



REVUE DE
MODIFICATION
DU
COMPORTEMENT

SOMMAIRE

- **L'application des techniques du modèle
et du jeu de rôle avec des alcooliques** **1**
Clarence J. JEFFREY

- **Les méthodes d'observation dans
l'analyse expérimentale du
comportement** **15**
*André SOULIERES
Carole MCDONOUGH*

- **Un moyen pratique pour favoriser la
collaboration des familles des patients
dans des programmes de
conditionnement opérant** **27**
*Normand MARINEAU
Marc-André RICHARD*

REVUE DE MODIFICATION
DU
COMPORTEMENT

Revue trimestrielle publiée par l'A.S.M.C. Inc.

Directeur:

André Soulières
Service de Psychologie
Hôpital Rivière-des-Prairies
7070 boul. Perras
Montréal, Qué.
H1E 1A4

*Conseil
D'Administration
De l'Association
Des Spécialistes
En Modification
Du Comportement
A.S.M.C. Inc.*

Président: Léonard Goguen
Secrétaire: Jinette Marcil-Denault
Trésorier: Gilbert Leroux
Vice-Présidente (Montréal): Rose-Marie Charest
Vice-Président (Québec): Robert Ladouceur
Vice-Président (Moncton): Thomas Leblanc
Vice-Président (Sherbrooke): Rodrigue Otis
Vice-Président (Nord-Ouest): Raymond Beausoleil

Port de retour garanti par A.S.M.C., 50 Crémazie 0, suite 619, Montréal H2P 2T3

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec et Bibliothèque nationale du Canada

I S S N 0 3 8 3 - 0 5 6 X

L'application des techniques du modèle et du jeu
de rôle avec des alcooliques (1)

CLARENCE J. JEFFREY (2)

Université de Moncton

Une des conceptions communes sur l'alcoolisme est de l'envisager comme une toxicomanie dont l'abstinence totale est la seule solution. Malheureusement, les traitements fondés sur une telle conception n'ont pas trop connu de succès. Une conception alternative voit l'alcoolisme comme un problème d'apprentissage où la consommation d'alcool est considérée comme une réponse instrumentale associée à des stimuli spécifiques. Les chercheurs intéressés à cette conception en ont étudié les diverses causes déterminantes, les caractéristiques de la réponse à la consommation et les stratégies utilisées pour traiter l'alcoolisme comme un comportement appris (McFall, 1976).

Un des problèmes majeurs auxquels doit faire face l'alcoolique, est les incitations des autres personnes à consommer un breuvage alcoolisé (Foy, Miller, Eisler et O'Toole, 1976). Ce problème implique que pour refuser efficacement un breuvage alcoolisé, l'individu doit posséder un répertoire de réponses appropriées. Récemment, il a été proposé que l'accroissement de l'affirmation de soi, "au moyen des techniques du modèle et du jeu de rôle", contribue à cette acquisition d'habiletés sociales jugées nécessaires (Foy *et al.*, 1976).

L'entraînement à l'affirmation de soi, même spécifiquement avec des alcooliques, a cependant été très peu utilisé. Les quelques exemples que l'on trouve se limitent aux études suivantes: (Eisler, Miller et Hersen, 1974; Martorano, 1974; Eisler, Hersen et Miller, 1973; et Foy, *et al.*, 1976). O'Leary, O'Leary et Donovan (1976) présentent une revue complète des études faites sur l'acquisition d'habiletés sociales et le développement psychosocial chez les alcooliques.

Nous identifions dans l'exposé, deux modifications à apporter dans l'application des techniques mentionnées: (1) pour plus d'efficacité, la technique du modèle et la répétition comportementale devraient être utilisées simultanément (Hersen, Eisler, Miller, Johnson et Pinkston, 1973); et (2) chaque unité de comportement (verbal et non-verbal) devrait, autant que possible, être enseignée séparément, c'est-à-dire une à la fois (Eisler, Hersen et Miller, 1974).

La présente étude se propose de mettre en vigueur les recommandations de Hersen et ses collaborateurs. Elle veut de plus servir de guide général pour ceux qui s'intéressent à l'application de ces techniques.

1. Texte présenté au huitième congrès annuel de l'Association des spécialistes en modification du comportement, Sherbrooke, P.Q., mai 1977.
2. L'auteur tient à remercier Léonce Boudreau, Jean-Guy Cormier, Gérarda Despré, Rachel Goupil et Guy Lavoie pour leur participation au projet.

CLARENCE J. JEFFREY

METHODESujet

Le cas présenté dans cette étude est celui d'une femme divorcée, âgée de 44 ans, éprouvant un problème d'habitude éthylique depuis dix ans. Trois ans auparavant, le sujet a suivi un programme de conditionnement aversif qui visait à lui apprendre à consommer modérément de l'alcool. Ce programme était échelonné sur une période d'un mois, mais en fait, elle l'a suivi une semaine seulement. Avant de s'affilier au présent programme, le sujet aurait maintenu un comportement de sobriété pendant deux semaines. Elle rapporte éprouver de grandes difficultés à résister à la consommation d'alcool.

Procédures

Après avoir expliqué au sujet les avantages possibles d'un accroissement d'affirmation de soi, nous lui suggérons le programme du modèle et du jeu de rôle. La technique du modèle consiste à visionner, pendant chaque session de traitement, un film mettant en évidence une personne s'affirmant de manière appropriée par le refus de tout breuvage alcoolique. Chaque scène du modèle est suivie par trois répétitions de jeu de rôle durant lesquelles le sujet pratique avec le "pusher" (1) les réponses appropriées.

Dans le but de faciliter l'apprentissage des comportements-cibles, nous adoptons la séquence suivante pour les sessions de traitement: au cours des trois premières sessions, l'apprentissage de la réponse "demandes" (A); au cours des sessions 4, 5 et 6, les comportements "alternatifs" (B) et "changer de sujet" (C); les trois dernières sessions incluent la durée du regard (D) et l'affectation (E). Le tableau 1 présente le schéma des objectifs selon différents niveaux de traitement.

La durée des interactions pendant les scènes de jeu de rôle dans l'étude de Foy *et al.*, était constante, soit une durée de deux minutes. Cette procédure a l'avantage de faciliter les calculs des pourcentages de réponses, mais a le désavantage de limiter le nombre total de réponses. Nous avons jugé plus approprié de varier la durée des scènes de jeu de rôle selon la situation. Cette durée varie d'un minimum de 37 secondes à un maximum de 301 secondes, avec une durée moyenne de 260 secondes. De plus, Foy *et al.*, se sont servis de deux "pushers" durant les sessions de traitement. Dans notre étude, un seul pusher est utilisé pendant le traitement et un autre est introduit dans les sessions post-traitement. Il convient d'ajouter que le narrateur et le pusher assument le même rôle durant toutes les sessions et que le "feedback" sur le rendement du sujet est donné par le narrateur. (2)

1. La terminologie "pusher" désigne la personne qui tente de persuader le sujet à consommer un breuvage alcoolisé.
2. Le narrateur est la personne qui décrit verbalement les scènes de jeu de rôle.

Assertion avec des alcooliques

TABLEAU 1

*Sessions de traitement **
réponses appropriées

DEMANDE	X	X	X				X	X	X
ALTERNATIF				X	X	X	X	X	X
CHANGER LE SUJET				X	X	X	X	X	X
DUREE DU REGARD							X	X	X
AFFECTATIONS							X	X	X
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	SESSIONS								

* Les cases marquées d'un "X" représentent l'emphase placée sur une telle réponse appropriée durant les sessions du traitement.

CLARENCE J. JEFFREY

Mesure de base

La mesure de base est établie à partir de trois sessions, chacune de ces sessions comportant trois scènes différentes. Le narrateur accompagne le sujet dans la salle d'enregistrement et lui donne les instructions suivantes:

"Chaque session comprend trois scènes différentes dans lesquelles tu participes au jeu de rôle. Je suis un narrateur et je te décris des situations spécifiques. Ta tâche est de répondre à chaque scène comme tu le ferais normalement en mêmes circonstances dans un milieu naturel."

Une fois les instructions bien comprises, le pusher procède immédiatement avec le jeu de rôle de la première scène décrite par le narrateur. Une autre personne enregistre le tout sur vidéo. La deuxième scène suit avec les instructions suivantes:

"Maintenant, je vais décrire une autre situation spécifique et tu dois répondre comme tu le ferais normalement en mêmes circonstances dans un milieu naturel."

La même procédure est utilisée pour la troisième scène de la mesure de base.

Pendant les sessions de la mesure de base, le sujet ne reçoit aucun "feedback" sur son rendement. A partir du vidéo, la fréquence de réponses appropriées à un refus de breuvage alcoolisé est déterminée. Ces fréquences sont ensuite transformées en pourcentage de refus en fonction du nombre d'incitations faites par le pusher.

Traitement

Le traitement est réparti en neuf sessions, chacune renfermant une scène différente ⁽¹⁾. Durant les trois premières, le narrateur (au moyen d'instructions) met l'accent sur la demande (request for change) comme réponse appropriée:

"Au commencement de chaque session, tu verras sur vidéo une scène dans laquelle une personne donne des réponses appropriées à une situation spécifique. Remarque comment le modèle demande effectivement au pusher de s'abstenir de le convaincre de prendre un breuvage alcoolisé maintenant ou plus tard."

1. On peut se procurer une description complète des neuf scènes en communiquant avec l'auteur.

Assertion avec des alcooliques

Cette dernière partie des instructions étant répétée, le sujet visionne le film. Aussitôt le film terminé, le sujet est accompagné à la salle d'enregistrement où se trouve le pusher. Dès que ces personnes se sont présentées, le narrateur donne les instructions suivantes:

"Je vais maintenant décrire une situation spécifique à laquelle tu donneras des réponses appropriées. Imagine que tu te trouves dans une situation réelle."

Le pusher procède alors au jeu de rôle de la scène en question. Une fois cette première interaction terminée, le narrateur donne du feedback au sujet sur son rendement. Le jeu de rôle est ainsi répété trois fois avec cette même scène.

Pour les sessions 4, 5 et 6, les procédures sont les mêmes, sauf que l'accent est placé sur les réponses appropriées (B) et (C), c'est-à-dire, "l'alternatif" et "changer le sujet". Les instructions sont les suivantes:

"Remarque comment le modèle offre au pusher des opportunités de participer à des activités alternatives qui n'incluent pas la consommation d'alcool. Note aussi comment le sujet contrôle le dialogue en changeant de sujet de conversation."

A la fin de chaque répétition de jeu de rôle, le narrateur donne à nouveau du feedback.

