

CHANTAL CARROLL

**VALIDATION PARTIELLE D'UNE VERSION ABRÉGÉE
DU MMPI-2, LE MINI-CLINIQUE, AVEC UNE POPULATION
NORMALE**

**Mémoire présenté
à la Faculté des études supérieures
de l'Université Laval
pour l'obtention
du grade de maître en psychologie (M.Ps.)**

**École de psychologie
FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES
UNIVERSITÉ LAVAL**

AVRIL 2001

© Chantal Carroll, 2001



**National Library
of Canada**

**Acquisitions and
Bibliographic Services**

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

**Bibliothèque nationale
du Canada**

**Acquisitions et
services bibliographiques**

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence

Our file Notre référence

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

The author retains ownership of the copyright in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

0-612-60624-4

Canada

RÉSUMÉ

L'étude porte sur une validation partielle d'une version abrégée du MMPI-2 nommée Mini-Clinique. Une description des instruments a d'abord précédé. Afin d'en vérifier la validité auprès de la population, quatre-vingt quinze participants ont été retenus. Ils devaient avoir accepté de répondre aux différents instruments. Pour ce faire des corrélations ont été calculées entre les différentes échelles des deux versions longue et courte, ainsi que des tests-T entre ces mêmes échelles pour les deux versions et finalement pour le Mini-Clinique entre les hommes et les femmes pour les différentes échelles. Les résultats obtenus montrent des corrélations significatives entre les deux tests soit le MMPI-2 et le Mini-Clinique permettant de conclure à une confirmation de l'hypothèse. Les autres tests statistiques nous fournissent cependant plus d'information et amènent des pistes futures de recherche.

CHANTAL CARROLL

JEAN-MARC LESSARD

AVANT-PROPOS

Je tiens à exprimer ma gratitude à toutes les personnes qui m'ont soutenue et encouragée depuis le début de mes études. Mes remerciements à Messieurs Jean-Marc Lessard, M. Ps. et Michel Loranger, Ph.D. pour leur patience fort appréciée. Ensuite, un merci tout spécial à M. Bogdan Pietrulewicz, Ph.D. co-superviseur qui m'a donnée de son temps et qui fut de bon conseil tout au long de la réalisation de ce mémoire; ainsi qu'à M. Pierre Côté, Ph.D. pour son assistance et ses bonnes suggestions. Merci à Patrick et Geneviève du Service d'Aide à la Recherche de l'Université Laval, pour leur appui. Ils m'ont supportée au moment où j'en avais un grand besoin.

Je tiens, de plus, à exprimer mes plus sincères remerciements à ma famille, ma mère qui m'a aidée dans la réalisation de ce projet, ainsi que mon père, mon frère et ma soeur, merci pour votre amour et votre support. À mes amis Nathalie, Georgette, Doris, Denis et Jenny qui ont cru en moi, même, lorsque je n'y croyais plus et qui m'ont encouragée à persévérer. Je ne les remercierai jamais assez. À Mélanie qui m'a donné son soutien ce qui m'a permis de trouver l'énergie nécessaire afin de terminer ce mémoire. Nicole, notre parcours semblable, qui nous a permis de nous comprendre à demi mots; merci pour tes encouragements et pour ton assistance dans la correction du français. Salutations à mes chères amies du baccalauréat Linda et Lise avec qui j'ai vécu de grands moments de plaisir partagé et de complicité tout au long de ces trois années. Un gros bonjour à vous deux. Enfin, un merci tout spécial, au Dr Denise Nadeau qui m'a accordée le temps dont j'avais besoin.

TABLE DES MATIÈRES

	PAGE
RÉSUMÉ	ii
AVANT PROPOS	iii
TABLE DES MATIÈRES	iv
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : CONTEXTE THÉORIQUE	
1.1 Historique	5
1.2 MMPI	7
1.3 MMPI-2	22
1.4 Mini-Mult	24
1.5 Les deux échelles manquantes	46
1.6 Hypothèse	51
CHAPITRE 2 : MÉTHODE ET PROCÉDURE	
2.1 Participants	53
2.1.1 Sélection des participants.....	53
2.1.2 Description de l'échantillon	54
2.2 Instruments.....	54
2.2.1 Le formulaire de consentement	54
2.2.2 Le profil sociodémographique	55
2.2.3 Psychiatric Symptom Index.....	55
2.2.4 Inventaire de Personnalité Multiphasique Minnesota	56
2.2.5 Mini-Clinique	56
2.3 Procédure	57
2.4 Transformation des résultats.....	58
2.5 Hypothèses de toute l'étude	58

CHAPITRE 3 : ANALYSE DES RÉSULTATS

3.1	Statistiques descriptives	61
3.2	Vérification des postulats de base	64
3.3	Différence entre les sexes pour les différentes échelles	64
3.4	Différences entre la version longue MMPI-2 et la version courte Mini-Clinique pour les différentes échelles	66
3.5	Analyses corrélationnelles	69
CHAPITRE 4 : DISCUSSION		72
4.1	Implication pour l'intervention clinique	76
4.2	Limite de la recherche	76
CONCLUSION		82
RÉFÉRENCES		84
ANNEXE A - Mini-mult de Kincannon		88
ANNEXE B - Mini-Clinique		93
ANNEXE C - Profil sociodémographique.....		100
ANNEXE D - Lettre de consentement		102
ANNEXE E - Table de conversion		104
ANNEXE F - Psychiatric Symptom Index		106
ANNEXE G - Feuille réponse et grilles de correction du Mini-Clinique.....		111

INTRODUCTION

Lequel d'entre nous, ne connaît dans son entourage, quelqu'un un tantinet singulier. Nous sommes tous, à notre façon, préoccupés par le caractère excentrique de divers individus et plus précisément par la psychopathologie. Si on y pense bien, à un moment ou à un autre, ne nous sommes-nous pas déjà comportés d'une manière que d'aucuns ont trouvé étrange ? Pourtant toute humeur transitoire, tout acte non familier, tout excentrisme n'ont pas nécessairement de grandes conséquences. Alors, qu'est-ce qu'un comportement anormal et comment l'expliquer ? Il faut reconnaître qu'il n'existe généralement pas de frontière nette, entre le «normal» et le pathologique. Nonobstant cette mise en garde, des désordres psychologiques divers touchent un grand nombre d'individus. Les problèmes d'un individu perturbé se répercutent sur son entourage: sa famille, ses amis et sur la collectivité qui doit s'occuper de le traiter. Nous sommes tous concernés par les troubles mentaux. (Papalia & Wendros Olds, 1988) C'est pourquoi des instruments adéquats s'imposent afin de nous renseigner sur la source des difficultés d'une personne et nous permettre d'apporter une aide appropriée qui profite aux patients et à son entourage.

Les chercheurs ont eu recours à divers moyens afin d'évaluer à quel point un individu est «normal». L'entrevue psychologique pratiquée par un professionnel entraîné est un de ces moyens et constitue une source primordiale d'informations. Le professionnel écoute, observe et pose des questions dans le but que se révèlent les caractéristiques de la personne. Le

clinicien peut aussi recourir aux tests afin de recueillir des renseignements d'ordre clinique. Le psychologue va ensuite rassembler et analyser les informations, qui ont trait à la santé mentale, obtenues grâce à l'entrevue et à la passation de tests; il en tirera ensuite des conclusions, en tenant compte des réponses du sujet autant que de ses propres observations. Le diagnostic d'un désordre affectif se révèle donc d'une extrême difficulté. (Papalia & Wendros Olds, 1988)

C'est dans cet objectif d'accroître les connaissances permettant d'obtenir une image clinique plus précise de l'individu qu'a pris naissance le MMPI. Il existe plusieurs instruments cliniques mais peu peuvent se vanter d'être aussi utilisés. Le MMPI est aujourd'hui le questionnaire de personnalité de type objectif le plus employé dans la pratique clinique et l'un de ceux qui suscitent le plus grand nombre de travaux scientifiques. (Zurfluh, 1976; Lubin, Wallis & Paine, 1971, Sundberg & Tyler, 1962 cité dans Streiner et al. 1973). Malgré son utilité indéniable comme outil clinique, le MMPI comporte certains désavantages, dont sa longueur (566 questions), qui le rend quelquefois peu pratique et devient vite un obstacle avec des individus ayant des difficultés soit de concentration ou de lecture ou parce que les professionnels eux-mêmes sont parfois limités dans le temps dont ils disposent pour une évaluation. Un patient dépressif peut consacrer 5 à 6 heures pour le compléter en supposant qu'il puisse le finir et dans un service de crise, les personnes qui arrivent sont souvent trop agitées ou trop bouleversées pour être à même de répondre aux questions. (Streiner et al., 1973) Par contre, les personnes qui, pour une raison ou une autre, sont touchées par ces incapacités peuvent accepter de répondre à une série de questions plus courtes.

Ceci nous amène à l'objectif de ce mémoire qui veut vérifier s'il est possible de valider une version abrégée, déjà existante mais incomplète soit le Mini-Mult, à laquelle nous aurons ajouté les deux échelles manquantes qui sont aujourd'hui considérées comme dignes d'intérêt. De plus l'ensemble des questions du test aura été retouché selon la formulation du MMPI-2. Cette version sera appelée le Mini-Clinique. Dans ce but, les trois échelles de validité et les dix échelles cliniques de cette version abrégée seront corrélées avec la version révisée de 1989 dénommée le MMPI-2. Ceci apporte une note nouvelle, la plupart des études existantes portent sur une comparaison du MMPI original de 1943 avec le Mini-Mult.

Dans les pages qui vont suivre, nous verrons les éléments pertinents de l'historique du test, la version originale du MMPI, la version révisée¹ du MMPI-2, la version abrégée nommée Mini-Mult par Kincannon en 1968 et finalement les études faites par Graham et Schroeder afin d'obtenir un échantillon valide des questions requises pour constituer les deux échelles manquantes. Ensuite viendra l'aspect méthodologique avec les descriptions de l'échantillon, des instruments et de la méthode utilisée. Les résultats suivront, ainsi que la discussion et les conclusions de la recherche. Bien entendu, si on considère le volume de littérature qui concerne le MMPI, ce mémoire ne peut constituer un relevé exhaustif, par contre, il couvre bien les aspects particuliers de la comparaison entre la version longue du MMPI-2 et la version abrégée du dit test.

¹Afin de dissiper tout malentendu, l'acronyme MMPI est utilisé pour décrire la version originale et la version révisée MMPI-R qui n'a consisté qu'en une redistribution des items. L'acronyme MMPI-2 réfère à une nouvelle version dans laquelle des items ont été retouchés, enlevés ou incorporés.

CONTEXTE THÉORIQUE

CHAPITRE 1 : CONTEXTE THÉORIQUE

1.1 Historique

Les racines du testage remontent à l'antiquité. Selon Dubois (1966) (cité dans Anastasi, 1994), pendant trois mille ans dans l'Empire chinois ce serait la méthode qui aurait eu cours pour la sélection des fonctionnaires. Chez les Grecs, on utilisait des tests pour mesurer les habiletés aussi bien intellectuelles que physiques et la méthode socratique d'enseignement, entremêlait les tests et l'enseignement. Cependant, nous n'avons pas besoin de reculer aussi loin lorsqu'il s'agit d'identifier l'évolution majeure qui a façonné le testage contemporain. (Anastasi, 1994) Depuis longtemps, des tests psychologiques ont servi à mesurer des différences entre des personnes ou entre les réactions d'une même personne dans des situations différentes. En 1732, Wolf définit la psychométrie moderne comme une science qui est encore à construire, qui s'occupe de la connaissance mathématique de l'esprit humain et qui mesure la grandeur de la perfection et de l'imperfection du jugement et sa certitude. (Bernier et Pietrulewicz, 1997)

Le présent mémoire aborde la question de l'évaluation psychologique plus particulièrement les tests de personnalité. Nous allons donc commencer par essayer de donner la définition la plus juste possible de ce qu'est la personnalité. Allport a été un de ceux qui par ses recherches s'est arrêté sur la définition de ce concept. Pour lui «c'est la notion de

l'unité intégrative d'un homme, avec l'ensemble de ses caractéristiques différentielles permanentes (intelligence, caractère, tempérament, constitution), et ses modalités propres de comportement.» (Piéron, 1968) D'autres auteurs la décrivent comme une caractéristique relativement permanente et générale de la manière d'être d'une personne. C'est un ensemble de façons relativement cohérent de se comporter avec les autres et de réagir aux diverses situations de l'existence dans lesquelles la personne se trouve. Elle constitue l'individualité et la singularité de chacun. Elle se définit beaucoup plus en terme de traits spécifiques que comme un type général de personnalité. Plusieurs aspects sont concernés, tels que les facteurs affectifs et émotionnels, les valeurs et les attitudes ainsi que les domaines de la cognition tels l'intelligence et les connaissances. C'est l'organisation dynamique de ses aspects cognitifs, affectifs, conatifs, physiologiques et morphologiques de la personne. La façon d'agir de l'individu sous l'influence de ces facteurs détermine ce que les autres voient et retiennent de sa personnalité. Selon certaines théories, comme dans les approches comportementale ou cognitivo-comportementale, la personnalité est déterminée par des expériences d'apprentissage individualisées dans son rapport au milieu, alors que pour d'autres écoles, comme les approches psychodynamique ou humaniste, elle se forme au-dedans de la personne sous l'effet de facteurs innés, désirs, pulsions ou caractéristiques.

Tant qu'une personne n'éprouve pas de problèmes de fonctionnement nous ne remettons pas en question la «normalité» ou les caractéristiques de sa personnalité. Cependant, lorsqu'il y a un trouble psychopathologique qui vient interférer avec sa capacité

de fonctionner normalement, c'est souvent là que nous intervenons. Il est important dans ces cas, pour traiter le plus adéquatement possible, de connaître la dynamique et le fonctionnement de l'individu ; c'est en évaluant plusieurs aspects dont la personnalité que nous pouvons obtenir l'information nécessaire à cette intervention. Notre travail consiste alors à fournir des évaluations précises des principaux éléments psychologiques et cognitifs de la personne qui est envisagée de plus en plus dans l'optique d'une approche globale de la personne. Les plans de la condition physique et physiologique sont bien sûr considérés, mais aussi les plans de la condition psychologique, des conduites sociales et des attitudes morales.

Le MMPI, qui à l'origine a été conçu comme un test de personnalité, est maintenant un test principalement destiné à la pratique de la psychologie clinique, plus particulièrement en traitement et en dépistage psychiatrique et psychopathologique. (Zurfluh, 1976).

1.2 MMPI

Kraepelin, en 1892, a été un des premiers à parler de test de personnalité. Cependant, à cette époque chaque test existant ne mesurait qu'un seul aspect de la personnalité et le concept se trouvait être mal défini. (Anastasi, 1994) Vers les années 1930-1940, un besoin d'attribuer des diagnostics psychologiques aux patients se fait sentir. Les premières études concernant l'attribution «d'étiquettes psychodiagnostiques appropriées à chaque cas individuel» (p.318) datent de cette époque. Pour ce faire, des entrevues et des tests étaient

passés. (Bernier et Pietrulewicz, 1997) Pendant cette même période, Thurstone inventait une méthode d'évaluation qui consistait à faire passer des questionnaires où le choix de réponses possibles se trouvait être oui, non ou je ne sais pas ; on demandait au sujet de porter son jugement sur chacune des affirmations, ce qui facilitait l'administration et la correction des tests. (Bisson, 1997) C'est dans ce contexte qu'en 1939, le psychiatre J.Charnley McKinley et le psychologue Starke R. Hathaway, tous deux de l'École de médecine de l'Université du Minnesota, dans une optique de diagnostic psychiatrique, commencèrent à s'intéresser aux questionnaires de personnalité. Ils ont cherché à normaliser, dans la mesure du possible, l'évaluation psychiatrique afin de faciliter le diagnostic de divers troubles mentaux. Ils ont voulu répondre à un besoin de regrouper dans un même test, plusieurs tests de personnalité qui ne mesuraient qu'un seul aspect chacun, ce qui s'avérait très lourd. (Bisson, 1997) Les objectifs des deux chercheurs se résument comme suit :

- «explorer le plus largement possible les différents aspects de la personnalité normale et pathologique ;
- le test doit être d'application facile et pratique en clinique ;
- le test doit comporter ou permettre tous les perfectionnements techniques susceptibles d'en améliorer et d'en contrôler la validité ;
- le test est validé de façon complètement empirique.» (Delay, Pichot et Perse, 1955 cité dans Bisson, 1997)

Ils réunirent plus de 1000 affirmations admissibles qu'ils posèrent ensuite à des groupes de malades nettement diagnostiqués et à des individus apparemment en bonne santé. Ils en retinrent finalement 550, parce qu'elles permettaient de faire nettement la distinction en obtenant des résultats différents entre les deux groupes de sujets. C'est ainsi, qu'en 1943, a été créé l'**Inventaire Multiphasique de la Personnalité Minnesota (MMPI)** dans lequel chaque question peut faire partie de plusieurs échelles, ce qui a permis d'alléger notablement l'inventaire en réduisant le nombre d'items nécessaires.

La méthode empirique est celle qui a été utilisée pour la construction du MMPI par opposition à la méthode rationnelle où le clinicien seul (ou avec des collaborateurs) choisissait les réponses de façon subjective selon ses opinions. La méthode empirique est plus objective, elle consiste à sélectionner pour chacune des échelles, un groupe de référence portant un diagnostic clair de la pathologie recherchée et un groupe de sujet dits normaux. Le chercheur fait compléter aux personnes de ces deux (2) groupes toute la batterie de questions. Les items retenus sont ceux ayant obtenu une réponse significativement différente entre les deux groupes avec un seuil de probabilité de $p < 0.05$ donc une plus grande validité discriminante de l'inventaire se trouve assurée. (Bisson, 1997).

Ce même inventaire a donné lieu à une masse abondante de recherches puisqu'en 1976, quelques trois mille cinq cent références au MMPI étaient recensées dans les études effectuées (Anastasi, 1976; Graham, 1993) et aujourd'hui, avec internet, plus de vingt mille

références le concernent. (Bisson, 1997) Bien que cet inventaire serve à déceler une perturbation affective, il est également très utilisé pour établir une mesure des traits de personnalité. (Anastasi, 1976) Le MMPI exige un art consommé de l'interprétation : c'est moins la réponse à telle ou telle question qui est significative que la configuration d'ensemble des échelles créée par le regroupement des réponses sous divers traits ce qui donne le profil. Les réponses possèdent une double application pratique, d'une part, afin de permettre la vérification de la validité globale des réponses du sujet avec les trois échelles de validité L, F et K, et d'autre part, elles sont aussi partie intégrante des dix échelles cliniques qui font apparaître les traits spécifiques de quelqu'un portant le diagnostic soit d'hypocondrie, de dépression, d'hystérie, de psychopathie, de masculinité-féminité, de paranoïa, de psychasthénie, de schizophrénie, d'hypomanie ou d'introversion sociale. Une question peut donc faire partie du calcul pour plusieurs échelles.

En 1955, ce test servait beaucoup plus à évaluer la personnalité. En effet, selon Clapperton, dans sa thèse présentée à l'École de Pédagogie et d'Orientation de L'Université Laval, les échelles significatives, c'est-à-dire ayant un résultat pondéré au-dessus de 70, pouvaient être regroupées sous trois (3) grandes catégories. Sous le profil névrotique, se retrouvaient les échelles hypocondrie (Hs), dépression (D) et hystérie (Hy), souvent accompagnées de l'échelle psychasthénie (Pt). Les échelles schizophrénie (Sc) et Paranoïa (Pa) avec des traits qui pouvaient être élevés sans être significatifs, aux échelles dépression (D) et hypomanie (Ma), représentaient le profil psychotique. Les problèmes de

comportements étaient représentés par les échelles déviations psychopathiques (Pd) et masculinité-féminité (Mf) ayant un résultat très élevé et dominant. Bien que ces traits caractéristiques, retrouvés dans les trois entités cliniques énumérées précédemment (s'ils possèdent un score T plus élevés que 70) corrèlent fortement avec une population psychiatrique diagnostiquée, ils sont reconnaissables en proportion plus ou moins grande chez toutes les personnes. Donc, même si aucune échelle n'est significative en soi, les différentes élévations d'échelle pourront donner des indices des profils psychologiques des personnes, «d'où la valeur de ce test de personnalité sur la population en général.» (Clapperton, 1955).

Les pages suivantes décriront plus en détails les échelles mentionnées précédemment (voir tableau 1). Il y aura une brève description ainsi que ce qui est mesurable avec les trois échelles de validité et les dix échelles cliniques utilisées dans cet inventaire. Il existe aussi maintenant avec le MMPI-2, d'autres échelles de validité et clinique. Cependant, comme elles ne font pas partie de la version courte Mini-Mult ou Mini-Clinique, elle ne seront pas abordées dans ce présent mémoire.

