

6

Analyse fonctionnelle et méthodes de mesure

L'analyse fonctionnelle (ou analyse comportementale) permet de définir et de comprendre le fonctionnement singulier d'une personne actuellement et dans le passé. Il s'agit donc d'une approche qualitative.

La mesure, elle, permet de quantifier aussi bien l'évolution d'un individu que de groupes homogènes de patients.

La TCC a construit sa méthode en créant de nombreux systèmes d'évaluation clinique des problèmes amenés par les patients et en mettant au point de nombreuses mesures. Cette culture de l'évaluation a permis des progrès dans la recherche psychothérapique.

Analyse fonctionnelle : approche qualitative

Le but de l'analyse fonctionnelle est de déterminer pour une séquence comportementale les facteurs de déclenchement (antécédents) et les facteurs de maintien (conséquences) qui font qu'elle se répète dans un environnement donné. Il est donc nécessaire d'effectuer des mesures, autrement dit un enregistrement pendant une certaine durée des comportements observables, susceptibles d'être comptés, et sur lesquels il peut y avoir agrément entre plusieurs observateurs. Les comportements problèmes, de même que n'importe quel comportement, sont sous l'effet de contrôles de différentes natures qui peuvent être identifiés et objectivés pour être ensuite utilisés dans le traitement. Il faut spécifier les comportements observés de façon claire. Cela est valable aussi bien pour les comportements « ouverts » que « couverts ». Principalement, trois systèmes sont explorés : le système moteur, le système cognitif, et le système physiologique et émotionnel.

L'analyse fonctionnelle peut être un travail effectué par un clinicien dans une relation purement individuelle. Mais, dans une perspective de recherche, le travail d'équipe est nécessaire pour avoir un recueil de données fiables.

L'analyse fonctionnelle en clinique

Grille de Kanfer et Saslow (1969)

C'est une des premières grilles qui fut proposée au spécialiste de TCC. Elle se présente comme un ensemble de questions que doit se poser le thérapeute et qu'il doit poser au patient (tableau 6.1). Il ne s'agit pas d'un outil standardisé mais de lignes directrices pour une observation comportementale qui peuvent servir de base à la constitution d'un dossier.

Tableau 6.1
Grille de Kanfer et Saslow (1969)

<i>Analyse du comportement problème</i>
Excès : – fréquence – intensité – durée – le comportement apparaît dans des conditions sociales qui ne le nécessiteraient pas habituellement ; exemple : rituels obsessionnels de lavage
Déficit : – fréquence insuffisante – intensité inadéquate – forme inappropriée – n’apparaît pas dans les circonstances sociales qui habituellement le nécessiteraient ; exemple : phobies sociales, retrait dépressif, impuissance
Comportements adéquats : dans quelles circonstances et sous quelles formes le sujet a des comportements appropriés ?
<i>Clarification de la situation problème</i>
Conditions d’apparition : – où ? – quand ? – comment ? – dans quelle(s) situation(s) ? – avec qui ?
Conséquences : – renforcement positif (bénéfice secondaire) – renforcement négatif (évitement ou échappement de certaines situations) – conséquences aversives – conséquences d’un changement du comportement actuel
<i>Analyse des motivations</i>
Quels événements renforçants pourraient être utilisés pour promouvoir un changement ?
Quels sont les bénéfices secondaires actuels ?
<i>Analyse développementale</i>
Changements biologiques récents
Changements sociologiques récents
Changements comportementaux récents
<i>Analyse de l’autocontrôle</i>
Capacité d’autogestion des difficultés actuelles et du ou des comportements problèmes
<i>Analyse des relations sociales</i>
<i>Analyse des conditions socioculturelles et physiques (limitation du renforcement)</i>

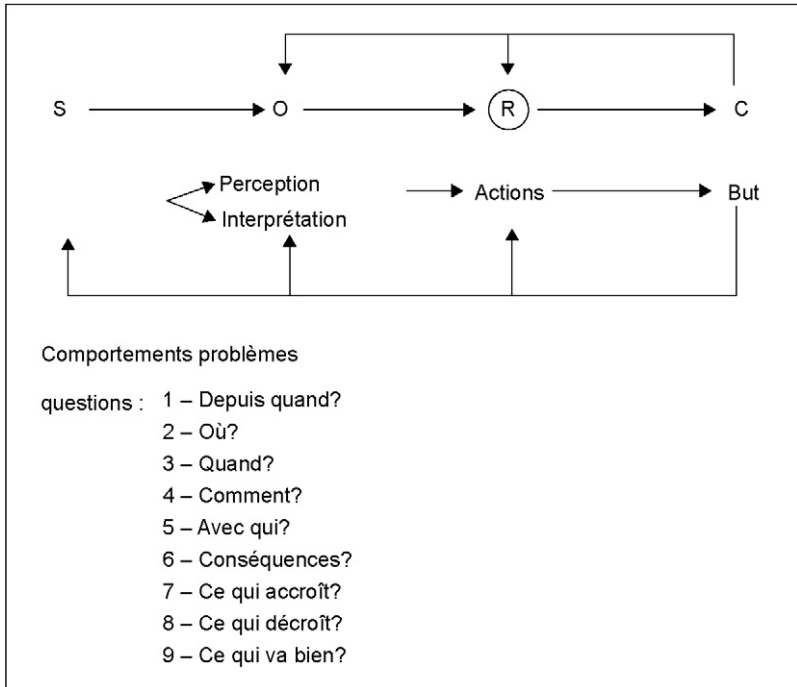


Figure 6.1
 Analyse fonctionnelle : le modèle SORC.