Durant les trois dernières sessions de traitement (7, 8 et 9), les réponses de durée de regard (D) et l'affectation (E) sont ajoutées. Les instructions sont les suivantes:

"Remarque comment le modèle demande effectivement au pusher de s'abstenir de l'entraîner à consommer de l'alcool maintenant ou plus tard."

"Remarque comment le modèle offre au pusher l'occasion de participer à des activités alternatives qui n'incluent pas la consommation d'alcool. Aussi, note comment le sujet contrôle l'échange verbal en changeant de sujet de conversation."

"Remarque comment le modèle regarde directement la personne lorsqu'elle lui parle et comment le sujet démontre ses sentiments en changeant l'expression de son visage, comment il varie le ton et le volume de sa voix et comment il emploie des gestes de la main."

CLARENCE J. JEFFREY

Ces sessions sont accomplies selon la procédure générale. Suite à chaque session, on donne au sujet l'opportunité d'exprimer ses opinions concernant le traitement.

Post-traitement

Le post-traitement a lieu une semaine après la dernière session du traitement. Comme le post-traitement est un premier rappel, la technique du modèle n'est pas utilisée et le sujet ne participe qu'à une seule répétition de jeu de rôle. Ainsi, le narrateur fait une brève revue des cinq réponses appropriées et ensuite donne les instructions suivantes:

"Je vais décrire une situation spécifique dans laquelle tu auras à donner des réponses appropriées. Imagine que tu es dans une situation réelle."

Le pusher et le sujet procèdent immédiatement au jeu de rôle avec la septième scène telle que décrite par le narrateur. Une fois cette interaction terminée, le narrateur donne du "feedback" au sujet sur son rendement.

A ce moment, nous tentons d'observer l'effet possible de la généralisation, tout en réalisant qu'une deuxième mesure est en partie contaminée par l'effet d'un ré-apprentissage produit pendant la première répétition du jeu de rôle. Néanmoins, le pusher habituel est remplacé par un autre pusher inconnu du sujet. Le narrateur présente le nouveau pusher et décrit la neuvième scène. L'on procède immédiatement au jeu de rôle.

Le rappel

Le rappel a lieu un mois après la session de post-traitement. Une seule scène et un seul essai sont présentés. Comme dans le cas du post-traitement, la technique du modèle n'est pas utilisée. Le narrateur accompagne le sujet dans la salle d'enregistrement où il lui donne les instructions suivantes:

"Aujourd'hui, je vais décrire une scène spécifique à laquelle tu auras à participer en jeu de rôle. Voici la scène: Tu marches le long de la rue et rencontres un de tes amis. Il dit: "Bonjour (nom)! Il y a longtemps que nous nous sommes vus, allons prendre une bière ensemble"."

Le pusher original procède immédiatement au jeu de rôle de la scène décrite par le narrateur.

Une fois l'évaluation du fonctionnement sur les réponses appropriées terminée, une entrevue est conduite avec le sujet et porte sur son état de sobriété depuis le post-traitement.

Assertion avec des alcooliques

RESULTATS

Les résultats sont présentés sous forme de pourcentage de réponses appropriées pour chaque session. Le pourcentage est calculé selon le nombre total de fois que le sujet a utilisé la réponse appropriée par rapport au nombre total d'incitations faites par le pusher dans chaque essai. Le pourcentage reproduit dans chaque figure représente la moyenne des trois essais que comporte une session.

Comme le sujet cherche naturellement à varier ses réponses aux incitations, il peut utiliser la demande ou l'alternatif, changer le sujet ou simplement refuser. Cela peut se produire indépendamment de la réponse sur laquelle le narrateur met l'accent. En général, lorsque le sujet atteint un pourcentage de 25% sur une seule réponse appropriée, on considère cette proportion adéquate, vu qu'elle est accompagnée d'autres réponses appropriées. L'inter-variabilité de réponses nous oblige à présenter séparément les résultats de chaque condition. De là vient la nécessité d'employer autant de figures dans cette étude.

Dans la mesure de base, aucun accent n'est mis sur les réponses appropriées. Le sujet doit répondre de façon naturelle et le pourcentage de refus est alors mesuré. Dans les sessions de traitements 1, 2 et 3, l'accent est mis sur la réponse appropriée de la "demande". Pendant les traitements 4, 5 et 6, l'accent est mis sur deux nouvelles réponses appropriées, soit "l'alternatif" et "le changement de sujet". Ces résultats sont présentés séparément dans les figures 3 et 4. Pour les dernières sessions de traitement, soit 7, 8 et 9, ainsi que pour le post-traitement et le rappel, le sujet doit utiliser toutes les réponses appropriées.

Le niveau de refus dans la mesure de base (figure 1) est de 11% et 4% pour les deux premières sessions. (A cause d'un problème technique avec le vidéo durant la troisième session de base, il est décidé de ne pas inclure les résultats de cette session.) Pendant les sessions de traitement, le sujet monte à 50% et 88% de refus pour les trois premières sessions. Aux sessions 4, 5 et 6, le sujet descend à 64%, remonte à 98% et redescend à 65%. Les trois dernières sessions indiquent 65%, 100% et 84% et les sessions de post-traitement, 64% et 78%. S'il y a fluctuation dans les pourcentages de refus tout au long du traitement, c'est que le sujet, à l'occasion, utilise directement une réponse appropriée sans auparavant avoir prononcé la réponse de refus. Dans un tel cas, même si le refus est implicite, nous ne le créditons pas au sujet.

Dans les trois premières sessions de traitement, l'accent est mis sur la demande. Comme l'indique la figure 2, cette réponse se produit à 50% dans la première session; elle descend à 28% et 19% dans les deux prochaines sessions. Déjà, le sujet produit d'autres réponses appropriées que celle de la demande. Il est aussi à noter que pendant les sessions 4 à 9 inclusivement, là où l'accent est mis sur d'autres réponses, celle de la demande continue à se manifester à des niveaux de 12% à 39%. Au post-traitement, elle se maintient à 27% et 22%.

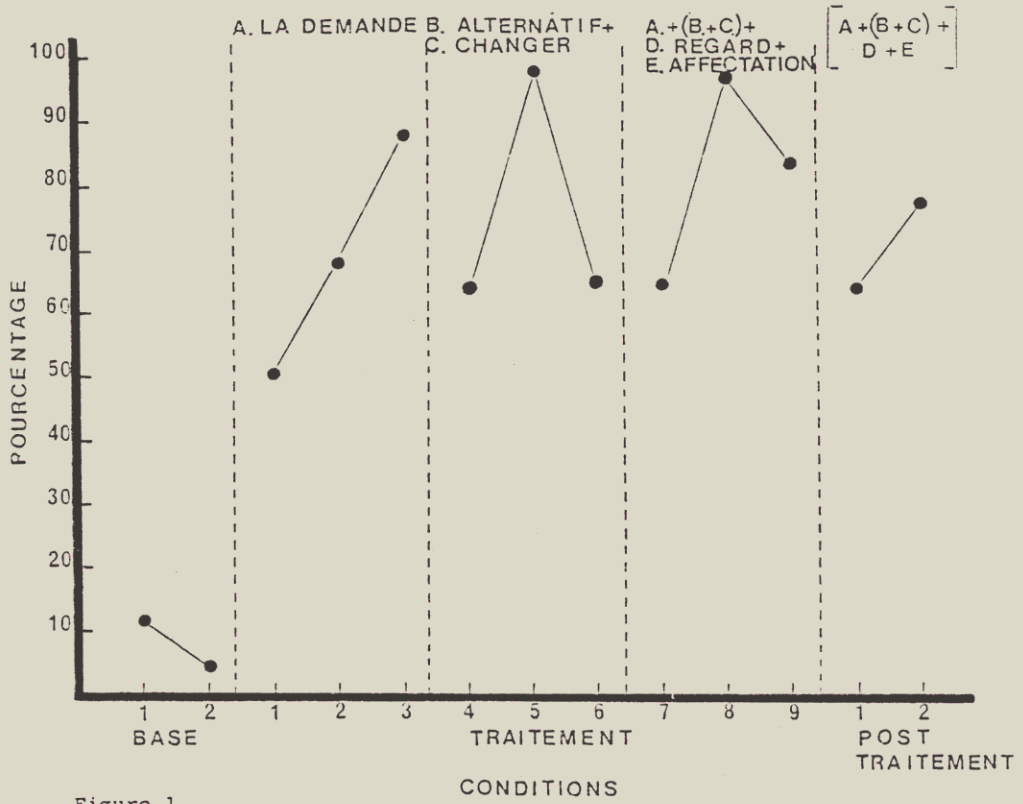


Figure 1
Pourcentage de "refus" par conditions

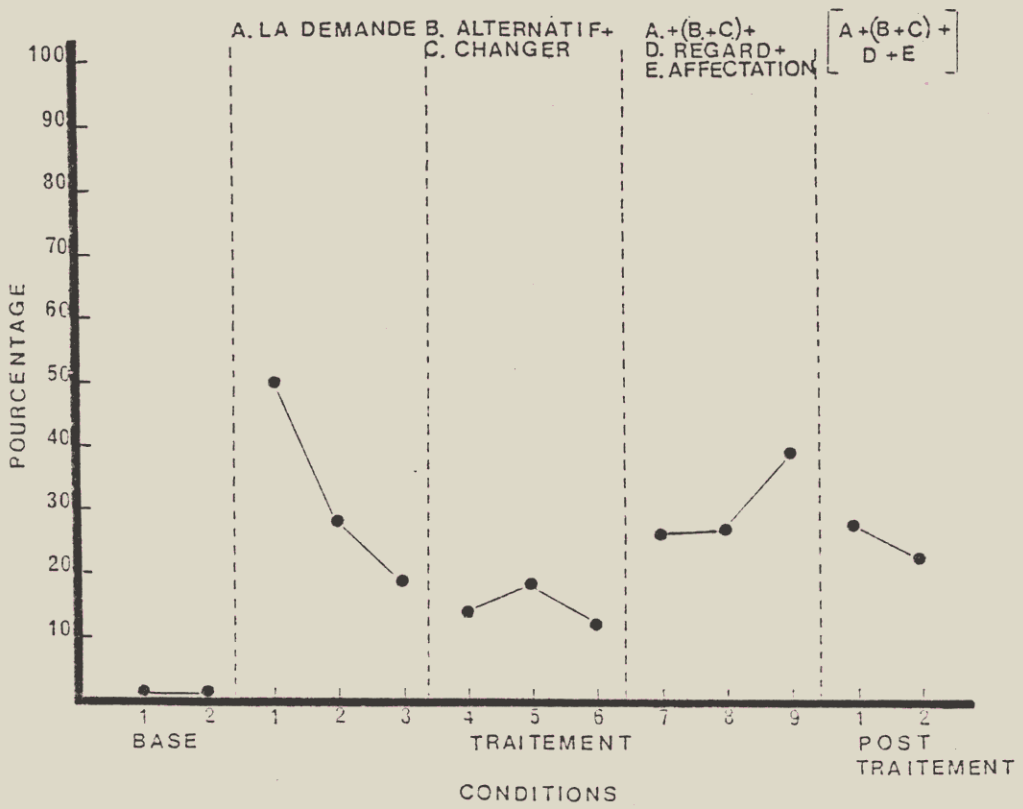


Figure 2
Pourcentage de "demandes" par conditions

Assertion avec des alcooliques

A la quatrième session du traitement, la réponse appropriée de l'alternatif est introduite. Pour cette session, 50% des réponses du sujet sont celles de l'alternatif (figure 3). Pour les sessions 5 et 6, elle se produit à 26% et 7%. Il faut remarquer que dans la quatrième session, la réponse appropriée de changer le sujet est aussi introduite. Comme l'indique la figure 4, cette réponse constitue 14%, 23% et 7% des réponses pour ces sessions 4, 5 et 6 respectivement. Ainsi le pourcentage de réponses appropriées pour ces sessions est en réalité la somme des réponses: alternatifs et changer le sujet.