TABLEAU 1

Les 3 échelles de validités et les 10 échelles cliniques du MMPI

L	Lie/Mensonge	
F		
K		
1	Hypocondrie	Hs
2	Dépression	D
3	Hystérie	Hy
4	Déviations Psychopathiques	Pd
5	Masculinité/Féminité	Mf
6	Paranoïa	Pa
7	Psychasthénie	Pt
8	Schizophrénie	Sc
9	Hypomanie	Ma
0	Introversion Sociale	Si

(?) Le premier indice de validité d'un questionnaire est le nombre de questions non répondues. En ce qui concerne la version abrégée Mini-Clinique, toutes les questions se devaient d'être répondues pour être valide. Pour le MMPI-2, il est considéré qu'au-delà de dix réponses manquantes, la validité du questionnaire devient suspecte et plus de trente réponses manquantes, l'invalides. Comme raisons évoquées par Graham pour ne pas répondre, il y a une possible confusion dans la question, un désir de ne pas admettre son contenu ou une personne indécise qui ne peut se décider sur la réponse à donner. (Graham, 1993)

(L) Lie : Cette échelle a été construite pour détecter les mensonges délibérés. Plus le total est haut, plus cela suggère que la personne est sur la défensive et essaie de créer délibérément une impression favorable d'elle-même en n'étant pas intègre dans les réponses données. Ceci peut être un indice que cette personne n'est pas disposée à admettre des défauts mineurs ou des faiblesses. Un score T plus élevé que 65 à cette échelle peut invalider le protocole, car la probabilité que la personne ait répondu généralement faux au questionnaire, sans égard à la question, est élevée. Un résultat élevé ($T > 65$) peut signifier une personne hautement conventionnelle et conforme socialement, rigide et moraliste qui surestime sa propre valeur. Elle utilise la répression et le déni excessivement et a peu ou pas d'«insight» ou de conscience en ce qui concerne ses propres motivations et les conséquences de ses gestes. Quand les échelles F et K, ainsi que L, sont élevées cela peut suggérer une confusion clinique ou organique du sujet. Plus le résultat est bas, plus cela indique une personne perceptive, sociable, autosuffisante et indépendante, forte, naturelle et relaxe. C'est aussi une personne qui réussit bien dans un rôle de leadership, mais qui peut être décrite par les autres comme quelqu'un de cynique et sarcastique. (Graham, 1993)

(F) : Cette échelle a été développée pour détecter les réponses déviantes et atypiques au questionnaire. Elle est constituée de dix neuf aspects différents, tels que pensée paranoïde, comportement et attitude antisociale, hostilité et santé physique médiocre. Pour ces raisons, une personne qui obtient un résultat élevé à cette échelle a de bonnes chances d'obtenir un résultat élevé aux échelles cliniques, surtout les échelles 6 (Paranoïa) et 8

(Schizophrénie). Un score T plus élevé que 100 invalidera probablement le questionnaire, car cela peut signifier que la personne a répondu de façon aléatoire, mais cela peut aussi constituer un sérieux indice du degré de psychopathologie avec manifestation d'illusions ou d'hallucinations visuelles ou auditives. Ce sera une personne qui aura probablement les manifestations cliniques suivantes : se retirer, parler peu, avoir des difficultés attentionnelles, démontrer une faible capacité de raisonnement et être sujette à des erreurs de jugement exigeant une hospitalisation. Il peut s'agir ici de psychose comme d'organicité. Un résultat T au-delà de 80 peut signifier une résistance à la procédure d'évaluation ou une exagération des symptômes. Plus de 65 (T) peut signifier des déviations dans les domaines politique, social et des convictions religieuses. Cette personne est souvent décrite comme capricieuse et de mauvaise humeur, agitée et tourmentée, changeante et instable, curieuse, complexée, opiniâtre et opportuniste. Un score T de plus de 50 indiquerait des problèmes soit au travail, dans la famille ou dans les relations sociales mais l'individu est capable de fonctionner adéquatement et finalement, un score T de moins de 50 indique probablement qu'il n'y a aucune pathologie. (Graham, 1993)

(K) : Cette échelle a été développée comme un index plus subtil que l'échelle F, des tentatives du sujet pour dénier une psychopathologie et se présenter sous un jour plus favorable ou inversement exagérer une psychopathologie et essayer d'apparaître sous un jour vraiment défavorable. Un résultat élevé est interprété comme une approche défensive du sujet à l'égard du test et un résultat bas comme une franchise inhabituelle et une attitude

autocritique. De plus, cette échelle sert de facteur de correction pour ajuster les résultats de plusieurs échelles cliniques. Ces facteurs de correction sont présentés sous forme de tableau sur la feuille réponse du MMPI-2. Le questionnaire sera probablement invalide si le score T est plus haut que 65. Un résultat entre 56 et 65 signale une attitude défensive du sujet face au test et est un indicateur que la personne essaie de donner une apparence adéquate de contrôle et d'efficacité. D'une manière plus générale, l'individu est généralement timide et inhibé, hésitant en ce qui concerne le comportement émotionnel de convenance avec les autres, mais aussi intolérant et il peut avoir une attitude et des croyances inacceptables face aux autres. Aussi, un manque d'autocritique est notable, par contre, la personne aurait peu conscience de ce manque de jugement. Un total plus bas que 55, signifierait un équilibre entre l'autocritique et une évaluation de soi positive; la personne serait indépendante, capable de s'adapter aux problèmes de la vie, pouvant même montrer des intérêts divers, être ingénieuse, entreprenante, versatile et pleine de ressources. (Graham, 1993)

(1) Hypochondrie (Hs) : Première des échelles cliniques, cette échelle mesure un état d'anxiété relativement permanent en ce qui a trait à la santé, ainsi qu'à l'état et au fonctionnement de ses organes. C'est un intérêt névrotique que le sujet porte à ses fonctions corporelles, il somatise les conflits. Les préoccupations corporelles et la peur persistante de la maladie, les plaintes somatiques généralement vagues, les plaintes de faiblesse chronique ainsi que de manque d'énergie et les désordres du sommeil constituent le portrait clinique d'une personne ayant ce trait. Les symptômes qui se retrouvent dans le calcul total de cette

échelle sont une hostilité indirecte, des douleurs somatiques, un état dépressif ou des désordres anxieux. Les plaintes vagues et mal différenciées qui se manifestent sont généralement localisées essentiellement au niveau du thorax, de l'abdomen et du dos. Un groupe témoin de patients psychotiques a servi à exclure les questions concernant l'hypocondrie de type psychotique. Aussi, les individus ayant de vrais problèmes de santé obtiendront probablement un résultat bas, car seuls les items concernant leur pathologie particulière obtiendront une cote positive à l'échelle Hs, et non l'ensemble des questions, à moins d'avoir un état de santé général qui est médiocre. (Graham, 1993; Bisson, 1997)

(2) Dépression (D) : Cette échelle mesure les symptômes de la dépression. Dans l'échelle D, se retrouvent les questions portant sur les différents symptômes cliniques, tels que douleur et pauvreté morale, perte d'espoir dans le futur, insatisfaction de la vie en général, inhibition, asthénie, repli sur soi et manque d'intérêt. Une somatisation comme des troubles du sommeil et gastro-intestinaux peut aussi être présente. Une tendance aux idées sombres et au désespoir, ainsi qu'un déni du bonheur et de sa valeur personnelle, un ralentissement psychomoteur, une perte d'intérêt sur ce qui l'entoure, des soucis et tensions, des impulsions hostiles, des difficultés dans le contrôle de ses propres processus mentaux, une humeur dysphorique ou le sentiment d'être malheureux sont aussi présents. L'individu ayant ce trait peut aussi parler du suicide, pleurer, ou au contraire refuser de parler. Tout ceci résume bien les symptômes qui sont généralement présents dans la dépression. (Graham, 1993; Bisson, 1997; Clapperton, 1955)

(3) Hystérie (Hy) : Cette échelle mesure les manifestations névrotiques qui consistent en une traduction dans le langage corporel des conflits psychiques pour ne pas faire face aux difficultés réelles. (Clapperton, 1955) Ce trait de personnalité est marqué par l'hyperadaptabilité sociale, la glischroïdie, le théâtralisme et l'histrionisme. Les questions du MMPI relevant de ce mécanisme défensif de conversion somatique concernent un déni de la santé physique et des plaintes somatiques plutôt spécifiques incluant douleur au coeur ou à la poitrine, des nausées, des vomissements, un sommeil agité et des maux de tête. Un déni des problèmes émotifs et psychologiques et un inconfort dans les situations sociales sont souvent présents. Les symptômes peuvent apparaître et disparaître soudainement. L'individu ayant ce trait démontrera probablement des réactions hystériques aux situations de stress, sera psychologiquement immature, demandera beaucoup d'affection et d'attention des autres, et il pourra occasionnellement avoir des "acting out" d'une manière sexuelle ou agressive avec peu «d'insight» face à ses actions. Le narcissisme et l'égoïsme font manifestement partie du portrait clinique. (Graham, 1993; Bisson, 1997)

(4) Psychopathie (Pd) : Cette échelle mesure une déviation de la personnalité et du sens moral avec des comportements antisociaux. Le contenu des questions comprend une opposition marquée à la famille et à tout ce qui représente l'autorité en général, et certaines d'entre elles, traduisent l'affirmation de soi, le déni de toute timidité, mais aussi l'ennui. Certains traits se remarquent souvent chez les personnes qui ont obtenu un résultat élevé (T>75) à l'échelle Pd, tels que comportements délinquants, mensonge, vol, promiscuité

sexuelle, alcoolisme, problèmes familiaux, absence de satisfaction de la vie, délinquance, problèmes sexuels, difficultés avec les autorités, difficultés à incorporer les valeurs et les standards de la société. Ils blâment leur famille et la société pour leurs problèmes. Ce trait traduit souvent une personnalité «limite» chez qui un sentiment de solitude et d'ennui est fréquemment observable. L'individu s'intéresse aux autres en terme utilitaire. Ce serait une personne narcissique, centrée sur elle, égoïste et égocentrique. (Clapperton, 1955; Graham, 1993; Bisson, 1997)

(5) Masculinité-féminité (Mf) : Cette échelle mesure les intérêts masculins chez la femme et les intérêts féminins chez l'homme. Des questions portant sur l'intérêt du sujet pour des activités typiquement masculines ou typiquement féminines se retrouvent dans le calcul. L'échelle est cotée inversement selon le sexe. Un résultat élevé ($T > 65$) traduit alors, quel que soit le sexe, une déviation des intérêts en direction du sexe opposé. (Bisson, 1997; Clapperton, 1955)

(6) Paranoïa (Pa) : Cette échelle mesure une organisation logique de thèmes délirants qui se manifestent par une attitude soupçonneuse, un concept de soi grandiose, une extrême susceptibilité, un sentiment de persécution et une incapacité à l'autocritique. Le contenu est directement en rapport avec les processus psychotiques mis en oeuvre dans l'organisation paranoïaque. Les symptômes cliniques sont des opinions et attitudes rigides, du cynisme, des comportements asociaux, une vertu morale excessive et des plaintes envers

les autres personnes. Dans les cas où le résultat de l'échelle est élevé ($T > 70$) on pourra retrouver des désordres de la pensée ainsi que des illusions de persécution ou de grandeur. L'individu se sent maltraité et fâché, a de l'hostilité, du ressentiment et argumente, tentant de rationaliser et de blâmer les autres. Il utilise la projection comme mécanisme de défense. Harris et Lingoes ont tout de même isolé trois sous-échelles qui sont idées de persécution, sensibilité et naïveté (Graham, 1993; Clapperton, 1955; Bisson, 1997)

(7) Psychasthénie (Pt) : Cette échelle mesure la tendance de certains sujets à l'aboulie, au doute, au scrupule, à la méticulosité, ainsi que les tendances obsessives-compulsives, les phobies et les sentiments de culpabilité. Comrey (1958), grâce à l'analyse factorielle, a pu identifier dans cette échelle sept facteurs prédominants tels que : névrotisme, anxiété, repli, difficultés de concentration, agitation, tendances psychotiques et mauvaise santé physique. Il apparaît qu'aucun de ces «traits-symptômes» ne relève clairement du syndrome psychasthénique. Les symptômes cliniques sont une pensée caractérisée par le doute excessif, des compulsions, des pensées obsessives incontrôlables, une peur déraisonnable ou un sentiment d'anxiété et de doute de l'individu face à ses propres habiletés. Il serait malheureux avec des plaintes physiques et des difficultés de concentration. Une expérience d'agitation psychologique et d'inconfort se manifeste par des tensions et de l'agitation. Un résultat moins élevé révèle tout de même un individu introspectif, qui tend à être rigide et moraliste et qui a de hauts standards de performance pour lui et les autres. (Graham, 1993; Bisson, 1997; Clapperton, 1955)

(8) Schizophrénie (Sc) : Cette échelle mesure les symptômes d'une psychose précoce caractérisée par une pensée originale et discordante et un problème de contact avec le monde extérieur. Les symptômes cliniques sont une absence d'affectivité, des désordres de la pensée, de l'humeur et du comportement, des illusions et hallucinations pouvant aussi être présents dans les cas extrêmes et amener une confusion, une désorganisation et une désorientation. Les comportements peuvent être agressifs ou bizarres. Une aliénation sociale, des relations familiales pauvres, des difficultés dans le contrôle des impulsions, des peurs, des expériences émotives inhabituelles, de l'ambivalence et une constriction des émotions se retrouvent tous dans le calcul de cette échelle. Harris et Lingoës ont mis en évidence trois sous-échelles pour l'échelle de schizophrénie, elles-mêmes parfois divisées en sous-sous-échelles : Perte d'objet (aliénation sociale et émotionnelle), manque de maîtrise du moi (sur le plan cognitif, conatif et par défaut d'inhibition) et expériences sensorielles bizarres. Dans les cas favorables, l'individu pourra être créatif et imaginatif dans l'approche des problèmes, non conforme, non conventionnel et excentrique. (Graham, 1993; Clapperton, 1955; Bisson, 1997)

(9) Hypomanie (Ma) : Cette échelle mesure une suractivité anormale de la pensée et de l'action chez les individus. Elle reflète les caractéristiques de pensée et d'action des personnes hyperactives. Dans les cas où les résultats sont plus élevés ($T > 80$), des symptômes cliniques comme une humeur euphorique, des paroles et une activité motrice accélérées, une fuite des idées et de brève période de dépression, de l'excitabilité, de

l'irritabilité et finalement une énergie excessive s'y retrouvent. Ces individus préfèrent l'action à la pensée, ils ont des intérêts variés, peuvent être créatifs, entrepreneurs et ingénieux, par contre, ils manifestent une basse tolérance à la frustration, un irréalisme et un optimisme sans fondement, des aspirations grandioses et sont incapables de voir leurs propres limites. Leurs contacts à l'autre sont généralement agréables, ils aiment être avec les autres, mais essaient de les dominer; ce sont des personnes extraverties, sociables et grégaires. Ces individus donnent une première impression favorable. Harris et Lingoies ont identifié quatre sous-échelles soit : amoralité, accélération psychomotrice, imperturbabilité et surestimation du moi. (Graham, 1993; Clapperton, 1955; Bisson, 1997)

(0) Introversion sociale (Si) : Cette dernière échelle, qui complète la description des échelles du MMPI, mesure l'introversion-extraversion dans le domaine social. Il y a beaucoup de questions qui lui sont propres; elles concernent surtout l'isolement social, la mauvaise adaptation générale et l'auto-dépréciation. Les symptômes cliniques se manifestent chez les personnes par de l'insécurité et un inconfort dans les situations sociales. Ce sont des individus qui tendent à être timides, réservés et retirés, qui se sentent mieux avec un petit groupe d'amis, ne participent pas à plusieurs activités sociales et peuvent être inconfortables avec les membres du sexe opposé, qui sont difficiles à connaître, sensibles à ce que les autres pensent d'eux, qui sont décrits comme sérieux, dépendants et ont peu d'intérêts. Serkownek en 1975 (cité dans Graham, 1993) a établi six sous-échelles qui sont : sentiment d'infériorité, gêne face aux autres, sérieux et rigidité personnelle, hypersensitivité, méfiance et

préoccupations physiques et somatiques. (Graham, 1993; Bisson, 1997)

Malgré tout, en dépit de sa popularité, le MMPI n'est pas exempt de critiques, dont la validation de la première version originale, qui date des années 50, est peut-être périmée aujourd'hui et l'échantillon initial sur lequel a été établie la normalisation n'était pas assez grand pour être représentatif. (Samuel, 1981) Il était constitué de 724 personnes amies ou familles qui avaient visité l'Hôpital de l'Université de Minnesota et qui n'étaient pas sous les soins d'un médecin. (Graham, 1987) Un problème majeur consiste en l'utilisation de l'inventaire en dehors du cadre clinique pour lequel il avait été élaboré, soit de discriminer les manifestations de la psychopathologie dans l'évaluation psychodiagnostique, ce qui peut le rendre moins valide. Une étude devrait être faite pour chaque nouveau cadre d'utilisation.

1.3 MMPI-2

En 1989, pour répondre à un besoin de réactualisation du MMPI, à l'Université du Minnesota, James Butcher et son équipe ont publié une version révisée, le MMPI-2. (Bisson, 1997) Le but était d'effectuer des recherches pour vérifier si les données du MMPI étaient toujours aussi valides et fidèles. Les questions du premier test ont été réécrites ou pour quelques-unes enlevées, d'autres ont été ajoutées afin de pouvoir couvrir d'autres champs d'investigation. Ensuite, un échantillon de 2600 individus a été sélectionné pour être plus représentatif et pouvoir élaborer de nouvelles normes. Les scores T ont été

restandardisés. Quelques critiques ont été émises à l'endroit de la nouvelle version, car elle ne serait pas équivalente. Cependant selon Austin en 1994, (cité dans Bernier et Pietrulewicz, 1997) en ce qui concerne les standards de validité et les échelles cliniques, les propriétés statistiques du MMPI-2, telles que sa fidélité, sa validité et son erreur standard, sont comparables à celles de la version originale. (Bernier, Pietrulewicz, 1997)

Bien que le MMPI soit probablement un des instruments de personnalité qui est le plus largement utilisé comme outil diagnostique et de recherche, son handicap majeur dans la pratique est le temps qu'il requiert pour répondre à la série complète de questions. (Hobbs & Fowler, 1974; Harford et al., 1972); les critiques concernant sa longueur se sont donc faites nombreuses. La version complète standard du MMPI contient 566 items et la version MMPI-2, 567 items. La durée de passation du MMPI standard dans ses versions individuelle ou de groupe peut donc devenir longue et fastidieuse dans le cas d'individus fatigués ou ayant des difficultés de concentration; ce qui a poussé les chercheurs à essayer de trouver des moyens de retrouver la même information sans avoir à faire passer tout le test. Cette recherche d'une version écourtée du MMPI remonte en fait aux premières utilisations du MMPI en clinique et les premiers efforts furent de simples tentatives pour laisser tomber les questions qui ne reflétaient pas les standards cliniques et de validité (Olson 1954, cité dans Hoffmann et Butcher, 1975). Étant donné le temps parfois limité dont on dispose pour la passation, en recherche ou en clinique, la version longue du MMPI pourrait être écartée. Aussi, une version abrégée peut représenter une façon de faire une évaluation rapide qui aiderait, entre

autres, à la communication lors d'une entrevue. (Kincannon, 1968) Pour ces raisons, et en regardant le potentiel utilitaire, des versions abrégées ont donc vu le jour.

Certains auteurs comme Hoffmann et Butcher (1975) ont effectué une recherche comparative de diverses formes déjà existantes de version abrégée du MMPI. Ils ont comparé le Mini-Mult, le MMPI-168 et le Faschingbauer 166 avec un échantillon de 1028 patients mâles hospitalisés. Bien que les corrélations du Mini-Mult soient les plus basses des trois formes, elles sont tout de même significatives à un degré de 0.001. Les variations des corrélations d'échelle à échelle du Mini-Mult se situent entre .74 à .91, avec une moyenne de .85. Comme le but de cette recherche est d'obtenir une forme qui, tout en étant significative, soit la plus brève possible, le choix tout de même arbitraire de la version Mini-Mult comme test de base pour développer le Mini-Clinique s'est imposé. En effet, les formes MMPI-168 et Faschingbauer 166 contiennent respectivement 168 et 166 questions alors que le Mini-Mult en contient 71. L'instrument Mini-Clinique qui en découle en contiendra, pour sa part, 92 comme nous le verrons expliquer plus loin.

