un trouble psychologique. Il se distingue cependant du RFQ par ses facteurs visant à représenter les déficits développementaux de mentalisation (Hausberg et al., 2012). Le MMQ tente de couvrir tant la mentalisation efficace que les défauts de mentalisation auprès d'une population générale (Vera Cruz et al., 2024). Le CAMSQ vise

spécifiquement à distinguer une confiance adaptative en son interprétation des états mentaux d'une certitude mésadaptée (Müller et al., 2023).

Certains questionnaires auto-rapportés approchent la mesure de la mentalisation en la contextualisant. Parmi ceux-ci figurent le *Mentalizing Emotion Questionnaire* (MEQ; Kasper et al., 2024), le *Failure to Mentalize Trauma Questionnaire* (FMTQ; Berthelot et al., 2022) et le *Interactive Mentalization Questionnaire* (IMQ; Wu et al., 2022). Le MEQ met l'accent sur l'évaluation de la mentalisation en termes affectifs en explorant tant la dimension de soi, de l'autre et leur intégration (Kasper et al., 2024). Le FMTQ évalue les défauts de mentalisation lorsqu'elle s'effectue au sujet d'évènements traumatiques et de relations adverses (Berthelot et al., 2022). Le IMQ est un outil pour l'évaluation de la mentalisation spécifiquement en contexte social, la composante interactive de la mentalisation étant ainsi mise à l'avant-plan (Wu et al., 2022). Il est notable que ces mesures n'aient pas d'adaptation spécifique à la réalité des intervenants en santé mentale.

La grille d'analyse de l'activité mentale pour les thérapeutes (GAM-T; Dubé & Normandin, 2007; Maheux et al., 2016; Normandin, 1991) est une tentative se centrant plus spécifiquement sur la mentalisation des intervenants. Faire appel à un évaluateur externe permet une évaluation nuancée et dépourvue des biais introduits par l'évaluation de sa propre mentalisation comme dans les questionnaires auto-rapportés. Elle introduit en contrepartie la subjectivité de cet évaluateur externe, ce que l'on tente de contrôler en codifiant les propos à partir d'un verbatim dénominalisé. Cet outil est utilisé pour établir

un profil d'activité mentale chez le thérapeute dans sa pratique. Ce genre d'outil a l'avantage d'être particulièrement proche d'une évaluation en contexte naturel, mais implique des inconvénients par son coût en temps et en ressources, puisqu'il s'agit d'une mesure en contexte simulé, impliquant de la transcription et de la codification par des évaluateurs dûment formés (Dubé & Normandin, 2007; Maheux et al., 2016; Normandin, 1991).

Défis de l'évaluation de la mentalisation

Le concept de mentalisation est multidimensionnel, cela le rend, d'une part, pertinent à étudier pour comprendre les processus en jeu, mais fait en sorte, d'autre part, qu'il croise plusieurs autres concepts. Ces croisements conceptuels introduisent des défis pour la spécificité de la mesure. Des chevauchements existent entre autres avec les concepts d'élaboration de l'expérience contre-transférentielle, les capacités de gestion du contre-transfert, l'empathie, et la pleine conscience (Barreto & Matos, 2018; Choi-Kain & Gunderson, 2008). Évaluer la mentalisation par un questionnaire nécessite un équilibre difficile à trouver entre la couverture des nombreuses dimensions et la spécificité de la mesure, ainsi les items de la mesure tendent à couvrir plus d'une dimension.

Un défi additionnel à l'évaluation de la mentalisation est introduit par le fait que les capacités de mentalisation varient selon des facteurs hautement situationnels comme les relations et les contextes spécifiquement impliqués. D'ailleurs, l'exploration spécifique de la mentalisation des intervenants dans leur contexte de travail soulève des défis uniques

dus à la nature de leur rôle. Les professionnels en santé mentale doivent en effet fournir des efforts explicites de mentalisation dans un contexte où l'objectif est formellement d'être disponible à l'autre.

En vue de la littérature actuelle, il existe un déficit d'outils permettant de mesurer la mentalisation chez une population de professionnels en intervention qui soient rapides et économiques dans leur utilisation. Considérant les défis impliqués dans l'auto-évaluation de ses propres capacités de mentalisation, un effort spécifique afin de les contourner apparaît nécessaire pour exploiter le construit de la mentalisation de façon à supporter les pratiques cliniques. Un tel instrument aurait le potentiel d'être à la fois utile pour la recherche, la pratique clinique et l'enseignement.

Objectifs de la recherche

Ainsi, l'objectif de ce travail de recherche consiste en l'élaboration et la validation d'un questionnaire évaluant le plus fidèlement possible les différentes dimensions de la mentalisation spécifiquement en contexte d'intervention, notamment les défauts dans la mentalisation et la mentalisation optimale. Dans le contexte de l'élaboration du questionnaire, les objectifs de la recherche étaient exploratoires. Le *Questionnaire sur le vécu en contexte d'intervention* (QVI) a été élaboré spécifiquement pour une population de professionnels en relation d'aide dans le cadre de leur travail. Ce processus a impliqué la création d'items, leur évaluation et l'administration à un échantillon d'intervenants pour déterminer les qualités psychométriques du questionnaire. Pour ce faire, le processus de

validation s'est intéressé à la validité de construit, la validité convergente, discriminante, ainsi que concomitante. Sur le plan de la fidélité, la consistance interne des sous-échelles de l'instrument a été déterminée. Il est attendu que la structure factorielle du questionnaire couvre différentes dimensions de la mentalisation en permettant d'évaluer des défauts de mentalisation et des indices de mentalisation efficiente, ce qui permettra d'identifier différentes sous-échelles. Il est anticipé que les indices de mentalisation non efficiente corréleront positivement avec la difficulté de régulation émotionnelle, l'insécurité d'attachement et la détresse psychologique. À l'inverse, les échelles mesurant la mentalisation efficiente devraient être négativement corrélées avec ces mêmes construits. Enfin, il est attendu que le MentS corréle positivement avec les indices de mentalisation efficiente et inversement avec les indices de mentalisation déficitaire.

Méthode

La procédure d'élaboration du questionnaire, l'extraction de la structure factorielle et les analyses de validation des items qui sont présentées plus bas ont été effectuées en suivant les lignes directrices d'une revue de la littérature portant sur les bonnes pratiques pour l'élaboration de questionnaires (Boateng et al., 2018).

Procédure d'élaboration du QVI

Pour élaborer les items du questionnaire, une table regroupant trois experts dans le domaine de la mentalisation a été formée. Ce groupe d'experts était composé d'une professeure également psychologue clinicienne, dont l'expertise porte sur la mentalisation ainsi que le développement des pratiques professionnelles, d'un étudiant de niveau doctoral dont les recherches portent sur la mentalisation des thérapeutes et possédant également une formation en psychothérapie, ainsi qu'un auxiliaire de recherche gradué avec une expérience en psychométrie et en psychologie clinique. La banque initiale d'items à tester a été construite en s'inspirant des échelles du MentS et du RFQ, puis en s'assurant d'une formulation adaptée au contexte d'intervention. D'autres items, spécifiques au contexte de l'intervention, ont aussi été générés afin de s'assurer de couvrir différents volets de ce contexte. L'élaboration des items a été faite en portant attention à la représentation des dimensions de la mentalisation. La formulation des items fut approchée de manière à tenter de minimiser la désirabilité sociale et favoriser une variance représentative dans les réponses. Les items ont été construits dans la perspective que les

participants puissent s'ancrer dans l'observation de leurs comportements ou attitudes pour donner une réponse. Ceci constitue une tentative d'éviter, le plus possible, le besoin des répondants de mentaliser et ainsi de devoir bien mentaliser pour pouvoir donner une réponse valide. Une liste préliminaire de 77 items a été générée afin de favoriser la couverture du construit de la mentalisation, ces items ont été examinés par le groupe d'experts afin d'évaluer leur clarté, leur pertinence et leur représentativité des différentes dimensions de la mentalisation. Les items ont été retravaillés en fonction des observations faites par les experts puis ont été soumis à un processus de sélection. Le choix des items à intégrer au questionnaire a été effectué en visant une répartition équilibrée des différentes dimensions théoriques de la mentalisation représentées par les items et par consensus des experts. Ces items ont ensuite été soumis à une évaluation finale où certains ajustements ont été effectués afin de mieux représenter la mentalisation dans un contexte d'intervention en santé mentale. Quarante-sept items ont été retenus pour la version finale du questionnaire à tester et soumis au processus de validation dans le but de repérer les items les plus discriminants à retenir pour la version finale du questionnaire.

Participants

Les participants de l'étude sont des professionnels en intervention en santé mentale et dans le milieu psychosocial (psychologues, psychoéducateurs, travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés et infirmières en santé mentale, autres formations ou titre d'emploi). Ils ont été recrutés à l'aide de listes d'envoi des ordres professionnels concernés, de groupes *Facebook* regroupant des intervenants en santé mentale et d'une

publication commanditée sur *Facebook*. Un total de 314 professionnels en relation d'aide ont été recrutés. Quatre participants ont été éliminés des analyses, trois en raison d'un nombre d'items non-répondus trop élevé pour le QVI et un en raison d'un patron systématique de réponses centrales, pour un total de 310 participants conservés pour les analyses. Les données sociodémographiques des participants tendent à être incomplètes. Ainsi, il est possible de décrire le genre de 209 participants (masculin : $n = 24$; féminin : $n = 182$; non-binaire : $n = 3$), l'âge moyen pour 202 participants (étendue = 19 à 74 ans; $M = 39,87$; $ÉT = 10,12$), le statut d'emploi de 190 participants (étudiants : $n = 13$; professionnels : $n = 177$) et parmi ceux-ci 157 participants ont fourni leur titre professionnel (psychologues = 5; travailleurs sociaux = 30; psychoéducateurs = 16; infirmières = 19; éducateurs spécialisés = 41; intervenants communautaires = 17; autres = 29).

Instruments de mesure

Ci-dessous sont présentés les questionnaires utilisés lors de cette étude. Le questionnaire élaboré ainsi que des questionnaires portant sur la mentalisation et ses concepts apparentés ont été utilisés dans le cadre de la collecte de données.

QVI

Le QVI (voir Annexe A) est le questionnaire en cours de validation, il est utilisé pour évaluer les capacités de mentalisation des intervenants dans le contexte de leur travail. Les 47 items de ce questionnaire ont passé le processus de validation et quatre d'entre eux ont

été éliminés au cours du processus de validation. Une échelle de Likert sur cinq points, allant de 1 (*Fortement en désaccord*) à 5 (*Fortement en accord*), est utilisée pour répondre aux items. Il a été choisi d'utiliser une échelle en cinq points afin d'offrir une nuance suffisante dans les réponses sans pour autant complexifier outre mesure les réponses à donner (Revilla et al., 2013). Les extrêmes utilisent le terme « fortement » afin de montrer une attitude plus appuyée sans tomber dans une perspective complètement polarisée, ce qui aurait pu encourager des réponses aux tendances centrales.

DERS

La version francophone du *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; Dan-Glauser & Scherer, 2013; Côté et al., 2013) a été utilisée pour mesurer les capacités de régulation émotionnelle. Cette mesure est employée afin d'évaluer la validité convergente et divergente du QVI. Cet outil présente une échelle totale ($\alpha = 0,94$) composée de six sous-échelles : manque de conscience émotionnelle ($\alpha = 0,81$), manque de clarté émotionnelle ($\alpha = 0,75$), manque d'acceptation émotionnelle ($\alpha = 0,92$), difficultés à contrôler des comportements impulsifs ($\alpha = 0,86$), difficultés à s'engager dans des comportements orientés vers un but en présence d'émotions négatives ($\alpha = 0,88$) et accès limité à des stratégies de régulation des émotions ($\alpha = 0,82$). L'instrument comporte un score total pour les capacités de régulation émotionnelle et comprend un total de 36 items. Une échelle de Likert sur cinq points, allant de 1 (*Presque jamais*) à 5 (*Presque toujours*), est utilisée pour répondre aux items (p. ex., « Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai de la difficulté à me concentrer »). L'étude de validation de la version francophone de

l'instrument montre que cet instrument possède d'excellents indices de fidélité et de validité avec des indices comparables à ceux obtenus dans la présente étude (Côté et al., 2013).