Schéma SORC

L'analyse fonctionnelle applique, le plus souvent, à la situation problème le schéma *stimulus*-organisme-réponse-conséquences (SORC) dont nous donnons la représentation et les éléments dans la figure 6.1.

Prenons le cas d'un patient qui vient en se plaignant d'une impuissance : on peut se poser la question des causes qui déclenchent son comportement et l'entretiennent aux quatre niveaux du schéma.

Stimulus

Est-ce une absence de *stimulus* discriminatif approprié ? La partenaire est-elle celle que le patient souhaite ? A-t-elle changé ? Y a-t-il lassitude dans ce couple ? Y a-t-il recherche de nouvelles partenaires ?

Organisme

Présente-t-il une déficience organique ? Par quel mécanisme a-t-il acquis le comportement problème ? Et quelles sont les relations entre le comportement problème et les émotions ? S'agit-il de conditionnement classique ? Un premier échec banal va entraîner une angoisse anticipatoire généralisée par rapport aux rapports sexuels. Cette angoisse perpétuera l'absence d'érection

qui, à son tour, aggravera l'angoisse. S'agit-il de conditionnement opérant ? Un conflit conjugal, extérieur au problème sexuel, renforce-t-il l'inappétence sexuelle en créant un ensemble d'émotions négatives entre les deux partenaires ?

L'analyse de « O » (organisme) pourrait continuer par l'analyse de ses cognitions. Quelles sont ses croyances en matière de sexualité ? Y a-t-il des monologues intérieurs consistant à anticiper un échec ? Quelles images mentales accompagnent les rapports sexuels et quels résultats ont-elles sur l'érection ? Le sujet a-t-il un système irrationnel de croyances concernant la sexualité qui va entraîner une distorsion des perceptions de la situation sexuelle ? Il peut s'agir de prescriptions parentales intériorisées, sous la forme d'interdictions (distorsions de l'information acquise). Le sujet doit-il se conformer à des modèles « inaccessibles » pour lui de comportement sexuel (*modeling*) ?

Réponse

Quel est son niveau de performance tel qu'il le décrit mais aussi tel qu'il le vit ? Ressent-il de l'angoisse avant les rapports sexuels ? Qu'en dit sa partenaire actuelle : est-elle d'accord sur le niveau et la fréquence des relations sexuelles ?

Conséquence

Est-il correctement renforcé lorsqu'il effectue un comportement sexuel qui se rapproche des rapports sexuels satisfaisants ? L'était-il avant lorsqu'il ne percevait pas de problèmes sexuels ? Comment lui et sa partenaire se récompensent et se punissent l'un l'autre dans leur vie de couple ?

En pratique, l'analyse comportementale consistera en l'étude des récits circonstanciés effectués par le patient, et par sa partenaire s'il y en a une au moment de la consultation. On complètera l'analyse fonctionnelle par des tests psychologiques et des échelles d'évaluation. À un autre niveau de l'analyse, si cela est possible, deux entretiens séparés auront lieu pour le patient et la partenaire. Il est possible d'avoir à ce niveau une guérison : elle est alors attribuable au premier niveau d'action de la thérapie comportementale, celui de l'information. Ainsi, dans un cas d'impuissance qui était dû à l'inhibition de la partenaire, le simple fait de donner quelques informations sur la sexualité, tout en discutant du comportement problème, a suffi à désinhiber la sexualité de la femme et guérir l'impuissance du mari, qui était secondaire à une carence en renforcement.

Analyse prospective des conséquences d'un résultat positif

L'analyse des conséquences qu'aurait, pour le patient et son entourage, la modification du comportement problème est toujours à prendre en compte. En effet, le symptôme et le comportement représentent une réponse à l'intérieur d'un système qui risque d'être modifié par l'action thérapeutique. Il importe donc toujours de faire l'analyse prospective des conséquences que pourrait avoir la levée d'une inhibition ou l'élimination d'un comportement inadapté sur l'environnement et sur les relations du

sujet avec son entourage social. Cette analyse « opérante » rejoint le problème des bénéfices secondaires.

Grille BASIC IDEA

Il est également possible d'utiliser une méthode d'analyse comportementale dérivée de Lazarus (1977) et connue sous le nom de BASIC ID (*Behavior, Affect, Sensation Imagery, Cognition, Interpersonal, Drug*).

B : comportement ouvert.

A : affect qui accompagne ce comportement.

S : sensations (de tension musculaire en particulier) qui accompagnent le comportement.

I : imagerie mentale en relation avec le comportement.

C : cognition correspondant aux idées et aux croyances du sujet concernant son comportement et aux croyances qu'il entretient au sujet de ses possibilités de changement.

I : interpersonnel correspondant aux relations interpersonnelles en connexion avec le comportement problème.