1.4 Mini-Mult

James C. Kincannon en 1968, dans une tentative pour construire une forme courte, propose une nouvelle version qu'il appelle Mini-Mult consistant en 71 questions choisies comme étant représentatives de la teneur des champs d'expertise du MMPI. Ce test a été

conçu pour prédire les trois (3) échelles de validité et huit (8) des échelles cliniques de la forme standard du MMPI, tout en diminuant la quantité de questions qui entrent dans la construction des échelles. (Hobbs & Fowler, 1974; Harford et al. 1972; Perse & Lebeaux cités dans Bisson, 1997)) De plus, l'auteur n'a pas retenu les échelles (5) Masculinité/Féminité et (0) Introversion Sociale pour son test initial, et ce, sans en mentionner les raisons. (Graham & Schroeder, 1972) Ainsi, il a par le fait même réduit le champ d'observation. (Kincannon, 1968) Si l'on considère ce test d'un point de vue pratique, l'intérêt des professionnels utilisant ce genre de questionnaire est centré sur le Mini-Mult qui, lorsqu'il est administré indépendamment, prend en moyenne de 15 à 20 minutes à compléter, comparativement à environ 90 à 120 minutes pour la forme standard du MMPI. (Hartman et Robertson, 1972)

Premièrement, pour développer sa nouvelle version, Kincannon a séparé les questions incluses dans le calcul de chaque échelle sous forme de «cluster». (Kincannon, 1968) Ensuite, une sélection a été effectuée. Pour ce faire, Kincannon a utilisé un procédé nouveau à l'époque, qui a été élaboré à partir des travaux de Comrey, soit l'analyse factorielle des items pour obtenir leur valeur prédictive. Il atteste que les questions n'ont pas toutes la même valeur prédictive des échelles standard. Plusieurs chercheurs auraient de plus démontré que les échelles sont généralement plutôt hétérogènes, donc le choix ne peut se faire sur une base aléatoire. Seules auront été retenus, les questions qui ont démontré un coefficient d'agrégation (ϕ) plus grand ou au moins égal à 0,30, lorsque comparées avec les autres

questions du groupe de référence (cluster). Ensuite, un certain nombre de questions parmi ces dernières a été choisi pour représenter proportionnellement chaque échelle. Dans plusieurs cas, ce sont les items que l'on retrouve à l'intérieur du plus grand nombre d'échelles qui ont été ressortis. (Kincannon, 1968; Bisson, 1997)

La traduction française du Mini-Mult a été faite par l'équipe du professeur Pichot en France. (Perse & Lebeaux, cité dans Bisson, 1997) Le sujet est invité à répondre par vrai ou faux à la totalité des questions. Le traitement des réponses est identique à celui du MMPI.

Il aboutit à la transformation du qualitatif en quantitatif, en affectant une note à chaque échelle qui elle, est reportée sur un graphique et transformée en score T. En reliant entre eux chaque point du graphique, on fait apparaître un «profil» divisible en deux parties: premièrement, les échelles de validité qui permettent d'apprécier l'attitude du sujet par rapport au test et la validité de l'ensemble du profil, ce sont les échelles L, F et K; et deuxièmement, les échelles cliniques qui évaluent le degré de ressemblance du sujet avec des échantillons de références qui ont présenté des syndromes psychiatriques précis, ce sont les échelles 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8 et 9 (Chaque numéro renvoie aux échelles respectives du MMPI décrites précédemment).

Bien que cette recherche compare des résultats bruts et non des scores T, la validité des profils de l'échantillon se devait d'être vérifiée. Le profil clinique sera considéré comme un profil à validité douteuse si les échelles L et K ont un score T supérieur à 65 ou si le

résultat de l'échelle F est supérieur ou égal au résultat de la plus haute des échelles cliniques. Une attention particulière doit être apportée au Mini-Mult, car il a tendance à sous-estimer l'échelle F; certains profils peuvent alors être considérés comme valides, alors qu'ils ne l'auraient pas été avec la forme longue du MMPI. Cette particularité, qui a été confirmée par la plupart des recherches, avait déjà été évoquée par Kincannon en 1968. Il conseillait tout de même le Mini-Mult lorsque l'utilisation de la forme complète était impossible du fait d'un critère de temps. (Dormoy et al., 1991)

Ensuite Kincannon a effectué trois études comparatives pour vérifier les corrélations entre la version abrégée Mini-Mult et la version standard du MMPI avec deux (2) groupes de patients psychiatriques hospitalisés et un (1) groupe de patients psychiatriques à l'externe. La première comparaison entre le Mini-Mult et le MMPI standard a été conduite à partir d'un échantillon de 50 hommes et 50 femmes non admis en psychiatrie. La deuxième comparaison a été menée avec 25 hommes et de 25 femmes suite à leurs admissions dans un centre de santé mentale local de la communauté et pour la troisième comparaison, les sujets de son étude sont 30 hommes et 30 femmes nouvellement admis au service de psychiatrie aigüe d'un hôpital.

Dans les deux premières comparaisons, la version longue du MMPI a été administrée et la feuille réponse a ensuite été corrigée avec les grilles de correction du MMPI et celles du

Mini-Mult (interne²). Dans le premier cas, les coefficients de corrélation entre les résultats bruts varient de 0,80 à 0,93, avec une corrélation médiane de 0,87, alors que dans la deuxième étude les corrélations obtenues varient de 0,70 à 0,96, avec une médiane ici encore de 0,87. La troisième étude, quant à elle, s'est aussi avérée significative avec, cependant, une réserve pour l'échelle F. Par contre la méthode change quelque peu : premièrement, les comparaisons ont été faites à partir d'une première passation de la version longue du MMPI (1) lors de l'admission, de laquelle un Mini-Mult (1) a été extrait ; deuxièmement, une seconde passation retest de la version longue du MMPI (2) comme participant à un projet de recherche; et troisièmement de l'administration indépendante de la version Mini-Mult (2) comme une partie de la formation d'un étudiant. La passation complète s'est effectuée sur une période de trois jours en alternant les deux dernières passations; la séquence a en effet été établie de manière à ce que le retest et le Mini-Mult alternent entre le 2e et le 3e rang dans la séquence d'administration. (Kincannon, 1968; Hartmann & Robertson, 1972; Streiner et al., 1973)

Les résultats du Mini-Mult ont tous été convertis à l'aide de l'estimation des résultats des échelles standard et ceux-ci ont été dérivés à partir des équations de régression générées dans les deux études comparatives. Les résultats de la comparaison des diverses échelles, ainsi que des administrations, sont résumés dans les tableaux 2 et 3.

²Afin de dissiper tout malentendu, le terme *interne* sera utilisé pour désigner une version Mini-Mult obtenue par une correction avec une grille appropriée de la passation du MMPI standard (567 questions) alors que le terme *externe* désignera une version Mini-Mult administrée séparément.

TABLEAU 2

Moyennes et écart-types des résultats obtenus pour chaque échelle pour les deux (2) administrations des deux (2) formes selon Kincannon

Échelle	Première administration				Deuxième administration			
	MMPI		Mini-Mult		MMPI		Mini-Mult	
	M	ET	M	ET	M	ET	M	ET
L	4.58	2.89	4.53	2.47	4.90	2.79	5.20	2.57
F	8.63	7.33	7.62	4.91	7.28	5.00	6.58	3.99
K	14.25	5.25	14.10	4.24	15.07	5.72	14.43	4.39
1	10.23	6.97	11.02	6.55	8.53	6.80	8.33	5.91
2	28.60	8.10	28.75	7.22	27.48	7.97	27.23	6.87
3	26.63	6.63	27.28	5.83	25.63	7.16	25.43	5.59
4	23.28	6.37	23.85	5.53	22.08	6.87	22.62	5.18
6	12.78	4.65	12.60	4.06	12.08	3.95	11.82	3.34
7	18.82	10.91	19.05	9.86	17.33	10.85	17.07	9.05
8	18.78	13.36	18.52	11.00	16.62	13.19	15.80	10.67
9	18.17	5.43	17.28	3.96	17.58	5.84	16.68	4.11

Note : Tableau tiré de Kincannon (1968)

TABLEAU 3

Corrélations entre les échelles comparables pour toutes les combinaisons des deux (2) administrations des deux (2) formes selon Kincannon

Échelles	MMPI (1)	MMPI (1)	MMPI (1)	MM (1)	MM (2)	MM (1)	S-B
	MM (1)	MMPI (2)	MM (2)	MMPI (2)	MMPI (2)	MM (2)	
L	.82	.88	.75	.70	.78	.72	.71
F	.87	.62	.45	.60	.62	.63	.17
K	.93	.86	.80	.82	.82	.85	.77
1	.93	.87	.72	.84	.80	.76	.74
2	.91	.86	.79	.78	.86	.83	.67
3	.82	.80	.70	.77	.82	.76	.63
4	.90	.91	.83	.83	.86	.88	.80
6	.84	.78	.79	.66	.68	.76	.55
7	.96	.91	.88	.89	.92	.87	.77
8	.90	.88	.84	.82	.91	.83	.66
9	.80	.87	.71	.72	.67	.75	.56

Note: Tableau tiré de Kincannon (1968)

MMPI (1) = Première administration MMPI
 MMPI (2) = Deuxième administration MMPI
 MM (1) = Mini-Mult interne tiré de la première administration du MMPI
 MM (2) = Mini-Mult administré séparément
 S-B = Prédiction avec la formule Spearman-Brown

De ces trois administrations différentes, les chercheurs ont ressorti quatre séries de résultats pour chaque sujet. En considérant les moyennes et les écarts-types, dans chaque

cas les écarts-types étaient plus petits pour le Mini-Mult (1 et 2) que pour l'administration standard comparable. Un test démontre que cela tend a être statistiquement significatif ($p < 0.01$). La restriction dans la variance a été la plus marquée avec une distribution non symétrique pour les variables F et 9, ce qui devrait signifier que le Mini-Mult sous-estime les élévations extrêmes pour ces échelles.

Des tests T démontrent des différences statistiquement significatives ($p < 0.05$) entre les moyennes aux échelles F,1 et 9 pour les versions MMPI (1) et Mini-Mult (1) interne lorsque comparées. Les différences pour les échelles F et 9 sont plus facilement attribuables à la tendance du Mini-Mult à sous-estimer les résultats extrêmes. Pour l'échelle 1, la différence reflète probablement une erreur d'échantillonnage. Il n'est apparue aucune différence statistiquement fiable entre les moyennes pour chacune des échelles, soit de la forme standard MMPI (2) ou de l'administration indépendante du Mini-Mult (2). Les différences les plus marquées entre les moyennes apparaissent entre la première et la dernière administration, peu importe que ce soit la forme longue standard MMPI ou le Mini-Mult. Dans chaque cas, le résultat moyen de la dernière administration était orienté dans la direction de la désirabilité sociale. Les tests T démontrent que les deux tiers de ces différences sont statistiquement significatives ($p < 0.05$).

Kincannon a effectué une comparaison entre la banque d'items du Mini-Mult et la réadministration du MMPI standard dans le but de prédire les résultats aux échelles standards.

Celle-ci indique que le Mini-Mult a seulement souffert d'une perte de 9% de fidélité et de 14% de validité, en comparaison avec la réadministration de la forme standard, et cette perte ne serait pas considérée comme suffisante pour mitiger l'usage du Mini-Mult lorsque la forme longue ne peut être utilisée. (Kincannon, 1968; Hobbs & Fowler, 1974; Hartman et Robertson, 1972; Streiner et al., 1973; Newton, 1971)

À cause du potentiel du Mini-Mult et de sa valeur comme substitut abrégé de la forme longue MMPI, plusieurs études ont été effectuées pour évaluer la corrélation entre les deux formes avec des populations variées. (Hobbs & Fowler, 1974) Voici une brève revue de la littérature qui sera présentée sous forme de recherche empirique.

Premièrement, dans une recherche de Hobbs (1974), les protocoles de 100 patients psychiatriques externes, soit 43 hommes et 57 femmes ayant une moyenne d'âge de 26 ans et d'éducation de 11 ans, ont été corrigés soit avec les grilles de correction du MMPI standard soit avec celle du Mini-Mult interne. Le facteur de correction K a été appliqué. Les tests T ont indiqué des différences de moyennes significatives entre les 2 formes dans 5 ($p < .01$) et 3 ($p < .05$) des 11 cas. Seules les échelles D, Hy et Sc n'ont indiqué aucune différence de moyennes significatives entre les 2 formes. Le Mini-Mult sous-estime le MMPI dans 5 des 8 comparaisons. De plus, les corrélations (r) varient de .29 (Hs) à .83 (D, Pt) avec une moyenne de .70. Elles sont toutes significatives à $p < .01$.

Deuxièmement, Hartmann et Robertson (1972) ont testé 60 patients psychiatriques externes, soit 30 hommes et 30 femmes dont l'âge varie de 17 à 55 ans avec une moyenne de 25 ans pour les hommes et de 29 ans pour les femmes, avec un MMPI standard, un Mini-Mult interne et un Mini-Mult externe. Les données ont été corrigées avec le facteur de correction K. Une analyse de variance à plan factoriel mixte a été utilisée pour comparer les résultats du Mini-Mult externe, du Mini-Mult interne et du MMPI et rendre possible la comparaison entre les trois formes, pour chaque échelle, ainsi que pour les hommes et les femmes. Un test de Newman-Keuls a été appliqué où une différence significative totale avait été obtenue sur une échelle particulière. Les résultats ont montré que les Mini-Mult interne et externe sous-estiment de façon significative l'échelle F et surestiment les échelles K et Pd. De plus le Mini-Mult externe sous-estime l'échelle Ma et le Mini-Mult interne sous-estime l'échelle Pa. Seule l'échelle Pa a eu une différence significative entre les deux versions Mini-Mult. Les échelles D, Hy, Pa, Pd et Ma ont montré des différences significatives entre les hommes et les femmes pour les 3 formes. De plus, les corrélations entre le Mini-Mult externe et le MMPI varient de .64 à .87 avec une corrélation médiane de .78. Les corrélations entre le MMPI et le Mini-Mult interne varient de .66 à .89 avec une médiane de .83 et les corrélations entre les Mini-Mult interne et externe varient de .74 à .90 avec une médiane de .83. Ainsi, une corrélation médiane de .83 et seulement une différence significative à l'échelle (Pa) entre le Mini-Mult externe et le Mini-Mult interne indiquent que la présentation des questions du Mini-Mult à l'extérieur du contexte des échelles complètes du MMPI produisent des résultats comparables à la fidélité test-retest du MMPI. Les corrélations ont été similaires aux recherches

précédentes avec les populations cliniques.

Troisièmement, Hobbs et Fowler en 1974 ont effectué une recherche avec 60 patients vétérans psychiatriques hospitalisés schizophrènes diagnostiqués. Les sujets ont été assignés aléatoirement à une des trois conditions suivantes, soit :

1. MMPI (S) le premier jour et Mini-Mult oral (O) le deuxième jour
2. Mini-Mult oral (O) le premier jour et MMPI (S) le deuxième jour
3. MMPI les deux jours nommés, S1 et S2 et Mini-Mult interne (M), nommé M1 et M2

Les résultats ont été corrigés avec le facteur de correction K. Pour les conditions 1 et 2 combinées, les coefficients de corrélation de Pearson entre le MMPI et le Mini-Mult interne varient de .43 à .89 à un degré de .01, sauf pour l'échelle 1 qui obtient un r de .10 non significatif. Les corrélations entre le Mini-Mult interne et le Mini-Mult oral sont significatives à un degré de .01, sauf pour les échelles 3 et 4 qui sont significatives à un degré de .05, les coefficients varient de .37 à .82. Les corrélations entre le MMPI et le Mini-Mult oral ont été significatives à un degré de .01, sauf l'échelle 4 qui est significative à un degré de .05 avec des coefficients qui varient de .38 à .86. Pour la condition 3, les corrélations entre les 2 Mini-Mult internes varient de .66 à .94 à un degré de signification de $p < .01$, et les corrélations entre les 2 passations du MMPI varient de .58 à .95 à un degré de .01, sauf pour l'échelle L

qui obtient un coefficient non significatif de .42. Pour les conditions 1 et 2, il suffit de savoir que les écarts-types pour les résultats du Mini-Mult oral et du Mini-Mult interne sont plus petits que les écarts-types respectifs pour chaque échelle de la forme MMPI dans 7 des 11 cas. Les tests-T entre les moyennes pour chaque résultat possible (M, S et O) pour la condition 1 avec le résultat correspondant pour la condition 2 indiquent des différences significatives pour les résultats du MMPI ($p < .05$) et du Mini-Mult oral ($p < .05$) à l'échelle L et pour les résultats du Mini-Mult interne ($p < .01$) à l'échelle K. À la condition 1, les comparaisons pairées des tests-T indiquent des différences significatives entre les moyennes pour 5 des 11 échelles pour la comparaison entre le MMPI et le Mini-Mult interne et pour 4 des 11 échelles pour la comparaison du MMPI et du Mini-Mult oral. Dans la condition 2, les différences significatives surviennent à 4 échelles entre la comparaison du MMPI avec le Mini-Mult interne et à 7 échelles pour la comparaison MMPI et Mini-Mult oral. En général, les échelles F, K, 2, 6, 7 et 8 montrent des corrélations équitabement hautes et uniformes à chacune des 4 comparaisons majeures (SM, MO, SO et M1M2), alors que les échelles 3 et 9 ont aussi des corrélations significatives, mais quelques peu basses pour les 4 mêmes comparaisons. De plus, les échelles L, 1 et 4 affichent le plus de variations dans les corrélations pour les 4 comparaisons possibles. Ainsi, 6 des 11 échelles du Mini-Mult paraissent être des mesures équivalentes des mêmes facteurs que le MMPI pour cette population.

Quant à Harford & al., en 1972, ils ont effectué une comparaison entre le MMPI standard et le Mini-Mult avec un échantillon de 39 hommes et 39 femmes, patients externes d'un service psychiatrique. La moyenne d'âge est de 25 ans et la moyenne du niveau d'éducation est de 14 ans. Un MMPI standard court de 430 questions et un Mini-Mult interne ont été utilisés. Le facteur de correction K a été utilisé. Les corrélations entre les échelles équivalentes produisent des variations entre .21 à .86 avec une corrélation médiane de .54. Bien que les corrélations soient significatives ($p < .01$), sauf en ce qui concerne l'échelle Hs (.21), seulement deux corrélations d'échelles, soit K avec .81 et D avec .86, atteignent un niveau d'équivalence satisfaisant. Dans un effort pour acquérir une meilleure compréhension de la contradiction de ces résultats avec d'autres études (Kincannon, 1968; Lacks, 1970), l'échantillon a été subdivisé en deux groupes, soit sévère et moins sévère, l'échelle F a été utilisée comme une mesure de sévérité avec une limite de 11 points bruts (Dahlstrom & Welsh, 1960). Les résultats des corrélations pour le groupe sévère ($N=35$) varient de .31 à .89, avec une corrélation médiane de .61. Les corrélations pour le groupe moins sévère ($N=43$) varient de .07 à .82 avec une corrélation médiane de .39. De plus, les comparaisons des test-T produisent des différences de moyennes significatives pour 8 des 11 échelles. À l'examen, les moyennes révèlent que le Mini-Mult sous-estime significativement 5 de ces échelles. Bien que le Mini-Mult soit sensible à la psychopathologie, il sous-estime les résultats extrêmes.

Cinquièmement, Rybolt et Lambert, en 1975, ont comparé un MMPI standard et un Mini-Mult interne avec un groupe de 150 hommes vétérans admis dans un hôpital neuropsychiatrique. Les corrélations entre les échelles du MMPI standard et du Mini-Mult varient de .13 à .86 avec une médiane de .65. Toutes les corrélations sont significativement différentes de 0 avec une seule exception à l'échelle 1. Le Mini-Mult a significativement surestimé 5 des 11 échelles (les échelles L, 1 et 3 à un taux de $p < .001$ et 2 et 4 à un degré de .05) et significativement sous-estimé l'échelle 7 ($p < .001$).

Lacks et Powell (1970) ont évalué 20 hommes et 20 femmes qui ont posé leur candidature comme intendant psychiatrique durant la période qui couvre 1967-68. Les candidats à ce poste sont majoritairement de race noire, dont l'âge varie de 17 à 51 ans ($M = 26.9$) et le niveau d'éducation, de 3 à 14 ans ($M = 10.9$). Les résultats du Mini-Mult pour les échelles de validité et 8 échelles cliniques ont été obtenus par la correction du MMPI avec les grilles dérivées de Kincannon. Afin de déterminer les différences entre les résultats du MMPI standard et ceux obtenus du Mini-Mult interne, chaque paire de résultats a été analysée par des tests-T séparés. La seule différence significative a été trouvée pour les hommes; le résultat de l'échelle Pa du MMPI standard de 49.0 est significativement plus bas que le résultat correspondant obtenu en utilisant la conversion Mini-Mult. Aucune des différences pour les femmes n'a été significative. Avec les sexes combinés, des différences significatives ont été trouvées pour Pa ($t = 2.39, p < .05$), Pt ($t = 2.44, p < .05$) et Ma ($t = 2.40, p < .05$). Sur un total de 33 tests-T exécutés, une ou deux différences significatives

peuvent être attribuables à la chance. Les corrélations entre les deux formes pour les différentes échelles varient de .65 à .90. L'étude suggère ainsi que le Mini-Mult peut être utilisé pour évaluer les candidats aux postes d'intendants psychiatriques.