MentS

Le MentS (Dimitrijević et al., 2018) est un instrument utilisé pour évaluer les capacités de mentalisation dans un contexte général. Dans la présente étude, il a servi à évaluer la validité de construit du questionnaire élaboré. Le MentS est composé de 28 items (p. ex., « Je peux généralement identifier ce qui rend les autres inquiets ») utilisant une échelle de Likert en cinq points allant de 1 (*Totalement faux*) à 5 (*Totalement vrai*). Le questionnaire est structuré autour d'une échelle totale ($\alpha = 0,86$) comportant trois composantes : la mentalisation orientée vers les autres ($\alpha = 0,75$), la mentalisation orientée vers soi ($\alpha = 0,83$) et la motivation à mentaliser ($\alpha = 0,72$). Cet instrument possède des indices de fidélité et de validité satisfaisants auprès d'une population générale, la cohérence interne est d'ailleurs comparable aux indices obtenus dans la présente étude (Dimitrijević et al., 2018).

ECR-R

La version francophone du *Experiences in Close Relationships-Revised* (ECR-R; Favez et al., 2016) est un questionnaire portant sur l'attachement à l'âge adulte comportant deux dimensions : l'anxiété d'abandon ($\alpha = 0,88$) et l'évitement de l'engagement ($\alpha = 0,90$). Il est employé comme indice de validité convergente et divergente pour le QVI. Le

questionnaire compte 36 items (p. ex., « J'ai peur de perdre l'amour de mon/ma partenaire ») sur une échelle de Likert en 7 points allant de 1 (*Fortement en désaccord*) à 7 (*Fortement en accord*). Le ECR-R possède des indices de fidélité et de validité satisfaisants où la cohérence interne est comparable aux indices obtenus par la présente étude (Favez et al., 2016).

K-6

La version francophone du *Kessler's Psychological Distress Scales* (K-6; Ferro, 2019; Gauvin et al., 2024) mesure succinctement la détresse psychologique en six questions (p. ex., « Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) nerveux(se)? »; $\alpha = 0,82$). Ce questionnaire est utilisé afin d'évaluer la validité concomitante du QVI; la mentalisation est habituellement considérée comme un facteur de protection face à la détresse psychologique et on s'attend donc à ce que la mentalisation prédise négativement les scores de détresse. Il se centre sur le dernier mois avant la passation du questionnaire. Les items utilisent une échelle de Likert en 5 points allant de 1 (*Jamais*) à 5 (*Tout le temps*). Le K-6 dispose d'indices de fidélité et de validité satisfaisants similairement à ceux obtenus dans la présente étude (Gauvin et al., 2024).

Procédure

La passation de cette étude s'est faite en ligne à l'aide de la *Banque interactive de question* (BIQ) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les participants ont effectué une seule passation. La collecte de données s'est effectuée sur un mode anonyme. Le QVI

a d'abord été administré, suivi du DERS, du MentS, du K-6, de l'ECR-R et finalement d'un court questionnaire sociodémographique standard.

Analyses statistiques

Étant donné qu'il s'agissait d'une première validation du questionnaire à la suite de son élaboration, il était de mise d'explorer la structure factorielle du questionnaire, d'éliminer les items contribuant le moins à l'évaluation du construit et d'examiner les indices de fidélité et de validité. Les analyses statistiques utilisées à ces fins ont été effectuées à l'aide de la version 29 du logiciel *SPSS* et du logiciel *Mplus* (Muthén & Muthén, 2017). Les données manquantes au QVI ont été traitées par imputation simple. Les liens potentiels entre les données sociodémographiques de l'échantillon et les autres variables ont d'abord été explorés afin de considérer la possibilité de covariables. Une analyse factorielle exploratoire a été effectuée afin d'observer comment les items du questionnaire se regroupaient en facteurs pour ensuite considérer comment ces facteurs pouvaient représenter la mentalisation et ses dimensions dans un contexte d'intervention. La méthode d'analyse du maximum de vraisemblance a été utilisée afin de déterminer la structure latente du questionnaire. Certains items présentaient des saturations factorielles complexes. Dans le contexte de ce travail, ces items ont été conservés et attribués au facteur ayant la plus forte proximité conceptuelle à l'item en favorisant les saturations positives, limitant ainsi les items à chaque échelle. Les coefficients d'homogénéité (alpha de Cronbach et oméga de McDonald) ont ensuite été calculés afin d'évaluer la cohérence interne des items du QVI. La fiabilité des items a été évaluée à l'aide de corrélation item-

total. Pour évaluer la validité de construit (convergente et divergente), des corrélations de Spearman entre les résultats au QVI et ceux obtenus à l'aide du DERS, du MentS ainsi que de l'ECRR-R ont été utilisées, puis avec les résultats au K-6 pour la validité concomitante.

Résultats

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide des 310 participants retenus. Pour le questionnaire en construction, une imputation simple de données a été effectuée pour les données manquantes occasionnelles des participants restants. Pour le QVI, 42 données étaient manquantes (0,29 % des données totales) où, cinq données manquantes (1,6 %) pour un seul item, était le maximum. SPSS a été utilisé afin de réaliser une imputation simple selon un modèle de manquement arbitraire des données (Zhou et al., 2014).

Par la suite, une analyse préliminaire de la variance de chacun des items a servi à identifier les items qui pourraient être potentiellement problématiques. Cela a permis d'identifier les items où les différents participants avaient tendance à répondre sur un même point de l'échelle pour un même item. Trois items ont été identifiés (20, 36 et 43), mais ont été conservés jusqu'aux analyses plus approfondies puisqu'ils s'éloignaient suffisamment d'une variance nulle. La distribution des réponses de notre échantillon aux items du QVI présentait dans certains cas des patrons qui s'éloignaient de la normalité statistique, c'est pourquoi les analyses impliquant des corrélations utilisent la version non paramétrique du test.

Analyse factorielle exploratoire

Une analyse factorielle exploratoire a été effectuée afin d'estimer la structure sous-jacente du QVI. En utilisant les 47 items du QVI, différents modèles de structure

factorielle ont été testés pour considérer le nombre optimal de facteurs. La rotation GEOMIN a été utilisée considérant les corrélations attendues entre les composantes et l'objectif d'obtenir la structure la plus parcimonieuse possible. La structure factorielle retenue a été sélectionnée par l'examen des valeurs propres, le tracé d'effondrement, les indices d'ajustement du modèle et les fondements théoriques à partir desquels les items ont été élaborés. Finalement, l'adéquation du modèle a été examinée à l'aide du test de khi-carré de qualité de l'ajustement du modèle, du *Comparative Fit Index* ($CFI > 0,90$), du *Tucker-Lewis Index* ($TLI > 0,90$) et du *Root Mean Square Error of Approximation* avec un intervalle de confiance de 90 % ($RMSEA < 0,06$; Hu & Bentler, 1999). Ainsi, la solution à cinq facteurs a été retenue.

Les indices d'adéquation du modèle obtenus excèdent tous les seuils d'acceptabilité ($\chi^2 = 1242,995$ [ddl = 856], $p < 0,001$; $CFI = 0,906$; $RMSEA = 0,038$ [IC90 % = 0,033; 0,043]; $SRMR = 0,054$), à l'exception du TLI qui est légèrement sous le seuil de 0,90 ($TLI = 0,882$). Le premier facteur du QVI (QVI-1 – *Confusion et opacité des affects par rapport à soi*; $\alpha = 0,81$ et $\omega = 0,81$) est constitué de 14 items, les items le constituant font appel à l'intensité et aux conséquences de la charge affective où un score plus élevé à cette échelle implique une incompréhension de son propre univers émotionnel. Le deuxième facteur (QVI-2 – *Mise à distance de la réflexion*; $\alpha = 0,65$ et $\omega = 0,64$) contient neuf items et fait référence aux difficultés à maintenir le fonctionnement réflexif explicite. Le troisième facteur (QVI-3 – *Curiosité face à la relation et l'expérience de l'autre*; $\alpha = 0,69$ et $\omega = 0,68$) est représenté par huit items qui portent sur la relation et les efforts de

compréhension de l'interaction. Le quatrième facteur (QVI-4 – *Confiance en sa compréhension de l'autre*; $\alpha = 0,70$ et $\omega = 0,70$) compte huit items qui impliquent un accent sur la représentation cognitive que l'intervenant a de son client et le degré de certitude quant à cette représentation. Le cinquième facteur (QVI-5 – *Enjeux personnels reconnus mais débordants sur la compréhension clinique* $\alpha = 0,64$ et $\omega = 0,65$) comporte quatre items, ceux-ci réfèrent au lien entre les enjeux affectifs de l'intervenant et sa compréhension clinique de ses clients. Les items regroupés par facteurs sont listés dans le Tableau 1, alors que les saturations factorielles de ces items sont présentées dans le Tableau 2. Dans le Tableau 3 sont présentées les corrélations item-échelle qui varient entre 0,38 et 0,73, ainsi que les moyennes et écarts types des réponses aux différents items et facteurs. L'élimination d'items n'amenait pas de variation significative en termes de fiabilité. Enfin, le Tableau 4 présente les corrélations entre les cinq facteurs du QVI.

Tableau 1

Items du QVI selon leur facteur et items supprimés

Item	Facteur 1 – <i>Confusion et opacité des affects par rapport à soi (QVI-1)</i>
5	Il m'arrive d'être triste, blessé(e) ou d'avoir peur en contexte d'intervention.
6	Lorsque je suis contrarié(e) avec un client, je suis incertain(e) si je suis triste, si j'ai peur ou si je suis en colère.
8	J'ai de la difficulté à départager ce qui vient de moi ou du client dans mon ressenti.
10	Lorsque je suis contrarié(e) lors d'échanges cliniques avec des collègues (ou supervision), je perds facilement le fil de la discussion.
13	Je vis régulièrement des expériences affectives intenses et déstabilisantes face à mes clients.
14	Il m'est difficile de m'expliquer de façon cohérente les expériences affectives que je ressens face à mes clients.
16	Lors d'échanges cliniques avec des collègues (ou supervision), il m'est difficile de trouver les mots adéquats pour décrire mes sentiments à l'égard de mes clients.
18	Il m'arrive de ne pas pouvoir expliquer, même à moi-même, pourquoi j'ai agi d'une certaine façon.
23	Il m'est difficile de réfléchir à certains de mes clients à l'extérieur des rencontres.
25	Je constate que je suis très différent(e) dans ma façon de voir les clients lors d'échanges cliniques avec des collègues (ou supervision).
27	J'anticipe mes rencontres avec mes clients sans nécessairement savoir pourquoi.
28	Lors des rencontres d'intervention avec mes clients, je suis confus(e) par rapport à ce que je ressens.
33*	Je peux facilement décrire ce que je ressens à l'égard de mes clients.
35	Lors des rencontres d'intervention, je sens que ma tête est vide ou que mes idées sont paralysées.

Tableau 1

Items du QVI selon leur facteur et items supprimés (suite)

Item	Facteur 2 – <i>Mise à distance de la réflexion (QVI-2)</i>
1	J'oublie le contenu de mes rencontres ou mon ressenti à la suite d'une rencontre.
4*	J'identifie concrètement en quoi j'ai évolué au cours de ma pratique professionnelle.
7*	Lorsque je fais une intervention, je suis certain(e) de sa pertinence.
11	Je suis irrité(e) devant les situations cliniques trop compliquées.
29*	Lorsque je parle d'un client, je peux décrire certains de ses traits significatifs avec précision et en détail.
37	J'ai tendance à me désintéresser des clients défensifs.
38*	Je connais déjà mes points faibles comme thérapeute et leurs origines.
41	J'ai de la difficulté à choisir laquelle de mes hypothèses cliniques est pertinente pour l'intervention.
45*	Après une rencontre, je prends le temps de décortiquer toutes mes interventions.
Facteur 3 – <i>Curiosité face à la relation et l'expérience de l'autre (QVI-3)</i>	
2	Comprendre les raisons derrière les actions de mes clients m'aide à accepter certains gestes ou paroles blessantes qu'ils ont à mon égard.
12*	Je ne veux pas découvrir quelque chose à propos de moi-même qui interfère dans mon travail comme intervenant.
19	Lorsqu'un client m'agace, j'essaie de comprendre pourquoi je réagis de cette façon.
20	Je trouve qu'il est important de comprendre ce qui se passe dans ma relation avec mes clients.
36	Je remarque l'impact de mes actions et de mes interventions sur les sentiments de mes clients.