D : « drogues » correspondant à l'attrait pour les drogues et également aux médicaments et à l'état physique.

À la grille originale nous avons ajouté E et A, ce qui donne comme sigle BASIC IDEA (« idée fondamentale »).

E : « expectation » qui signifierait attente : qu'attend ou espère le sujet du thérapeute ou de la thérapie ?

A : « attitudes » (positive, neutre ou négative) du thérapeute vis-à-vis du patient.

Nous avons développé cette méthode avec Evelyne Mollard sous la forme d'une grille et d'une échelle d'évaluation (Cottraux et al., 1985).

Pour traiter la modalité I (imagerie mentale), nous demandons au sujet :

- d'imaginer une scène dans un endroit où il se sent en parfaite sécurité ;
- d'imaginer une scène correspondant à la rencontre dans la maison de son enfance avec un personnage ;
- s'il a des rêves et lesquels ;
- s'il lui arrive d'avoir des rêveries éveillées. Chaque item est coté par l'observateur, ce qui donne une note « imagerie mentale ». Il est évidemment important de préciser pour des sujets qui seront peut-être traités par des techniques utilisant l'imagerie mentale, quel est le fonctionnement mental du sujet en face de « stimuli standardisés ». Dans le cadre d'une recherche, deux évaluateurs peuvent coter le sujet selon ces différentes modalités. Il est possible alors de calculer la fidélité inter-juge.

Grille de Fontaine et Ylieff (Fontaine et al., 1984)

Elle met en forme les interactions entre les antécédents lointains et les comportements actuels et leurs conséquences sur l'environnement et le sujet. Cette grille est reproduite figure 6.2.

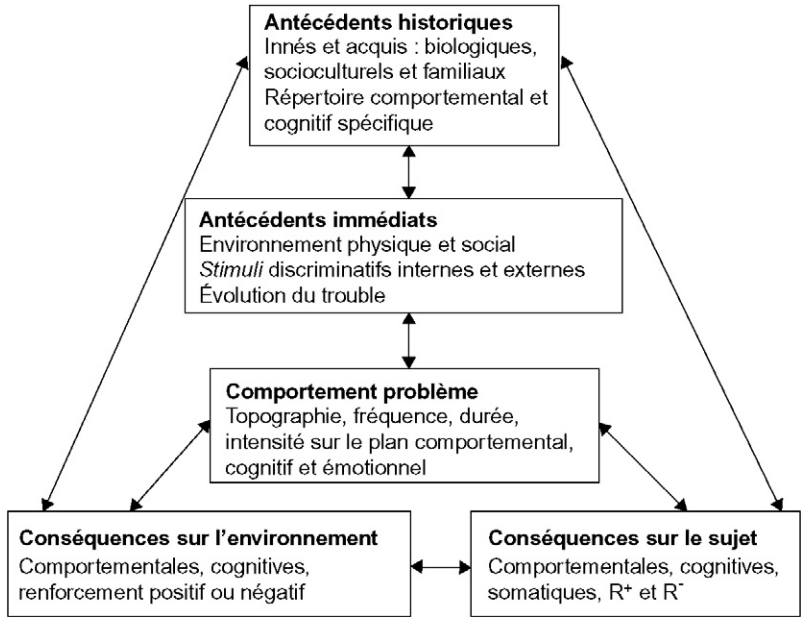


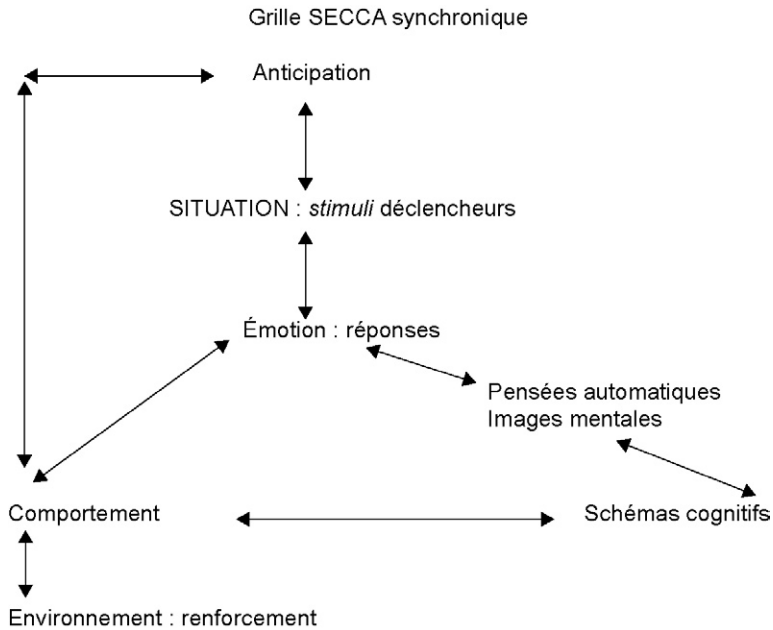
Figure 6.2
Grille d'analyse fonctionnelle de Fontaine et Ylieff (d'après Fontaine et al., 1984).