Ensuite Newton, en 1971, a effectué une étude avec 48 patients masculins hospitalisés pour alcoolisme ne montrant aucune pathologie organique cérébrale sérieuse. L'âge varie de 23 à 59 ans ($M = 46$) et la moyenne des années d'éducation est de 10.5 (Écart type = 2.5). Le MMPI utilisé est la forme R (livret et grilles de pointage). Le Mini-Mult interne a été obtenu par la correction de la feuille réponse du MMPI standard avec une grille de correction préparée spécialement, alors que les items du Mini-Mult externe ont été placés dans un livret séparé avec les instructions du MMPI standard. Les résultats bruts des Mini-Mult interne et externe ont été convertis à partir des résultats bruts des échelles standard par les moyennes de la table de conversion de Kincannon. Vingt-quatre sujets ont reçu le Mini-Mult en premier suivi un jour plus tard par le MMPI. Cette procédure a été inversée pour les 24 autres sujets. Les corrélations entre le Mini-Mult interne et le MMPI sont plus élevées que les corrélations entre le Mini-Mult externe et le MMPI pour chaque comparaison des 8 échelles cliniques et des 3 échelles de validité; les corrélations varient de .28 à .69.

De plus, Armentrout (1970) a effectué une étude avec 68 hommes et 76 femmes étudiants volontaires de première ou deuxième année. Les questions du Mini-Mult ont été données oralement à un petit groupe, les personnes indiquaient leurs réponses sur une feuille

réponse et le MMPI standard a été complété par les sujets dans les 2 à 7 jours suivants. Les données pour les hommes et les femmes ont été analysées séparément. Pour les hommes, les corrélations varient de .35 à .73 et sont significatives à un degré de $p < .001$, sauf pour l'échelle L (.35) à un degré de $p < .01$, par contre l'échelle F obtient un degré de .09 non significatif. Les femmes obtiennent des corrélations qui varient de .42 à .85, toutes significatives à un degré de $p < .001$. Les corrélations entre les résultats MMPI et Mini-Mult étaient significatives dans toutes les instances, sauf pour les sujets masculins à l'échelle F. De plus, une seule corrélation significative, pour les hommes à l'échelle L n'a pas atteint le degré de signification de $p < .001$. En conclusion, un haut degré de parenté a généralement été trouvé entre les résultats du MMPI et du Mini-Mult.

Puis, une étude de Trybus et Hewitt en 1972 a donné les résultats suivants. Elle a été effectuée sur 92 femmes et 22 hommes étudiants de deuxième année, volontaires, dont 64% ont 19 ans et 87% ont entre 17 et 22 ans. Un MMPI standard a été administré et le Mini-Mult a été obtenu en corrigeant selon les grilles de Kincannon et converti en résultats bruts standards à partir des tables de conversion de Kincannon. Les comparaisons de moyennes dérivées des résultats bruts du MMPI et du Mini-Mult montrent des différences significatives pour toutes les échelles ($p < .01$) excepté Pt et Sc. Les corrélations entre le MMPI et le Mini-Mult varient de .59 à .87 avec une médiane de .81 pour l'échantillon total. Les échelles L, D et Hy montrent généralement des corrélations plus basses, tandis que les échelles K, Pd et Pt sont généralement plus hautes. La différence la plus importante dans la pratique sera

probablement que le Mini-Mult a tendance à sous estimer les résultats de l'échelle F et surestimer les résultats de l'échelle L dans plusieurs cas. Ces résultats et ceux d'études précédentes apparaissent comme de précieux avertissements de prudence face à l'approbation du Mini-Mult de Kincannon comme un instrument clinique sérieux; il peut cependant être utile dans certaines situations pour lesquelles l'utilisation du MMPI long ne serait pas pratique ou serait non désirée.

Dixièmement, dans l'étude de Armentrout et Rouzer (1970) avec des délinquants juvéniles, les sujets sont 100 hommes âgés de 13 ans et 3 mois à 19 ans (moyenne 16-3) et 25 femmes âgées de 13 ans et 6 mois à 17 ans et 2 mois (moyenne 15-9) envoyés dans un centre résidentiel d'évaluation. Le Mini-Mult et le MMPI ont été inclus à une batterie de tests administrée à chaque sujet à leur arrivée et l'ordre a varié avec un délai de 24 à 48 heures d'intervalle. Les résultats de groupe pour les 2 sexes montrent une bonne correspondance entre les 2 tests, puisque les corrélations ont varié entre .51 à .76. Pour les hommes les corrélations entre les résultats ont été significatives au-delà d'un niveau de .001 pour toutes les échelles, et pour les femmes, les corrélations ont été significatives à un degré de .01 ou au-delà pour toutes les échelles, sauf L et Hs.

Finalement, Platt et Scura (1972) ont effectué une recherche avec 183 hommes entre 16 et 27 ans (moyenne = 19.7 et écart type de 2.9) admis dans un Centre de Réforme. Un MMPI standard a été administré et a été corrigé avec les grilles du MMPI complet et avec

celles du Mini-Mult de Kincannon. Ils ont trouvé un degré substantiel de corrélation entre les échelles individuelles; les corrélations varient de .40 pour l'échelle Hs à .83 pour l'échelle K avec une médiane de .58. Elles sont toutes significatives à un degré de .001. En général, ces résultats ont une très bonne correspondance avec ceux rapportés par Armentrout et Rouzer pour les hommes et les femmes délinquants.

L'élément commun de ces recherches est que tous les chercheurs ont réussi à démontrer une correspondance significative entre les résultats prédits des formes courtes et les résultats obtenus lors du test complet, et ce, malgré les différences dans la méthodologie menant aux résultats. (Hoffmann & Butcher, 1975)

Cependant comme Hoffmann et Butcher (1975) l'ont mentionné dans leur recherche, une statistique élevée n'est pas suffisante à elle seule comme critère pour l'applicabilité, puisque comme Hartford et ses associés (1972) l'ont découvert, il est possible d'avoir toutes les corrélations d'échelle à échelle significatives à un niveau de .01 et en même temps, obtenir des différences entre les résultats moyens pour chaque échelle, lors de la comparaison de la version longue et de la courte.

La grande majorité des différences se situe au niveau d'une sous-estimation significative de certaines échelles. Pour Hartmann et Robertson (1972), ce sont les échelles F, Ma et Pa, pour Trybus et Hewitt (1972), l'échelle F, tandis que pour Lacks et Powell,

1970, ce sont les échelles Pa, Pt et Ma. Hobbs et Fowler (1974), et Harford et al. (1972), quant à eux obtiennent une différence significative qui va dans le sens de la sous-estimation pour 5 échelles. Cependant, les résultats sont variables entre les différentes études, si bien qu'il est impossible d'en ressortir un consensus. Une échelle du Mini-Mult peut bien sous-estimer le résultat de l'échelle correspondante de la version du MMPI standard dans une recherche et le surestimer dans l'autre. Des facteurs tels que l'utilisation d'un Mini-Mult interne ou externe et le sexe semblent influencer les résultats.

Un groupe de chercheurs a postulé que certaines conclusions conflictuelles peuvent être le résultat direct de la sévérité de la maladie. À savoir, que dans une population étudiée ayant des désordres individuels relativement plus sévères, une meilleure correspondance du test est évidente si on compare avec des individus normaux ou ayant une perturbation moins sévère. Pour supporter cette hypothèse, ils citent les études de Kincannon (1968) et Lacks (1970) avec des patients psychiatriques hospitalisés, lesquels trouvent plutôt un bon accord entre les 2 formes. Par contre, leurs conclusions sont différentes des études de Armentrout (1970), Armentrout et Rouzer (1970), Rybolt et Lambert (1975), lesquelles utilisaient toutes des sujets normaux, ainsi que Harford et al. (1972) qui utilisaient des patients externes qui sont supposés être considérablement en meilleure santé que les patients hospitalisés et ont obtenu une correspondance relativement pauvre. Pour ajouter davantage de support à l'hypothèse, peuvent être additionnées les études de Mlott (1973) qui a obtenu une bonne comparaison avec les adolescents hospitalisés et de Percell et Delk (1973) qui obtiennent des

correspondances décevantes pour un groupe d'étudiants collégiaux. Donc, il y aurait une évidence préliminaire (Kincannon, 1968; Lacks, 1969) qui suggère qu'avec certaines populations, comme mentionnées précédemment, le Mini-Mult ait une meilleure capacité prédictive lorsque comparé avec la plus longue forme du MMPI standard.

Contre l'hypothèse de la sévérité, il y a des études qui viennent de Lack et Powell (1970) avec des candidats postulants pour des places d'employés en psychiatrie et de Gayton, Ozman et Wilson (1972) avec des étudiants collégiaux, lesquels trouvent des bonnes corrélations entre le Mini-Mult et le MMPI pour les groupes de sujets présumément normaux. Une autre évidence contraire provient de l'étude de Hartman et Robertson (1972) qui trouvent des divergences considérables entre les deux formes du test pour un groupe de patients externes dans un centre communautaire de santé mentale et une récente étude de Palmer (1973) avec des patients d'un hôpital psychiatrique d'état, qui trouve aussi une correspondance décevante entre ces deux formes avec une population ayant des perturbations relativement sévères. En conclusion, la correspondance du Mini-Mult et du MMPI doit être testée et chaque contexte dans lequel il est utilisé doit être considéré.

En ce qui concerne les données socio-démographiques, l'échantillon de Harford et al. (1972) est constitué d'individus jeunes avec une moyenne d'âge de 25 ans et bien éduqués avec une moyenne du niveau d'éducation de 14 ans, et dans cet aspect, affiche une ressemblance avec l'échantillon de Armentrout et Rouzer (1970). Par contre, l'échantillon dans l'étude de

Lacks (1970) est plus vieux, avec une moyenne d'âge de 29 ans, et moins bien éduqué, avec une moyenne du niveau d'éducation de 10 ans. Les effets de ces caractéristiques d'échantillon n'ont pas été contrôlés et peuvent être des variables importantes dans les conclusions rapportées par les enquêteurs divers.

Selon Newton (1971) le Mini-Mult interne corrèlerait aussi plus fortement avec le MMPI que le Mini-Mult externe et ces résultats ont aussi été trouvés par Kincannon. Dans les faits, alors, il faudrait faire une différence, à savoir laquelle des 2 formes de Mini-Mult sera utilisée dans les futures recherches et le chercheur devrait toujours identifier la forme particulière de Mini-Mult qui sera utilisée.

Armentrout et Rouzer (1970) ont comparé le Mini-Mult au MMPI avec les délinquants juvéniles. Ils obtiennent une bonne correspondance sur la base du groupe, mais beaucoup moins de similarité entre les profils individuels du Mini-Mult et du MMPI. Dans une deuxième étude qui implique des étudiants collégiaux, Armentrout (1970), obtient essentiellement les mêmes résultats.

En résumé, les corrélations entre le Mini-Mult et le MMPI sont montrées au tableau 4, et pour chaque comparaison exceptée une, les études ultérieures ont produit des corrélations plus petites que celles obtenues par Kincannon. En clair, la correspondance entre le Mini-Mult externe et le MMPI standard est inférieure à celle qui avait été obtenue

originellement et peut être plutôt modeste. Par contre, un degré de fidélité fondé et similaire à l'étude originale de Kincannon, permet de croire que le Mini-Mult est capable de prédire certains traits cliniques du MMPI avec un degré élevé d'exactitude. Dans une deuxième administration du MMPI, les sujets tendent à se décrire dans un sens plus socialement désirable, résultats semblables à ceux de Kincannon si un Mini-Mult externe et un MMPI sont administrés deux (2) fois dans une courte période de temps; la deuxième passation donne des résultats plus socialement désirables dans 18 des 22 cas ($p < .01$). Davantage de recherches à l'intérieur d'un cadre plus approprié pour l'administration du Mini-Mult est clairement requis. (Harford et al., 1972)

TABLEAU 4**Sommaire des corrélations des différentes recherches présentées dans ce mémoire**

Échelle	K	N	A + R	A-h	A-f	H	H + B	H + F①	H + F②
L	.75	.63	.51	.35**	.58***	.44**	.76	.71**	.81**
F	.45	.30	.57	.09	.72***	.69**	.83	.87**	.79**
K	.80	.46	.59	.73***	.61***	.81**	.92	.89**	.86**
1 (Hs)	.72	.69	.72	.44***	.71***	.21	.91	.10	.70**
2 (D)	.79	.64	.64	.47***	.61***	.86**	.88	.73**	.73**
3 (Hy)	.70	.46	.63	.49***	.61***	.46**	.88	.43**	.48**
4 (Pd)	.83	.61	.53	.67***	.73***	.73**	.84	.63**	.38*
6 (Pa)	.79	.39	.57	.70***	.42***	.46**	.84	.83**	.74**
7 (Pt)	.88	.54	.72	.71***	.85***	.71**	.88	.83**	.79**
8 (Sc)	.84	.53	.76	.56***	.75***	.54**	.83	.73**	.74**
9 (Ma)	.71	.28	.52	.44***	.56***	.53**	.76	.68**	.61**

Note: K = Kincannon, N = Newton, A + R = Armentrout et Rouzer, A-h = Armentrout (homme), A-f = Armentrout (femme), H = Harford, H + B = Hoffmann et Butcher, H + F ① = Hobbs et Fowler, H + F ② = Hobbs et Fowler. (Les corrélations présentées ne tiennent pas compte si la version Mini-Mult est interne ou externe)

* p<.05

** p<.01

*** p<.001

1.5 Les deux échelles manquantes

Depuis le développement du Mini-Mult, plusieurs cliniciens et chercheurs considèrent que les deux (2) échelles, soit (5) masculinité/féminité et (0) introversion sociale sont utiles

et importantes. Dans un article paru en 1972, Graham et Schroeder font état de leurs travaux pour valider les deux échelles qui n'avaient pas été incluses dans la version Mini-Mult. Ils ont utilisé deux (2) groupes de sujets: un groupe pré-expérimental de 49 malades psychiatriques hospitalisés et 69 patients psychiatriques externes. L'âge varie de 16 à 61 ans (médiane = 40) et le niveau d'éducation va de 3 à 17 ans (médiane = 11). Les femmes constituent 56% des sujets, 35% sont mariés, 29% célibataires et 36% sont séparés, divorcés ou veufs. Le groupe de contre validation consiste en 50 patients psychiatriques hospitalisés et le même nombre de patients psychiatriques non hospitalisés. L'âge varie de 14 à 71 ans (médiane = 37) et le niveau d'éducation de 4 à 16 ans (médiane = 12). Les femmes constituent la moitié des sujets, 44% sont mariés, 24% sont célibataires et 32% sont séparés, divorcés ou veufs.

La même procédure, qui avait été utilisée initialement lors de la construction du Mini-Mult, a été suivie pour effectuer la sélection des questions qui allaient faire partie des deux échelles manquantes, soit l'analyse factorielle. Pour chaque échelle le facteur d'inclusion pour chaque question a été examiné et seules les questions qui obtiennent un facteur plus haut que .40 ont été conservées. De cette procédure, 31 questions sont ressorties comme étant statistiquement représentatives. Initialement, 13 items et 18 items forment respectivement les échelles 5 (Mf) et 0 (Si). Deux (2) questions reviennent en double dans les deux (2) échelles manquantes et neuf (9) questions font déjà partie de la version Mini-Mult (Graham & Schroeder, 1972), donc 20 items ont finalement été retenus ce qui augmenterait la longueur du test. Il passe de 71 questions originellement à 91 questions. (Graham, Schroeder et Lilly,

1971; Graham & Schroeder, 1972)

Une fois les échelles abrégées Mf et Si construites, les deux groupes ont été testés avec un MMPI standard duquel les échelles (5) Mf et (0) Si longues et abrégées ont été ressorties. Les coefficients de corrélation de Pearson pour l'échelle 5 entre les versions longue et abrégée ont été de .79 à un degré de signification de .01 et pour l'échelle 0 de .84 ($p < .01$). La production de coefficients de corrélation de Pearson entre les résultats standards prédits et les résultats standards véritables pour l'échelle 5 dans le groupe de contre-validation a été de .75 ($p < .01$), alors que la valeur correspondante pour l'échelle 0 dans ce groupe est de .81 ($p < .01$).

Afin de déterminer si les échelles abrégées tendent à sous-estimer ou surestimer les résultats standard, les moyennes et les écarts-types ont été calculés pour chaque ensemble de résultats. Les moyennes pour les résultats standards prédits et véritables pour l'échelle 5 ont été de 29.76 (MM) et 30.04 (MMPI) respectivement et les écarts types ont été de 5.94 (MM) et 8.05 (MMPI) respectivement. Bien que l'échelle abrégée tende à sous-estimer les résultats standards, la différence entre les deux moyennes a été plutôt petite et n'a pas été statistiquement significative ($t = 0.75$; $df = 99$; $p > .05$) (Dahlstrom & Welsh, 1960). Cependant, pour Graham et Schroeder (1972) il n'y avait pas de tendance significative pour l'échelle abrégée de surestimer ou sous-estimer les scores standards; pour l'échelle 0, les moyennes pour les résultats standards prédits et véritables ont été de 32.40 et 31.32

respectivement et les écarts types ont été de 7.62 et 9.31 respectivement. La différence entre les deux moyennes a été à peine statistiquement significative avec l'échelle abrégée qui tend à surestimer les résultats standards, la différence sera petite et probablement pas cliniquement significative ($t = 2.02$; $df = 99$; $p < .05$). (Dahlstrom & Welsh, 1960; Graham et Schroeder, 1972)

Les corrélations entre les deux ensembles de résultats ont été comparées avec la force des coefficients rapportés précédemment pour les échelles standards (Dahlstrom & Welsh, 1960). Pour l'échelle 5, les coefficients élevés test-retest rapportés pour les groupes déviants varient de .15 à .80 et les coefficients de consistance interne varient de .43 à .83. Pour l'échelle 0, seulement un coefficient test-retest (.78) et un coefficient de cohérence interne (.66) ont été rapportés. Clairement, les corrélations dans l'étude de Graham et Schroeder (1972) chutent aux limites supérieures de la fidélité. Ainsi les échelles abrégées développées dans cette étude sont en mesure de prédire les résultats aux échelles standards avec une exactitude comparable à la précision des échelles standards.

L'échelle Si développée à l'origine mesurait plutôt l'étendue de participation sociale, par contre 7 sous-échelles peuvent être ressorties soit : infériorité et inconfort, affiliation, intérêt social, particularité démographique, sensibilité, confiance interpersonnelle et intérêt physique et somatique. Ceci suggère que cette échelle peut refléter le degré d'ajustement psychologique général aussi bien que la participation sociale.

Même si l'échelle Mf a été construite à l'origine pour mesurer l'ajustement hétérosexuel, elle est généralement interprétée comme une indication des intérêts masculins et féminins. Les résultats de l'étude de Graham, Schroeder et Lilly (1971), avec 422 sujets suggèrent que les intérêts masculin et féminin ne sont pas des tendances opposées sur un seul continuum, mais plutôt des activités et attitudes indépendantes.

Bien que les corrélations avec le test standard ne soient pas aussi élevées que celles de Kincannon pour les autres échelles, il ne faut pas oublier que les échelles 5 et 0 étaient déjà moins dignes de confiance que la majorité des autres échelles (Dahlstrom & Welsh, 1960, cité dans Graham & Schroeder, 1972)). Pour les chercheurs et les cliniciens qui sont intéressés par ces 2 échelles, elles offrent donc un moyen valide et économique pour obtenir de l'information. (Graham & Schroeder, 1972)

Et finalement, comme des recherches effectuées avec le MMPI avaient montré que le test serait moins précis s'il est utilisé avec une autre population que celle avec laquelle il a été validé, c'est à dire, des patients psychiatriques internes et externes (Armentrout, 1970; Armentrout & Rouzer, 1970 cité dans Graham & Schroeder, 1972), les deux échelles précédentes sont donc probablement soumises aux mêmes réserves. Kincannon et Lacks trouvent cependant que le Mini-Mult peut être un prédicteur efficace de plusieurs index de psychopathologie du MMPI standard dans certains cas. (Harford, 1972)

L'étude présente a donc été conçue parce que le potentiel d'utilité de cet instrument dans un temps réduit et pour un champ large de population peut s'avérer très utile. (Harford et al. 1972) Comme la création du Mini-Mult date de plusieurs années, les recherches comparatives concernaient le MMPI original avec le Mini-Mult et non avec le MMPI-2 qui a été restandardisé. Le but de cette recherche est donc dans un premier temps d'intégrer les 20 items sélectionnés par Graham et Schroeder, en 1972, comme représentatifs des deux échelles masculinité-féminité et introversion sociale aux 71 items originaux de la version Mini-Mult pour obtenir une version plus complète de 91 items comprenant les dix échelles cliniques et les trois échelles de validité. De plus, les items de la version Mini-Clinique ont été réécrits en fonction de la nouvelle formulation des items du MMPI-2. Comme ces échelles ont été corrélées avec les échelles de la version originale du MMPI et que les propriétés statistiques sont comparables à celle du MMPI-2 dans un premier temps, nous croyons :

1.6 Hypothèses

1- Il y a une corrélation significative entre les réponses au questionnaire Mini-Clinique auquel les échelles Masculinité/Féminité (5) et Introversion Soicale (0) ont été ajoutées et le MMPI-2 pour chacune des échelles dans le cas d'une population normale.