Tableau 1

Items du QVI selon leur facteur et items supprimés (suite)

Item	Facteur 3 – <i>Curiosité face à la relation et l'expérience de l'autre (QVI-3)</i>
43	Je remarque quand mes sentiments changent à l'égard de mes clients.
44	Je me questionne sur ce que mes clients ressentent dans la relation thérapeutique.
46	Je réfléchis aux raisons derrière les comportements que je pose auprès de mes clients.
<i>Facteur 4 – Confiance en sa compréhension de l'autre (QVI-4)</i>	
3	Après une brève interaction, je sais à l'avance comment un client me fera sentir.
21	J'arrive à deviner ce que mes clients sont en train de penser.
26	Je me fais rapidement une idée précise de la problématique du client.
30	Je sais d'emblée lorsqu'un client n'a pas les ressources pour bénéficier de la thérapie.
31	Il faut connaître les pensées, les désirs et les sentiments des clients pour comprendre leur comportement.
32	La première impression que j'ai d'un client est généralement la bonne.
34	Lorsque je connais mes clients, je sais à quoi ils pensent.
42	J'arrive généralement à percevoir le sentiment vécu par mes clients avant qu'ils/elles me le disent.
<i>Facteur 5 – Enjeux personnels reconnus mais débordants sur la compréhension clinique (QVI-5)</i>	
15	Mes enjeux ou préoccupations personnels influencent ma façon de comprendre les clients.
22	Je suis certain(e) que mes enjeux personnels expliquent ma compréhension des clients.
39	Mes émotions affectent la compréhension que j'ai de mes clients.

Tableau 1

Items du QVI selon leur facteur et items supprimés (suite)

Item	Facteur 5 – <i>Enjeux personnels reconnus mais débordants sur la compréhension clinique</i> (QVI-5)
47	Mes enjeux ou préoccupations personnels peuvent influencer ma compréhension des clients.
Items éliminés	
9	Dans une situation de désaccord avec un client, j'ai de la difficulté à comprendre ce qui explique sa position.
17	L'une des choses les plus importantes que les clients devraient apprendre est l'expression de leurs pensées et sentiments.
24	Je suis en mesure de persister avec mon intervention même lorsque mon client manifeste son désaccord.
40	J'ai plusieurs hypothèses cliniques à l'égard d'un même client.

Note. Les items marqués par un astérisque indiquent des saturations inverses.

Tableau 2*Saturations factorielles des items du QVI*

Item	QVI-1	QVI-2	QVI-3	QVI-4	QVI-5
1. J'oublie le contenu de mes rencontres ou mon ressenti à la suite d'une rencontre.	0,131	0,368*	-0,003	-0,015	-0,137*
2. Comprendre les raisons derrière les actions de mes clients m'aide à accepter certains gestes ou paroles blessantes qu'ils ont à mon égard.	0,030	0,034	0,433*	0,111	-0,065
3. Après une brève interaction, je sais à l'avance comment un client me fera sentir.	-0,075	0,087	-0,079	0,358*	0,062
4. J'identifie concrètement en quoi j'ai évolué au cours de ma pratique professionnelle.	-0,073	-0,517*	-0,035	0,036	-0,001
5. Il m'arrive d'être triste, blessé(e) ou d'avoir peur en contexte d'intervention.	0,594*	0,010	0,265*	0,133*	-0,069
6. Lorsque je suis contrarié(e) avec un client, je suis incertain(e) si je suis triste, si j'ai peur ou si je suis en colère.	0,595*	-0,158	-0,046	0,108	-0,024
7. Lorsque je fais une intervention, je suis certain(e) de sa pertinence.	-0,200	-0,483*	-0,267*	0,030	-0,087
8. J'ai de la difficulté à départager ce qui vient de moi ou du client dans mon ressenti.	0,454*	0,346*	0,181*	0,021	0,113
9. Dans une situation de désaccord avec un client, j'ai de la difficulté à comprendre ce qui explique sa position.	0,293*	0,189	-0,167*	0,081	0,110

Tableau 2*Saturations factorielles des items du QVI (suite)*

Item	QVI-1	QVI-2	QVI-3	QVI-4	QVI-5
10. Lorsque je suis contrarié(e) lors d'échanges cliniques avec des collègues (ou supervision), je perds facilement le fil de la discussion.	0,353*	0,200*	-0,090	0,047	0,046
11. Je suis irrité(e) devant les situations cliniques trop compliquées.	0,215	0,343*	-0,119	0,109	0,040
12. Je ne veux pas découvrir quelque chose à propos de moi-même qui interfère dans mon travail comme intervenant.	0,275*	0,172	-0,401*	0,131	-0,021
13. Je vis régulièrement des expériences affectives intenses et déstabilisantes face à mes clients.	0,621*	-0,216*	0,075	0,040	0,123
14. Il m'est difficile de m'expliquer de façon cohérente les expériences affectives que je ressens face à mes clients.	0,672*	0,001	-0,208*	-0,072	0,032
15. Mes enjeux ou préoccupations personnels influencent ma façon de comprendre les clients.	0,162	0,119	0,025	0,021	0,498*
16. Lors d'échanges cliniques avec des collègues (ou supervision), il m'est difficile de trouver les mots adéquats pour décrire mes sentiments à l'égard de mes clients.	0,619*	0,053	-0,228*	-0,149*	0,028
17. L'une des choses les plus importantes que les clients devraient apprendre est l'expression de leurs pensées et sentiments.	0,053	-0,074	0,039	0,142*	-0,002
18. Il m'arrive de ne pas pouvoir expliquer, même à moi-même, pourquoi j'ai agi d'une certaine façon.	0,423*	0,012	-0,211*	-0,074	0,090

Tableau 2*Saturations factorielles des items du QVI (suite)*

Item	QVI-1	QVI-2	QVI-3	QVI-4	QVI-5
19. Lorsqu'un client m'agace, j'essaie de comprendre pourquoi je réagis de cette façon.	-0,115	-0,143	0,656*	-0,127	0,009
20. Je trouve qu'il est important de comprendre ce qui se passe dans ma relation avec mes clients.	-0,124	0,060	0,785*	-0,006	0,054
21. J'arrive à deviner ce que mes clients sont en train de penser.	0,078	0,024	0,068	0,680*	-0,040
22. Je suis certain(e) que mes enjeux personnels expliquent ma compréhension des clients.	0,122	0,009	-0,200*	0,195*	0,387*
23. Il m'est difficile de réfléchir à certains de mes clients à l'extérieur des rencontres.	0,355*	0,073	-0,186*	0,040	-0,184*
24. Je suis en mesure de persister avec mon intervention même lorsque mon client manifeste son désaccord.	0,055	-0,126	0,100	0,122	0,026
25. Je constate que je suis très différent(e) dans ma façon de voir les clients lors d'échanges cliniques avec des collègues (ou supervision).	0,421*	-0,050	-0,081	-0,020	0,032
26. Je me fais rapidement une idée précise de la problématique du client.	-0,041	-0,125	-0,283*	0,551*	0,091
27. J'anticipe mes rencontres avec mes clients sans nécessairement savoir pourquoi.	0,441*	0,269*	0,034	0,094	0,031
28. Lors des rencontres d'intervention avec mes clients, je suis confus(e) par rapport à ce que je ressens.	0,618*	0,226*	0,021	-0,057	-0,006

Tableau 2*Saturations factorielles des items du QVI (suite)*

Item	QVI-1	QVI-2	QVI-3	QVI-4	QVI-5
29. Lorsque je parle d'un client, je peux décrire certains de ses traits significatifs avec précision et en détail.	-0,045	-0,434*	0,242*	0,332*	0,057
30. Je sais d'emblée lorsqu'un client n'a pas les ressources pour bénéficier de la thérapie.	0,005	-0,102	-0,136*	0,520*	0,0067
31. Il faut connaître les pensées, les désirs et les sentiments des clients pour comprendre leur comportement.	-0,076	0,068	0,318*	0,332*	-0,027
32. La première impression que j'ai d'un client est généralement la bonne.	-0,275*	0,166	-0,063	0,582*	-0,084
33. Je peux facilement décrire ce que je ressens à l'égard de mes clients.	-0,479*	-0,242*	0,209*	0,234*	0,142*
34. Lorsque je connais mes clients, je sais à quoi ils pensent.	0,063	0,003	0,011	0,779*	-0,027
35. Lors des rencontres d'intervention, je sens que ma tête est vide ou que mes idées sont paralysées.	0,443*	0,379*	0,005	-0,026	-0,008
36. Je remarque l'impact de mes actions et de mes interventions sur les sentiments de mes clients.	0,051	-0,354*	0,343*	0,289*	0,060
37. J'ai tendance à me désintéresser des clients défensifs.	0,082	0,368*	-0,156	0,145*	0,223*
38. Je connais déjà mes points faibles comme thérapeute et leurs origines.	-0,021	-0,403*	0,067	0,196*	0,013

Tableau 2*Saturations factorielles des items du QVI (suite)*

Item	QVI-1	QVI-2	QVI-3	QVI-4	QVI-5
39. Mes émotions affectent la compréhension que j'ai de mes clients.	0,178*	0,015	0,053	-0,079	0,535*
40. J'ai plusieurs hypothèses cliniques à l'égard d'un même client.	0,098	-0,058	0,235*	0,035	-0,017
41. J'ai de la difficulté à choisir laquelle de mes hypothèses cliniques est pertinente pour l'intervention.	0,204	0,410*	0,023	-0,074	0,058
42. J'arrive généralement à percevoir le sentiment vécu par mes clients avant qu'ils/elles me le disent.	0,021	-0,088	0,250*	0,473*	-0,101
43. Je remarque quand mes sentiments changent à l'égard de mes clients.	0,085	-0,083	0,348*	0,131	0,152*
44. Je me questionne sur ce que mes clients ressentent dans la relation thérapeutique.	-0,092	0,176	0,536*	0,027	0,113
45. Après une rencontre, je prends le temps de décortiquer toutes mes interventions.	0,126	-0,352*	0,187	-0,015	-0,249*
46. Je réfléchis aux raisons derrière les comportements que je pose auprès de mes clients.	0,093	-0,154	0,588*	-0,42	-0,244*
47. Mes enjeux ou préoccupations personnels peuvent influencer ma compréhension des clients.	0,013	-0,025	0,018	-0,242*	0,830*

Note. En gras sont présentées les saturations factorielles atteignant un seuil de 0,32.

* $p < 0,05$.