Grille SECCA (Cottraux, 1985)

Pour avoir une représentation plus précise de l'analyse fonctionnelle des phobies, des attaques de panique, de la dépression et des problèmes sexuels, nous avons mis au point une grille d'analyse fonctionnelle, la grille SECCA, qui regroupe les divers éléments que nous venons d'énumérer et précise les interrelations entre :

- (s)timulus ;
- (e)motion ;
- (c)ognition (pensées, images mentales, systèmes de croyance en relation avec les schémas cognitifs) ;
- (c)omportement ;
- (a)nticipation.

Cette grille, dont la visée est didactique et pratique, comprend une partie synchronique (actuelle) qui permet d'analyser une séquence comportementale *stimulus*-émotion-cognition-comportement-anticipation et leurs relations avec l'entourage social. Elle comprend une partie diachronique (historique) qui permet de structurer l'histoire passée du patient. Nous reproduisons cette grille dans sa nouvelle version qui se recentre sur la définition d'un schéma cognitif au sens de Beck et Young (figure 6.3).



Grille SECCA diachronique

- Données structurales possibles
 - Génétique
 - Personnalité
- Facteurs déclenchants initiaux invoqués
- Événements précipitant les troubles
- Facteurs historiques de maintien
- Autres problèmes
- Traitements précédents
- Maladies physiques

Figure 6.3

- a. Grille d'analyse fonctionnelle SECCA (Cottraux, 1985) synchronique (actuelle).
 b. Grille d'analyse fonctionnelle SECCA : diachronique (historique).

Analyse fonctionnelle continue : les cercles vicieux (Cungi, 1996)

L'avantage de cette grille (figure 6.4) est sa simplicité et le fait qu'elle peut être mise en œuvre aussi bien par le patient que le thérapeute au cours de la thérapie pour tenter de formaliser le matériel qui apparaît au cours de la

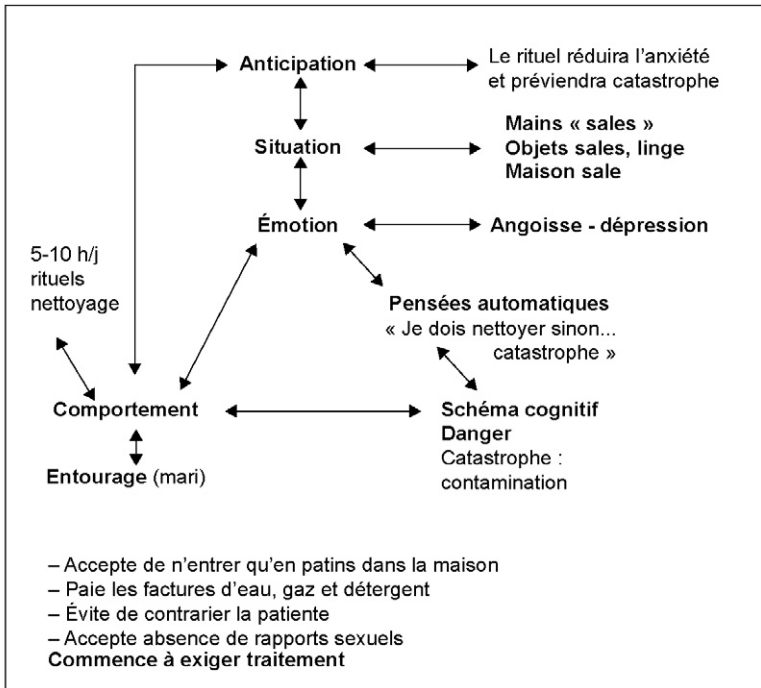


Figure 6.3 (Suite)

c. Exemple d'analyse fonctionnelle d'une obsession-compulsion chez une femme.

thérapie. Elle ne remplace pas l'analyse fonctionnelle plus complète de la grille SECCA qui doit être faite avant la thérapie et pour chacun des problèmes ou troubles que présente le patient.

Comment mener à bien l'analyse fonctionnelle ?

L'entretien d'analyse fonctionnelle et ses caractéristiques

L'analyse fonctionnelle n'est pas effectuée d'emblée mais en général au deuxième entretien. Le premier entretien est plus occupé par une prise de contact, l'établissement d'une relation, la mise en place ou la vérification d'un diagnostic, et finalement l'étude de la faisabilité d'une thérapie. Une fois les possibilités d'un traitement établies, l'on passe à l'étape suivante : l'entretien d'analyse fonctionnelle dont nous allons donner les principales caractéristiques.

Il est directif, c'est-à-dire dirigé vers le recueil de données précises concernant le ou les comportements problèmes que présente le patient :

- Depuis quand a lieu le comportement problème ?
- Où ?
- Quand ?