Durant les sessions 7, 8 et 9, l'accent est alors mis sur toutes les réponses appropriées, quoique les réponses "durée de regard" et "affectations" sont introduites. La cote pour la réponse "durée du regard" passe de 10% et 20% pour la base à 90% dans ces sessions (figure 5). La réponse "affectation" passe d'une cote d'environ 20% à 80% (figure 6). Comme dans le cas de la réponse "durée de regard", les cotes sont évaluées à partir du vidéo par trois personnes et la moyenne sur une échelle de 5 est transformée en pourcentage.

La figure 7 représente le sommaire pour les trois réponses appropriées: la demande, l'alternatif et changer le sujet. On peut estimer que ces réponses apparaissent en moyenne dans environ 25% des occasions durant le traitement et post-traitement. La réponse refus, indiquée pour fin d'information, passe de 10% à 80% environ.

La figure 8 compare la base, le post-traitement et le rappel. Les résultats du rappel sont essentiellement les mêmes que ceux du post-traitement, car l'augmentation dans la réponse "alternatif" est contrebalancée par une diminution de la réponse "changer le sujet".

La figure 9 résume les résultats de la base, post-traitement et rappel pour les deux autres réponses appropriées, la "durée du regard" et "l'affectation". Les deux réponses ont subi une légère diminution lors du rappel.

DISCUSSION

L'augmentation de l'affirmation de soi au moyen des techniques du modèle et de jeu de rôle prétend pouvoir fournir à l'alcoolique les habiletés sociales nécessaires pour refuser efficacement un breuvage alcoolisé.

Le but de cette étude est d'appliquer les techniques du modèle et de jeu de rôle avec des alcooliques et de faire l'exposé détaillé d'un cas particulier pour en démontrer la méthodologie.

Deux questions peuvent être soulevées à partir d'une telle étude, à savoir la question de la généralisation du traitement et celle du transfert du traitement.