MÉTHODE

CHAPITRE 2 : MÉTHODE ET PROCÉDURE

2.1 Participants

2.1.1 Sélection des participants

Le recrutement des participants a d'abord été effectué par voie d'affichage à l'Université Laval et au hasard à partir d'affiches situées dans les endroits publics, ou plus directement de façon verbale par la responsable ou par une personne intermédiaire (ignorante de la question de recherche). Cette procédure avait pour objet d'obtenir un échantillon le plus près possible de la population en général. Les participants volontaires, qui sont assurés de la confidentialité des résultats, contactaient l'expérimentatrice. Cette dernière transmettait l'information complémentaire concernant la présente recherche. Par la suite, des enveloppes de recherche contenant un formulaire de consentement éclairé (voir Annexe D), un profil socio-démographique (voir Annexe C) ainsi que les questionnaires Psychiatric Symptom Index (voir Annexe F), le MMPI-2 et la version abrégée soit le Mini-Clinique (voir Annexe B) ont été distribuées aux personnes désireuses de participer, soit lors d'une rencontre ou par un envoi postal (dans le premier cas, en fonction du lieu de résidence de la participante et/ou de son choix) ou soit immédiatement (dans le deuxième cas). Les données sont retournées en main propre ou par la poste dans un délai de 1 mois, tous frais payés. La responsable demeure disponible pour répondre aux questions des participantes. Le Psychiatric Symptom

Index est administré aux participants pour éventuellement exclure les individus pouvant avoir des pathologies non diagnostiquées.

2.1.2 Description de l'échantillon

Le groupe à l'origine était composé de 100 participants québécois volontaires. Après exclusion à partir des résultats au Psychiatric Symptom Index, le groupe se compose désormais de 95 sujets. Pour être retenus dans ce groupe, les individus devaient avoir obtenu un résultat inférieur à 36 à ce même test. Le groupe (n = 95) se compose maintenant comme suit, soit 46 hommes et 49 femmes provenant principalement de trois régions du Québec soit la Côte Nord, le Saguenay et la ville de Québec.

2.2 Instruments

2.2.1 Le formulaire de consentement

Le formulaire de consentement éclairé (voir Annexe D) inclut le but de l'étude, la description des tâches à exécuter, les avantages et les inconvénients pour le participant et la société, les mesures prises pour protéger la confidentialité des renseignements obtenus, les informations concernant la participation volontaire des individus, les coordonnées du chercheur et du directeur, les signatures du participant et du chercheur et la date de l'entente.

2.2.2 Le Profil socio-démographique

Le feuillet de renseignements généraux (voir Annexe C) comprend des données sur les caractéristiques personnelles. Il permettra de connaître les particularités du groupe tel l'âge, le sexe, le nombre d'années de scolarité, l'occupation, le revenu et l'état matrimonial.

2.2.3 Le Psychiatric Symptom Index (PSI ; Ilfeld, 1976)

Le Psychiatric Symptoms Inventory (PSI) (voir Annexe F) est un questionnaire d'auto-évaluation de 29 items de type papier-crayon. C'est une version abrégée du Hopkins Symptom Distress Checklist (Derogatis et al. , 1974). La traduction française du P.S.I. a été effectuée par Kovess et al. (1985). L'absence de différence significative entre les réponses des francophones et des anglophones permet de penser que la fiabilité de la version française est comparable à celle de la version anglaise. Considérant le Hopkins Symptom Distress Checklist validé correctement, Ilfeld utilise telle quelle sa version abrégée (Perrault, 1987) et a procédé à une analyse factorielle des items pour isoler les 28 questions qui seraient les plus significatives et en a ajouté une dernière qui concerne le sentiment de solitude. Selon F. Martin et al. (1989) le degré de consistance interne des échelles du P.S.I. pour l'ensemble du questionnaire obtient un coefficient alpha de 0.89. La personne doit sélectionner une réponse parmi les suivantes : très souvent, assez souvent, de temps en temps ou jamais. Les réponses doivent être données en fonction de l'état de la personne dans les sept derniers jours. Ensuite

une valeur est donnée à chacune des réponses et ces dernières sont additionnées pour obtenir un résultat total. Ces symptômes se situent dans quatre dimensions soient : la symptomatologie dépressive, la symptomatologie anxieuse, la symptomatologie agressive et finalement la symptomatologie des troubles cognitifs (Perrault, 1987). Le Psychiatric Symptom Index sera administré aux sujets du groupe pour éventuellement exclure les individus présentant des caractéristiques de psychopathologie élevées. Un résultat de 36 et plus signifie qu'il y a présence probable de symptômes psychiatriques.

2.2.4 Inventaire de Personnalité Multiphasique Minnesota - 2 (MMPI-2 ; S.R. Hathaway and J.C. McKinley)

Le MMPI-2 est un questionnaire de 567 items de type papier-crayon. Il s'agit d'un inventaire de personnalité, auto-administré et composé de dix échelles cliniques et de trois échelles de validité décrites précédemment. La version utilisée est la version expérimentale française réalisée par le Centre hospitalier Pierre Janet sous la supervision de Pierre Gagnon Ph. D.

2.2.5 Mini-Clinique

Le Mini-Clinique (voir Annexe B) consiste en la version Mini-Mult de 71 items de James C. Kincannon qui est une version abrégée du MMPI et qui est composée des mêmes

échelles, auxquelles ont été ajoutées les 20 questions sélectionnées par Graham et Schroeder (1971), comme représentatives pour les deux échelles cliniques manquantes soit (Mf) 5 et (Si) 0. L'ordre de présentation ainsi que la formulation des questions ont été révisés selon celles du MMPI-2.

2.3 Procédure

Les participants ont pour la plupart été rencontrés de façon individuelle afin de compléter le formulaire de consentement, le feuillet de renseignements généraux, le Psychiatric Symptom Index, le MMPI-2 et le Mini-Clinique. Quelques participants ont aussi reçu par la poste la batterie de test après avoir accepté de participer à la recherche et avoir été rencontrés au préalable par la responsable ou par une personne intermédiaire. Pour les passations avec l'expérimentateur, le MMPI-2 a été administré en alternance avec la version Mini-Clinique donc la séquence d'administration a varié systématiquement. Pour les individus qui complétaient la batterie de tests à la maison, plusieurs ont rapporté avoir commencé par la version longue du MMPI-2 et d'autres par la version courte Mini-Clinique donc, l'ordre d'administration des deux tests a aussi varié de façon aléatoire. Le chercheur est demeuré disponible pour répondre aux questions des participants. Le Psychiatric Symptom Index sera corrigé en premier puisqu'il permettra, tel que mentionné précédemment, de discriminer les participants de l'étude.

2.4 Transformation des résultats

Les résultats escomptés sont la démonstration que la version du Mini-Clinique corrèle avec le MMPI-2 pour chacune des dix échelles cliniques et pour les trois échelles de validité. Pour ce faire, une transformation des résultats devait être effectuée. Le facteur de correction K a été appliqué aux résultats bruts des deux (2) versions soit le MMPI-2 et le Mini-Clinique pour les échelles suivantes Hs (1), Pd (4), Pt (7), Sc (8) et Ma (9). Les résultats bruts ont été comparés de préférence aux scores T parce que les normes utilisées étant américaines, un biais pouvait être possible, cependant ceux-ci ont été présentés transformés en score T pour en faciliter la compréhension. Les résultats du Mini-Clinique ont été ajustés à partir d'une table obtenue avec une méthode de calcul de transformation linéaire des données pour pouvoir être comparés à ceux du MMPI-2. (voir Annexe E) La table initiale de conversion de Kincannon n'a pas été utilisée car elle avait été construite à partir des résultats du MMPI.

2.5 Hypothèses de toute l'étude

Bien que l'hypothèse de recherche soit qu'*«Il y a une corrélation significative entre le Mini-Clinique auquel les échelles Masculinité/Féminité (5) et Introversion Soicale (0) ont été ajoutées et le MMPI-2 pour chacune des échelles dans le cas d'une population normale.»* Une vérification à savoir s'il y a une différence significative entre les différentes échelles pour la version MMPI-2 et la version Mini-Clinique; et s'il y a une différence significative entre les

hommes et les femmes pour les différentes échelles du Mini-Clinique peut être intéressante.

RÉSULTATS

CHAPITRE 3 : ANALYSE DES RÉSULTATS

3.1 Statistiques descriptives

L'âge des participants se situe entre 18 et 80 ans ($M = 37,56$; $ET = 16,64$). L'état civil pour l'échantillon total se divise comme suit : 43.16 % célibataires, 23.16 % sont mariés, 15.79 % vivent en union de fait et 17.89 % sont divorcés ou veufs. Le niveau de scolarité des participants se situe entre 6 ans et 20 ans avec une moyenne de 13.46 années d'étude et un écart type de 3.53. L'occupation principale est le travail à temps plein pour 42.11 % d'entre eux, le travail à temps partiel pour 12.63 % des participants, les études à temps plein pour 24.21 % des sujets et finalement les 21.05 % des gens restants sont soit aux études à temps partiel, sans travail ou cumulent un emploi à temps partiel ou à temps plein avec des études. Le revenu annuel se situe pour 53.68 % d'entre eux à moins de 15 000\$, pour 16.84 % entre 15 000\$ et 25 000\$, pour 13.68 % entre 25 000\$ et 35 000\$ et finalement pour 15.79 % à plus de 35 000\$.

Si l'on divise le groupe en deux (2) sous-groupes par sexe, pour le sous-groupe des femmes, l'âge se situe entre 18 et 76 ans avec une moyenne de 39.96 ans ($ÉT = 17.05$) et leur niveau de scolarité varie de 6 ans à 20 ans avec une moyenne de 13,20 années ($ÉT = 4.06$). Leurs revenus se situent dans une proportion de 63.27 % à moins de 15 000\$, de 18.37 % entre 15 000\$ et 25 000\$, de 8.16 % entre 25 000\$ et 35 000\$ et de 10.20 % à plus de 35 000\$. L'état civil des femmes est constitué de 36,73 % de célibataires, 26.53 % mariées, 18.37 % vivent en union de fait et 18.36 % sont soit divorcées ou veuves. Finalement, 36.73 % des femmes travaillent à temps plein, 16.33 % travaillent à temps partiel, 20.41 % sont étudiantes à temps plein, 2.04 % étudient à temps partiel et

24.49 % sont sans travail ou cumulent des études avec un travail.

Les données correspondantes pour les hommes sont : pour l'âge ils se situent entre 18 et 80 ans avec une moyenne de 35 ans ($\text{ÉT} = 15.98$) et leur niveau de scolarité varie de 7 ans à 20 ans avec une moyenne de 13,74 années ($\text{ÉT} = 2.88$). Leurs revenus se situent dans une proportion de 43.48 % à moins de 15 000\$, 15.22 % entre 15 000\$ et 25 000\$, 19.57 % entre 25 000\$ et 35 000\$ et 21.74 % à plus de 35 000\$. L'état civil des hommes est constitué de 50% de célibataires, 19.57 % mariés, 13.04 % vivent en union de fait et 17.39 % sont soit divorcés ou veufs. Finalement, 47.83 % des hommes travaillent à temps plein, 8.70 % travaillent à temps partiel, 28.26 % sont étudiants à temps plein, 4.35 % étudient à temps partiel et 10.87 % sont sans travail ou cumulent des études avec un travail. Les caractéristiques démographiques sont présentées au tableau 5.

Tableau 5**Données Socio-démographiques**

	Groupe	Femme	Homme
	N = 95	n = 49	n = 46
Age	18 à 80 ans	18 à 76 ans	18 à 80 ans
M	37.56	39.96	35.00
ÉT	16.64	17.05	15.98
État civil			
-marié	23.16%	26.53%	19.57%
-célibataire	43.16%	36.73%	50%
-union de fait	15.79%	18.37%	13.04%
divorcé ou veuf (ve)	17.89%	18.36%	17.39%
Scolarité	6 à 20 ans	6 à 20 ans	7 à 20 ans
M	13.46	13.20	13.74
ÉT	3.53	4.06	2.88
Occupation			
-travail temps plein	42.11%	36.73%	47.83%
-travail temps partiel	12.63%	16.33%	8.70%
-étude temps plein	24.21%	20.41%	28.26%
-autres	21.05%	26.53%	15.22%
Revenu annuel			
-moins de 15 000\$	53.68%	63.27%	43.48%
-entre 15 000\$ et 25 000\$	16.84%	18.37%	15.22%
-entre 25 000\$ et 35 000\$	13.68%	8.16%	19.57%
-plus de 35 000\$	15.79%	10.20%	21.74%

3.2 Vérification des postulats de base

Les analyses préliminaires permettent de confirmer que les données respectent les postulats de base des analyses paramétriques.

3.3 Différence entre les sexes pour les différentes échelles

Ensuite, l'hypothèse est amenée que les différentes échelles du Mini-Clinique ne permettent pas d'observer une différence entre les hommes et les femmes pour la population dite normale. Le type d'analyse effectuée afin de vérifier s'il y a une différence significative est le test T (pour échantillons indépendants) de Student. Ce choix s'appuie sur la nature des échantillons et des hypothèses. Une présentation sous forme de tableau des résultats de ces analyses se retrouve au tableau 6. Le seuil de signification des tests a été établi en fonction du nombre de variables (13) selon la correction de Bonferroni pour contrôler l'inflation de l'erreur de type I (Kirk, 1995). Il est donc de 0.05 divisé par 13 pour un seuil de 0.0038.

Les analyses n'ont démontré aucune différence significative entre les résultats des hommes et des femmes.

TABLEAU 6**Différence entre les sexes pour les différentes échelles
du Mini-Clinique**

Échelles	Hommes n = 46		Femmes n = 49		T	df	
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type			
L	56.48	14.03	54.57	13.85	0.66	93	.51
F	66.33	22.07	60.49	22.18	1.29	93	.20
K	47.93	9.48	45.82	9.79	1.07	93	.29
Hs	37.24	10.51	35.39	8.21	0.96	93	.34
D	42.00	13.22	38.39	11.79	1.40	93	.16
Hy	51.26	15.94	44.92	11.62	2.22	93	.03
Pd	40.20	9.95	38.04	10.12	1.05	93	.30
Mf	47.57	13.02	53.57	17.98	-1.86	93	.07
Pa	51.24	18.73	48.02	16.61	0.89	93	.38
Pt	33.61	7.54	34.16	8.15	-0.34	93	.73
Sc	44.28	44.97	35.92	11.08	1.26	93	.21
Ma	49.59	16.93	43.63	18.08	1.65	93	.10
Si	49.41	12.77	47.80	11.16	0.66	93	.51

* p < .0038 significatif

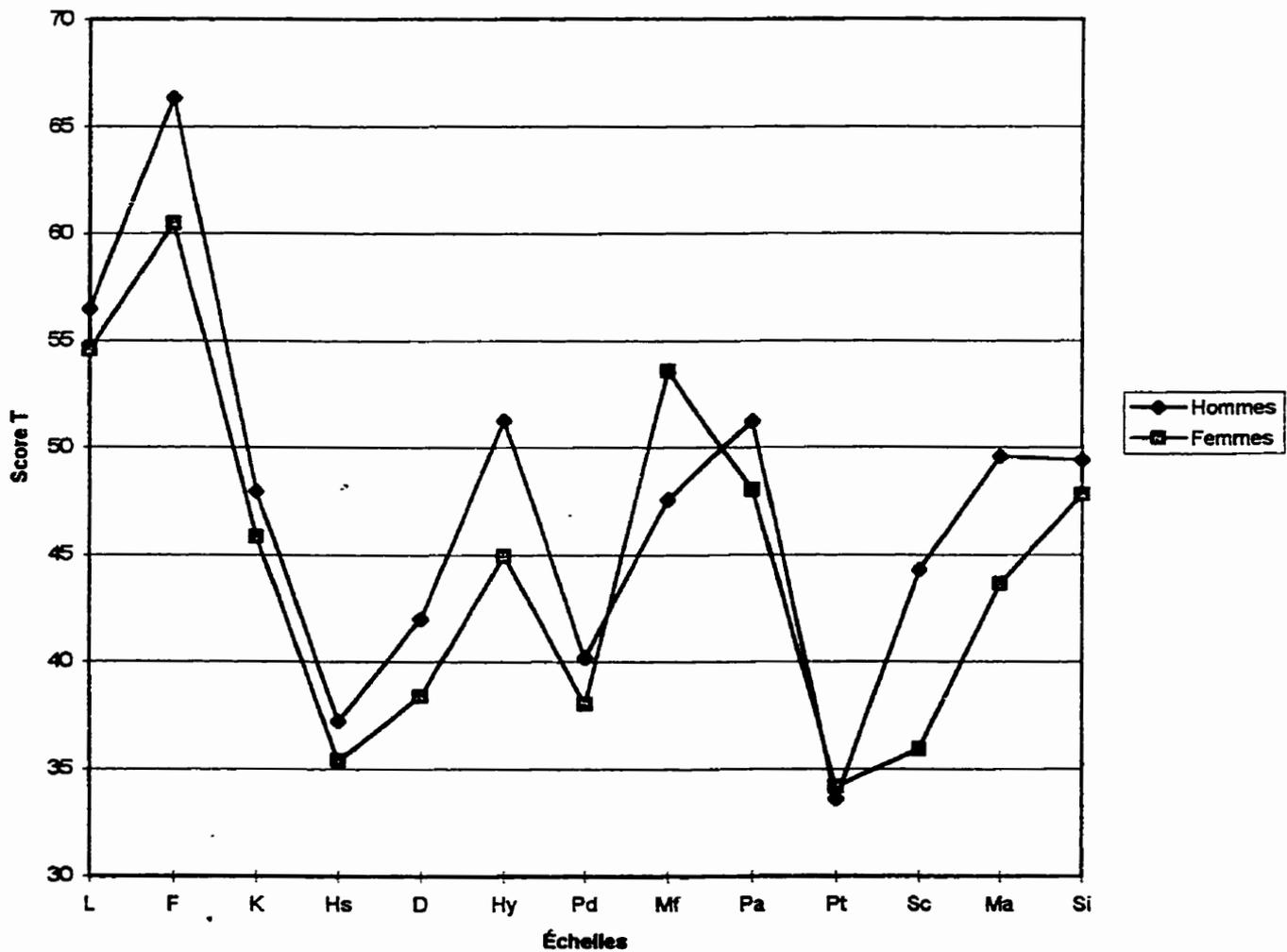


Figure 1. Différence entre les sexes pour les différentes échelles du Mini-Clinique

3.4 Différences entre la version longue MMPI-2 et la version courte Mini-Clinique pour les différentes échelles

L'hypothèse est amenée qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux versions pour chacune des échelles. Le type d'analyse effectuée afin de vérifier s'il y a une différence est le test T de Student (pour échantillons indépendants). Ce choix s'appuie sur la nature des échantillons et des

hypothèses. Une présentation des résultats se retrouve au tableau 7. Le seuil de signification des tests a été établi en fonction du nombre de variables (13) selon la correction de Bonferroni pour contrôler l'inflation de l'erreur de type I (Kirk, 1995). Il est donc de 0.05 divisé par 13 pour un seuil de 0.0038.

Les analyses ont démontré des différences significatives entre les deux versions pour les 7 échelles suivantes soient F, K, hypocondrie, dépression, déviations psychopathiques, psychasthénie et schizophrénie. L'échelle du Mini-Clinique F surestimerait l'échelle correspondante du MMPI-2 tandis que les échelles K, hypocondrie, dépression, déviations psychopathiques, psychasthénie et schizophrénie vont dans le sens d'une sous-estimation.