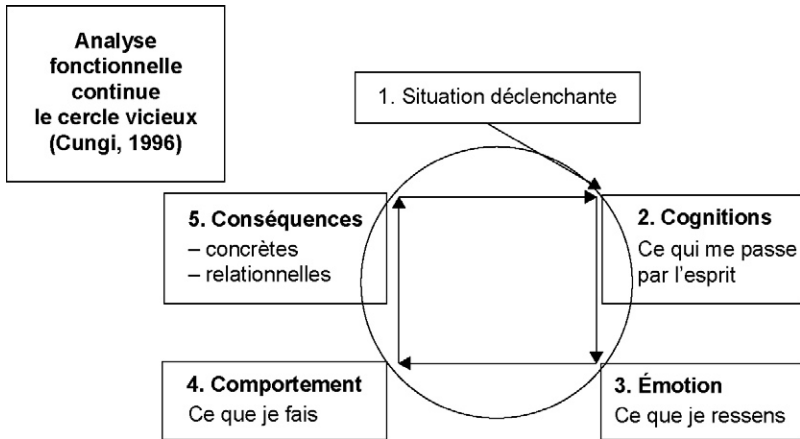


Figure 6.4
Les cercles vicieux (d'après Cungi, 1996).

- Comment ?
- Combien de fois par unité de temps choisie ?
- Avec qui ou quoi ?
- Qu'est-ce qui précède le comportement problème ?
- Qu'est-ce qui diminue le comportement problème ?
- Qu'est-ce qui augmente le comportement problème ?
- Qu'est-ce qui inhibe le comportement problème ?

Ce sont les principales relations entre l'environnement et le comportement qui sont à préciser dans tous les cas. Ces relations peuvent être établies d'une manière plus ou moins directive. Mais ce sont les éléments nécessaires à la construction d'un programme efficace.

Il est expérimental. Il y a induction, à partir des données recueillies de différentes manières, d'une hypothèse de travail qui est formulée avec le sujet et aboutit à définir le problème comportemental et la méthode pour le modifier. Ainsi, ce que thérapeute et patient peuvent attendre l'un de l'autre est clairement spécifié. Il y a donc agrément mutuel sur les buts et les résultats escomptés de la thérapie.

Il y a aussi construction d'une hypothèse qui se vérifiera ou pas après application de la thérapie (variable indépendante) sur un ou plusieurs comportements (variables dépendantes).

La *chaleur*, la *capacité d'écoute*, la *tolérance*, l'*empathie* et l'*objectivité* sont certainement, parmi les traits de comportement, ceux que chaque thérapeute cherche à mettre en œuvre. D'une façon générale, les patients perçoivent les thérapeutes comportementalistes et cognitivistes, par rapport aux psychothérapeutes classiques, comme étant plus ouverts (ou extravertis), plus chaleureux, plus loquaces, plus près des problèmes du patient et de la

réalité, plus orientés sur les résultats, mais aussi plus directifs et autoritaires (Sloane et al., 1975).

Le thérapeute cherche activement à faire prendre un rôle actif au patient vis-à-vis de ses troubles. Le thérapeute lui signifie qu'ils sont très probablement réversibles et cherche à développer chez lui un comportement d'affirmation de soi, et à faire décroître les croyances irrationnelles, en particulier la toute puissance du passé sur le présent et les monologues intérieurs défaitistes (« je n'arriverai à rien, je ne vauds rien »).

Le thérapeute se centre sur l'ici et maintenant dans la relation avec le patient. C'est le présent qui est en cause. Mais le passé n'est pas négligé. On recherchera un épisode de conditionnement initial, une situation répétitivement traumatique, le fonctionnement inadéquat de modèles. Cependant, la fiabilité de telles données est difficile à affirmer. Sur le plan pratique, le travail avec le passé n'a de sens que pour modifier le comportement présent.

L'entretien implique la motivation : celle du thérapeute comme celle du patient. Cela peut se faire facilement en précisant les attentes des deux parties. Il s'agit de promouvoir chez le patient une attitude active, de définir une hypothèse de travail efficace, prédictive, et de mettre en œuvre une technique dans un climat relationnel positif.

L'enregistrement des données est nécessaire. Il est évident qu'un matériel stable d'enregistrement des données est nécessaire pour conserver les mesures effectuées et leur traitement statistique ultérieur. C'est ce que nous verrons au premier niveau, celui du recueil des données par les méthodes d'évaluation. Enfin, il faut souligner que toute analyse fonctionnelle prend du temps, au moins une heure. Mais il ne s'agit pas de temps perdu. Plus minutieuse aura été l'analyse fonctionnelle, plus précis sera le programme, plus grandes seront les chances d'aboutir à un résultat satisfaisant.

Jeu de rôle

Il peut être utilisé comme moyen d'investigation dans la mesure où il permet de reconstituer la situation problème d'une manière aussi réaliste que possible. Il permet de situer les capacités du patient à supporter et manier une interaction sociale avec un personnage clé. Cette méthode est aussi valable pour l'étude du fonctionnement d'un couple. Le jeu de rôle peut représenter un moyen d'explorer les cognitions : en cours de jeu ayant un effet émotionnel important, il est plus facile d'avoir accès aux monologues intérieurs du patient et à ses systèmes de pensées dysfonctionnelles et de les mettre en relation avec l'action représentée par le jeu de rôle.

Les méthodes de mesures : l'approche quantitative

Le *but des méthodes d'évaluation* est de définir avant tout traitement une ligne de base du (des) comportement(s) problème(s). Pour cela, une durée

suffisamment longue d'étude du comportement et de sa variation est nécessaire.