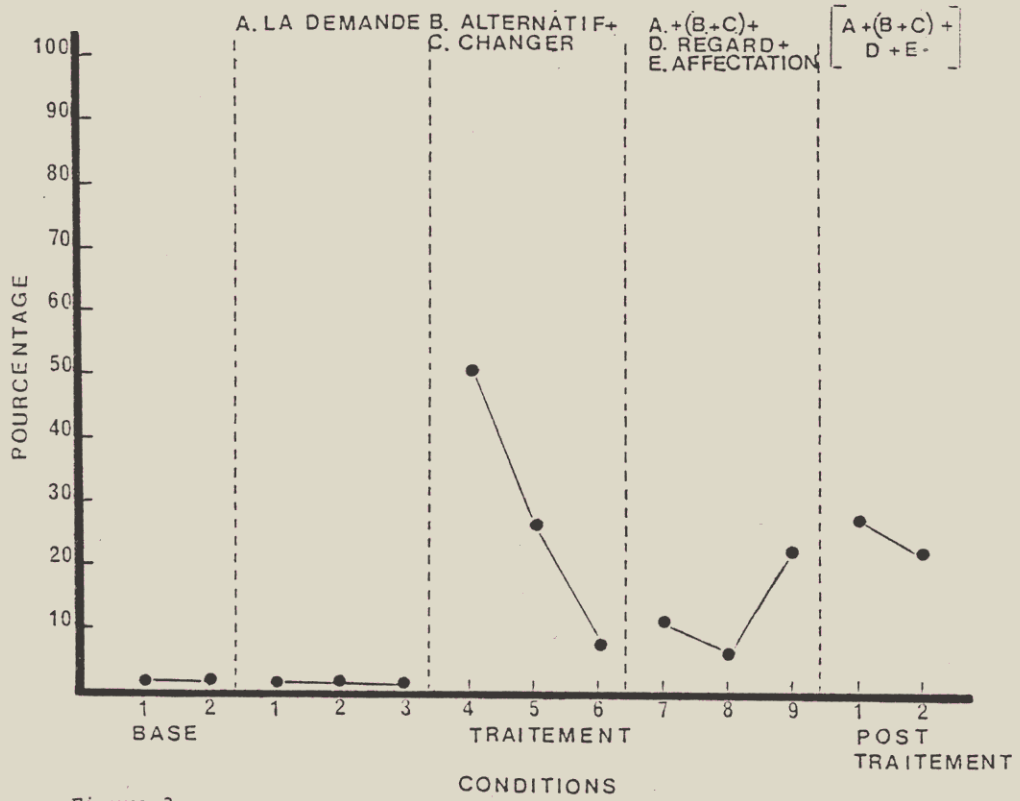


Figure 3
Pourcentage de "alternatifs" par conditions

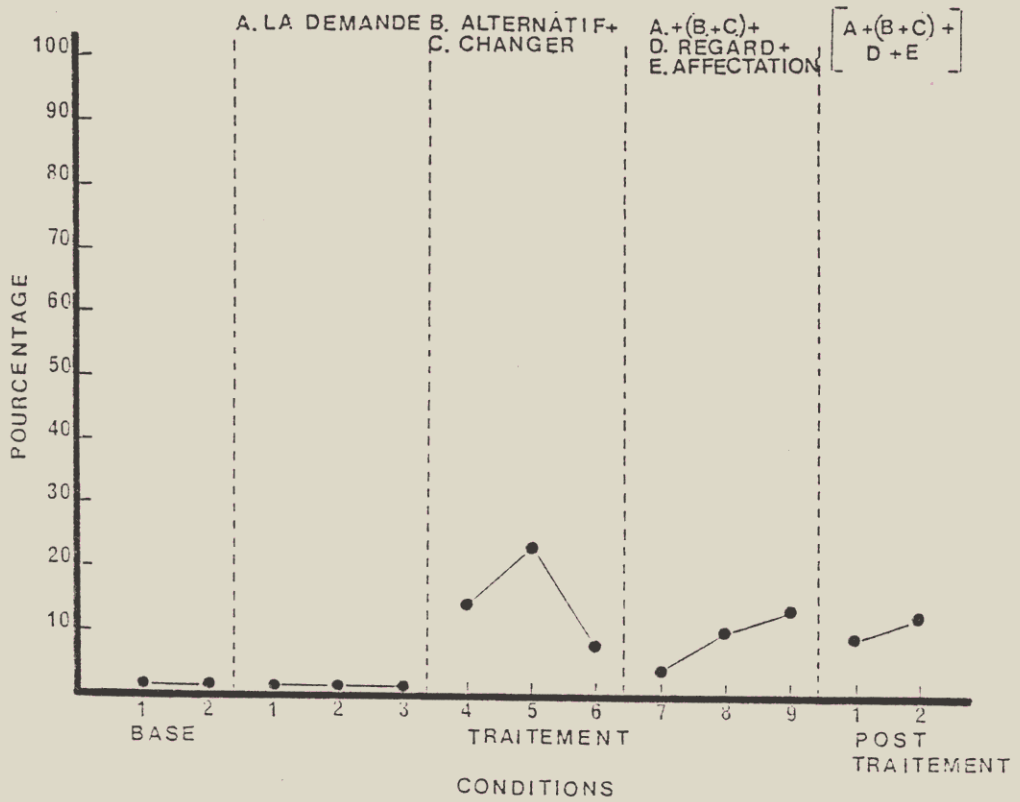


Figure 4
Pourcentage de "changer le sujet" par conditions

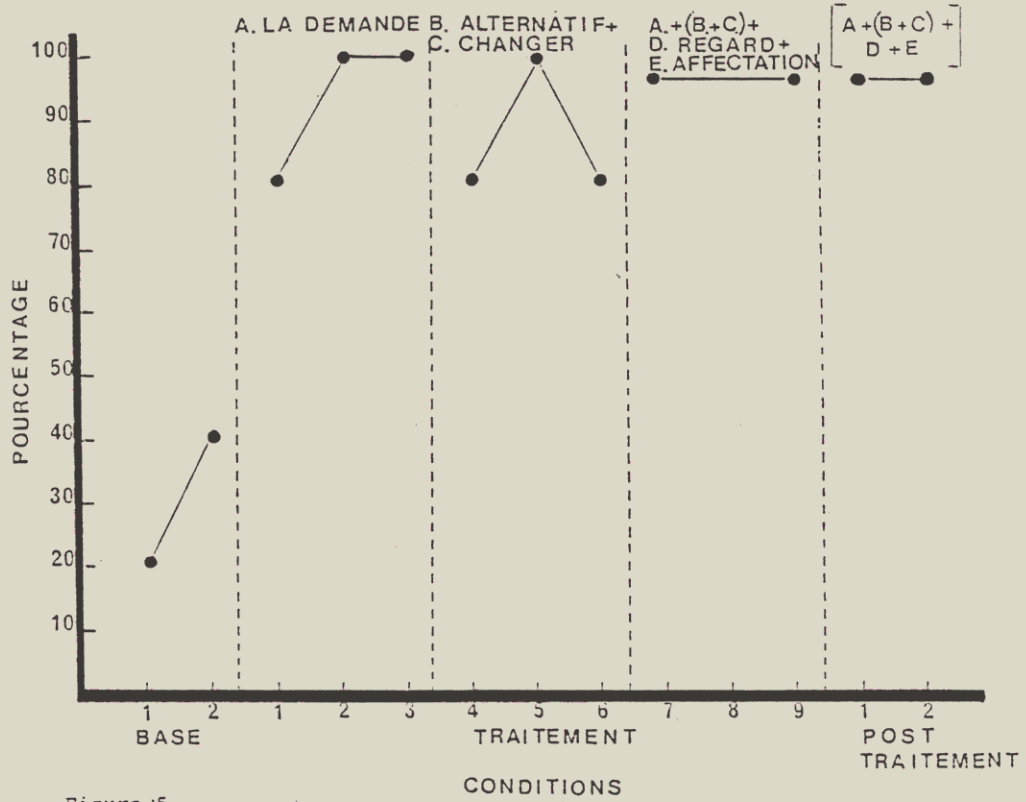


Figure 5
Pourcentage de "durée du regard" par conditions

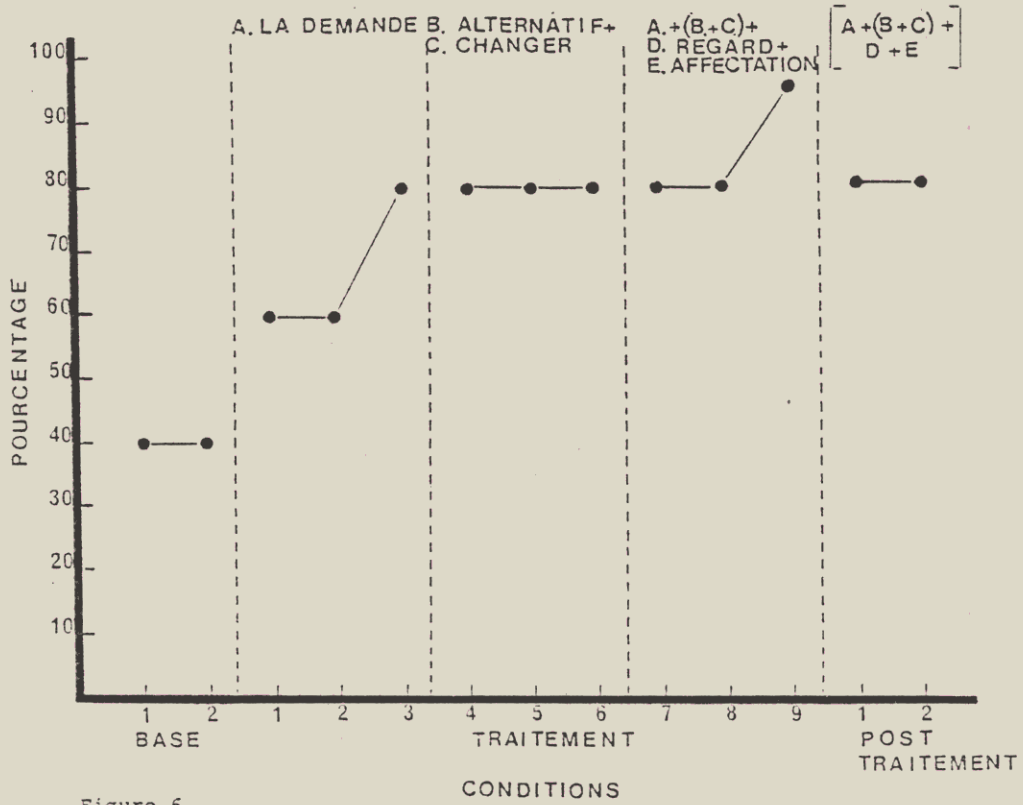


Figure 6
Pourcentage d'"effectations" par conditions

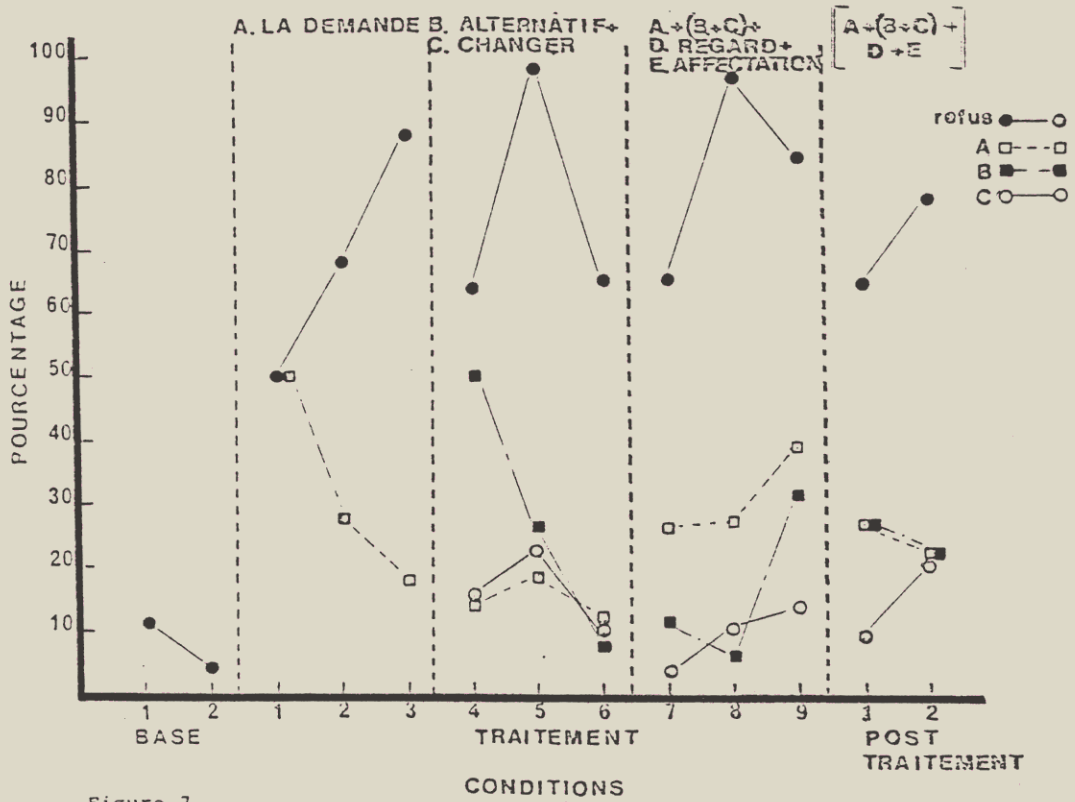


Figure 7
Pourcentage des réponses appropriées par conditions

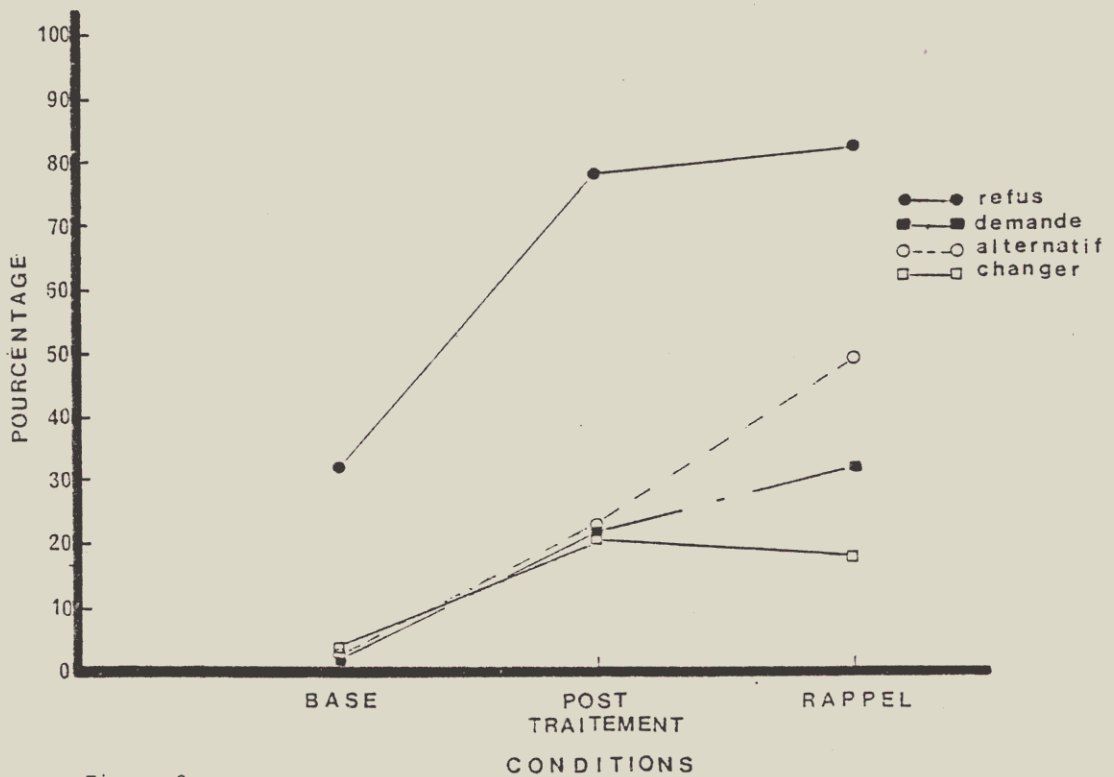


Figure 8
Pourcentage des réponses appropriées par conditions y incluant le rappel

Assertion avec des alcooliques

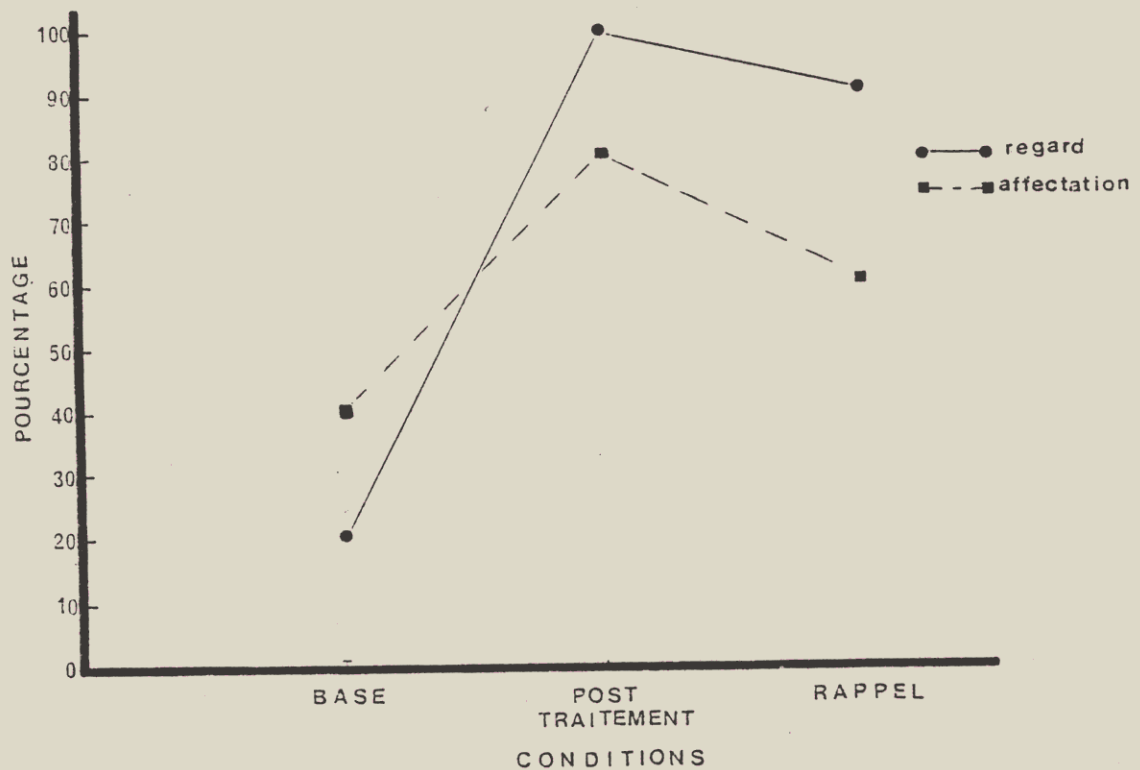


Figure 9
Transformations en pourcentage des réponses "regard" et "affectation" par conditions y incluant le rappel.