Tableau 3

Théorie classique des tests et corrélations inter-items

Théorie classique des tests																				
Échantillon total (n = 310) Femme (n = 182) Homme (n = 24)																				
Items	M	ÉT	CIE	M	ÉT	M	ÉT	Corrélations inter-items												
QVI-1 – Confusion et opacité des affects par rapport à soi								6	8	10	13	14	16	18	23	25	27	28	33	35
5	3,19	1,14	0,52**	3,15	1,18	2,96	1,23	0,31**	0,27**	0,14*	0,34*	0,26*	0,20**	0,12*	0,12*	0,21**	0,31**	0,23**	0,09	0,24**
6	2,31	0,99	0,49**	2,32	0,99	2,29	1,12	0,23**	0,21**	0,27**	0,26**	0,21**	0,25**	0,11	0,18**	0,22**	0,23**	0,24**	0,19**	
8	2,11	0,82	0,54**	2,12	0,80	1,96	0,81	0,26**	0,13*	0,37**	0,34**	0,24**	0,14*	0,17**	0,32**	0,39**	0,31**	0,35**		
10	2,25	0,99	0,52**	2,29	1,03	2,25	0,94	0,14*	0,28**	0,37**	0,33**	0,17**	0,25**	0,24**	0,26**	0,23**	0,29**			
13	2,25	1,04	0,52**	2,23	1,06	2,21	0,98	0,38**	0,28**	0,15**	0,12*	0,19**	0,23**	0,30**	0,09	0,24**				
14	2,05	0,91	0,66**	2,01	0,90	2,08	0,88	0,50**	0,31**	0,29**	0,24**	0,28**	0,39**	0,41**	0,35**					
16	2,19	1,01	0,65**	2,16	1,03	2,00	1,02	0,40**	0,17**	0,25**	0,37**	0,48**	0,43**	0,30**						
18	2,34	1,04	0,52**	2,35	1,08	2,46	1,02	0,20**	0,16**	0,20**	0,33**	0,21**	0,27**							
23	2,15	0,97	0,41**	2,14	0,99	2,17	1,05	0,06	0,19**	0,20**	0,24**	0,31**								
25	2,61	1,05	0,49**	2,53	1,04	2,75	1,15	0,26**	0,27**	0,22**	0,22**									
27	2,37	1,00	0,59**	2,38	1,00	2,29	1,04	0,43**	0,28**	0,39**										
28	1,89	0,71	0,64**	1,88	0,72	1,67	0,57	0,48**	0,42**											
33	2,04	0,71	0,48**	2,02	0,70	1,92	0,72	0,30**												
35	1,78	0,87	0,60**	1,80	0,91	1,71	0,75													
M	31,54	7,19		31,37	7,44	30,71	6,34													
α	0,81																			
ω	0,81																			

Théorie classique des tests																		
Échantillon total (n = 310) Femme (n = 182) Homme (n = 24)																		
Item	M	ÉT	CIE	M	ÉT	M	ÉT	Corrélations inter-items										
QVI-2 – Mise à distance de la réflexion								4	7	11	29	37	38	41	45			
1	2,15	0,95	0,46**	2,12	0,98	2,13	1,04	0,11*	0,10	0,11*	0,24**	0,10	0,16**	0,31**	0,09			
4	1,89	0,73	0,55**	1,88	0,72	1,71	0,69	0,26**	0,25**	0,24**	0,23**	0,34**	0,23**	0,20**				

Tableau 3

Théorie classique des tests et corrélations inter-items (suite)

Théorie classique des tests															
Item	Échantillon total (<i>n</i> = 310)			Femme (<i>n</i> = 182)		Homme (<i>n</i> = 24)		Corrélations inter-items							
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>CIE</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	4	7	11	29	37	38	41	45
<i>QVI-2 – Mise à distance de la réflexion</i>															
7	2,51	0,92	0,49**	2,52	0,92	2,42	1,10			0,21**	0,10	0,13*	0,10	0,14*	0,18**
11	2,21	1,06	0,55**	2,20	1,08	2,25	1,07				0,21**	0,32**	0,09	0,27**	0,13*
29	2,02	0,79	0,52**	2,06	0,86	1,83	0,87					0,18**	0,26**	0,22**	0,18**
37	2,25	0,96	0,51**	2,23	0,97	2,04	0,96						0,19**	0,16**	0,18**
38	2,14	0,80	0,48**	2,13	0,85	2,25	0,79							0,23**	0,24**
41	2,41	0,87	0,53**	2,40	0,83	2,42	1,02								0,10
45	2,73	1,08	0,51**	2,70	1,08	2,79	1,18								
<i>M</i>	20,30	4,22		20,24	4,35	19,83	4,22								
α	0,65														
ω	0,64														
Théorie classique des tests															
Item	Échantillon total (<i>n</i> = 310)			Femme (<i>n</i> = 182)		Homme (<i>n</i> = 24)		Corrélations inter-items							
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>CIE</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	12	19	20	36	43	44	46	
<i>QVI-3 – Curiosité face à la relation et l'expérience de l'autre</i>															
2	4,05	0,96	0,52**	4,07	0,99	3,96	0,69	0,19**	0,19**	0,18**	0,14*	0,10	0,22**	0,19**	
12	4,20	0,86	0,63**	4,20	0,91	4,29	0,81		0,38**	0,29	0,24**	0,07	0,19**	0,18**	
19	4,28	0,74	0,64**	4,33	0,78	4,25	0,79			0,56**	0,20**	0,15*	0,20**	0,33**	
20	4,46	0,65	0,65**	4,50	0,66	4,33	0,70				0,17**	0,22**	0,28**	0,32**	
36	4,05	0,61	0,48**	4,04	0,60	4,17	0,48					0,28**	0,15**	0,20**	
43	3,91	0,68	0,39**	3,85	0,68	3,83	0,82						0,13*	0,14*	
44	3,87	0,88	0,54**	3,90	0,88	4,04	0,62							0,35**	
46	3,87	0,77	0,56**	3,90	0,82	3,92	0,58								
<i>M</i>	32,69	3,48		32,79	3,81	32,79	3,01								
α	0,69														
ω	0,68														

Tableau 3

Théorie classique des tests et corrélations inter-items (suite)

Théorie classique des tests														
Item	Échantillon total (<i>n</i> = 310)			Femme (<i>n</i> = 182)		Homme (<i>n</i> = 24)		Corrélations inter-items						
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>CIE</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	21	26	30	31	32	34	42
<i>QVI-4 – Confiance en sa compréhension de l'autre</i>														
3	3,27	0,96	0,47**	3,25	0,98	3,29	0,81	0,12*	0,21**	0,20**	0,09	0,22**	0,17**	0,11*
21	2,85	0,94	0,62**	2,90	0,95	2,79	1,22		0,27**	0,20**	0,18**	0,23**	0,57**	0,32**
26	3,26	0,98	0,58**	3,32	1,00	2,83	0,92			0,30**	0,08	0,37**	0,33**	0,11
30	2,88	1,00	0,57**	2,85	1,01	2,71	1,12				0,12*	0,25**	0,37**	0,18**
31	3,64	0,95	0,38**	3,68	0,92	3,83	0,96					0,15**	0,21**	0,18**
32	3,19	0,86	0,55**	3,26	0,90	2,83	0,76						0,29**	0,23**
34	2,83	0,93	0,72**	2,90	0,97	2,54	0,98							0,33**
42	3,65	0,80	0,50**	3,70	0,79	3,50	0,89							
<i>M</i>	25,56	4,23		25,86	4,28	24,33	4,69							
α	0,70													
ω	0,70													

Théorie classique des tests													
Item	Échantillon total (<i>n</i> = 310)			Femme (<i>n</i> = 182)		Homme (<i>n</i> = 24)		Corrélations inter-item					
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>CIE</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	22	39	47			
<i>QVI-5 – Enjeux personnels reconnus mais débordants sur la compréhension clinique</i>													
15	2,93	1,04	0,71**	2,98	1,07	2,42	1,02	0,29**	0,29**	0,41**			
22	2,93	0,97	0,60**	2,86	0,95	3,04	1,12		0,14*	0,28**			
39	2,73	0,97	0,66**	2,76	1,01	2,71	0,91			0,45**			
47	3,56	0,92	0,73**	3,49	0,92	3,46	0,88						
<i>M</i>	12,05	2,70		12,09	2,85	11,63	2,67						
α	0,64												
ω	0,65												

Note. α = Alpha de Cronbach; ω = Oméga de McDonald; *M* = Moyenne; *ÉT* = Écart-type; *CIE* = Corrélations items-échelles.
 * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Tableau 4*Matrice de corrélations des facteurs du QVI*

Facteur	QVI-1	QVI-2	QVI-3	QVI-4	QVI-5
QVI-1					
QVI-2	0,42*				
QVI-3	-0,15	-0,34*			
QVI-4	0,05	-0,13	0,00		
QVI-5	0,27*	0,090	0,11	0,10	

* $p < 0,05$.

L'étape suivante implique une consultation entre les créateurs du questionnaire dans le but d'évaluer de manière critique les facteurs en fonction des items qui les constituent afin de leur donner une signification. Ce processus a permis d'extraire la signification et définition de chacun des facteurs en fonction de la théorie sur la mentalisation selon les regroupements d'items. De façon similaire, les items complexes (7, 8, 10, 11, 12, 22, 23, 26, 27, 29, 31, 33, 35, 36, 37, 42 et 45) ont été examinés afin de déterminer à quelle sous-échelle ils appartiennent selon leur sens théorique sur la mentalisation. Il est à noter que l'item 36 présente des saturations similaires pour le facteur 2 (-0,345) et le facteur 3 (0,343) et a été attribué à la sous-échelle QVI-3 en considération de la théorie et de sa saturation positive sur l'échelle. Enfin, quatre items (9, 17, 24 et 40) ont été éliminés parce qu'ils n'atteignaient pas le seuil de saturation factorielle de 0,32. À la suite de la validation du questionnaire, le QVI est ainsi constitué de 43 items.

Analyses de validité

La validité du QVI a été examinée via ses associations avec des construits apparentés (validité convergente et divergente) ainsi que par sa capacité à prédire négativement la détresse psychologique (validité concomitante).

Validité de construit

Afin d'évaluer la validité de construit du QVI, des analyses de corrélation ont été effectuées avec des construits apparentés (validité convergente et divergente). Les corrélations entre les facteurs du QVI et les sous-échelles du DERS, du MentS et du ECR-R, ainsi que les échelles globales pertinentes sont présentées dans le Tableau 5.

Tableau 5*Corrélations de Spearman entre les facteurs du QVI et les sous-échelles du DERS, du MentS et du ECR-R*

Instrument et sous-échelles	QVI-1	QVI-2	QVI-3	QVI-4	QVI-5
Manque de conscience émotionnelle (DERS)	0,474**	0,362**	-0,434**	-0,057	0,172*
Manque de clarté émotionnelle (DERS)	0,515**	0,316**	-0,190*	-0,123	0,319**
Manque d'acceptation émotionnelle (DERS)	0,391**	0,310**	-0,014	-0,058	0,292**
Difficulté à s'engager dans des comportements orientés vers des buts en présence d'émotions négatives (DERS)	0,455**	0,330**	-0,190*	0,020	0,226**
Accès limité à des stratégies de régulation émotionnelle (DERS)	0,371**	0,313**	-0,087	0,073	0,206**
Difficulté à contrôler les comportements impulsifs (DERS)	0,406**	0,211**	-0,184*	0,059	0,130*
DERS total	0,580**	0,412**	-0,253**	0,013	0,285**
MentS autre	-0,275**	-0,307**	0,445**	0,389**	-0,089
MentS soi	-0,567**	-0,404**	0,354**	0,038	-0,217**
MentS motivation à mentaliser	-0,143*	-0,291**	0,482**	0,134*	-0,001
MentS total	-0,434**	-0,421**	0,542**	0,247**	-0,143*
Anxiété d'attachement (ECR-R)	0,438**	0,278**	-0,218*	0,062	0,263**
Évitement d'attachement (ECR-R)	0,455**	0,398**	-0,296**	-0,041	0,184*

Note. DERS = *Difficulties in Emotion Regulation Scale*; MentS = *Mentalization Scale*; ECR-R = *Experiences in Close relationships Revised** $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

Le facteur 1 du QVI (*Confusion et opacité des affects par rapport à soi*) présente des corrélations positives modérées avec l'ensemble des échelles du DERS (r_s entre 0,371 et 0,580), indiquant son rapport aux difficultés de régulation émotionnelle. Les corrélations de ce facteur avec les échelles du MentS sont négatives et vont, à l'exception d'une, de faibles à modérées (r_s entre -0,275 et -0,567). La motivation à mentaliser se distingue par une association non significative. L'association négative du QVI-1 est plus prononcée avec la mentalisation portant sur soi et cette échelle est moins fortement liée à la motivation à mentaliser. L'anxiété d'attachement ($r_s = 0,438; p < 0,001$) et l'évitement de l'attachement ($r_s = 0,455; p < 0,001$) sont tous deux modérément et positivement corrélés au QVI-1.

Le facteur 2 du QVI (*Mise à distance de la réflexion*) se relie moins fortement aux difficultés de régulation émotionnelle avec des corrélations positives faibles avec l'ensemble des échelles du DERS (r_s entre 0,211 et 0,412). Des corrélations négatives et faibles existent avec les échelles du MentS (r_s entre -0,216 et -0,421) et de l'ECR-R ($r_s = 0,278$ et $0,398$). Les autres variables explorées ne présentent pas de corrélations significatives avec le facteur 2 du QVI.