Par exemple, combien de fois un patient a évité de sortir dans la rue durant quinze jours ? Quelle est l'intensité de l'anxiété au cours de chacun de ces évitements ? Combien de cigarettes fumées par jour et à quels moments de la journée sur une durée d'une semaine ? Combien de mouvements stéréotypés des mains un schizophrène émet en dix minutes ? Il est évident que plus l'enregistrement sera long, plus les chances d'avoir des données valables seront grandes. En général, on admet que, pour les comportements névrotiques, il est bon d'avoir une ligne de base de quinze jours. Mais pour les comportements à haute fréquence comme pour les stéréotypies, ou des comportements auto- ou hétéro-agressifs en institution, les lignes de base seront beaucoup plus courtes ou même limitées à un seul point de mesure très bref avant intervention thérapeutique.

En cours de traitement, il faut évaluer son effet (variable indépendante) sur le comportement (variable dépendante).

Après traitement, il faut évaluer le résultat par rapport à la ligne de base ; par exemple combien de cigarettes fume le sujet qui en fumait vingt avant un traitement par relaxation et sensibilisation interne. Le sujet peut-il aborder les situations qu'il évitait et si oui quel est le niveau d'anxiété atteint (test comportemental d'évitement) ?

Lors du suivi qui est effectué après la fin du traitement, à intervalles de temps prédéterminés (par exemple un mois, trois mois, six mois, un an, etc.), on évaluera le maintien ou la détérioration des modifications comportementales obtenues. En effet, un résultat n'a de valeur que s'il se maintient au moins six mois ou un an. Il a en effet été montré que les modifications comportementales qui restent stables après six mois ont de fortes chances de demeurer par la suite.

Mesure directe des comportements

Mesure par échantillonnage de temps (*time sampling*)

Les patients hospitalisés au long cours posent un problème spécifique qui a donné lieu à de nombreuses études de conditionnement opérant. En effet, le caractère relativement clos et la chronicité des patients font de l'hôpital psychiatrique un lieu d'observation particulier pour les comportements.

Nous pouvons donner comme exemple les méthodes qui ont été mises en œuvre au centre de recherche clinique de l'hôpital de Camarillo et qui ont abouti à la mise au point de l'instrument d'observation comportementale (Alevizos et al., 1978). Il s'agit d'une unité de recherche sur la schizophrénie où les patients recevaient, outre un traitement chimique, une thérapie de groupe par jeu de rôle destinée à accroître leur capacité de contact social et ils participaient à un programme d'économie de jetons où les comportements positifs étaient renforcés par des jetons échangeables contre des produits d'agrément. L'observation comportementale consiste :

- à prélever un « échantillonnage de temps » à heure fixe : deux observateurs parcourent le service selon une vitesse donnée ;
- à observer les patients à une distance fixe et dans un ordre donné par ordinateur, de façon à éviter de les observer en fonction de leurs préférences personnelles ;
- à observer un certain nombre de comportements qui ont été clairement définis et spécifiés dans le protocole : être assis, être couché, courir, marcher, regarder la télévision, parler. Certains comportements sont exclusifs les uns des autres ;
- les infirmiers sont également observés, ainsi que leurs interactions avec le malade.

Un calcul de fidélité inter-juge est effectué pour établir la fiabilité des observations. Les mesures sont répétées plusieurs fois par jour et compilées dans un ordinateur, ce qui permet une analyse statistique du changement au cours des différents temps thérapeutiques. Le but est de voir ce qu'il en est du comportement de chaque membre de l'institution : patients et infirmiers. Lorsqu'un élément du traitement est retiré pour une semaine (le jeu de rôle), cela permet de tester les effets de ce traitement sur le comportement des patients (retrait, interaction, activité, etc.). Un tel programme de mesure est difficile à réaliser du fait de son coût, mais représente un modèle d'observation comportementale en institution. Son but est de fournir un échantillonnage représentatif du comportement des sujets.

Mesure de fréquence de la réponse

Elle requiert simplement de compter le nombre de réponses émises pendant un temps donné. La réponse doit être spécifiée dans son début et sa fin. Elle doit avoir lieu pendant une période de temps relativement constante. Il doit donc y avoir accord entre les deux observateurs sur les caractéristiques à observer. On peut aussi étudier en affirmation de soi le développement de réponses à partir d'enregistrements vidéo telles que la durée du contact visuel avec l'interlocuteur, le ton de la voix, la durée des répliques à un interlocuteur, la durée des sourires, etc. Cela nécessite un accord inter-juge et un calcul secondaire de fidélité inter-juge. Ces mesures de fréquence peuvent être faites à l'hôpital psychiatrique aussi bien qu'en ambulatoire. En pratique, l'utilisation de chronomètres et de compteurs de golf facilite beaucoup ce type de mesure.