La plupart des études ne démontrent pas d'évidence de généralisation d'apprentissage social avec les alcooliques. La raison principale est que l'apprentissage d'habiletés sociales se fait avec des performances spécifiques dans des situations spécifiques. On doit cependant se poser la question suivante: est-ce que le fait d'apprendre à refuser un breuvage alcoolisé permet aussi au sujet d'être plus affirmatif dans d'autres situations? Théoriquement, on ne doit pas s'attendre à de tels effets supplémentaires car le traitement est orienté vers des contenus spécifiques. La généralisation, de par sa nature, exigerait que l'entraînement soit fait dans une variété de situations différentes. Pour pouvoir répondre de façon valide à cette question, il faudrait donc faire l'entraînement de l'affirmation de soi avec d'autres contenus que celui de la consommation d'alcool et vérifier ses effets dans les situations correspondantes. Néanmoins, il nous semble pertinent d'indiquer que d'après le rapport subjectif de trois cas étudiés à date, l'effet d'une généralisation de l'affirmation de soi dans d'autres situations quotidiennes constitue l'effet principal et primordial de ce genre de traitement. Cela semble indiquer que l'objectif du traitement devrait être l'accroissement de l'affirmation de soi en général plutôt qu'uniquement l'entraînement à refuser un breuvage alcoolisé.

L'effet de transfert doit constituer la mesure principale de la valeur du traitement en question et non pas les seuls résultats du traitement. Il va de soi que si les habiletés sociales apprises dans le milieu thérapeutique ne peuvent être utilisées dans le milieu naturel, elles n'ont que peu de valeur pratique. Il faut

donc accorder une importance première au test de transfert comme critère d'efficacité. En conséquence, il s'agit de vérifier si le sujet refuse efficacement les incitations à consommer l'alcool dans son milieu réel. Il peut se produire que le sujet démontre une augmentation positive et significative de l'affirmation de soi sans opérer le transfert en milieu réel. Telle est la situation avec un des trois cas que nous avons étudiés. Le "follow-up" indique que nos trois sujets ont maintenu des gains positifs sur l'entraînement. Cependant, un de ces sujets a repris, après le post-traitement, son comportement de consommation d'alcool. Il est donc contradictoire de proclamer des résultats positifs du traitement lorsque le test de transfert indique des résultats négatifs. D'autre part, il ne faut pas diminuer l'importance des résultats possibles de généralisation, ce qui a été souligné par les sujets comme étant l'aspect le plus attirant du traitement.

En somme, il faut considérer les trois niveaux de mesure séparément: les habiletés proprement dites, le transfert et la généralisation.

En vue d'augmenter l'efficacité du traitement, il est nécessaire que le transfert et la généralisation fassent partie intégrale du traitement, au même ordre que l'entraînement. Le premier peut être réalisé en utilisant la stimulation de situations (relié à l'activité de consommation de l'alcool) aussi réalistes que possible. Le deuxième exige une multiplicité de situations spécifiques en vue d'accroître l'affirmation de soi en général.

REFERENCES

- Eisler, R.M., Hersen, M., et Miller, P.M. Components of assertive behavior. *Journal of clinical psychology*, 1973, 29, 295-299.
- Eisler, R.M., Miller, P.M., et Hersen, M. Shaping components of assertive behavior with instructions and feedback. *American journal of psychiatry*, 1974, 131 (12), 1344-1347.
- Foy, D.W., Miller, P.M., Eisler, R.M. et O'Toole, D.H. Social skills training to teach alcoholics to refuse drinks effectively. *Journal of studies on alcohol*, 1976, 37 (9), 1340-1345.
- Hersen, M., Eisler, R.M., Miller, P.M., Johnson, M.B. et Pinkston, S.G. Effects of practice, instructions, and modeling on components of assertive behavior. *Behavior research and therapy*, 1973, 11, 443-451.
- Martorano, R.D. Mood and social perception in four alcoholics: Effects on drinking and assertion training. *Journal of studies on alcohol*, 1974, 35, 453-457.
- McFall, R.M. Behavioral training: A skill acquisition approach to clinical problems. *General learning press monograph*, New Jersey, 1976, 1-33.
- O'Leary, D.E., O'Leary, M.R., et Donovan, D.M. Social skill acquisition and psychosocial development of alcoholics: A review. *Addictive behavior*, 1976, 1, 111-120.

Les méthodes d'observation dans
l'analyse expérimentale du comportement (1) (2)

ANDRÉ SOULIERES
Hôpital Rivière-des-Prairies

CAROLE MCDONOUGH
Université du Québec à Montréal

RESUME

Les auteurs décrivent d'abord ce qu'est la méthode expérimentale et comment s'y insère la mesure par observation. Ensuite, ils exposent les schèmes expérimentaux les plus usuels et donnent une définition de l'objet de la mesure: le comportement. L'observation directe est, par la suite, définie et les auteurs en donnent les principaux objectifs et considèrent les particularités de son utilisation. Les différentes techniques sont alors exposées ainsi que leurs critères de choix. Finalement, les auteurs terminent par des considérations sur l'utilité et la limite de l'observation directe.

INTRODUCTION

Cet exposé permettra au lecteur de se familiariser avec ce segment de la méthode expérimentale qu'est la mesure par observation directe.

Méthode expérimentale et observation

La méthode expérimentale constitue une démarche rigoureuse dans la prise de connaissance du monde qui nous entoure. Elle implique cinq moments distincts qui peuvent cependant se recouper: l'observation, l'hypothèse, la vérification (expérimentation), la mesure (observation) et l'extrapolation (ou généralisation). Ce processus est évolutif et circulaire en ce sens que la connaissance évolue peu à peu, à mesure que l'analyse des résultats conduit à la formulation de nouvelles hypothèses qui sont, à leur tour, confirmées ou infirmées par la vérification.

Les techniques d'observation se situent donc dans ce processus d'analyse expérimentale de la réalité. Si elle est exploratrice, elle amène le chercheur à voir la réalité selon divers prismes et ainsi lui permet de formuler des hypothèses explicatives. Quand elle fait partie de l'expérimentation (pré-test, post-test, follow-up), elle permet de vérifier les hypothèses posées.

1. Ce texte est publié simultanément dans le Bulletin scientifique de l'hôpital Rivière-des-Prairies, 1978, 2, 1, 73-84, et a été présenté en conférence lors du congrès de l'A.S.M.C., à Moncton, mai 1978.
2. Un document magnétoscopique: Les méthodes d'observation; un atelier pratique, servant à illustrer les diverses méthodes, est disponible au Service audio-visuel de l'hôpital Rivière-des-Prairies.

Les différents schèmes expérimentaux

Dans le but de préciser le cheminement expérimental, nous exposons différents schèmes usuels dans la recherche clinique.

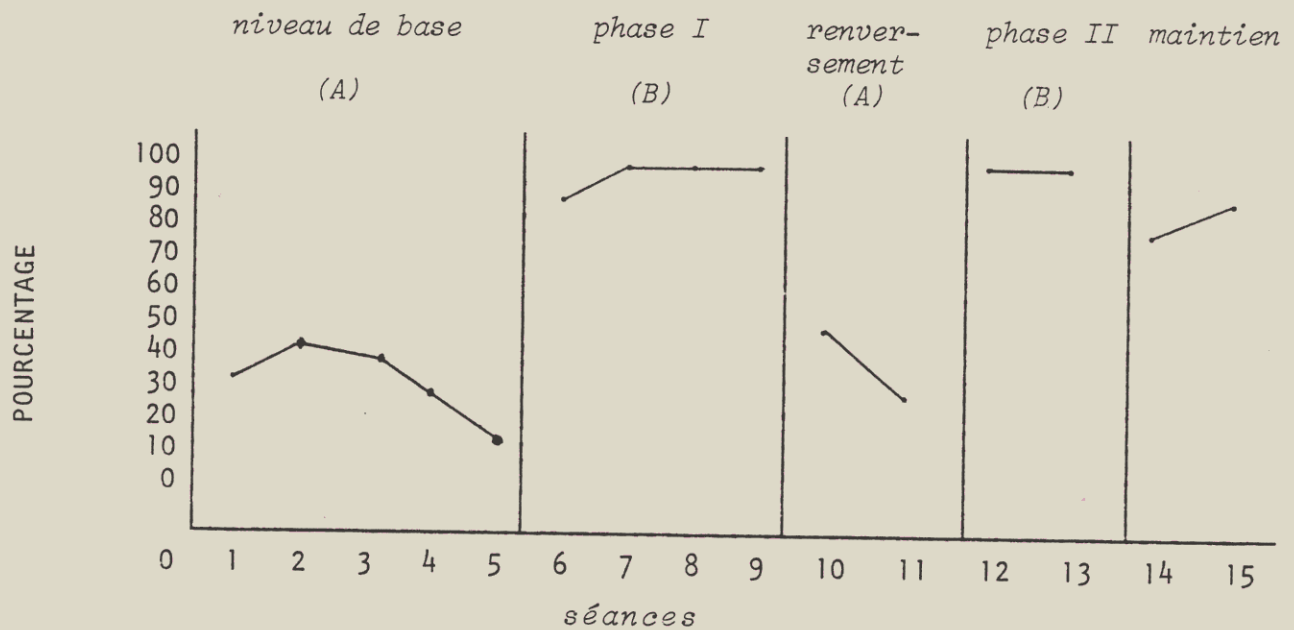


Fig. 1. Pourcentage d'attention à la tâche par séance. (Adaptation de Goulet et Leduc (1977), p. 25)