Le facteur 3 du QVI (*Curiosité face à la relation et l'expérience de l'autre*) présente un profil de corrélations différent. Les corrélations avec le DERS sont négatives et varient de non significatives à faibles (r_s entre -0,014 et -0,434). Plus spécifiquement, le manque de conscience émotionnelle est la corrélation la plus forte ($r_s = -0,434; p < 0,001$). De plus,

l'absence de corrélation significative avec le manque d'acceptation émotionnelle et l'accès limité à des stratégies de régulation émotionnelle est notable. Les corrélations avec les échelles du MentS sont positives et vont de faibles à modérées (r_s entre 0,351 et 0,542). Cela implique une association avec des capacités de mentalisation efficaces. Les associations du QVI-3 avec les échelles de l'ECR-R sont négatives et faibles ($r_s = -0,218$ et $-0,296$).

Le facteur 4 du QVI (*Confiance en sa compréhension de l'autre*) présente peu de relation significative avec les instruments de mesure employés dans la présente recherche. Les échelles du MentS portant sur la mentalisation orientée vers les autres ($r_s = 0,389$; $p < 0,001$) et la motivation à mentaliser ($r_s = 0,163$; $p < 0,05$), ainsi que son échelle globale ($r_s = 0,247$; $p < 0,001$) en font exception avec des corrélations positives et faibles.

Le facteur 5 du QVI (*Enjeux personnels reconnus mais débordants sur la compréhension clinique*) se lie positivement par des associations faibles avec le DERS (r_s entre 0,130 et 0,319). Il est observé une absence de corrélation significative entre le QVI-5 et la mentalisation orientée vers les autres, ainsi que la motivation à mentaliser du MentS. Cependant, des corrélations négatives et faibles existent avec la mentalisation orientée vers soi ($r_s = -0,217$; $p < 0,001$) et l'échelle globale du MentS ($r_s = -0,143$; $p < 0,05$). Enfin, ce facteur présente des corrélations positives faibles avec les échelles du ECR-R ($r_s = 0,263$ et $0,184$).

Validité concomitante

Pour l'évaluation de la validité concomitante, les facteurs du QVI ont été corrélés avec le K-6. Ainsi, le QVI-1 présente une corrélation positive et modérée avec la détresse psychologique ($r_s = 0,452$; $p < 0,001$); il en va de même pour le QVI-2 ($r_s = 0,322$; $p < 0,001$). Le QVI-3, quant à lui, présente une corrélation négative et faible ($r_s = -0,196$; $p = 0,004$), alors que le QVI-4 n'aurait pas de relation significative avec la détresse psychologique ($r_s = 0,031$; $p = 0,649$). Pour le QVI-5, cette corrélation est positive et faible ($r_s = 0,291$; $p < 0,001$).

Discussion

Le présent projet de recherche avait pour objectif l'élaboration d'un questionnaire portant sur la mentalisation des intervenants en santé mentale, spécifiquement dans le contexte de leurs fonctions professionnelles. De plus, il était visé d'établir des indices psychométriques préliminaires pour le QVI. De manière générale, il apparaît que les efforts actuels ont permis le développement d'une première version prometteuse pour un tel instrument. C'est une première étape importante pour l'accès à un questionnaire simple à administrer et adapté pour les professionnels de la santé mentale dans le cadre de leur travail.

La structure factorielle identifiée est formée de cinq facteurs faisant référence, à des degrés divers, aux dimensions théoriques de la mentalisation (p. ex., Luyten & Fonagy, 2015). Le QVI-1 porte sur des déficits de mentalisation affective orientée vers soi. Le QVI-2 couvre des déficits avec la facette plus cognitive de la mentalisation. Le QVI-3 intègre les dimensions soi et autre, ainsi que les dimensions affective et cognitive pour en faire un indice de mentalisation efficiente. Le QVI-4, quant à lui, apparaît correspondre à un indice de mentalisation efficiente joignant les dimensions cognitive et axée sur l'autre. Enfin, le QVI-5 semble représenter des déficits de mentalisation centrée sur soi. Il est possible d'observer que le QVI-1 et le QVI-2 corrèlent modérément, ce qui est conforme à leur nature déficitaire en termes de mentalisation tout en se distinguant principalement par les pôles opposés de la dimension cognitive et affective. Une corrélation faible existe

entre le QVI-1 et QVI-5, ceci reflète leur nature déficitaire commune. Il est possible que la corrélation soit plus faible vu leur portée respective, le QVI-5 couvre le concept large de la reconnaissance de l'impact des enjeux personnels sur la compréhension clinique, le QVI-1 représente une source spécifique de contribution aux enjeux parmi une multitude de sources potentielles. Il est notable que le QVI-3 ne présente qu'une seule corrélation négative modérée, avec le QVI-2. La direction négative de la corrélation est alignée avec le fait que le QVI-3 représente une mentalisation efficiente alors qu'il en va à l'inverse pour le QVI-2. Il apparaît raisonnable de comprendre que l'évitement réflexif (QVI-2) soit davantage à l'opposé de la curiosité relationnelle (QVI-3) que les autres facteurs du questionnaire.

Il est à noter que l'ensemble des dimensions (Soi vs. Autre, Affectif vs. Cognitif, Interne vs. Externe et Implicite vs. Explicite) de la mentalisation n'apparaissent pas directement représentées ni de façon égale par les facteurs identifiés. Ces dimensions ont néanmoins été considérées dans la construction des items malgré l'absence de facteurs les évaluant de manière distincte. D'ailleurs, une distinction complète de ces dimensions dans les facteurs d'un questionnaire se présente davantage comme un principe utopique, la réalité étant plus complexe et nuancée que des dimensions tranchées au couteau. Bien que cette structure factorielle se distingue des conceptualisations théoriques faisant présentement autorité dans le domaine de la mentalisation (Choi-Kain & Gunderson, 2008; Fonagy & Luyten, 2009), elle englobe des dimensions de la mentalisation cruciales en contexte d'intervention.

Une structure factorielle centrée spécifiquement sur les différentes dimensions de la mentalisation semble être un idéal peu accessible en pratique. Étant donné la complexité de la mentalisation, les dimensions théoriques sont, en contexte naturel, bien moins distinctes, notamment pour la mentalisation en contexte d'intervention thérapeutique. Chaque item risque ainsi de représenter plus d'une dimension de la mentalisation à la fois, ce qui complique ainsi l'identification de facteurs distincts pour chacune des dimensions théoriques. L'évaluation de profil de mentalisation apparaît ainsi plus accessible en termes de structure factorielle puisque les facteurs formés tendent à regrouper plus d'une dimension de la mentalisation à la fois. Cette observation concorde avec les résultats des autres études sur l'élaboration de questionnaire portant sur la mentalisation. Par exemple, les facteurs identifiés par le MZQ représentent des modes pré-mentalissant avec des facteurs tels que « mode d'équivalence psychique » ou « refus d'introspection » (Hausberg et al., 2012). Il en va de même pour le RFQ qui établit un profil d'hypomentalisation et d'hypermentalisation (Fonagy et al., 2016). Les facteurs mesurés par le MentS (Dimitrijević et al., 2018) sont conceptuellement plus proches des dimensions théoriques, mais arrivent à cette distinction en se concentrant sur les pôles d'une unique dimension, soit la mentalisation dirigée vers soi et vers les autres, laissant de côté, du moins explicitement, les deux autres dimensions. Finalement, une étude récente d'Asgarizadeh et al. (2025) s'est intéressée à la structure du concept de mentalisation au moyen d'analyses factorielles exploratoires et confirmatoires, puis des modèles bifactoriels. Leurs résultats montrent que la mentalisation est un concept très complexe, que ses composantes sont interreliées, et que les modèles bifactoriels permettraient possiblement

de mieux tenir compte de cette structure complexe. Cette conclusion pourrait permettre de clarifier les saturations croisées de plusieurs items du QVI. Ainsi, ils suggèrent que l'usage de la méthode de modélisation par équations structurelles exploratoires. Cela permettrait d'identifier les potentiels facteurs généraux (et leurs sous-facteurs) à considérer dans un concept complexe comme la mentalisation et constitue une avenue d'intérêt pour affiner la structure interne du QVI. Il est d'ailleurs intéressant que ces auteurs proposent des composantes originales afin d'évaluer la mentalisation par l'intermédiaire de la méfiance relationnelle, la résilience et l'expressivité.

De manière générale, il est pertinent de noter l'absence de couverture de la nature implicite ou explicite de la mentalisation par des questionnaires auto-rapportés. Par la nature de cette dimension, soit des fonctions mentales inconscientes, sa mesure par l'usage d'un questionnaire auto-rapporté est problématique vu le besoin de pouvoir en faire une observation explicite. Les instruments impliquant une cotation externe comme la GAM-T (Maheux et al., 2016) pourraient quant à eux avoir un accès privilégié à l'évaluation des composantes implicites de la mentalisation et être moins sensibles aux biais du participant.

L'exploration de la validité convergente et divergente des facteurs du QVI met en lumière certains croisements entre les facteurs identifiés et des concepts apparentés, permettant ainsi d'interpréter ces facteurs et ce à quoi ils font référence. Certains facteurs présentent des recouvrements explicites permettant d'alimenter la discussion sur leur sens, alors que ce sens apparaît moins évident pour d'autres facteurs. Par exemple, le QVI-1,

portant sur un déficit de la mentalisation centrée sur soi, présente une corrélation négative forte avec le facteur soi du MentS, ce qui tend à confirmer la teneur déficitaire de la mentalisation portant sur soi impliquée dans le QVI-1. Similairement, le QVI-2 présente des associations indiquant qu'un score plus élevé sur ce facteur tend à être accompagné d'enjeux d'attachement et de défi de régulation émotionnelle soutenant la nature déficitaire en termes de mentalisation. Ce facteur présente l'association négative la plus forte avec la motivation à mentaliser, concordant ainsi avec la composante de refus réflexif. De plus, le QVI-3 qui implique une mentalisation efficiente axée sur l'interaction entre soi et l'autre corrèle modérément positivement avec les facteurs soi et autre du MentS, ainsi que son facteur portant sur la motivation à mentaliser. Il est par le fait même intéressant de constater comment un facteur représentant une mentalisation efficiente présente l'intégration de soi et de l'autre dans la mentalisation, notamment dans le contexte d'intervention et de relation d'aide. Par ailleurs, il est notable que ces proximités conceptuelles existent, du moins en théorie, avec d'autres questionnaires portant sur la mentalisation n'ayant pas été explorée dans la présente recherche. En effet, le QVI-1, lié à l'envahissement émotionnel et la confusion face à son propos vécu, présente une proximité conceptuelle avec le facteur « régulation de l'affect » du MZQ de Hausberg et al. (2012). Finalement, considérant les travaux de Fonagy et al. (2016), le facteur « incertitude à propos des états mentaux » du RFQ pourrait s'apparenter au QVI-1. Il semble que les déficits de mentalisation portant sur ses propres affects, comme mesurés par le QVI-1, soient plus aisés à évaluer que d'autres portions de la mentalisation considérant que bon nombre de questionnaires englobent cette notion. Ce constat pourrait

être expliqué par le fait que l'incertitude quant à ses propres états mentaux puisse impliquer une question de difficulté moindre vu la part plus directement observable et l'accessibilité du contexte des états mentaux autocentrés.

Les associations convergentes et divergentes entre les facteurs du QVI, à l'exception du QVI-4, et les construits apparentés à la mentalisation confirment l'interprétation conceptuelle des facteurs à la lecture de leurs items. Cela signifie, par exemple, que les items conceptuellement construits pour identifier un déficit de mentalisation sur le plan affectif se sont regroupés et que cette interprétation est appuyée par les corrélations avec les autres questionnaires testés. Le QVI-1 corréle effectivement avec les difficultés de régulation émotionnelle. D'un autre côté, le QVI-3, indicateur de mentalisation efficiente, est positivement corrélé avec le MentS et négativement avec les enjeux d'attachement ainsi que les défis de régulation émotionnelle. Inversement, les indices de mentalisation déficitaire (QVI-1 et QVI-2) sont négativement associés au MentS et positivement aux enjeux d'attachement.