Mesure directe de l'évitement (test comportemental d'évitement)

C'est un autre type de mesure qui permet, en plaçant le sujet devant la situation qu'il redoute, de coter s'il peut aborder la situation (0) ou non (1). Et s'il peut l'aborder, quel est le niveau d'anxiété ressenti, sur une échelle de 0 à 8. C'est une mesure initialement développée par Marks que nous avons beaucoup utilisée pour évaluer les phobies et les rituels obsessionnels. Elle implique une bonne coopération entre le patient et

Tableau 6.2
Test comportemental d'évitement

NOM :	Date :	Semaine :	
Pour évaluer ce que vous pouvez faire en ce moment, voulez-vous essayer de réaliser les tâches suivantes ? Si vous ne pouvez y arriver du tout, cochez la case NON. Si vous pouvez y arriver, la case OUI. Marquez ensuite, dans la case située en dessous de la case NON, un chiffre entre 0 et 8 correspondant à votre niveau de malaise vis-à-vis de cette tâche. Utilisez l'échelle ci-dessous.			
Tâche 1 :			
Activité	OUI	<input type="checkbox"/>	0
Pouvez-vous le faire ?	NON	<input type="checkbox"/>	1
Quel malaise cela provoque-t-il chez vous (coter entre 0 et 8)	<input type="checkbox"/>		
Tâche 2 :			
Activité	OUI	<input type="checkbox"/>	0
Pouvez-vous le faire ?	NON	<input type="checkbox"/>	1
Quel malaise cela provoque-t-il chez vous (coter entre 0 et 8)	<input type="checkbox"/>		
Tâche 3 :			
Activité	OUI	<input type="checkbox"/>	0
Pouvez-vous le faire ?	NON	<input type="checkbox"/>	1
Quel malaise cela provoque-t-il chez vous (coter entre 0 et 8)	<input type="checkbox"/>		
Tâche 4 :			
Activité	OUI	<input type="checkbox"/>	0
Pouvez-vous le faire ?	NON	<input type="checkbox"/>	1
Quel malaise cela provoque-t-il chez vous (coter entre 0 et 8)	<input type="checkbox"/>		

l'évaluateur pour définir les problèmes cibles. Nous la reproduisons dans le tableau 6.2.

Il est possible également d'enregistrer la performance initiale du patient : temps passé à être enfermé s'il est claustrophobe, distance parcourue seul à l'extérieur s'il est agoraphobe. Cela permet d'avoir une évaluation objective de la ligne de base avant traitement et de comparer cette mesure à ce qui se passera dans le traitement, et après dans le comportement du patient.

Des personnages de l'entourage (conjoint, parent) comme auxiliaires pour mesurer les résultats sont certainement utiles, mais représentent tout autant une démarche thérapeutique que métrique, dans la mesure où l'on risque de modifier par-là un des éléments du problème du patient : il peut être renforcé à être agoraphobe par son conjoint et le fait d'inclure celui-ci dans la mesure peut avoir un effet thérapeutique car il s'intéresse aux progrès du patient.

Utilisation de « comparses » (*confederate test*)

Elle est fréquente aux États-Unis dans les projets de recherche. Elle consiste par exemple à ce que des pseudo-démarcheurs ou pseudo-interviewers effectuent des démarches au téléphone ou directement pour évaluer la capacité des patients traités à résister aux pressions sociales.

Auto-enregistrement (self monitoring)

Le sujet enregistre lui-même ses comportements problématiques ou ses cognitions dysfonctionnelles, au moment où ils ont lieu, en dehors de séances. De nombreuses fiches d'auto-enregistrement existent en fonction du problème considéré. On les retrouvera dans l'ouvrage de Bouvard et Cottraux (2010). Elles permettent d'établir la présence des comportements problématiques, de définir leur topographie, leur périodicité, leur fréquence et leur intensité. Il s'agit cependant de mesures réactives, qui peuvent déjà modifier le comportement à l'étude. Par exemple le tabagisme peut décroître si un sujet prend conscience du nombre exact de cigarettes qu'il fume par jour en les enregistrant une à une sur un compteur de golf. Il importe aussi de bien expliquer au sujet ce qui est attendu en effectuant plusieurs simulations au cours d'une séance de mise en place du programme d'auto-enregistrement.

Méthodes psychophysiologiques et neuropsychologiques

Ce sont surtout des mesures destinées aux programmes de recherche. Elles peuvent être utilisées en laboratoire ou en ambulatoire (télémétrie) pour préciser les relations entre les émotions, les cognitions et les situations déclenchantes. Citons deux exemples. Dans le domaine des attaques de panique, il est maintenant possible d'enregistrer 24 heures sur 24 les différents paramètres du rythme cardiaque avec un Holter et de les mettre en relation avec des événements extérieurs. Des méthodes mesurant la vitesse du traitement de l'information permettent d'établir la présence, de définir et de mesurer les schémas cognitifs dysfonctionnels situés dans la mémoire à long terme de sujets déprimés.

Échelles d'évaluation

Il existe de nombreuses échelles d'auto- et d'hétéro-évaluation des symptômes, des comportements et des processus psychothérapeutiques. Elles ont reçu une validation qui rend possible l'étude de problèmes psychopathologiques variés : on trouvera la plupart de ces échelles, leurs méthodes de cotation, de dépouillement, ainsi que leurs valeurs normatives dans les ouvrages de Bouvard et Cottraux (2010), Cottraux et al. (1985), Cottraux et Blackburn (2006), Guelfi (1993) et Bouvard (2002). Pratiquement, les travaux de validation couvrent tous les domaines de la psychopathologie, de la médecine comportementale et des comportements normaux. Il faut

les compléter par des questionnaires de personnalité, ou des mesures *ad hoc*, en fonction des hypothèses testées. Les tests comportementaux *in vivo* permettent une mesure directe des performances d'un sujet et peuvent différer notablement des échelles d'évaluation.