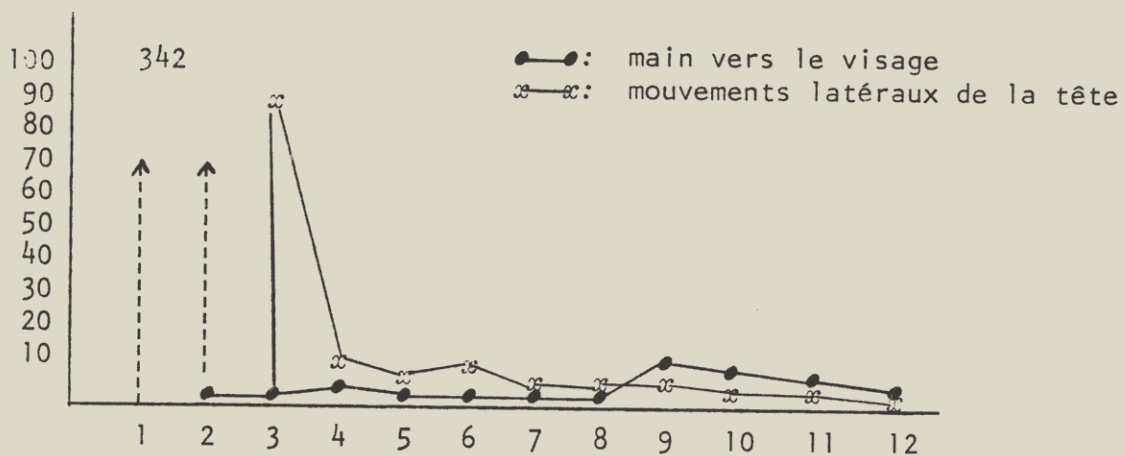


Fig. 2. Evolution des mouvements de la main vers le visage et des mouvements latéraux de la tête. La session un (1) sert de taux de base pour le comportement "main vers le visage" et la session trois (3), pour le comportement "mouvement latéral de la tête". (Adaptation de Trudel, Soulières et Gaudette, 1976).

Méthodes d'observation

Renversement de procédure (ABAB)

Ce schème implique quatre (4) moments particuliers. D'abord une mesure du taux de base (A) pour situer le niveau habituel; ensuite, l'intervention (B) avec une mesure concomitante pour suivre la variation dans le niveau opérant; ensuite, un retour à la situation originale (A) pour identifier la valeur isolée de la variable "intervention"; et, finalement, retour à l'intervention (B) (voir fig. 1).

A taux de base multiples

Ce schème permet de vérifier la valeur de contrôle de l'intervention en limitant celle-ci à un comportement en particulier et en continuant la mesure du taux de base sur les autres comportements. Par la suite, l'intervention est appliquée successivement aux autres comportements. La figure 2 donne un exemple de ce type de vérification.

A critère progressif

La particularité de ce schème réside dans le fait que le critère de réussite dans l'élimination d'un comportement-cible, est graduellement augmenté. Ainsi, si le niveau opérant suit la même progression, c'est que l'intervention contrôle réellement le comportement (voir la fig. 3).

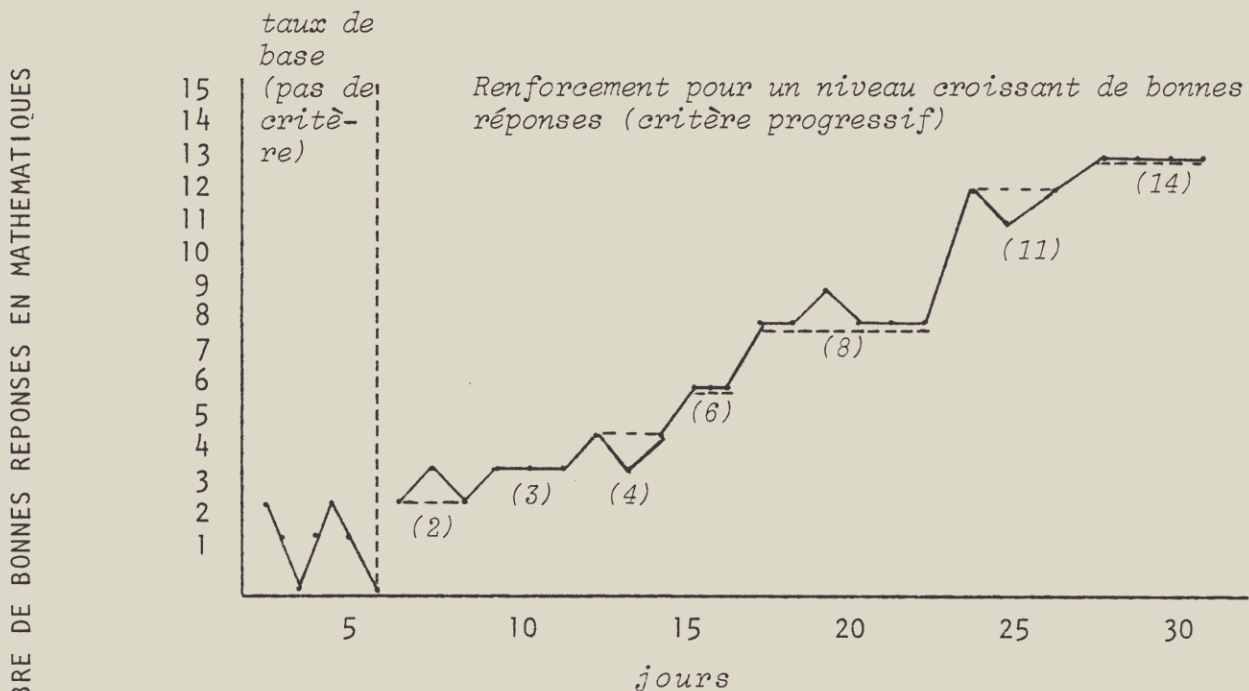


Fig. 3. Graphique de la performance d'un garçon de sixième année en mathématiques. Ce graphique montre comment le plan à critère progressif est employé pour démontrer le contrôle expérimental dans l'augmentation de la performance. A noter que durant six sessions, le nombre de bonnes réponses s'est maintenu au niveau du critère (8) et n'a augmenté qu'avec l'augmentation du critère (11) à la session suivante. (Adaptation de Hall (1971), p. 25)

A groupe contrôle

Nous incluons dans ce schème général, tous les plans d'expérimentation qui impliquent la comparaison des résultats d'un ou plusieurs groupes-contrôles (témoins) à ceux du ou des groupes expérimentaux (voir les spécifications de Saucier, 1978). Dans ces schèmes, un élément "traitement" est appliqué à un groupe (expérimental) et un autre groupe est soumis aux mêmes conditions, à l'exception du seul élément expérimental ("traitement"). Le graphique de la figure 4 illustre l'utilisation de ce type de schème.

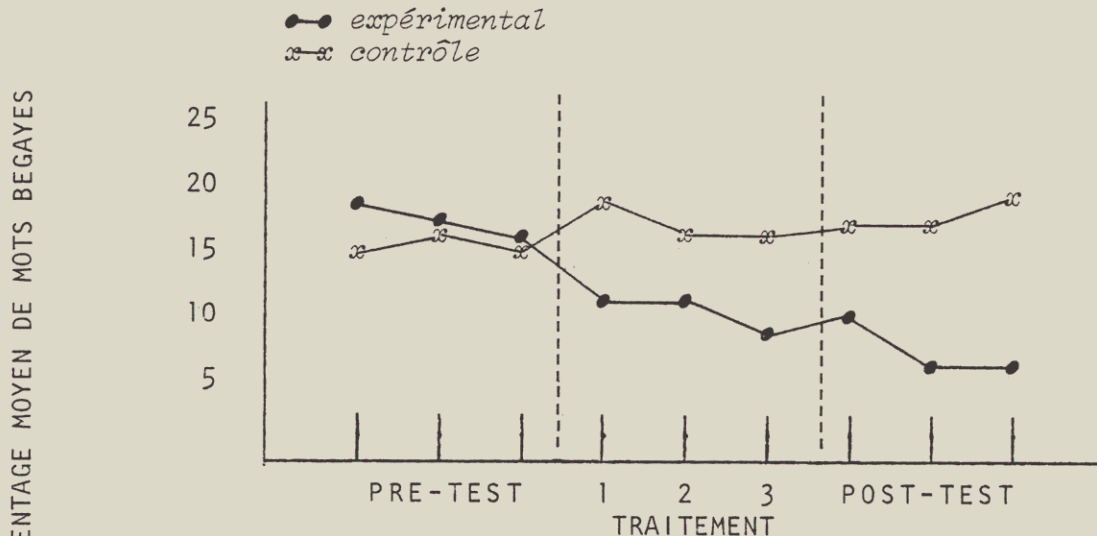


Fig. 4. Pourcentage moyen de mots bégayés pour les sujets du groupe expérimental et du groupe-contrôle.
(Adaptation de Boudreau, Jeffrey, Leblanc et Dupuis (1976), p. 48)

LE COMPORTEMENT

Dans les sciences humaines, le chercheur, comme le clinicien, étudie une entité bien particulière: le comportement (voir Charest, Naud et Vitaro (1976) pour des indications d'utilisation).

En effet, contrairement à l'objet des sciences pures, l'objet des sciences humaines est l'humain. Nous devons donc étudier l'humain dans ses manifestations et selon deux niveaux d'analyse: le niveau biologique (physiologie, anatomie, biochimie, etc.) et le niveau psycho-social. Dans ce dernier niveau, nous choisissons de nous limiter à l'analyse objective des manifestations observables; soient: les comportements.

Méthodes d'observation

Un comportement est une action ou un mouvement émis par un organisme et qui est observable et mesurable par un ou plusieurs observateurs. Il est à remarquer que les comportements qui sont observables par plusieurs observateurs sont des comportements externes. Les comportements qui sont observables par un seul observateur, le sont par le sujet lui-même et constituent donc un champs d'analyse (introspection) jusqu'à récemment rejeté par la plupart des behavioristes. Cependant, l'attention maintenant portée à ces comportements (internes) élargit le champ d'application des techniques d'auto-contrôle (Boisvert, Soulières, Naud, 1975; Soulières, 1974).

Comme dans toute science, il est nécessaire, en sciences humaines, d'avoir des techniques de mesure valides et fidèles. La mesure du comportement repose sur les techniques d'observation.

L'OBSERVATION DIRECTE

L'observation directe constitue un des principaux éléments qui différencient l'approche behaviorale des autres modes d'intervention clinique.