Il est cependant notable que le QVI-4 présente un patron déviant de cette tendance avec plusieurs associations non significatives. Les corrélations significatives sont exclusivement avec certains facteurs du MentS indiquant une mentalisation efficiente. L'association la plus forte pour ce facteur est avec la mentalisation dirigée vers les autres, alors que les liens avec le reste du MentS sont marginaux. Considérant les indicateurs actuellement accessibles, il semble raisonnable d'interpréter ces résultats, en association

aux contenus des items, comme une mentalisation efficiente où la composante cognitive est à l'avant-plan. Cependant, il apparaît nécessaire d'investiguer davantage ce facteur puisqu'il apparaît pouvoir fournir des scores similaires pour les intervenants ayant une confiance raisonnable en leurs compréhensions de l'autre et pour ceux ayant une confiance exagérée et rigide en leur compréhension. Fonagy et al. (2016) ont effectué des observations similaires avec un facteur de leur questionnaire évaluant la certitude sur les états mentaux. Ils observaient que ce facteur corrélait positivement d'une part avec la comorbidité entre les diagnostics de trouble de personnalité limite et de trouble alimentaire, alors que, d'une autre part, ce même facteur était associé à des construits comme l'empathie ou inversement corrélé à l'impulsivité. Ces résultats ambigus quant à la nature de ce type de facteur soutiennent cette question quant à la distinction entre une confiance raisonnable et excessive, potentiellement difficile à distinguer dans un questionnaire auto-rapporté. En l'absence de données complémentaires et plus détaillées sur l'association de ce facteur avec d'autres construits, il semble difficile de tirer des conclusions définitives sur la nature de ce facteur. Selon les résultats d'une exploration plus approfondie de ce facteur, il est probable que les items nécessitent d'être retravaillés pour soutenir un score fondamentalement discriminant dans sa mesure.

L'association des facteurs du QVI avec la détresse psychologique est informative quant à l'expérience des thérapeutes. Il est intéressant de voir comment les facteurs portant sur la mentalisation non efficiente (QVI-1 et QVI-2) corrélaient avec une plus grande détresse. Inversement, le QVI-3 représente une part efficiente de la mentalisation et

corrèle négativement avec la détresse. Cela pourrait ainsi soit impliquer qu'une mentalisation plus efficace dans le cadre du travail d'intervention spécifiquement, ait un effet protecteur face à la détresse, soit que la présence de détresse nuise aux processus de mentalisation. Cette association est congruente avec les recherches sur les populations cliniques où l'on remarque que les capacités de mentalisation ont un effet médiateur sur l'association entre l'adversité et la détresse, la mentalisation favorisant une moindre détresse (Chiesa & Fonagy, 2014). Le QVI-5 de son côté semble impliquer une conscience de l'impact de sa détresse sur la relation thérapeutique, sans pour autant représenter une mentalisation efficace ou une capacité à réguler les défis rencontrés. Cette observation soulève une question sur la nature efficace ou défaillante de la mentalisation que représente ce facteur. En effet, les scores plus élevés au QVI-5 tendent à être associés à des indices concomitants de difficulté de mentalisation, comme la détresse psychologique, les difficultés de régulation émotionnelle et les enjeux d'attachements. Il fait néanmoins simultanément appel à la capacité des intervenants à reconnaître l'impact de leur vécu sur leurs interprétations des états mentaux, ce qui représente, du moins en théorie, une mentalisation efficace, une amorce ou un effort de mentalisation.

La cohérence interne du QVI-1 ($\alpha = 0,81$ et $\omega = 0,81$) atteint un seuil plus robuste que les autres facteurs du QVI (qui se situent entre 0,6 et 0,7) et se présente comme un facteur nécessitant moins d'être retravaillé. Considérant la nature exploratoire de cette recherche, des indices de cohérence interne supérieurs à 0,6 sont encourageants, mais restent en deçà des valeurs visées pour une version employable à des fins de recherche ou clinique. Ainsi,

les quatre derniers facteurs du QVI apparaissent mériter d'être retravaillés afin que les items les constituant traduisent une meilleure cohérence interne. Il est notable que le facteur 1 est celui qui contient le plus d'items (14 items), toutefois, le QVI-5 est le facteur se distinguant le plus par son petit nombre d'items (4 items) et celui-ci présente une cohérence interne comparable aux 2^e, 3^e et 4^e facteurs du QVI. Dans la perspective de raffiner la cohérence interne des facteurs du QVI, il pourrait être intéressant d'examiner le lien entre les indices faibles de cohérence interne et la multidimensionnalité des items ou même des facteurs actuellement identifiés par cette recherche. Il est notable que les corrélations inter-items intra-facteur du QVI aient tendance à être faibles. Cela pourrait être cohérent avec l'usage d'items conçus pour capturer les manifestations comportementales de la mentalisation. Ainsi, les différents comportements pourraient se regrouper en facteur sans pour autant nécessiter leur présence simultanée pour identifier la dimension latente. De plus, certains comportements pourraient, comme leur saturation factorielle multiple l'indique, exprimer plusieurs dimensions de la mentalisation, contribuant ainsi à plus d'un facteur et diluant les corrélations observées au sein d'un même facteur. En effet, vu la nature du construit de la mentalisation, il est probable que les items constituant certains facteurs tendent à des dimensions complexes ou que les items couvrent plus d'une dimension à la fois. Il reste néanmoins surprenant que les items du QVI-5 ne présentent pas des corrélations inter-items plus fortes étant donnée leur similarité conceptuelle. En effet, les quatre items composant ce facteur portent directement sur le lien entre le vécu affectif de l'intervenant et la compréhension de la personne auprès duquel il ou elle intervient.

Enfin, l'élaboration de ce questionnaire a une visée allant au-delà de la recherche pour en faire un instrument utile au contexte clinique. En plus de son usage comme instrument de mesure dans des recherches focalisées sur la mentalisation des intervenants en santé mentale, il est souhaité de pouvoir raffiner l'instrument et d'en faire un appui au travail clinique des intervenants. Il pourrait, par exemple, être utilisé dans un contexte d'entraînement des habiletés affectives et relationnelles d'intervenants. La pratique délibérée, ou l'entraînement de capacités spécifiques, est une approche transthéorique à l'amélioration de l'efficacité des thérapeutes et intervenants. Pour ce faire, ceux-ci se concentrent à pratiquer une compétence spécifique, par exemple la mentalisation, dont ils peuvent effectuer un suivi (Diamond et al., 2025). Dans la mesure où le QVI permettrait l'identification de forces et de faiblesses dans les capacités de mentalisation, les professionnels en santé mentale seraient en mesure d'orienter leur attention en fonction de ces informations afin de soutenir une pratique délibérée et favoriser une posture réflexive face à leur pratique.

Pistes de recherches futures

À la suite de cette validation préliminaire, il semble évident qu'un effort pour améliorer le questionnaire et ses propriétés psychométriques est nécessaire. D'abord, certains items seraient à retravailler en considération de la structure factorielle identifiée, particulièrement ceux des facteurs 2, 3, 4 et 5. L'accent pourra être accordé au fait de s'assurer que les items restent spécifiques pour limiter leur saturation sur les facteurs auxquels ils n'appartiennent pas. D'un autre côté, l'intégration d'autres questionnaires

pour renforcer l'interprétation des facteurs du QVI et leurs indices de validité apparaît pertinente. Des questionnaires sur la mentalisation comme le RFQ et le MZQ ou même la GAM-T, ainsi que des questionnaires portant sur des construits associés comme l'empathie, seraient pertinents à employer pour renforcer les indices de validation. Enfin, après avoir confirmé les indices de validité et de fidélité présentement explorés, un indice de fidélité supplémentaire à examiner est la stabilité temporelle, où les résultats obtenus seraient comparés à une deuxième mesure auprès d'un même échantillon.

Toutefois, vu la nature complexe de la mentalisation, les différentes dimensions étant rarement isolées les unes des autres, une autre voie pourrait être préférable pour atteindre une structure qui cadre davantage avec les dimensions théoriques de la mentalisation. L'usage de techniques statistiques plus sophistiquées permettant la retenue des items complexe dans plus d'un facteur devrait être considéré. La modélisation par équation structurelle exploratoire est un exemple de telles techniques; cette méthode permettrait une analyse plus approfondie de la saturation factorielle des différents items sur chacun des facteurs du QVI pour former une structure cohésive du questionnaire. Une autre avenue est l'exploration d'un modèle bifactoriel avec différents niveaux de facteurs, cela permettrait l'évaluation d'un facteur général de la mentalisation et de ses sous-composantes spécifiques simultanément. Ces modèles pourraient s'avérer plus en accord avec la nature complexe de la mentalisation (p. ex., Asgarizadeh et al., 2025).

Le QVI-4 nécessite d'être exploré davantage afin d'établir de meilleurs indices de validité. En fonction de la convergence avec le MentS, il apparaît que ce facteur centré sur la composante cognitive de la mentalisation pourrait s'avérer représenter une mentalisation efficiente. Il en va de même pour le QVI-5. Malgré la forte similitude conceptuelle entre les items de ce dernier, les associations de chacun des items avec les autres facteurs du QVI sont distinctes. Un outil permettant la discrimination des profils de certitude excessive comme le CAMSQ de Müller et al. (2023) présente le potentiel de clarifier la signification du facteur. Une autre avenue est l'usage d'une méthode mixte, cette approche pourrait offrir la possibilité d'identifier des indices discriminants permettant de distinguer la certitude arbitraire et la certitude raisonnable.

Dans la perspective de faire du QVI un outil utile en clinique, il serait pertinent d'effectuer une recherche alliant l'usage du QVI à une démarche qualitative afin d'en faire un appui à la pratique délibérée et à la posture réflexive. Cela offrirait la possibilité d'explorer comment les résultats d'un individu au QVI permettraient l'identification de zones de travail potentiel sur sa propre pratique et, avec un devis en deux temps, voir de quelle manière une pratique délibérée appuyée par le QVI affecterait l'efficacité des interventions.

Biais et limites

L'administration des questionnaires a représenté un défi étant donné la population spécifique à recruter et le grand nombre de participants requis. À cette fin, une passation

virtuelle a été nécessaire, ce qui a rendu difficile d'assurer que l'échantillon rejoint correspondait à la population cible. Il est notable que malgré la prévalence de professionnelles féminines dans le domaine de la santé mentale, notre échantillon comportait un ratio particulièrement déséquilibré en termes de genre. De plus, il est difficile de décrire avec justesse l'échantillon de cette étude puisqu'il manque un nombre considérable de réponses au questionnaire sociodémographique étant donné qu'il était le dernier à être administré. Il a en effet été observé une attrition à chaque étape de passation de la batterie de questionnaires. Un double défi se présente quant à la batterie de questionnaires. D'une part, il apparaît nécessaire d'élaborer l'exploration des associations entre le QVI et les nombreux concepts apparentés à la mentalisation pour en définir ses subtilités. D'autre part, une batterie de questionnaires longue amène une attrition plus forte de l'échantillon alors que l'accès à une population spécifique comme les intervenants en santé mentale est limité. Il est ainsi important de bien définir les besoins pour les prochaines études à mener sur le QVI afin de prendre une décision aux avantages et inconvénients congruente aux objectifs de cette recherche. Pour la présente étude, cette attrition amène une limite en termes de l'exploration qu'il a été possible d'effectuer quant à la présence de covariables sociodémographiques, par exemple, il pourrait être raisonnable de croire que la formation ait un impact sur les capacités de mentalisation. En effet, la formation des psychothérapeutes pourrait tendre à impliquer un accent plus grand sur l'entraînement, même si indirect, des capacités de mentalisation en contexte d'intervention. Ces limites quant à notre échantillon viennent entraver la généralisation

des résultats à la population des intervenants psychosociaux et en santé mentale. D'autres études devront être effectuées pour corriger ces lacunes.