TABLEAU 7**Différence entre les 2 versions pour les différentes échelles**

Variable	Mini-Clinique		MMPI-2		T	Probabilité
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type		
Lie	55.49	13.90	58.89	12.28	-2.84	.005
F	63.32	22.20	56.97	11.40	3.78	.000*
K	46.84	9.65	49.63	9.80	-3.65	.000*
Hypocondrie	36.28	9.39	54.27	11.30	-21.27	.000*
Dépression	40.14	12.56	50.22	10.58	-10.94	.000*
Hystérie	47.99	14.17	50.31	10.46	-2.24	.027
Déviations Psychopathiques	39.08	10.04	52.68	10.87	-14.11	.000*
Masculinité/féminité	50.66	15.98	53.12	12.17	-1.80	.075
Paranoïa	49.58	17.65	50.58	12.61	-0.71	.48
Psychasthénie	33.89	7.82	49.43	10.60	-16.35	.000*
Schizophrénie	39.97	32.38	51.40	11.55	-3.46	.001*
Hypomanie	46.52	17.70	49.74	10.75	-2.36	.021
Introversion Sociale	48.58	11.93	48.81	9.11	-0.28	.783

*significatif

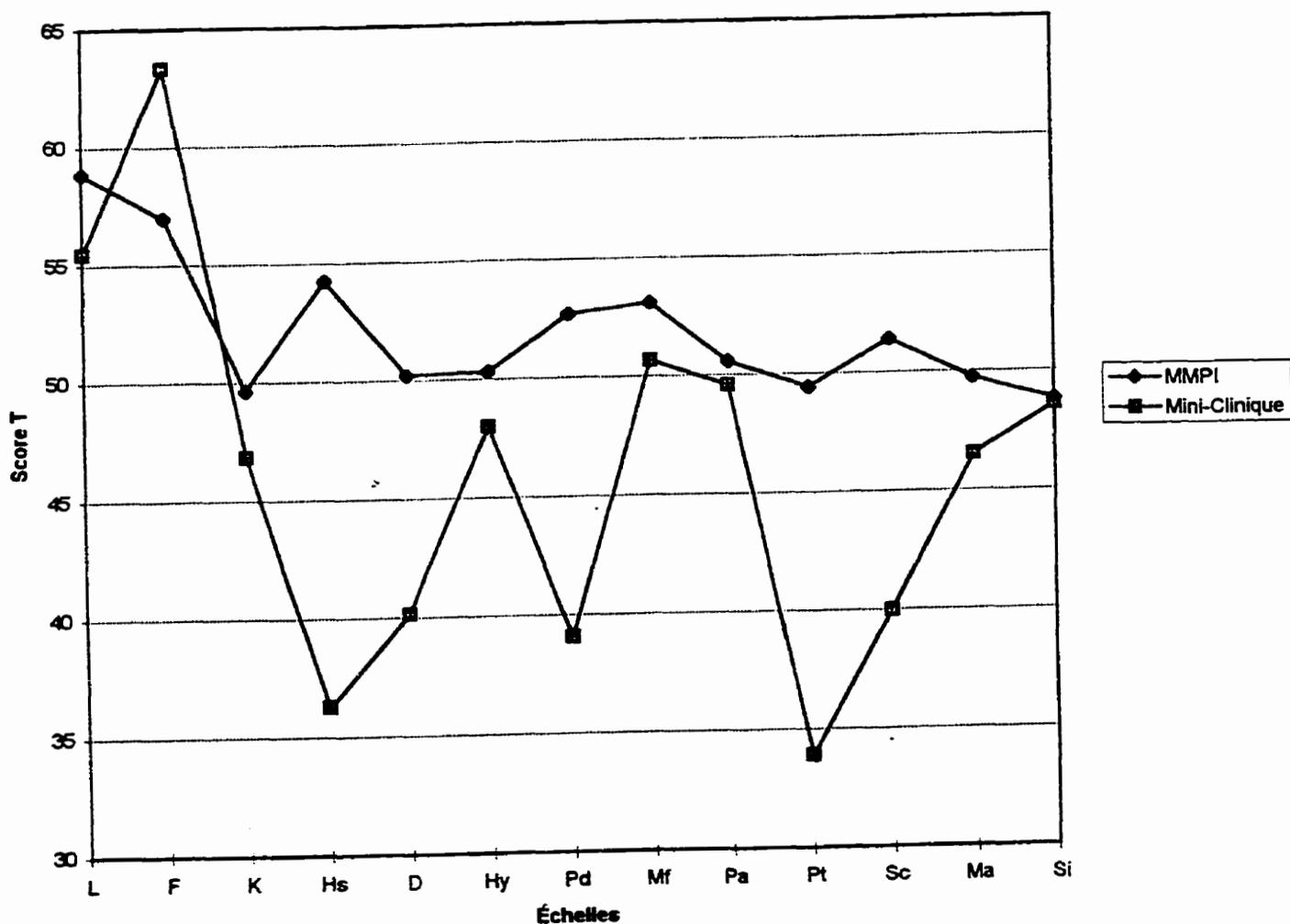


Figure 2. Différences entre les deux versions pour les différentes échelles

3.5 Analyses corrélationnelles

Les résultats des analyses corrélationnelles effectuées afin d'évaluer la relation entre les échelles de la version longue (MMPI-2) et les échelles correspondantes de la version courte (Mini-Clinique) ont révélé que toutes les corrélations entre les échelles (L, F, K, Hs, D, Hy, Pd, Mf, Pa, Pt, Sc, Ma et Si) de la version longue et de la version courte sont significatives selon une probabilité inférieure à .0001. Les différentes corrélations seront présentées au tableau 8.

TABLEAU 8**Coéfficients de corrélations entre les 2 versions pour chaque échelle**

Corrélations de Pearsons		
Échelles	r. Entre MMPI-2 et Mini-Clinique	Degré de signification
L	.63	.0001
F	.71	.0001
K	.77	.0001
Hs	.78	.0001
D	.58	.0001
Hy	.75	.0001
Pd	.62	.0001
Mf	.72	.0001
Pa	.75	.0001
Pt	.67	.0001
Sc	.72	.0001
Ma	.67	.0001
Si	.80	.0001

DISCUSSION

CHAPITRE 4 : DISCUSSION

Cherchant à savoir si les échelles de la version abrégée Mini-Clinique pouvaient servir d'équivalence pour remplacer l'utilisation dans certains cas du MMPI-2, des tests-T de Student et des analyses corrélationnelles ont été faits entre les trois échelles de validité et les dix échelles cliniques correspondantes pour les deux versions (MMPI-2 et Mini-Clinique) en vue d'obtenir un inventaire le plus complet et équivalent possible. Considérant aussi que la version Mini-Clinique se trouvant être un inventaire nouvellement créé, puisque l'ordre de présentation ainsi que la formulation des questions ont été retravaillés selon celle de la version MMPI-2, et qu'en plus les deux échelles manquantes ont été ajoutées, les résultats obtenus avec l'inventaire Mini-Clinique ont donc été comparés à ceux de la littérature concernant la version similaire Mini-Mult de Kincannon pour les trois échelles de validités (L, F, K) et les huit échelles cliniques (Hs, D, Hy, Pd, Pt, Pa, Sc et Ma) et à ceux que Graham et Schroeder avaient obtenus pour les deux échelles (Mf, Si).

De plus, il apparaissait important d'utiliser une version que l'on qualifie d'externe, c'est-à-dire qui a une passation indépendante, plutôt qu'interne, qui demande tout de même la passation complète du MMPI-2 pour en extraire les questions avec une grille de correction, car le but de la présente étude est d'obtenir une version qui diminue les inconvénients comme, entre autres, le temps de passation très long tout en conservant les propriétés statistiques et la valeur du test qui sert à l'évaluation psycho-diagnostique.

Les résultats obtenus aux tests-T entre les versions Mini-Clinique et MMPI-2 démontrent que l'échelle F du test abrégé surestimerait l'échelle correspondante du MMPI-2. Ces résultats sont contraires à ceux des études similaires faites entre le MMPI et le Mini-Mult de Kincannon. Trybus et Hewitt (1972) avec un échantillon d'étudiants volontaires, ainsi que Kincannon (1968) et Hartmann et Robertson (1972) qui ont utilisé des groupes de patients psychiatriques ont obtenu des résultats qui vont dans le sens d'une sous-estimation de cette même échelle.

Aussi, dans la présente recherche, les échelles abrégées Mini-Clinique K, Hs, D, Pd, Pt et Sc ont obtenu des différences statistiquement significatives avec le MMPI-2. Celles-ci sous-estiment les échelles de la version longue. Ces résultats sont contraires aux recherches similaires de Hartman et Robertson (1972) ou les échelles K et Pd de la version Mini-Mult surestimaient de façon significative celles du MMPI ainsi que l'étude de Rybolt et Lambert (1975) qui obtenait des résultats aux échelles abrégées Hs, D et Pd qui allaient dans le sens d'une surestimation de la version MMPI. Par contre l'échelle Pt a obtenu des résultats similaires dans les deux recherches de Rybolt et Lambert (1975) et Lacks et Powell (1970) qui vont dans le sens d'une sous-estimation. Il faut aussi mentionner que Hobbs (1974) n'avait pas obtenu de différence significative en ce qui concerne les échelles D et Sc contrairement à notre étude.

Malheureusement, plusieurs des études qui indiquent des différences significatives entre les différentes échelles, n'indiquent pas si elles vont dans le sens d'une surestimation ou d'une sous-estimation de la version longue.

Les échelles D, Hy, Pa, Pd et Ma ont montré des différences significatives entre les hommes et les femmes pour les 3 formes (Hartmann et Robertson, 1972) contrairement à notre étude qui n'obtient aucune différence pour ces mêmes échelles.

Les résultats obtenus aux analyses corrélationnelles entre la version courte Mini-Clinique et le MMPI-2 pour toutes les échelles sont significatifs selon une probabilité inférieure à .0001 comme émis dans l'hypothèse. Les corrélations tendent vers des valeurs similaires à celles des études précédentes qui avaient comparé le Mini-Mult de Kincannon avec le MMPI et qui avaient utilisé les formes courtes externes avec différentes populations. Le Mini-Clinique a une étendue de corrélation d'échelle qui varie entre .58 et .80 dans l'étude présente. Si on les compare plus particulièrement, avec l'étude de Armentrout (1970) faite à partir de la version Mini-Mult, qui a comme participants des étudiants collégiaux et qui utilise une version externe comme ici, les corrélations obtenues (entre .35 à .85, sauf pour l'échelle F pour les hommes qui obtient .09) sont soit sensiblement les mêmes ou plus basse.

Hobbs (1974) quant à lui obtient des corrélations qui varient de .29 (Hs) à .83 (D, Pt) avec une moyenne de .70 significatives à .01 avec des patients psychiatriques et un Mini-Mult

interne. Les corrélations de Hartman et Robertson (1972) varient entre .66 à .89 avec une médiane .83 pour la version interne et de .74 à .90 avec une médiane de .83 pour la version externe. Les résultats de la présentation externe produisent des résultats comparables à la fidélité test-retest du MMPI selon eux. Enfin, les corrélations de Hoffmann et Butcher, (1975) varient entre .74 et .91 avec une moyenne de .85.

En ce qui concerne les 2 échelles abrégées Mf et Si les résultats de notre étude ont été sensiblement les mêmes que ceux de Graham et Schroeder. Bien qu'ils aient utilisé des échantillons d'individus malades psychiatriques et la présente recherche un groupe de participants qui provient de la population en général, les corrélations obtenues par les deux chercheurs pour l'échelle Mf ont été de .75 pour un groupe de patients psychiatriques hospitalisés et de .79 pour un groupe de patients psychiatriques externes, tandis que celle obtenue dans la présente recherche est de .72. Les résultats correspondants pour l'échelle Si étaient de .84 et .81 dans la recherche précédente et ceux obtenus ici sont de .80. Nous croyons que nos résultats peuvent être considérés comme semblables à ceux obtenus précédemment pour deux raisons. Le premier tient à ce qu'une version interne abrégée du MMPI comme celle de Graham et Schroeder entraîne des coefficients de corrélation qui sont toujours un peu plus élevés que ceux qui proviennent d'une version externe du MMPI comme le Mini-Clinique et la deuxième s'appuie sur les affirmations des auteurs à l'effet que les recherches avec des sujets normaux donnent généralement des corrélations plus basses. Le champ d'utilisation pour ces deux échelles peut donc être élargi.

Cette étude suggère donc que le Mini-Clinique devient une alternative attrayante qui nécessiterait moins de temps dans la prédiction des résultats du MMPI-2 avec tout de même un bon degré d'exactitude.

4.1 Implication pour l'intervention clinique

L'utilité de la version externe qui peut être utilisée indépendamment dans un laps de temps plus court est indéniable. D'un point de vue pratique, l'intérêt est centré sur une version abrégée comme le Mini-Clinique qui est administré indépendamment et qui prend en moyenne de 15 à 20 minutes à compléter comparé à approximativement 90 à 120 minutes pour la forme complète standard du MMPI. C'est aussi une conclusion qui a été trouvée par Hartman et Robertson, (1972).

Cet outil permet au clinicien d'évaluer sommairement et ainsi orienter ses interventions afin d'aider son client à cheminer si celui-ci en manifeste le désir. Le Mini-Clinique permet aussi aux individus de faire une auto-évaluation de leurs divers traits de personnalité car le fait de répondre à ce questionnaire induit une réflexion sur soi pour certaines personnes ce qui a été rapporté par plusieurs participants dans cette étude.

4.2 Limite de la recherche

Il est important de noter qu'étant donné que l'échelle F surestime l'échelle

correspondante du MMPI-2, il peut y avoir une différence notable dans la pratique car l'échelle F est une échelle de validité, donc certains protocoles peuvent devenir invalides alors qu'ils ne l'auraient pas été ou inversement.

De plus, «pour apprécier les qualités métrologiques d'un instrument en étudiant la validité concurrente ou croisée, on suppose que l'instrument de référence (ici le MMPI-2) est déjà validé par rapport à l'objet de l'étude. Certains auteurs (Palem, cité dans Dormoy et al. 1991) se disant eux-mêmes en minorité, ont pris des positions quasi polémiques par rapport à la validité externe du MMPI. L'étude de la validité externe, qui compare le résultat obtenu à la clinique, suppose qu'il existe une définition précise du «cas» clinique avec un consensus des divers auteurs travaillant sur ces problèmes de validation. Ce n'est cependant pas vraiment le cas et ceci est une préoccupation actuelle comme l'atteste les révisions du DSM. On peut donc se demander si les apparentes contradictions rencontrées dans les diverses études ne proviennent pas de différences quant à la définition du problème. Ce serait une cause d'erreur bien connue en statistique et comme le souligne Schwartz «la définition du problème est le stade le plus important, le plus délicat et le plus méconnu.» (Dormoy et al., 1991)

Certains auteurs soulignent également la prudence avec laquelle ce test doit être utilisé pour un usage d'évaluation sur une base individuelle, car il ne serait pas un outil prédictif du type clinique du patient (Armentrout et Rouzer, Dean, Hobbs et Fowler, Edinger et al., Poythress et Blaney, Stevens et Reilly cité dans Dormoy et al. 1991, Jabara et Corran). En revanche la plupart des auteurs conviennent de son utilité pour la comparaison de groupes

(Edinger et al., Newby et al., Schmidt et Fonda, Siddal et Keogh) et concluent à une excellente corrélation avec la clinique si on se limite à porter un diagnostic rentrant dans un grand cadre nosographique (névrose, dépression, psychose) (Dormoy et al., 1991)

Les recherches futures pourraient reprendre les feuilles réponses de l'inventaire MMPI-2 et en extraire des Mini-Clinique internes pour ainsi comparer les résultats obtenus aux tests corrélationnels pour voir si il y a une différence entre les 2 versions Mini-Cliniques (interne et externe) car il y a de la littérature qui appuie cette hypothèse en ce qui concerne le Mini-Mult. Kincannon (1968) et Newton (1971) ont signalé que les corrélations entre les résultats des échelles du Mini-Mult interne et le MMPI sont constamment plus hautes que les corrélations comparables entre le Mini-Mult et le MMPI administrés séparément. (Streiner et al., 1973)

Ensuite, de futurs chercheurs pourraient vérifier si les analyses statistiques reproduites avec des échantillons plus grands donneraient les mêmes résultats. Car la recherche présente est une étude partielle. (Voir analyse de puissance de Cohen, 1988) Dans le même ordre d'idée, il serait intéressant de vérifier si les corrélations substantielles obtenues entre les formes courte et longue Mini-Clinique et MMPI-2 sont adéquates à démontrer l'utilité clinique puisqu'une corrélation ne tient pas compte du degré à laquelle les échelles de la forme courte prédise le résultat exact des échelles de la forme longue. (Helmes & McLaughlin, 1983) Une statistique élevée n'est pas suffisante à elle seule comme critère pour l'application en clinique, puisque comme Harford et ses associés (1972) l'ont découvert, il est possible d'avoir toutes les corrélations d'échelle à échelle significatives à un niveau de .01 et en même

temps obtenir des différences de résultats moyen aux échelles entre la version longue et la courte.

Bien sûr, en clinique il n'y a pas que l'aspect statistique qui compte. Un aspect important en clinique n'a pas été vérifié dans cette étude soit à savoir si pour chaque profil, les mêmes élévations d'échelles significatives se répètent pour un individu donné entre les deux versions soit le Mini-Clinique et le MMPI-2. Plusieurs critères pourraient être considérés comme l'échelle la plus élevée, les deux échelles les plus élevées dans le même ordre de priorité ou dans un ordre inversé et ainsi de suite. Ceci pourrait faire l'objet d'une étude future et ainsi donner plus de poids aux résultats obtenus ici ou au contraire nous faire voir à quel niveau les différences se situent. Les critères utilisés dans les prédictions d'information clinique sont aussi une source importante de différences en ce sens que même si les études tendent généralement à démontrer des corrélations acceptables entre les deux versions du MMPI, celles qui considèrent les élévations d'échelle ou une autre règle de configuration plus formelle de catégories plus larges telles que psychotique ou névrotique ont une correspondance moins élevée. Les résultats d'élévations d'échelles tombent plutôt entre 30% (Armentrout, 1970) et 55.5% (Huisman, 1974).

Les recherches futures pourraient examiner les effets des variables socio-démographiques. Il apparaît qu'un certain nombre de facteurs tels l'âge, le type et la sévérité de la maladie psychiatrique influencent la précision relative de la forme courte dans les prédictions des résultats du MMPI complet. (Hoffmann et Butcher, 1975)

Enfin, selon Harford et al., 1972, Armentrout et Rouzer, 1970 et Armentrout, 1970, les versions abrégées ont tendance à sous-estimer les résultats extrêmes bien qu'elles soient sensibles à la présence de psychopathologie dans les cas de patients psychiatriques externes. Ce test peut être bon mais manquer de sensibilité. Les recherches entre le Mini-Mult et le MMPI ont démontré que la correspondance est plus élevée dans les cas de patients souffrant de psychopathologies sérieuses, (Harford et al., 1972) ce qui pourrait amener de futurs chercheurs à vérifier la fidélité statistique ou le degré de perte d'équivalence du Mini-Clinique avec des populations particulières.

Éventuellement, considérant l'utilité clinique d'un tel instrument, il serait avantageux d'agrandir l'échantillon et de construire des normes québécoises c'est-à-dire reprendre les différentes échelles et faire des études de validation avec les différentes classes nosographiques de patients. Le MMPI-2 est un test que les recherches indiquent fidèle dans le temps et qui possède une bonne validité discriminante, mais ces normes sont cependant faites à partir des données obtenues avec une population américaine.

CONCLUSION

CHAPITRE 5 CONCLUSION

Cette étude visait à valider une nouvelle version abrégée du MMPI-2 nommée Mini-Clinique. Pour ce faire, un échantillon de 95 participants a été retenu. La présente étude a permis une validation de l'hypothèse stipulant que «Il y a une corrélation significative entre les réponses au questionnaire Mini-Clinique auquel les échelles Masculinité/féminité (5) et Introversion sociale (0) ont été ajoutées et le MMPI-2 pour chacune des échelles dans le cas d'une population normale.» puisque les résultats vont dans le sens attendu.

Malgré les différences dans la méthodologie menant aux résultats, l'élément commun des différentes recherches présentées dans cette étude est que tous les chercheurs ont réussi à démontrer des corrélations significatives entre les résultats prédits des formes courtes et les résultats obtenus lors du test complet. Les corrélations entre l'estimation d'une forme courte d'une certaine échelle et l'échelle complète (forme longue) se tiennent dans un intervalle se situant majoritairement entre .60 et .85. Il faut cependant noter que les corrélations entre les échelles des versions courte et longue seules ne sont pas un indice suffisant pour juger de la précision de la forme courte; par exemple, il est possible de trouver des corrélations sans avoir d'instrument équivalent. (Hoffmann et Butcher, 1975) Notons aussi que l'utilisation d'un petit échantillon nous empêche de donner des conclusions définitives. Nous pouvons tout de même faire quelques déductions.

Deux autres hypothèses ont été vérifiées soit de savoir s'il y a une différence significative entre les différentes échelles pour les deux versions MMPI-2 et Mini-Clinique et

s'il y a une différence significative entre les hommes et les femmes pour la version Mini-Clinique. Dans ce dernier cas, aucune différence significative n'a été trouvée, par contre nous avons trouvé des différences significatives pour 7 des 13 échelles entre le MMPI-2 et le Mini-Clinique.

Face aux résultats obtenus avec le Mini-Clinique et à ceux des études relevées dans cette recherche, une réserve est ici mise face à son utilité qui serait limitée à certaines populations ou certaines applications. Des écarts peuvent résulter de facteurs tels que l'utilisation d'échantillons de population très ou peu sélectif. Il faut aussi noter que les corrélations entre les échelles des formes respectives sont plus élevées pour les cas plus sévères parmi les candidats étudiés que pour les cas moins sévères. En général, les études dépassant les considérations de la correspondance d'échelle à échelle et qui considèrent les applications pratiques tendent à démontrer qu'il faut être critique face à l'utilité d'une forme abrégée du MMPI (Hoffmann et Butcher, 1975)

En conclusion, le Mini-Clinique apparaît presque comme un substitut efficace du MMPI-2. Malgré plusieurs limites, cette recherche a tout de même constitué une des toutes premières études sur une validation québécoise d'une version abrégée. Nous souhaitons donc que d'autres recherches se penchent sur le sujet en élargissant l'échantillonnage, afin de permettre au clinicien d'avoir un outil de plus à sa disposition lui permettant ainsi des interventions plus appropriées auprès de la personne.