Définition

Une procédure d'observation directe peut être définie comme une méthode pour obtenir des échantillons de comportements et de situations cliniquement importants (en rapport avec le diagnostic posé ou à poser, le plan d'intervention et son évaluation). Cet échantillonnage systématique se situe en milieu naturel ou dans un milieu analogue qui est structuré de telle manière qu'il fournisse, sur les comportements et situations, une information semblable à celle qui serait obtenue dans le milieu de vie. Les méthodes d'observation directe impliquent: l'enregistrement du comportement au moment où il arrive (non rétrospectivement); l'emploi d'observateurs entraînés et impartiaux et qui suivent des règles et procédures d'enregistrement clairement définies; et des descriptions de comportement qui requiert un degré minimal d'inférence de la part de l'observateur (voir sur ce sujet: Jones, Reid et Patterson, 1974).

Un point d'intérêt marqué dans le domaine de l'observation directe est certainement le fait que l'on peut obtenir de l'information valable sur les comportements et situations contrôlantes, et ce, dans le milieu même où se produisent ces comportements et situations. Aussi le milieu naturel perpétue souvent des circonstances qui jouent un rôle important dans le maintien de conduites mal adaptées et l'information obtenue par l'observation directe, comparée au testing en situation de bureau ou de laboratoire, devient ainsi une excellente source d'orientation de l'intervention.

Objectifs

Suivant la réflexion de Mash et Terdal (1976), nous spécifions certains objectifs à atteindre dans la mesure du comportement par observation.

- Assister le thérapeute dans l'identification des comportements-cibles, pertinents au traitement.
- Identifier, dans l'environnement naturel du sujet, les événements qui peuvent servir comme stimuli maintenant ces comportements.
- Identifier des événements stimuli antécédents et subséquents qui peuvent amener un changement de comportement.
- Fournir une base d'évaluation de l'intervention en obtenant un niveau opérant avant, durant et après l'intervention.
- Obtenir une information par une mesure qui peut être comparée à une autre obtenue de façon indépendante, de façon à vérifier la validité du diagnostic ou du traitement.
- Obtenir, tout au long du traitement, une information continue qui fournit un feedback sur le progrès, à la fois au thérapeute et au client.
- Utiliser l'information pour réaménager l'intervention quand les buts attendus ne sont pas atteints.

Considérations méthodologiques

Bien que d'utilisation fort différenciée par rapport aux méthodes plus conventionnelles d'évaluation, à savoir: les tests d'intelligence et de personnalité (projectifs ou non), l'observation directe est aussi soumise à des considérations méthodologiques rigoureuses. En effet, les problèmes de validité (correspondance à l'objectif de mesure, opérationnalisation de la mesure), de fidélité (constance dans la mesure), d'objectivité (biais possible de l'observateur) et d'échantillonnage (représentativité du comportement observé, du moment et de la situation d'observation) sont toujours imminents. Les méthodes d'observation exigent également une certaine sophistication, à la fois dans la procédure et dans l'entraînement de l'observateur.

LES DIFFERENTES TECHNIQUES D'OBSERVATION

Nous devons d'abord distinguer les procédures d'observation de la technique d'enregistrement automatique de la réponse (technique développée en laboratoire par Skinner (1938) et qui implique que le comportement (réponse) mesuré actionne automatiquement, lorsqu'il est émis, un mécanisme d'enregistrement).

TABLEAU 1

Techniques d'observation du comportement:
Leur définition, objectif et application

TECHNIQUE ET DEFINITION	OBJECTIF	APPLICATION
<p>ENREGISTREMENT CONTINU</p> <p>L'observateur écrit en séquence tous les comportements observés. Ces observations peuvent être organisées sur un tableau, en trois (3) colonnes, (tableau ACS) qui indique les événements qui précèdent le comportement (antécédents), la réponse du sujet (le Comportement) qui suit les antécédents et, finalement, les événements qui suivent le comportement (Subséquents).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permet une spécification plus grande des conditions dans lesquelles apparaît le comportement, telles que des indices, des incitations verbales et des renforçateurs éventuels qui maintiennent le comportement. 2. Fournit l'information générale nécessaire pour le choix d'une méthode d'enregistrement efficace (e.g. la variable critique est-elle la fréquence, la durée, l'intensité, etc?) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avant l'évaluation et l'intervention, quand le sujet n'est pas familier. 2. Quand les comportements doivent être définis plus précisément (e.g. quand deux observations ne s'accordent pas sur les circonstances d'un comportement).
<p>MESURE DIRECTE DU PRODUIT DU COMPORTEMENT</p> <p>Une observation simple d'un produit de comportement (ex: le poids d'un enfant qui régurgite, le nombre d'objets assemblés à l'atelier, etc.); habituellement mesuré à la fin d'une période pré-déterminée.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quand disponible, cette méthode fournit une mesure très directe d'un effet du comportement. 2. Donne un moyen de mesurer le comportement sans influencer son apparition. 3. Donne un standard de comparaison ou une validation sommaire de d'autres mesures. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lorsque d'autres méthodes d'observation peuvent interférer avec le comportement observé. 2. Lorsque c'est trop difficile ou ça prend trop de temps pour observer directement le comportement. 3. Puisque le produit est quantifiable, l'employer avec une autre méthode, quand c'est possible.
<p>ENREGISTREMENT DE LA FREQUENCE</p> <p>L'observateur compte simplement chaque apparition du comportement pendant une période de temps pré-déterminée. L'observation peut se prolonger tout au long d'une journée si l'apparition du comportement n'est pas fréquente.</p>	<p>Donne un enregistrement précis de la fréquence durant une période de temps donnée; c'est donc l'estimation de la fréquence ou du taux d'apparition du comportement.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quand disponible, cette méthode fournit une mesure très directe d'un effet du comportement. 2. Donne un moyen de mesurer le comportement sans influencer son apparition. 3. Donne un standard de comparaison ou une validation sommaire de d'autres mesures. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quand le comportement est d'une fréquence de modérée à basse et que les apparitions sont à peu près de même durée. 2. Peut être employé par un observateur entraîné pour enregistrer plus d'un comportement ou plus d'un sujet, quand le comportement est très facile à observer. Par exemple, on peut observer différents sujets qui s'engagent dans le même comportement simple: entrer dans le poste central. On peut aussi observer différents comportements simples émis par un sujet: un enfant qui crie, frappe les autres et lance des objets dans une classe.

ENREGISTREMENT DE LA DUREE

L'observateur mesure la durée totale d'émission du comportement, et ce, pendant une période d'observation pré-déterminée.

1. Fournit de l'information sur la durée d'apparition d'un comportement pour une période donnée.
2. Permet une mesure plus précise, spécialement quand la seule fréquence n'est pas représentative (voir point 4 dans colonne de droite).

1. Seulement quand le début et la fin du comportement sont facilement déterminables.
2. Ordinairement employé avec un sujet.
3. Pour des comportements qui ont des durées variables (e.g. contact visuel).
4. Pour un excès dans le répertoire qui représente une longue durée mais une fréquence modérée ou basse (e.g. quand un enfant est "hors de son siège" pour de longues périodes de temps).

ENREGISTREMENT PAR INTERVALLE

L'observateur divise la période d'observation (e.g. une demi-heure) en un nombre égal d'intervalles qui varient habituellement entre 5 secondes et 2 minutes. Ensuite, il indique, pour chaque intervalle, si le comportement est présent ou absent. La longueur des intervalles devrait permettre une seule apparition du comportement.

Donne une estimation grossière de la fréquence des réponses et de la latence entre les réponses.

1. En ayant un code pour chaque comportement, plusieurs comportements peuvent être enregistrés pour plusieurs sujets (e.g. observez de 1 à 5 comportements chez un sujet différent, à chaque intervalle, et répétez le processus après que chaque sujet a été observé).
2. Quand l'enregistrement de la fréquence ou de la durée ne peuvent être employés.
3. Pour des comportements à fréquences variables.
4. Le comportement n'a pas nécessairement un début et une fin facilement déterminables.

ECHANTILLONNAGE DE TEMPS

De brèves observations sont effectuées à des moments spécifiques durant les heures journalières actives des sujets. Ces moments peuvent être distribués à intervalles fixes ou variables.

1. Très bref, laisse donc plus de temps au personnel pour d'autres tâches ou d'autres observations.
2. Permet un horaire pour l'emploi d'autres méthodes d'observation (e.g. compter la fréquence des verbalisations incitées à différents moments de la journée).

1. Pour plusieurs sujets et/ou plusieurs comportements.
2. Quand les comportements sont émis à une fréquence modérée ou élevée.
3. Quand le comportement peut être incité par le personnel (e.g. l'emploi du langage).