L'usage de méthodes mixtes, par exemple avoir recours à une mesure d'observation comme la GAM-T (Dubé & Normandin, 2007; Maheux, 2014; Normandin, 1991) ou à l'aide du *Reflective Functioning Scale*, étant une mesure appliquée à l'*Adult Attachment Interview* (Fonagy et al., 1998), comme mesure de critère, pourrait venir pallier certains défis rencontrés avec une recherche purement auto-rapportée comme cette présente étude portant sur la mentalisation. En effet, le format auto-rapporté du présent questionnaire comporte des défis, notamment le fait de rapporter sa propre mentalisation, ce qui peut être soumis à différents biais, notamment celui de la désirabilité (idéal de l'intervenant) ou la limite à reconnaître ses propres défis à mentaliser. Un exemple est la tendance des personnes présentant des traits de personnalité narcissique grandiose à être surconfiants quant à leur évaluation des états mentaux, tant pour soi que pour l'autre (Bilotta et al., 2018). Cette limite demeure, et ce, malgré les efforts fournis lors de l'élaboration des items pour créer des questions de nature davantage comportementale. Une piste intéressante serait d'investiguer et d'établir une variable contrôle qui permettrait de distinguer les gens mentalisant de manière efficace et ceux effectuant une mauvaise estimation de celle-ci.

De plus, la question de la couverture des dimensions de la mentalisation par le questionnaire est un point de réflexion intéressant. Il serait possible d'avoir tendance à considérer le manque de représentation apparente de certaines dimensions de la

mentalisation comme une limite du QVI. Il est, cependant, probable qu'il s'agisse d'une conséquence naturelle de la complexité des interactions entre les dimensions de la mentalisation. En effet, la séparation des dimensions est avant tout théorique, alors qu'en pratique, la mentalisation agit en intégrant, à des degrés variables, ses différentes dimensions en fonction du contexte sollicitant l'acte mentalisant.

Conclusion

Ainsi, cette recherche présente l'élaboration du QVI, un instrument au potentiel psychométrique prometteur. Les analyses factorielles exploratoires effectuées ont permis d'identifier cinq facteurs. Trois de ces facteurs se présentent comme des signes de mentalisation déficitaire alors que les deux autres d'une mentalisation efficiente. Des indices préliminaires de validité ont été recueillis et sont appuyés par une direction théoriquement attendue des corrélations avec des construits apparentés. Il n'en reste pas moins qu'un travail actif mérite d'être effectué sur bon nombre des facettes du questionnaire avant de conclure que cet instrument atteint ses objectifs. En effet, la composition des items, le devis de recherche et les méthodes statistiques employées sont toutes des avenues qui pourront permettre de peaufiner la qualité de l'instrument et clarifier la place qu'il pourra prendre tant en recherche qu'en pratique clinique. Il n'en demeure qu'il s'agit d'un premier pas prometteur dans la direction de la mesure de la mentalisation chez des intervenants psychosociaux et en santé mentale, une capacité interpersonnelle et émotionnelle essentielle dans ces professions.

Références

- Allen, J. G., & Fonagy, P. (Eds.). (2006). *The Handbook of Mentalization-based Treatment*. John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470712986>
- Asgarizadeh, A., Shoumali, R., & Tahan, M. (2025). The common structure of mentalizing. *PLoS One*, 20(9), e0332722. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0332722>
- Ballespí, S., Vives, J., Sharp, C., Chanes, L., & Barrantes-Vidal, N. (2021). Self and other mentalizing polarities and dimensions of mental health: association with types of symptoms, functioning and well-being. *Frontiers in Psychology*, 12, 566254. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.566254>
- Barreto, J. F., & Matos, P. M. (2018). Mentalizing countertransference? A model for research on the elaboration of countertransference experience in psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(3), 427-439. <https://doi.org/10.1002/cpp.2177>
- Barreto, J. F., Nata, G., & Matos, P. M. (2020). Elaboration of countertransference experience and the workings of the working alliance. *Psychotherapy*, 57(2), 141-150. <https://doi.org/10.1037/pst0000250>
- Barton, H. (2020). An exploration of the experiences that counsellors have of taking care of their own mental, emotional and spiritual well-being. *Counselling and Psychotherapy Research*, 20(3), 516-524. <https://doi.org/10.1002/capr.12280>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). Mentalizing and borderline personality disorder. Allen, J. G., Fonagy, P. (Éds), *The Handbook of Mentalization-based Treatment* (pp. 183-200). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470712986>
- Beaulieu-Pelletier, G., & Philippe, F. L. (2016). Evaluer la mentalisation sans cotation: la tâche des états mentaux. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 197-216. <https://doi.org/10.7202/1040167ar>
- Berthelot, N., Ensink, K., Bernazzani, O., Normandin, L., Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers: The role of trauma-specific reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*, 36(2), 200-212. <https://doi.org/10.1002/imhj.21499>

- Berthelot, N., Savard, C., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., Ensink, K., & Godbout, N. (2022). Development and validation of a self-report measure assessing failures in the mentalization of trauma and adverse relationships. *Child Abuse & Neglect*, 128, 105017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105017>
- Bevington, D., Fuggle, P., Cracknell, L., & Fonagy, P. (2017). *Adaptive Mentalization-Based Integrative Treatment: A Guide for Teams to Develop Systems of Care*. Oxford University Press.
- Bilotta, E., Carcione, A., Fera, T., Moroni, F., Nicolò, G., Pedone, R., ... & Colle, L. (2018). Symptom severity and mindreading in narcissistic personality disorder. *PloS One*, 13(8), e0201216. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201216>
- Bion, W. (1963). *Elements of Psychoanalysis*. Karnac Books.
- Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quinonez, H. R., & Young, S. L. (2018). Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: a primer. *Frontiers in Public Health*, 6, 149. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>
- Bouchard, M. A., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, L. M., Schachter, A., & Stein, H. (2008). Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology*, 25(1), 47–66. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.25.1.47>
- Brugnera, A., Zarbo, C., Compare, A., Talia, A., Tasca, G. A., De Jong, K., ... & Lo Coco, G. (2021). Self-reported reflective functioning mediates the association between attachment insecurity and well-being among psychotherapists. *Psychotherapy Research*, 31(2), 247-257. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1762946>
- Canfield, J. (2005). Secondary traumatization, burnout, and vicarious traumatization: A review of the literature as it relates to therapists who treat trauma. *Smith College Studies in Social Work*, 75(2), 81-101. https://doi.org/10.1300/J497v75n02_06
- Chiesa, M., & Fonagy, P. (2014). Reflective function as a mediator between childhood adversity, personality disorder and symptom distress. *Personality and Mental Health*, 8(1), 52-66. <https://doi.org/10.1002/pmh.1245>
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127-1135. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07081360>

- Chui, H., & Liu, F. (2021). Emotional experience of psychotherapists: A latent profile analysis. *Psychotherapy, 58*(3), 401-413. <https://doi.org/10.1037/pst0000379>
- Colli, A., Tanzilli, A., Dimaggio, G., & Lingiardi, V. (2014). Patient personality and therapist response: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry, 171*(1), 102-108. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13020224>
- Cologon, J., Schweitzer, R. D., King, R., & Nolte, T. (2017). Therapist reflective functioning, therapist attachment style and therapist effectiveness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 44*(5), 614-625. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0790-5>
- Côté, G., Gosselin, P., & Dagenais, I. (2013). Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions: propriétés psychométriques d'une version francophone du Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal de thérapie comportementale et cognitive, 23*(2), 63-72. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2013.01.005>
- Dan-Glauser, E. S., & Scherer, K. R. (2013). The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): Factor structure and consistency of a French translation. *Swiss Journal of Psychology, 72*(1), 5-11. <https://doi.org/10.1024/1421-0185/a000093>
- Daubney, M., & Bateman, A. (2015). Mentalization-based therapy (MBT): an overview. *Australasian Psychiatry, 23*(2), 132-135. <https://doi.org/10.1177/1039856214566830>
- Diamond, G., Wlodek, B., Arthey, S., & Parker, S. (2025). A systematic review of deliberate practice in psychotherapy: Definitions, operationalization, and preliminary outcomes. *Psychotherapy, 62*(2), 113-131. <https://doi.org/10.1037/pst0000569>
- Dimitrijević, A., Hanak, N., Altaras Dimitrijević, A., & Jolić Marjanović, Z. (2018). The Mentalization Scale (MentS): A self-report measure for the assessment of mentalizing capacity. *Journal of Personality Assessment, 100*(3), 268-280. <https://doi.org/10.1080/00223891.2017.1310730>
- Dubé, J. É., & Normandin, L. (2007). Mental activity and referential activity of beginning therapists: A construct validity study of the countertransference rating system (CRS). *American Journal of Psychotherapy, 61*(4), 351-374. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2007.61.4.35>
- Ens, I. C. (1998). An analysis of the concept of countertransference. *Archives of Psychiatric Nursing, 12*(5), 273-281. [https://doi.org/10.1016/S0883-9417\(98\)80037-X](https://doi.org/10.1016/S0883-9417(98)80037-X)

- Epstein, L., & Feiner, A. H. (1979). Countertransference: The therapist's contribution to treatment: An overview. *Contemporary Psychoanalysis, 15*(4), 489-513. <https://doi.org/10.1080/00107530.1979.10745593>
- Favez, N., Tissot, H., Ghisletta, P., Golay, P., & Cairo Notari, S. (2016). Validation of the French version of the Experiences in Close Relationships–Revised (ECR-R) adult romantic attachment questionnaire. *Swiss Journal of Psychology, 75*(3), 113-121. <https://doi.org/10.1024/1421-0185/a000177>
- Ferro, M. A. (2019). The psychometric properties of the Kessler Psychological Distress Scale (K6) in an epidemiological sample of Canadian youth. *The Canadian Journal of Psychiatry, 64*(9), 647-657. <https://doi.org/10.1177/0706743718818414>
- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *International Journal of Psychoanalysis, 72*(4), 639-656.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2012). What is mentalization? The concept and its foundations in developmental research. Dans N. Midgley & I. Vrouva (Éds), *Minding the Child* (1^{ère} éd., pp. 25-48), Routledge.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology, 62*(4), 411-430. <https://doi.org/10.1002/jclp.20241>
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health, 16*(1), 83-101. <https://doi.org/10.1080/09638230601182045>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. Routledge, Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9780429471643>
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology, 21*(4), 1355-1381. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990198>
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2019). Mentalizing, epistemic trust and the phenomenology of psychotherapy. *Psychopathology, 52*(2), 94-103. <https://doi.org/10.1159/000501526>

- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y.-W., Warren, F., Howard, S., Ghinai, R., Fearon, P., & Lowyck, B. (2016). Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLoS ONE*, *11*(7), e0158678. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, *12*(3), 201-218. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199123\)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199123)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7)
- Fonagy, P., & Target, M. (1998). Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, *8*(1), 87-114. <https://doi.org/10.1080/10481889809539235>
- Fonagy, P., & Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to self pathology. *Journal of Personality Disorders*, *20*(6), 544-576. <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.6.544>
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). Reflective-functioning manual version 5 for application to adult attachment interviews. <https://doi.org/10.1037/t03490-000>
- Gait, S., & Halewood, A. (2019). Developing countertransference awareness as a therapist in training: The role of containing contexts. *Psychodynamic Practice*, *25*(3), 256-272. <https://doi.org/10.1080/14753634.2019.1643961>
- Gauvin, G., Côté, L. P., & Bardon, C. (2024). Validation du Kessler-10, Kessler-6 et du PHQ-9 auprès de la population générale québécoise francophone. *Revue québécoise de psychologie*, *44*(3), 132-152. <https://doi.org/10.7202/1114903ar>
- Golub, A. (2015). Holding each other in mind: A mentalization-based approach to dyadic therapy. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, *14*(3), 251-257. <https://doi.org/10.1080/15289168.2015.1070560>
- Gori, A., & Topino, E. (2023). Exploring and deepening the facets of mentalizing: The integration of network and factorial analysis approaches to verify the psychometric properties of the Multidimensional Mentalizing Questionnaire (MMQ). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(6), 4744. <https://doi.org/10.3390/ijerph20064744>
- Gross, J. J., & Feldman Barrett, L. (2011). Emotion generation and emotion regulation: One or two depends on your point of view. *Emotion Review*, *3*(1), 8-16. <https://doi.org/10.1177/1754073910380974>