RÉFÉRENCES

- Armentrout, J.A. (1970). Correspondence of the MMPI and the Mini-Mult in a college population. Journal of Clinical Psychology, 26, 493-495.
- Armentrout, J.A., Rouzer, D.L. (1970). Utility of the Mini-Mult with delinquents. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 34, 450.
- American Psychological Association. (1994). Publication Manual of the American Psychological Association (Fourth Edition). Washington, DC.
- Anastasi, A. (1994). Introduction à la psychométrie. Montréal : Guérin Éditeur Itée.
- Bassett, J. E., Schellman, G. C. (1977). Efficacy of the Mini-Mult Validity Scales with Prisoners. Journal of Clinical Psychology, 33 (3), 729-731.
- Bernier, J-J., Pietrulewicz, B. (1997). La psychométrie, traité de mesure appliquée. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur Itée.
- Bisson, Thierry. (1997). Le M.M.P.I. Pratique et évolutions d'un test de personnalité. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble.
- Butcher, J. N. (1990). The MMPI-2 in Psychological Treatment. New York : Oxford University Press.
- Butcher, J. N., Kendall, P. C., Hoffman, N. (1980). MMPI Short Forms : Caution. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48 (2), 275-278.
- Clapperton, T. (1955). Standardisation du Minnesota Multiphasic Personality Inventory pour étudiantes garde-malades canadiennes françaises, Thèse de l'Université Laval.
- Comrey, A.L. (1958). A factor analysis of items on the F scale of the MMPI. Educational and Psychological Measurement, 18, 621-632.
- Dahlstrom, W.G., Welsh, G.S. (1960). An MMPI handbook. Minneapolis : University of Minnesota Press.
- Dean E. F. (1972). A Lengthened Mini : The Midi-Mult. Journal of Clinical Psychology, 28 (1), 68-71.
- Derogatis, L.R. et al. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL) : A self report symptom inventory. Behavioral Science, 19 (1), 1-15.
- Dormoy, O., Facy, F., Vilamot, B. (1991). Toxicomanes incarcérés : approche psychométrique. Revue européenne de Psychologie Appliquée, 41 (2), 85-91.
- Duckworth, J.C., Anderson, W.P. (1995). MMPI & MMPI-2 : Interpretation Manual for Counselors and Clinicians, Fourth Edition. Bristol : Accelerated Development.

Duthie, R. B., Borrero-Hernandez, A. (1979). Differentiating Methadone Outpatients from Psychiatric Outpatients and Normals with the Mini-Mult. Journal of Clinical Psychology, 35 (2), 457-458.

Faschingbauer, T. R. (1976). Substitution and Regression Models, Base Rates, and the Clinical Validity of the Mini-Mult. Journal of Clinical Psychology, 32 (1), 70-74.

Franco, J. N. (1986). Utility of the Mini-Mult in a Community Mental Health Setting. Psychological Reports, 59, 959-962.

Gayton W. F., Ozmon, K. L., Wilson, W. T. (1972). Investigation of a written form of the Mini-Mult. Psychological Reports, 30, 275-278.

Graham, J.R. (1993). MMPI-2 Assessing Personality and Psychopathology Second Edition. New York : Oxford University Press.

Graham, J. R. (1987). The MMPI: A practical guide (2nd ed.). New-York : Oxford University Press.

Graham, J. R., Schroeder, H. E. (1972). Abbreviated Mf and Si Scales for the MMPI. Journal of Personality Assessment, 36, 436-439.

Graham, J. R., Schroeder, H. E., Lilly, R. S. (1971). Factor analysis of items on the Social Introversion and Masculinity-Femininity Scales of the MMPI. Journal of Clinical Psychology, 27 (3), 367-370.

Hartford, T., Lubetkin, B., Alpert, G. (1972). Comparison of the Standard MMPI and the Mini-Mult in a Psychiatric Outpatient Clinic. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 38 (2), 243-245.

Hartman, G., Robertson, M. (1972). Comparison of the Mini-Mult and the MMPI in a Community Mental Health Agency. Proceedings 80th Annual Convention, APA.

Hathaway, S.R., McKinley, J.C. (1967). Minnesota Multiphasic Personality Inventory. New York : Psychological Corporation.

Helmes, E., McLaughlin, J. D. (1983). A Comparison of the Three MMPI Short Forms : Limited Clinical Utility in Classification. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51 (5), 786-787.

Hobbs, T. R. (1974). Scale Equivalence and Profile Similarity of the Mini-Mult and MMPI in an Outpatient Clinic. Journal of Clinical Psychology, 30 (3), 349-350.

Hobbs, T. R., Fowler, R. D. (1974). Reliability and Scale Equivalence of the Mini-Mult and MMPI. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42 (1), 89-92.

Hoffmann, N.G., Butcher, J.N. (1975). Clinical Limitations of Three Minnesota Multiphasic Personality Inventory Short Forms. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 32-39.

Huisman, R. E. (1974). Correspondence between Mini-Mult and standard MMPI scale scores in patients with neurological disease. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42 (1), 149.

Jabara, R.F., Curran, S.F. (1974). Comparison of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory and Mini-Mult with drug users. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42 (5), 739-740.

Kincannon, J.C. (1968). Prediction of the standard MMPI scale scores from 71 items: The Mini-Mult. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 32 (3), 319-325.

Kirk, R. E. (1995). Experimental Design: Procedures for Behavioral Sciences. Pacific Grove: Brook and Cole Publishing Company.

Lacks, P. B. (1970). Further investigation of the Mini-Mult. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 35, 126-127.

Lacks, P. B., Powell, B. J. (1970). The Mini-Mult as a personnel screening technique: a preliminary report. Psychological Reports, 27, 909-910.

Larousse. (1994). Grand dictionnaire de la psychologie. Paris: Édition Larousse.

Lewak, R.W., Marks, P.A., Nelson, G.E. (1990). Therapist Guide to the MMPI & MMPI-2 : Providing Feedback and Treatment. Muncie : Accelerated Development Inc, Publishers.

Long, K. A., Graham, J. R. (1991). The Masculinity-Femininity Scale of MMPI-2 : Is It Useful With Normal Men?. Journal of Personality Assessment, 57 (1), 46-51.

McLachlan, J. F. C. (1974). Test-retest stability of long and short MMPI scales over two years. Journal of Clinical Psychology, 30 (2), 189-191.

Martin, F., Sabourin, S., Gendreau, D. (1989). Les dimensions de la détresse psychologique : Analyse factorielle confirmatoire de type hiérarchique. The dimensions of psychological distress : Confirmatory factorial analysis of hierarchical type. International Journal of Psychology 2 (5) 571-584.

Mlott, S.R. (1973). The Mini-Mult and its use with adolescents. Journal of Clinical Psychology, 29 (3), 376-377.

Newmark, C. S., Woody, G. G., Ziff, D. R., Finch, A. J. Jr. (1980). MMPI Short Forms : A Different Perspective. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48 (2), 279-283.

Newton, J. R. (1971). A comparison of studies of the Mini-Mult. Journal of Clinical Psychology, 27 (4), 489-490.

Palmer, A.B. (1973). A comparison of the MMPI and Mini-Mult in a sample of state mental hospital patients. Journal of Clinical Psychology, 29 (4), 484-485.

Papalia, D. E., Wendkos Old, S. (1988). Introduction à la psychologie. McGraw Hill Éditeurs.

Perrault, C. (1987). Les mesures de santé mentale possibilités et limites de la méthodologie utilisée. Enquête Santé Québec.

Percell, L.P., Delk, J.L. (1973). Relative usefulness of three forms of the Mini-Mult with college students. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 40 (3), 487.

Piéron, H. (1968). Vocabulaire de la psychologie. Paris: Presses Universitaires de France.

Platt, J.J., Scura, W.C. (1972). Validity of the Mini-Mult with male reformatory inmates. Journal of Clinical Psychology, 28 (4), 528-529.

Rand, S. W. (1979). Correspondence between Psychological Reports Based on the Mini-Mult and the MMPI. Journal of Personality Assessment, 43 (2), 160-163.

Rybolt, G. A., Lambert, J. A. (1975). Correspondence of the MMPI and Mini-Mult with Psychiatric Inpatients. Journal of Clinical Psychology, 31 (2), 279-281.

Samuel, A.G. (1981). Phonemic restoration : Insight from a new methodology. Journal of Experimental Psychology General, 110 (4), 474-494.

Sidall, J. W., Keogh, N. J. (1980). Psychotherapeutic drug recommendations based on the Mini-Mult. Psychological Reports, 47, 1283-1288.

Streiner, D. L., Miller, H. R. (1986). Can a good short form of the MMPI ever be developed? Journal of Clinical Psychology, 42 (1), 109-113.

Streiner, D. L., Woodward, J. T., Goodman, J. T., McLean, A. (1973). Comparisons of the MMPI and Mini-Mult. Canadian Journal of Behavioural Science, 5 (1), 76-82.

Swanson, S.C., Thomas-Dobson, S., Templer, D.I., Cannon, W.G., Streiner, D.L., Reynolds, R.M., Miller, H.R. (1995). Development of a Three-Scale MMPI : The MMPI-TRI. Journal of Clinical Psychology, 51, 361-374.

Trybus, R.J., Hewitt, C.W. (1972). The Mini-Mult in a non-psychiatric population. Journal of Clinical Psychology, 28 (3), 371.

Tsushima, W. T. (1975). Relationship between the Mini-Mult and the MMPI with Medical Patients. Journal of Clinical Psychology, 31 (4), 673-675.

Ward, L. C., Bishop, E. R. Jr. (1984). Non-Overlapping Factor Scales for the Mini-Mult. Journal of Clinical Psychology, 40 (3), 749-750.

Ward, L. C., McDaniel, J. T., Selby, R. B. (1980). A comparative study of the Mini-Mult and the MMPI-168. Journal of Clinical Psychology, 36 (4), 948-952.

Ward, L. C., Perry, M. S. (1998). Measurement of Social Introversión by the MMPI-2. Journal of Personality Assessment, 70 (1), 171-182.

Zurfluh, Jean. (1976). Les tests mentaux. Expériences, chronologie, présentation et critiques des tests mentaux. jean-pierre delarge, éditeur. Paris.

ANNEXE A

Mini-Mult de Kincannon

Inventaire Mini-Mult

James C. Kincannon

Questionnaire

Renseignements personnels

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: _____ Âge: _____ Sexe: _____

Date de l'examen: _____ Scolarité: _____

Consignes

Le présent inventaire contient une série d'énoncés numérotés. Lisez chaque question attentivement et décidez si l'énoncé est vrai ou faux, selon votre situation actuelle.

Veillez donner vos opinions sur cette feuille, en encerclant la lettre correspondant à votre réponse; entourez **V** si votre réponse est «vrai», ou **F** si votre réponse est «faux».

Rappelez-vous qu'il s'agit d'indiquer le jugement que vous avez de vous-même. Répondez franchement, il n'y a pas de «bonne» ou «mauvaise» réponse.

N'encercliez qu'une seule lettre.

Répondez à tous les énoncés.

Vous pouvez prendre tout votre temps pour répondre.

Énoncés		Réponses
1.	J'ai bon appétit.	V F
2.	Je m'éveille frais et dispos presque tous les matins.	V F
3.	Ma vie quotidienne est remplie de choses qui soutiennent mon intérêt.	V F
4.	Je travaille sous une grande tension.	V F
5.	De temps à autre, je pense à des choses trop vilaines pour en parler.	V F
6.	Je souffre très rarement de constipation.	V F
7.	J'ai eu parfois grande envie de quitter le foyer.	V F
8.	Parfois, j'ai des crises de rire et de larmes que je ne puis maîtriser.	V F
9.	Je souffre d'attaques de nausée et de vomissement.	V F
10.	Personne ne semble me comprendre.	V F
11.	J'ai parfois envie de proférer des jurons.	V F
12.	Assez souvent, j'ai des cauchemars la nuit.	V F
13.	Je trouve difficile de concentrer mon esprit sur un travail ou sur une tâche.	V F
14.	J'ai eu des expériences très curieuses et très étranges.	V F
15.	Si les gens ne s'étaient pas ligués contre moi, j'aurais bien mieux réussi.	V F
16.	À une certaine époque de ma jeunesse, je me suis adonné aux larcins, à de petits vols.	V F
17.	J'ai eu des journées, des semaines ou des mois où je ne pouvais m'occuper de rien, parce que je ne me décidais pas à commencer.	V F
18.	Mon sommeil est irrégulier et troublé.	V F
19.	Quand je suis dans un groupe, cela m'ennuie d'entendre des choses très bizarres.	V F
20.	La plupart des gens qui me connaissent m'aiment.	V F
21.	J'ai souvent dû obéir à des gens qui n'en savaient pas autant que moi.	V F
22.	J'aimerais être aussi heureux que d'autres semblent l'être.	V F
23.	Je crois que nombre de gens exagèrent leurs malheurs, pour s'attirer la sympathie et l'aide des autres.	V F
24.	Il m'arrive parfois de me fâcher.	V F
25.	Je manque certainement de confiance en moi-même.	V F
26.	J'ai peu ou pas d'ennuis avec les tics ou soubresauts musculaires.	V F

27.	J'ai, la plupart du temps, le sentiment d'avoir fait quelque chose de mal.	V	F
28.	Je suis heureux la plupart du temps.	V	F
29.	Certaines personnes sont si autoritaires que je me sens porté à faire le contraire de ce qu'elles demandent, même si je sais qu'elles ont raison.	V	F
30.	Je crois que l'on comploté contre moi.	V	F
31.	La plupart des gens emploient des moyens quelques peu malhonnêtes pour obtenir un gain ou un avantage, plutôt que de le perdre.	V	F
32.	J'ai beaucoup de maux d'estomac.	V	F
33.	Souvent, je ne comprends pas pourquoi j'ai été si grognon et si maussade.	V	F
34.	Parfois, mes pensées ont devancé de beaucoup ma capacité de les exprimer.	V	F
35.	Je crois que ma vie familiale est aussi agréable que celle de la plupart des gens que je connais.	V	F
36.	Parfois, j'ai l'impression nette d'être inutile.	V	F
37.	Ces dernières années, j'ai été bien portant la plupart du temps.	V	F
38.	À certains moments, j'ai fait des choses que, par la suite, je n'ai pas eu souvenance d'avoir faites.	V	F
39.	J'ai le sentiment d'avoir souvent été puni sans raison.	V	F
40.	Je ne me suis jamais senti aussi bien de ma vie que maintenant.	V	F
41.	Je suis indifférent à ce que les gens pensent de moi.	V	F
42.	Ma mémoire me semble fidèle.	V	F
43.	Je trouve difficile de faire les frais de la conversation, lorsque je rencontre des figures nouvelles.	V	F
44.	La plupart du temps, je me sens tout faible.	V	F
45.	J'ai très peu de maux de tête.	V	F
46.	Je n'ai pas de difficulté à conserver mon équilibre en marchant.	V	F
47.	Je n'aime pas tous ceux que je connais.	V	F
48.	Il y a des gens qui cherchent à me dérober mes pensées et mes idées.	V	F
49.	J'aimerais bien ne pas être si timide.	V	F
50.	Je crois que mes péchés sont impardonnables.	V	F
51.	Je me surprends souvent à m'inquiéter de quelque chose.	V	F
52.	Mes parents ont souvent désapprouvés la sorte de gens que je fréquentais.	V	F

53.	Parfois, je fais un peu de commérage.	V	F
54.	Parfois, je sens que je peux me décider avec une facilité inaccoutumée.	V	F
55.	Je ne sens presque jamais les battements de mon coeur et je suis rarement à bout de souffle.	V	F
56.	Je me fâche facilement, mais ça se passe vite.	V	F
57.	À certains moments, je suis près d'une si grande agitation que j'ai peine à rester longtemps en place.	V	F
58.	Mes parents et ma famille trouvent plus à redire sur mon compte qu'il ne devraient.	V	F
59.	Les gens se soucient peu de ce qui vous arrive.	V	F
60.	Je ne blâme personne d'abuser de quelqu'un qui s'expose à ce genre de traitement.	V	F
61.	Je suis parfois débordant d'énergie.	V	F
62.	Ma vue est aussi bonne qu'elle l'a été depuis des années.	V	F
63.	Je ne me rends pas souvent compte que les oreilles me tintent ou me bourdonnent.	V	F
64.	Une ou plusieurs fois dans ma vie, j'ai senti que quelqu'un me faisait agir en m'hypnotisant.	V	F
65.	Sans raisons apparente, je me sens, à certains moments, plus gai que d'habitude.	V	F
66.	Même quand je suis avec des gens, je me sens souvent seul.	V	F
67.	Presque tous le monde, je crois, mentirait pour s'éviter des ennuis.	V	F
68.	Je suis plus sensible que la plupart des gens.	V	F
69.	Il y a des périodes où mon esprit semble fonctionner plus lentement que d'habitude.	V	F
70.	Les gens me désappoient souvent.	V	F
71.	Je me suis adonné à l'alcool jusqu'à l'excès.	V	F

ANNEXE B

Mini-Clinique

NE PAS OUVRIR AVANT D'EN RECEVOIR LA CONSIGNE

MINI CLINIQUE

Adaptation Bogdan Pietrulewicz

John R. Graham, James C. Kincannon, Harold E. Schroder

Le présent inventaire renferme des énoncés numérotés. Lisez chacun des énoncés et décidez si, *en ce qui vous concerne, il est vrai ou faux.*

Vous devez répondre sur le formulaire réponse qu'on vous a remis. Regardez l'exemple donné dans l'encadré à droite. Si un énoncé est **vrai** ou **habituellement vrai** dans votre cas, noircissez le carré marqué **V** (voir A ci contre). Si l'énoncé est **faux** ou **habituellement faux** dans votre cas, noircissez le carré marqué **F** (voir B ci-contre). Répondez à tous les énoncés. Noircissez bien vos réponses. Effacez complètement les réponses que vous désirez changer.

Exemple : Section
de formulaire de
réponses
correctement
remplie

A
B

N'oubliez pas que c'est **ce que vous pensez de vous-même** que vous devez indiquer.

Répondez à tous les énoncés.

Ouvrez maintenant le livret et commencez.

1. Je mange avec appétit.
2. La plupart du temps, je me lève frais(che) et dispos(e) le matin.
3. Ma vie quotidienne est remplie de choses qui m'intéressent.
4. Je suis soumis(e) à beaucoup de tension au travail.
5. Je pense parfois à des choses si horribles que je ne peux pas en parler.
6. Je souffre de nausées et de vomissements.
7. Je souffre très rarement de constipation.
8. À certains moments, j'ai vraiment voulu quitter la maison.
9. Personne ne semble me comprendre.
10. J'ai parfois des fous rires ou des crises de larmes que je ne peux pas contrôler.
11. Parfois, j'ai le goût de sacrer.
12. Je fais des cauchemars plusieurs fois par semaine.
13. J'ai du mal à rester concentré(e) sur un travail ou sur une tâche.
14. J'ai vécu des expériences très étranges et bizarres.
15. Quand j'étais jeune, j'ai parfois volé des choses.
16. Il m'est arrivé de passer des jours, des semaines ou des mois sans pouvoir m'occuper de quoi que ce soit parce que je ne pouvais pas "m'y mettre."
17. Mon sommeil est agité et troublé.
18. Si les gens n'avaient pas été contre moi, j'aurais beaucoup mieux réussi.
19. J'ai souvent dû recevoir des ordres de quelqu'un qui n'en savait pas autant que moi.

-
20. Je voudrais être aussi heureux(se) que les autres semblent l'être.
 21. Je crois que beaucoup de gens exagèrent leurs malheurs afin de gagner la sympathie et l'aide des autres .
 22. Lorsque je suis avec d'autres, j'entends des choses très étranges qui me dérangent.
 23. J'aime lire des romans d'amour.
 24. Je manque certainement de confiance en moi.
 25. J'aimerais être fleuriste.
 26. Je suis aimé(e) de la plupart des gens qui me connaissent.
 27. J'aime aller à des fêtes et à des parties où il y a beaucoup de divertissements bruyants.
 28. Je ne souffre pratiquement jamais de tics ou de spasmes musculaires.
 29. La plupart du temps, j'ai le sentiment d'avoir fait quelque chose de mal ou de méchant.
 30. Je suis heureux(se) la plupart du temps.
 31. Certaines personnes sont si autoritaires que j'ai envie de faire le contraire de ce qu'elles demandent, même si je sais qu'elles ont raison.
 32. Je n'ai jamais rien fait de dangereux, simplement pour le plaisir du risque.
 33. Je me mets parfois en colère.
 34. Ma façon de parler est la même depuis toujours (ni plus rapide, ni plus lente, sans problèmes d'articulation ou d'enrouement).
 35. La plupart des gens vont utiliser des moyens plus ou moins injustes pour faire un profit ou obtenir un avantage plutôt que de le perdre.
 36. J'ai beaucoup de problèmes d'estomac.