La vidéo ou les enregistrements audio permettent d'évaluer aussi bien les patients que les thérapeutes. Malgré les résistances qu'ils suscitent, ils servent à mettre en évidence aussi bien les processus thérapeutiques que les résultats. En différé, deux juges indépendants et « aveugles » peuvent coter les progrès des patients, le contenu de l'interaction psychothérapique, l'adhérence des thérapeutes aux hypothèses et aux techniques thérapeutiques.

Conclusion

Les buts de l'analyse fonctionnelle sont d'individualiser les traitements et de spécifier les facteurs qui déclenchent et/ou maintiennent les comportements problèmes. Les moyens en sont l'entretien clinique, les grilles d'évaluation, l'auto-enregistrement et les observations directe ou indirecte.

L'analyse fonctionnelle aussi bien que la mesure prennent place dans le déroulement habituel des TCC qui comprend les huit étapes suivantes :

- prise de contact : établissement d'une relation positive de collaboration ; mise à jour des problèmes émotionnels, cognitifs et comportementaux qui motivent la demande du patient ;
- diagnostic psychiatrique selon le DSM-IV et ses cinq axes ou la CIM-10 ;
- étude des buts et de la motivation au changement. Le thérapeute doit identifier les problèmes pour lesquels vient le patient et ce qu'il souhaite modifier. Le thérapeute doit aussi évaluer sa motivation au changement ;
- analyse fonctionnelle. Il est possible de choisir une des grilles mentionnées ci-dessus. Et il faut en établir une par grand type de problème (obsession, phobie, dépression) ;
- mesures. Il ne faut pas les confondre avec l'analyse fonctionnelle. Elles ne sont qu'une représentation mathématique de la clinique. En clinique, il faut savoir en faire le moins possible et utiliser les mesures les plus simples possibles, et qui couvrent plusieurs niveaux de problème. Ainsi dans les troubles anxieux, il faut associer une mesure de l'anxiété à celle de la dépression. Par exemple, on fera passer successivement le Questionnaire des peurs et l'échelle de dépression de Beck à 21 items (durée de passation moins de dix minutes) ;
- établir des hypothèses avec le patient sur le ou les problèmes et établir des priorités ;
- établir une hiérarchie des niveaux du (des) problème(s) en utilisant des unités subjectives de perturbation. On peut par exemple établir un thermomètre de la peur qui va de 0 à 100, permettant de classer la peur d'un patient d'affronter des situations agoraphobiques. Il faut commencer cette « hiérarchie » ou

Tableau 6.3**Hiérarchie : Trouble panique avec agoraphobie – Thermomètre de la peur**

100.	Tunnels Croix-Rousse et Fourvière : seule
100.	Autoroute embouteillée pour aller au travail : seule
90.	Autoroute pour les vacances : seule
80.	Lyon centre, en voiture
80.	Aller seule à une adresse inconnue dans Lyon
70.	Autoroute un peu embouteillée
50.	Autoroute fluide
50.	Lyon à pied seule : shopping
30.	Métro seule
10.	Grands magasins seule

thermomètre de la peur par le haut en demandant d'identifier la situation la plus pénible subjectivement, comme le montre l'exemple du tableau 6.3 ;

- proposer une méthode et des techniques et les expliquer clairement au patient pour que celui-ci à la fois les comprenne et les accepte.

Comme on vient de le voir, l'analyse fonctionnelle permet de donner du sens aux comportements, aux émotions et aux cognitions en mettant au jour leur fonction pour un individu donné. De ce fait, elle permettra de personnaliser la thérapie du patient qui sera évaluée par des mesures standardisées.

Bibliographie

- Alevizos, P., Derisi, W., Liberman, R., et al. (1978). The behavior observation instrument: a method of direct observation for program evaluation. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11, 243–257.
- Bouvard, M. (2002). *Questionnaires et échelles d'évaluation de personnalité* (2^e éd.). Paris: Masson.
- Bouvard, M., & Cottraux, J. (2010). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie* (5^e édition). Paris: Masson.
- Cottraux, J., Bouvard, M., & Légeron, P. (1985). *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements*. Issy-les-Moulineaux: Éditions d'application psychotechniques.
- Cottraux, J., Blackburn, I. M. (2006). *Psychothérapies cognitives des troubles de la personnalité*. (2^e éd.). Collection Médecine et psychothérapie. Paris: Masson.
- Cungi, C. (1996). *Savoir s'affirmer*. Paris: Retz.
- Fontaine, O., Cottraux, J., & Ladouceur, R. (1984). *Cliniques de thérapie comportementale*. Bruxelles: Mardaga.
- Guelfi, J. D. (1993). *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie (deux volumes)*. Castres: Éditions médicales Pierre Fabre.
- Kanfer, F., & Saslow, G. (1969). Behavioral diagnosis. In C. M. Franks (Ed.), *Behavior therapy : appraisal and status* (pp. 2–16). New York: Mc Graw Hill.