- Guzmán, C. M., Tomicic, A., de la Cerda, C., Rivera, M. J., & Salas, C. (2017). Reflective Functioning in Initial Interviews of Psychotherapy: An Exploratory Study about the Role of Mentalizing in the Therapeutic Interaction. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(3), 274-282. <https://doi.org/10.24205/03276716.2017.1026>
- Hausberg, M. C., Schulz, H., Piegler, T., Happach, C. G., Klöpffer, M., Brütt, A. L., Sammet, I., & Andreas, S. (2012). Is a self-rated instrument appropriate to assess mentalization in patients with mental disorders? Development and first validation of the Mentalization Questionnaire (MZQ). *Psychotherapy Research*, 22(6), 699-709. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.709325>
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., Goldberg, S., & Kivlighan, D. M. (2018). Countertransference management and effective psychotherapy: Meta-analytic findings. *Psychotherapy*, 55(4), 496-507. <https://doi.org/10.1037/pst0000189>
- Heinonen, E., & Nissen-Lie, H. A. (2020). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: A systematic review. *Psychotherapy Research*, 30(4), 417-432. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620366>
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: a Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Kaden, R. (1998). Therapist burnout: the contributions of role stress, patient behavior stress, and therapist personality. (Thèse de doctorat) Seton Hall University, College of Education and Human Services. Repéré à <https://www.proquest.com/openview/b213c71e3e0de158c4c4c7fa9df5b973/1?pq-origsite=gscholar>
- Kasper, L. A., Hauschild, S., Berning, A., Holl, J., & Taubner, S. (2024). Development and validation of the Mentalizing Emotions Questionnaire: A self-report measure for mentalizing emotions of the self and other. *Plos One*, 19(5), e0300984. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0300984>
- Laverdière, O., Kealy, D., Ogrodniczuk, J. S., & Morin, A. J. S. (2018). Psychological health profiles of Canadian psychotherapists: A wake-up call on psychotherapists' mental health. *Canadian Psychology/psychologie canadienne*, 59(4), 315-322. <https://doi.org/10.1037/cap0000159>

- Leung, T., Schmidt, F., & Mushquash, C. (2023). A personal history of trauma and experience of secondary traumatic stress, vicarious trauma, and burnout in mental health workers: A systematic literature review. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 15(S2), S213. <https://doi.org/10.1037/tra0001277>
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). The neurobiology of mentalizing. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(4), 366. <https://doi.org/10.1037/per0000117>
- Maheux, J., Ethier, C., & Trépanier, E. (2022). La régulation émotionnelle et la mentalisation chez les professionnels en relation d'aide: compétences émotionnelles et interpersonnelles au coeur de la pratique. *Service social*, 68(1), 67-85. <https://doi.org/10.7202/1089870ar>
- Maheux, J., Normandin, L., Parent, K., Ensink, K., & Sabourin, S. (2016). Activités mentales lors de l'écoute thérapeutique : établissement de profils et influence de caractéristiques personnelles. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 217-234. <https://doi.org/10.7202/1040168ar>
- Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*. Delagrangue.
- Müller, S., Wendt, L. P., & Zimmermann, J. (2023). Development and validation of the Certainty About Mental States Questionnaire (CAMSQ): A self-report measure of mentalizing oneself and others. *Assessment*, 30(3), 651-674. <https://doi.org/10.1177/10731911211061280>
- Muthén, L.K. and Muthén, B.O. (1998-2017). *Mplus User's Guide*. Eighth Edition. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Nissen-Lie, H. A., Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (2021). The emotionally burdened psychotherapist: Personal and situational risk factors. *Professional Psychology: Research and Practice*, 52(5), 429-438. <https://doi.org/10.1037/pro0000387>
- Nock, M. K., Wedig, M. M., Holmberg, E. B., & Hooley, J. M. (2008). The emotion reactivity scale: development, evaluation, and relation to self-injurious thoughts and behaviors. *Behavior Therapy*, 39(2), 107-116. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.05.005>
- Normandin, L. (1991). *La réflexivité dans le contre-transfert comme élément constitutif du travail et de l'espace thérapeutique (Thèse de doctorat)*. Université de Montréal. Repéré à <https://umontreal.scholaris.ca/items/1849445f-cdc3-4a45-842b-24f3ba416d8b>

- Pérez-Rojas, A. E., Palma, B., Bhatia, A., Jackson, J., Norwood, E., Hayes, J. A., & Gelso, C. J. (2017). The development and initial validation of the Countertransference Management Scale. *Psychotherapy, 54*(3), 307-319. <https://doi.org/10.1037/pst0000126>
- Reading, R. A. (2013). Investigating the role of therapist reflective functioning in psychotherapy process and outcome (Thèse de doctorat). The New School. Repéré à <https://www.proquest.com/openview/ca7364024d71efc8e0704c263debef31/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>
- Revilla, M. A., Saris, W. E., & Krosnick, J. A. (2013). Choosing the Number of Categories in Agree–Disagree Scales. *Sociological Methods & Research, 43*(1), 73-97. <https://doi.org/10.1177/0049124113509605>
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Shaker, A. (2014). Research on therapeutic impasses and ruptures in the therapeutic alliance. *Contemporary Psychoanalysis, 50*(1-2), 211-232. <https://doi.org/10.1080/00107530.2014.880318>
- Schwarzer, N. H., Nolte, T., Fonagy, P., & Gingelmaier, S. (2021). Mentalizing and emotion regulation: Evidence from a nonclinical sample. *International Forum of Psychoanalysis, 30* (1), 34-45. <https://doi.org/10.1080/0803706X.2021.1873418>
- Talbot, C., Ostiguy-Pion, R., Painchaud, E., Lafrance, C., & Descôteaux, J. (2019). Detecting alliance ruptures: the effects of the therapist's experience, attachment, empathy and countertransference management skills. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome, 22*(1), 19-28. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2019.325>
- Vera Cruz, G., Rochat, L., Liberacka-Dwojak, M., Wiłkość-Dębczyńska, M., Khan, R., & Khazaal, Y. (2024). Validation of the english version of the Multidimensional Mentalizing Questionnaire (MMQ). *BMC Psychology, 12*(1), 344. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01837-z>
- Wu, H., Fung, B. J., & Mobbs, D. (2022). Mentalizing during social interaction: The development and validation of the interactive mentalizing questionnaire. *Frontiers in Psychology, 12*, 791835. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.791835>
- Yang, L., & Huang, M. (2024). Childhood maltreatment and mentalizing capacity: A meta-analysis. *Child Abuse & Neglect, 149*, 106623. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106623>

- Zeddies, T. J. (1999). Becoming a psychotherapist: The personal nature of clinical work, emotional availability and personal allegiances. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(3), 229-235. <https://doi.org/10.1037/h0087730>
- Zhou, X.-H., Zhou, C., Liu, D., & Ding, X. (2014). *Applied Missing Data Analysis in the Health Sciences*. John Wiley & Sons. <http://www.books24x7.com/marc.asp?bookid=72667>

Appendice

Questionnaire sur le vécu en contexte d'intervention

Instructions à lire avant la passation du questionnaire :

Nous vous demandons de répondre à ce questionnaire en vous positionnant dans votre rôle d'intervenant ou de thérapeute face à vos clients de façon générale.

Vous trouverez un certain nombre d'énoncés listés ci-dessous. Lisez chaque énoncé et décidez si vous êtes en accord ou en désaccord avec ce dernier. Afin d'évaluer dans quelle mesure vous êtes en accord ou en désaccord, veuillez utiliser l'échelle suivante : **le 5 si vous êtes fortement en accord, et le 1 si vous êtes fortement en désaccord. Utilisez le point milieu (le 3) si vous êtes neutre ou indécis.**

Nous vous invitons à répondre le plus spontanément et honnêtement possible à l'ensemble des questions.

1	2	3	4	5
Fortement en DÉSACCORD		Neutre/Indécis		Fortement en ACCORD

1. J'oublie le contenu de mes rencontres ou mon ressenti à la suite d'une rencontre.
2. Comprendre les raisons derrière les actions de mes clients m'aide à accepter certains gestes ou paroles blessantes qu'ils ont à mon égard.
3. Après une brève interaction, je sais à l'avance comment un client me fera sentir.
4. J'identifie concrètement en quoi j'ai évolué au cours de ma pratique professionnelle.
5. Il m'arrive d'être triste, blessé(e) ou d'avoir peur en contexte d'intervention.
6. Lorsque je suis contrarié(e) avec un client, je suis incertain(e) si je suis triste, si j'ai peur ou si je suis en colère.
7. Lorsque je fais une intervention, je suis certain(e) de sa pertinence.
8. J'ai de la difficulté à départager ce qui vient de moi ou du client dans mon ressenti.
9. Lorsque je suis contrarié(e) lors d'échanges cliniques avec des collègues (ou supervision), je perds facilement le fil de la discussion.

10. Je suis irrité(e) devant les situations cliniques trop compliquées.
11. Je ne veux pas découvrir quelque chose à propos de moi-même qui interfère dans mon travail comme intervenant.
12. Je vis régulièrement des expériences affectives intenses et déstabilisantes face à mes clients.
13. Il m'est difficile de m'expliquer de façon cohérente les expériences affectives que je ressens face à mes clients.
14. Mes enjeux ou préoccupations personnels influencent ma façon de comprendre les clients.
15. Lors d'échanges cliniques avec des collègues (ou supervision), il m'est difficile de trouver les mots adéquats pour décrire mes sentiments à l'égard de mes clients.
16. Il m'arrive de ne pas pouvoir expliquer, même à moi-même, pourquoi j'ai agi d'une certaine façon.
17. Lorsqu'un client m'agace, j'essaie de comprendre pourquoi je réagis de cette façon.
18. Je trouve qu'il est important de comprendre ce qui se passe dans ma relation avec mes clients.
19. J'arrive à deviner ce que mes clients sont en train de penser.
20. Je suis certain(e) que mes enjeux personnels expliquent ma compréhension des clients.
21. Il m'est difficile de réfléchir à certains de mes clients à l'extérieur des rencontres.
22. Je constate que je suis très différent(e) dans ma façon de voir les clients lors d'échanges cliniques avec des collègues (ou supervision).
23. Je me fais rapidement une idée précise de la problématique du client.
24. J'anticipe mes rencontres avec mes clients sans nécessairement savoir pourquoi.
25. Lors des rencontres d'intervention avec mes clients, je suis confus(e) par rapport à ce que je ressens.
26. Lorsque je parle d'un client, je peux décrire certains de ses traits significatifs avec précision et en détail.

27. Je sais d'emblée lorsqu'un client n'a pas les ressources pour bénéficier de la thérapie.
28. Il faut connaître les pensées, les désirs et les sentiments des clients pour comprendre leur comportement.
29. La première impression que j'ai d'un client est généralement la bonne.
30. Je peux facilement décrire ce que je ressens à l'égard de mes clients.
31. Lorsque je connais mes clients, je sais à quoi ils pensent.
32. Lors des rencontres d'intervention, je sens que ma tête est vide ou que mes idées sont paralysées.
33. Je remarque l'impact de mes actions et de mes interventions sur les sentiments de mes clients.
34. J'ai tendance à me désintéresser des clients défensifs.
35. Je connais déjà mes points faibles comme thérapeute et leurs origines.
36. Mes émotions affectent la compréhension que j'ai de mes clients.
37. J'ai de la difficulté à choisir laquelle de mes hypothèses cliniques est pertinente pour l'intervention.
38. J'arrive généralement à percevoir le sentiment vécu par mes clients avant qu'ils/elles me le disent.
39. Je remarque quand mes sentiments changent à l'égard de mes clients.
40. Je me questionne sur ce que mes clients ressentent dans la relation thérapeutique.
41. Après une rencontre, je prends le temps de décortiquer toutes mes interventions.
42. Je réfléchis aux raisons derrière les comportements que je pose auprès de mes clients.
43. Mes enjeux ou préoccupations personnels peuvent influencer ma compréhension des clients.