-
37. Souvent, je ne m'explique pas pourquoi j'ai été si irritable et bougon(ne).
 38. J'aime cueillir des fleurs ou faire pousser des plantes d'intérieur.
 39. Mes pensées se sont parfois succédées si rapidement que je ne pouvais les verbaliser.
 40. Je crois que ma vie familiale est aussi agréable que celle de la plupart des gens que je connais.
 41. Il m'arrive parfois de me sentir inutile.
 42. J'aimerais être soldat.
 43. Je crois que l'on complotte contre moi.
 44. Au cours des dernières années, j'ai été en bonne santé la plupart du temps.
 45. Je crois que j'ai souvent été puni(e) sans raison.
 46. Je ne me suis jamais senti(e) aussi bien de toute ma vie.
 47. Ce que les autres pensent de moi ne me dérange pas.
 48. Je dois souvent lutter pour cacher ma timidité.
 49. Ma mémoire semble bonne.
 50. Le sexe m'inquiète.
 51. Je trouve difficile de faire la conversation quand je rencontre des gens pour la première fois.
 52. Il m'est arrivé de faire des activités dont je ne pouvais pas me souvenir plus tard.
 53. La plupart du temps, je me sens faible de partout.
 54. J'ai très peu de maux de tête.
 55. Je n'ai aucune difficulté à garder mon équilibre en marchant.

-
56. Je n'aime pas forcément tous ceux que je connais.
 57. J'aimerais bien ne pas être si timide.
 58. Je me surprends souvent à m'inquiéter de chose et d'autre.
 59. Je crois que le travail d'entrepreneur en construction me plairait.
 60. Mes parents ont souvent critiqué le genre de personnes que je fréquentais.
 61. Il m'arrive à l'occasion de faire des commérages.
 62. J'ai parfois l'impression que je peux me décider avec une facilité inhabituelle.
 63. Je ne sens presque jamais mon coeur battre rapidement, et je suis rarement à bout de souffle.
 64. J'aime parler de sexe.
 65. Je me mets facilement en colère, mais jamais pour longtemps.
 66. Je suis parfois si agité(e) que je ne supporte pas d'être assis(e) longtemps.
 67. Il y a des gens qui essaient de me voler mes pensées et mes idées.
 68. J'aime être avec des gens qui se jouent des tours.
 69. Si j'étais artiste, j'aimerais dessiner des fleurs.
 70. En groupe, j'ai de la difficulté à trouver le bon sujet de conversation.
 71. Je crois que mes péchés sont impardonnables.
 72. Je ne reproche pas aux gens de profiter de ceux qui se laissent faire.
 73. Ma vue n'a pas changé depuis des années.
 74. J'ai souvent eu l'impression que des étrangers me regardaient d'un oeil critique.

-
75. La plupart des gens se font des amis parce que ces derniers leur seront probablement utile.
 76. Je ne remarque pas souvent de tintement ou de bourdonnement dans mes oreilles.
 77. J'ai abusé de boissons alcoolisées.
 78. Il m'arrive d'être particulièrement joyeux(se) sans raison particulière.
 79. Je me sens seul(e) la plupart du temps, même quand je suis avec d'autres.
 80. Je pense que presque tout le monde mentirait pour s'éviter des ennuis.
 81. Je suis plus sensible que la majorité des gens.
 82. Mes parents et ma famille me critiquent plus qu'ils n'ont de raisons de le faire.
 83. Personne ne se soucie beaucoup de ce qui arrive aux autres.
 84. À plusieurs reprises, j'ai renoncé à faire quelque chose parce que je doutais trop de mes capacités.
 85. J'ai parfois beaucoup d'énergie.
 86. Les gens me déçoivent souvent.
 87. Par moments, mon esprit semble fonctionner plus lentement que d'habitude.
 88. À plus d'une reprise dans ma vie, j'ai eu l'impression que quelqu'un me faisait faire des choses en m'hypnotisant.
 89. Les gens ont souvent été jaloux de mes bonnes idées simplement parce qu'ils n'y avaient pas pensé en premier.
 90. Mes tracas semblent disparaître lorsque je me retrouve avec un groupe d'amis pleins d'entrain.
 91. Je recule devant les crises ou les difficultés.
 92. J'aime les fêtes et les réceptions.

ANNEXE C
Profil sociodémographique

ANNEXE D

Lettre de consentement

UNIVERSITÉ LAVAL

*M. Bogdan Pietrulewicz, professeur clinique
tél. : (418) 663-5000 poste 6017*

*M. Jean-Marc Lessard, professeur responsable
tél. : (418) 656-2131 poste 2248*

Je soussigné(e) _____, consens à participer à une recherche sur la validation d'une version abrégée de l'Inventaire Multiphasique de Personnalité Minnesota.

1. Le but de la recherche est de comparer une version abrégée modifiée de l'Inventaire Multiphasique de Personnalité Minnesota avec la version standard du MMPI-2. Ensuite, d'observer si le test est capable d'établir une différence entre une population ayant une psychopathologie diagnostiquée et le groupe contrôle recruté parmi la population en général.

2. En tant que participant, j'aurai à remplir un questionnaire de renseignements personnels, la version abrégée modifiée de l'Inventaire Multiphasique de Personnalité Minnesota, la deuxième version standard complète du test mentionné précédemment et, pour le groupe contrôle, un bref questionnaire le "Symptom Check List". La tâche devrait durer au maximum 2 heures. Les sujets du groupe expérimental n'auront pas à se déplacer, l'étudiante en charge de la recherche se rendra dans le milieu où les sujets seront recrutés soit au Centre Hospitalier Robert Giffard ou dans les différentes cliniques affiliées. Pour les individus du groupe contrôle, un rendez-vous sera pris à la convenance des deux parties.

3. Ma participation à cette recherche a pour avantage une contribution importante à la recherche sur un instrument de psycho-diagnostique. Toutefois, elle présente certains désavantages comme le fait de devoir consacrer 2 heures de mon temps à la passation de l'expérimentation.

4. Afin d'assurer la confidentialité des résultats, je comprends que mon nom n'apparaîtra à aucun autre endroit que sur cette feuille, la compilation des données se faisant à l'aide d'un code numérique ne possédant aucun lien avec mon nom. De plus, seules les personnes responsables de cette recherche auront accès aux données qui seront mises sous clef et conservées dans un endroit sûr. Les renseignements recueillis ne seront pas divulgués à l'équipe soignante du participant.

5. Ma participation à cette recherche se fait sur une base volontaire. Je comprends que je peux me retirer en tout temps de l'étude et ce, sans subir aucun préjudice.

Signature du participant

Date

Signature de l'expérimentateur

Date

ANNEXE E

Table de conversion

Scores bruts MMPI-2

	L	F	K	1 _p	2 _p	3 _p	4 _p	5 _p	6 _p	7 _p	8 _p	9 _p	0 _p	
1	3	4	2	2	3	2	2	4	3	3	4	3	3	1
2	6	8	4	5	6	4	5	8	5	6	7	6	6	2
3	9	12	5	7	9	6	7	12	8	8	11	9	9	3
4	12	16	7	9	11	8	10	16	11	11	14	12	12	4
5	15	20	9	11	14	10	12	20	13	14	18	15	15	5
6		24	11	14	17	12	14	24	16	17	21	18	18	6
7		28	12	16	20	14	17	28	19	20	25	21	21	7
8		32	14	18	23	17	19	32	21	23	28	25	24	8
9		36	16	21	26	19	21	36	24	25	32	28	27	9
10		40	18	23	28	21	24	40	27	28	35	31	30	10
11		44	19	25	31	23	26	44	29	31	39	34	33	11
12		48	21	27	34	25	29	48	33	34	43	37	36	12
13		52	23	30	37	27	31	52	35	37	46	40	39	13
14		56	25	32	40	29	33	56	37	40	50	43	42	14
15		60	26		43	31	36		40	42	53	46	45	15
16			28		46	33	38			45	57		48	16
17			30		48	35	40			48	60		51	17
18					51	37	43				64		54	18
19					54	39	45				67		57	19
20					57	41	48				71		60	20
21						43	50				74		63	21
22						46					78		66	22
23						48							69	23
24						50								24
25						52								25
26						54								26
27						56								27
28						58								28
29						60								29
	L	F	K	1 _p	2 _p	3 _p	4 _p	5 _p	6 _p	7 _p	8 _p	9 _p	0 _p	

Table de conversion pour la prédiction des scores bruts du MMPI-2 à partir des scores bruts du Mini-clinique

ANNEXE F

Psychiatric Symptom Index

PSYCHIATRIC SYMPTOM INDEX

F. W. Ilfeld

Questionnaire

Renseignements personnels

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Âge : _____

Date de l'examen : _____

Scolarité : _____

Numéro du test : _____

Consignes

Le présent inventaire contient une série d'énoncés numérotés. Lisez chaque question attentivement et décidez si l'énoncé est jamais, de temps en temps, assez souvent ou très souvent, selon votre situation actuelle.

Veillez donner vos réponses directement sur la feuille de questionnaire, en encerclant le choix correspondant à votre réponse.

Rappelez-vous qu'il s'agit d'indiquer le jugement que vous avez de vous-même. Répondez franchement, il n'y a pas de "bonne" ou "mauvaise" réponse.

N'encerclez qu'une seule réponse par énoncé.

Répondez à tous les énoncés.

Vous pouvez prendre tout votre temps pour répondre.

Les questions qui suivent portent sur divers aspects de votre santé.

La façon dont vous vous êtes senti(e) durant la dernière semaine a pu être différente de celle dont vous vous êtes senti(e) l'année passé. Pouvez-vous nous dire avec quelle fréquence **AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE ...**

		<u>ENCERCLER VOTRE RÉPONSE</u>			
		<u>Jamais</u>	<u>De temps en temps</u>	<u>Assez souvent</u>	<u>Très souvent</u>
1.	Vous êtes-vous senti(e) ralenti(e) ou avez-vous manqué d'énergie?	1	2	3	4
2.	Avez-vous eu des étourdissements ou l'impression que vous alliez vous évanouir?	1	2	3	4
3.	Avez-vous senti(e) que votre coeur battait vite ou fort, sans avoir fait d'effort physique?	1	2	3	4
4.	Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer?	1	2	3	4
5.	Vous êtes-vous senti(e) désespéré(e) en pensant à l'avenir?	1	2	3	4
6.	Vous êtes-vous senti(e) seul(e)?	1	2	3	4
7.	Avez-vous eu des blancs de mémoire?	1	2	3	4
8.	Avez-vous perdu intérêt ou plaisir dans votre vie sexuelle?	1	2	3	4
9.	Avez-vous transpiré sans avoir travaillé fort ou avoir eu trop chaud ?	1	2	3	4
10.	Vous êtes-vous senti(e) découragé(e) ou avez-vous eu les «bleus»?	1	2	3	4
11.	Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou sous pression?	1	2	3	4

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

	<u>Jamais</u>	<u>De temps en temps</u>	<u>Assez souvent</u>	<u>Très souvent</u>
12. Vous êtes-vous laissé(e) emporter contre quelqu'un ou quelque chose?	1	2	3	4
13. Avez-vous eu l'estomac dérangé ou senti des brûlements d'estomac?	1	2	3	4
14. Vous êtes-vous senti(e) ennuyé(e) ou peu intéressé(e) par les choses?	1	2	3	4
15. Avez-vous remarqué que vos mains tremblaient?	1	2	3	4
16. Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes?	1	2	3	4
17. Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses?	1	2	3	4
18. Avez-vous eu des difficultés à vous endormir ou à rester endormi(e)?	1	2	3	4
19. Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous senti(e) sur le point de pleurer?	1	2	3	4
20. Avez-vous eu de la difficulté à reprendre votre souffle?	1	2	3	4
21. Avez-vous manqué d'appétit?	1	2	3	4
22. Avez-vous dû éviter des endroits, des activités ou des choses parce que cela vous faisait peur?	1	2	3	4
23. Vous êtes-vous senti(e) agité(e) ou nerveux(se) intérieurement?	1	2	3	4
24. Avez-vous pensé que vous pourriez mettre fin à vos jours?	1	2	3	4
25. Vous êtes-vous senti(e) négatif(ve) envers les autres?	1	2	3	4
26. Vous êtes-vous senti(e) facilement contrarié(e) ou irrité(e)?	1	2	3	4

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

	<u>Jamais</u>	<u>De temps en temps</u>	<u>Assez souvent</u>	<u>Très souvent</u>
27. Vous êtes-vous fâché(e) pour des choses sans importance?	1	2	3	4
28. Avez-vous des difficultés à prendre des décisions?	1	2	3	4
29. Avez-vous eu des tensions ou des raideurs dans votre cou, votre dos ou d'autres muscles?	1	2	3	4

ANNEXE G

Feuille réponses et grilles de correction du Mini-Clinique

Inventaire Mini-Clinique

Feuille de réponse

Renseignements personnels

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Âge : _____ Sexe : _____

Date de l'examen : _____

Scolarité : _____

1	V	F
2	V	F
3	V	F
4	V	F
5	V	F
6	V	F
7	V	F
8	V	F
9	V	F
10	V	F
11	V	F
12	V	F
13	V	F
14	V	F
15	V	F
16	V	F
17	V	F
18	V	F
19	V	F
20	V	F
21	V	F
22	V	F
23	V	F

24	V	F
25	V	F
26	V	F
27	V	F
28	V	F
29	V	F
30	V	F
31	V	F
32	V	F
33	V	F
34	V	F
35	V	F
36	V	F
37	V	F
38	V	F
39	V	F
40	V	F
41	V	F
42	V	F
43	V	F
44	V	F
45	V	F
46	V	F

47	V	F
48	V	F
49	V	F
50	V	F
51	V	F
52	V	F
53	V	F
54	V	F
55	V	F
56	V	F
57	V	F
58	V	F
59	V	F
60	V	F
61	V	F
62	V	F
63	V	F
64	V	F
65	V	F
66	V	F
67	V	F
68	V	F
69	V	F

70	V	F
71	V	F
72	V	F
73	V	F
74	V	F
75	V	F
76	V	F
77	V	F
78	V	F
79	V	F
80	V	F
81	V	F
82	V	F
83	V	F
84	V	F
85	V	F
86	V	F
87	V	F
88	V	F
89	V	F
90	V	F
91	V	F
92	V	F

Inventaire Mini-Clinique

Corrigé

Échelle de validité

L

1	
2	
3	
4	
5	F
6	
7	
8	
9	
10	
11	F
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	

24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	F
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	

47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	F
57	
58	
59	
60	
61	F
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	

70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	

Inventaire Mini-Clinique

Corrigé

Échelle de validité

F

1	
2	
3	
4	
5	
6	V
7	
8	
9	
10	
11	
12	V
13	
14	
15	
16	
17	
18	V
19	
20	
21	
22	V
23	

24	
25	
26	F
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	F
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	V
44	
45	
46	

47	
48	
49	
50	
51	
52	V
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	V
68	
69	

70	
71	V
72	
73	
74	
75	
76	
77	V
78	
79	
80	
81	
82	V
83	V
84	
85	F
86	
87	
88	V
89	
90	
91	
92	

Inventaire Mini-Clinique

Corrigé

Échelle de validité

K

1		24		47	F	70	F
2		25		48		71	
3		26		49		72	
4		27		50		73	
5		28		51	F	74	
6		29		52		75	
7		30		53		76	
8		31		54		77	
9		32		55		78	F
10		33		56		79	
11	F	34		57		80	F
12		35	F	58	F	81	
13		36		59		82	
14		37	F	60		83	
15		38		61		84	
16		39	F	62		85	F
17		40		63		86	F
18		41	F	64		87	F
19		42		65	F	88	
20		43		66		89	
21	F	44		67		90	
22		45		68		91	
23		46	F	69		92	

Inventaire Mini-Clinique

Corrigé

Échelle clinique

1-Hs

1		F
2		F
3		
4		
5		
6	V	
7		F
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17	V	
18		
19		
20		
21		
22		
23		

24		
25		
26		
27		
28		F
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36	V	
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		F
45		
46		

47		
48		
49		
50		
51		
52		
53	V	
54		F
55		F
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		F
64		
65		
66		
67		
68		
69		

70		
71		
72		
73		F
74		
75		
76		F
77		
78		
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		

Inventaire Mini-Clinique

Corrigé

Échelle clinique

2-D

1		F
2		
3		F
4	V	
5		
6	V	
7		F
8		
9		
10		
11		F
12		
13	V	
14		
15		
16	V	
17	V	
18		
19		
20	V	
21		
22		
23		

24	V	
25		
26		
27		
28		
29		
30		F
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41	V	
42		
43		
44		F
45		
46		F

47		
48		
49		F
50		
51		
52		
53	V	
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		

70		
71		
72		F
73		
74		
75		
76		
77		
78		F
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		F
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		

Inventaire Mini-Clinique

Corrigé

Échelle clinique

3-Hy

1		F
2		F
3		F
4		
5		
6	V	
7		
8		
9		
10		
11		F
12		
13	V	
14		
15		
16		
17	V	
18		
19		
20		
21		F
22		
23		

24		
25		
26		
27		
28		F
29		
30		F
31		F
32		
33		
34		
35		F
36		
37		F
38		
39		
40		F
41		
42		
43		
44		F
45		
46		F

47		F
48		F
49		
50	V	
51		F
52		
53	V	
54		F
55		F
56		
57		F
58		
59		
60		
61		
62		
63		F
64		
65		F
66	V	
67		
68		
69		

70		F
71		
72		
73		F
74		
75		
76		
77		
78		
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		

Inventaire Mini-Clinique

Corrigé

Échelle clinique

4-Pd

1	
2	
3	F
4	
5	
6	
7	
8	V
9	V
10	
11	
12	
13	V
14	V
15	V
16	
17	
18	V
19	
20	V
21	
22	
23	

24	
25	
26	
27	
28	
29	V
30	F
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	F
40	F
41	
42	
43	
44	
45	
46	

47	F
48	
49	
50	
51	F
52	
53	
54	
55	
56	
57	F
58	
59	
60	V
61	
62	
63	
64	F
65	
66	
67	
68	
69	

70	F
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	V
78	F
79	
80	
81	
82	V
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	

Inventaire Mini-Clinique

Corrigé

Échelle clinique

5-Mf-f

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	V

24	
25	V
26	
27	F
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	V
39	V
40	
41	
42	F
43	
44	
45	
46	

47	
48	
49	
50	F
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	V
59	F
60	
61	
62	
63	
64	F
65	
66	
67	
68	F
69	V

70	
71	
72	
73	
74	V
75	F
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	

Inventaire Mini-Clinique

Corrigé

Échelle clinique

5-Mf-m

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	V

24	
25	V
26	
27	F
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	V
39	V
40	
41	
42	F
43	
44	
45	
46	

47	
48	
49	
50	V
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	V
59	F
60	
61	
62	
63	
64	V
65	
66	
67	
68	F
69	V

70	
71	
72	
73	
74	V
75	F
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	

Inventaire Mini-Clinique

Corrigé

Échelle clinique

6-Pa

1	
2	
3	
4	
5	V
6	
7	
8	
9	V
10	V
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	V
19	
20	
21	
22	
23	

24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	F
31	F
32	F
33	
34	
35	F
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	V
44	
45	V
46	

47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	

70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	F
77	
78	
79	V
80	F
81	V
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	V
89	
90	
91	
92	

Inventaire Mini-Clinique

Corrigé

Échelle clinique

7-Pt

1	
2	F
3	F
4	
5	V
6	
7	
8	
9	
10	V
11	
12	
13	V
14	
15	
16	V
17	
18	
19	
20	V
21	
22	
23	

24	V
25	
26	
27	
28	
29	V
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	V
42	
43	
44	
45	
46	

47	
48	
49	F
50	
51	
52	
53	V
54	
55	
56	
57	
58	V
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	V
67	
68	
69	

70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	V
80	
81	V
82	
83	
84	V
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	

Inventaire Mini-Clinique

Corrigé

Échelle clinique

8-Sc

1	
2	
3	F
4	
5	V
6	
7	
8	V
9	V
10	V
11	
12	
13	V
14	V
15	V
16	V
17	
18	V
19	
20	
21	
22	
23	

24	
25	
26	
27	
28	F
29	
30	
31	
32	
33	
34	F
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	V
44	
45	V
46	

47	
48	
49	F
50	V
51	
52	V
53	
54	
55	F
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	V
67	
68	
69	

70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	F
77	
78	
79	V
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	V
89	
90	
91	
92	

Inventaire Mini-Clinique

Corrigé

Échelle clinique

9-Ma

1	
2	
3	
4	V
5	
6	
7	
8	V
9	
10	V
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	V
20	
21	
22	
23	

24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	V
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	V
40	
41	
42	
43	
44	
45	V
46	

47	
48	
49	
50	
51	
52	V
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	V
63	
64	
65	
66	V
67	
68	
69	

70	
71	
72	V
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	

Inventaire Mini-Clinique

Corrigé

Échelle clinique

0-Si

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	V
14	F
15	
16	
17	
18	
19	
20	V
21	
22	
23	

24	
25	
26	
27	F
28	
29	
30	
31	
32	V
33	
34	F
35	V
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	

47	
48	V
49	
50	
51	V
52	
53	
54	
55	
56	
57	V
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	F
65	
66	
67	
68	F
69	

70	V
71	
72	
73	
74	V
75	
76	F
77	
78	F
79	
80	V
81	
82	
83	
84	V
85	
86	V
87	
88	
89	V
90	F
91	V
92	F