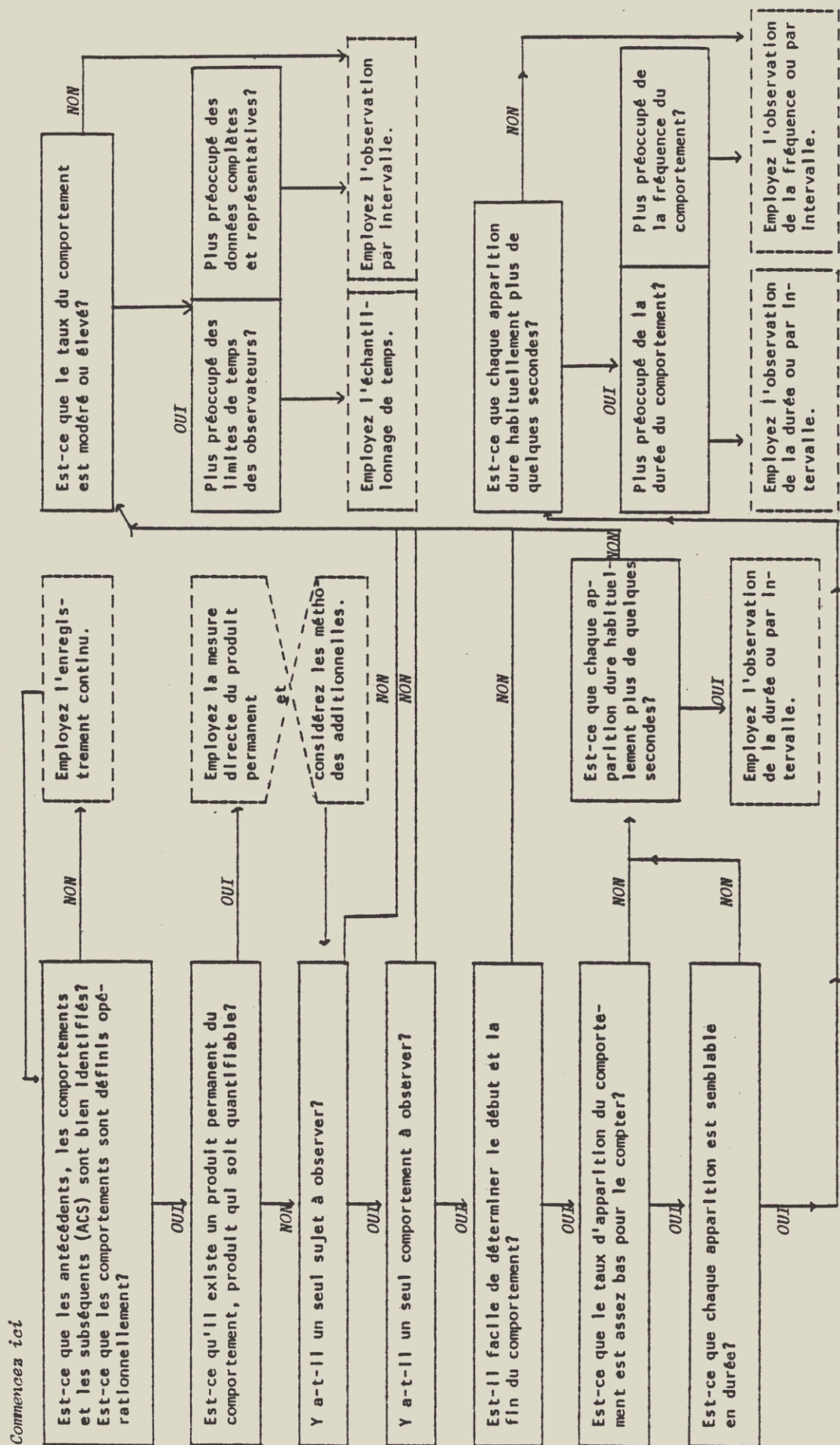


Fig. 5. Diagramme ("flow chart") pour le choix de la technique d'observation la plus appropriée. Commencez à gauche, en haut, et suivez le cheminement jusqu'à la case de la technique à privilégier.

Les principales techniques d'observation du comportement sont donc les suivantes: l'enregistrement continu, la mesure directe du produit du comportement, l'enregistrement de la fréquence, l'enregistrement de la durée, l'enregistrement à intervalles et l'échantillonnage de temps. Ces diverses techniques peuvent également être employées en combinaison pour une même observation. Nous omettons les diverses procédures d'observation du rendement et/ou de la production d'un groupe en classe, en industrie ou en atelier (auteur à consulter sur ce sujet: Risley, 1971).

Ces diverses techniques sont définies dans un tableau synoptique (voir tableau 1) qui présente également l'objectif de chacune et ses applications. Nous avons constitué ce tableau à partir de celui de Alevigos et Berck (1974). L'étude attentive de ce tableau indiquera au lecteur la pertinence de chacune des techniques pour son travail immédiat.

LES CRITERES DE CHOIX DE LA TECHNIQUE

Nous indiquons aussi, à l'aide d'un diagramme (voir figure 5), une façon simple de choisir la technique d'observation appropriée à l'information désirée. Ce diagramme est inspiré de Alevigos et Berck (1974); en partant de la case de gauche, en haut, l'observateur répond à chacune des questions successives jusqu'à ce qu'il ait atteint la méthode d'observation appropriée à ses besoins. En somme, les facteurs qui influencent la sélection de la technique d'observation sont: l'étape où est rendu le processus d'évaluation; les caractéristiques des comportements à observer; les caractéristiques de la situation dans laquelle se fera l'observation; les caractéristiques de l'observateur; les ressources pour le traitement (dépouillement des données brutes et analyse statistique des résultats) des données. Chacun de ces points influencera le choix de la technique optimale.

CONCLUSION:

utilité et limite des méthodes d'observation

En conclusion, nous insisterons sur le progrès qu'a fait la science du comportement durant les deux dernières décennies et sur le développement concomitant de techniques de mesure de plus en plus exactes, valides et fidèles; techniques de mesure pouvant s'appliquer directement dans le milieu naturel (habituel) de l'émission du comportement. Comme dans les sciences physiques, notre connaissance est souvent assujettie à notre technique et, en ce sens, l'utilisation de méthodes d'observation constitue un élément important dans l'intervention éducative, rééducative ou thérapeutique.

Méthodes d'observation

Nous terminons en indiquant que toute méthode d'observation est limitée par la définition et l'opérationnalisation du comportement à mesurer, par l'objectivité de l'observateur, son entraînement ainsi que son biaisage possible, par l'effet sur la situation de l'observation comme telle ainsi que par le choix du moment de l'observation.

REFERENCES

- Alivigos, P.N., et Berck, P.L. *An instructional aid for staff training in behavioral assessment*. Manuscrit non publié. Programme de recherche du Camarillo Neuropsychiatric Institute, 1974. Reproduit dans Mash et Terdal (1976).
- Boisvert, J.M., Soulières, A., et Naud, J. Etude de différentes composantes de l'entraînement à l'auto-instruction chez les schizophrènes. *Revue de modification du comportement*, 1975, 5 (2), 33-43.
- Boudreau, L., Jeffrey, C., Leblanc, R., et Dupuis, N. Le bégaiement traité par le renversement d'habitudes. *Revue de modification du comportement*, 1976, 6 (2), 34-50.
- Charest, J., Naud, J., et Vitaro, F. *L'analyse opérationnelle des objectifs en psychologie et en éducation*. Hull: Direction des études universitaires dans le Nord-Ouest québécois, 1976.
- Goulet, P., et Leduc, Aimée. Effet du renforcement positif sur le comportement d'attention à la tâche de l'élève. *Revue de modification du comportement*, 1977, 7 (2), 23-29.
- Hall, R.V. *Behavior modification; part 1: The measurement of behavior*. Kansas City: H & H Enterprises, 1971, 25.
- Jones, R.R., Reid, J.B., et Patterson, G.R. Naturalistic observation in clinical assessment. In P. McReynolds (Ed.) *Advances in psychological assessment*. Vol. 3, San Francisco: Jossey-Bass, 1974.
- Mash, E.J., et Terdal, L.G. *Behavior therapy assessment; Diagnosis, design, and evaluation*. New York: Springer, 1976.
- Risley, T.R. Spontaneous language in the preschool environment. In Julian Stanley (Ed.) *Research on Curriculums for Preschools*, Maryland: Johns Hopkins, 1971.
- Saucier, J.F. Rédaction d'un projet de recherche. *Bulletin scientifique de l'hôpital Rivière-des-Prairies*, 1978, 2 (1), 51-55.
- Skinner, B.F. *The behavior of organisms: An experimental analysis*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1938.

Soulières, A. *Instruction, entraînement à l'auto-instruction et entraînement à l'auto-évaluation comme technique de modification du comportement de schizo-phrènes hospitalisés*. Thèse de maîtrise non publiée, université du Québec à Montréal, 1974.

Trudel, G., Soulières, A., et Gaudette, G. Effets du renforcement positif de la punition et du contrôle du stimulus dans le traitement d'un tiqueur. *Journal de l'association canadienne de psychiatrie*, 1976, 21, 223-227.

Un moyen pratique pour favoriser la collaboration des familles
des patients dans des programmes de conditionnement opérant

NORMAND MARINEAU

C.H. Louis-H. Lafontaine

et

Centre de Psychologie Behaviorale

MARC-ANDRE RICHARD

C.H. Louis-H. Lafontaine

et

Centre de Psychologie Behaviorale

RESUME

Le système d'économie de jetons, pour conserver sa valeur motivationnelle, doit exercer un contrôle strict sur les renforçateurs extérieurs au programme thérapeutique dont peuvent disposer les sujets. Pour atteindre cet objectif, les auteurs suggèrent de faire parvenir une lettre aux familles des sujets, leur expliquant globalement et simplement les principes de base d'un système d'économie de jetons et les invitant à collaborer au traitement; par ce moyen, il est possible de réduire les remises non-contingentes de cadeaux aux sujets par leurs familles. Le texte intégral de la lettre est présenté en guise de modèle pour aider les professionnels éventuellement intéressés à implanter un tel programme thérapeutique. Quelques commentaires concernant les effets de ce moyen pratique pour obtenir la collaboration des familles des sujets, sont donnés.

Le système d'économie de jetons peut être conçu comme un système d'économie parallèle à celui que l'on connaît en société. Aussi, un problème important dans l'implantation d'un programme de conditionnement opérant utilisant l'économie de jetons, concerne le contrôle que l'on réussit à exercer sur les possibilités pour les sujets de profiter à la fois des deux systèmes. Lorsqu'un individu réussit à tirer profit des deux systèmes, l'efficacité thérapeutique de l'économie de jetons est grandement compromise.

Parmi les moyens à la portée des patients vivant en institution pour déjouer le contrôle motivationnel de l'économie de jetons, se retrouvent les cadeaux, sous forme d'argent ou de renforçateurs primaires, des familles des patients. Une des façons radicales de solutionner ce problème est d'instaurer un programme d'économie de jetons pour tous les patients d'une même institution (Roberts et Perry, 1970). Dans ce cas, l'argent n'a aucune valeur d'échange à l'intérieur de l'institution et la motivation à se mériter des jetons demeure très grande.

Toutefois, lorsqu'il s'agit de programmes limités à quelques unités de soins d'une vaste institution, l'argent conserve une grande valeur. Il faut songer à

contrôler non pas le processus d'échange mais plutôt le processus d'acquisition. Il devient alors urgent d'obtenir la collaboration des personnes susceptibles de donner de l'argent aux patients de ces systèmes d'économie de jetons, d'une façon non-contingente aux comportements à renforcer. Les familles des patients peuvent alors devenir des aides thérapeutiques importants.

Le but du présent article est de fournir un moyen concret permettant d'impliquer les familles des patients dans la bonne marche du programme de conditionnement opérant.

La littérature fournit peu de détails à ce sujet. Depuis quelques années, les principaux relevés analytiques de la littérature dans le domaine de l'économie de jetons (Carlson, Hersen et Eisler, 1972; Kazdin et Bootzin, 1972; Gripp et Margaro, 1974; Milby, 1975), font le plus souvent mention des grandes étapes préparatoires (sélection des sujets, formation du personnel, etc.) et cherchent à identifier ainsi qu'à évaluer les variables qui peuvent influencer l'efficacité de ce mode thérapeutique. Seuls McMordie, Richards et Laughlin (1975) abordent directement le problème important de la participation des familles des patients.

Ces auteurs suggèrent de faire parvenir aux familles des patients des explications sur le programme de conditionnement opérant. Cette lettre cherche à atteindre deux buts principaux. D'une part, les auteurs semblent soucieux des implications éthiques et légales de l'utilisation des techniques behaviorales auprès des patients psychiatriques. D'autre part, ils désirent augmenter l'efficacité thérapeutique de leur intervention en informant les familles des patients et en permettant ainsi de favoriser la réinsertion sociale de leurs patients.

Puisqu'ils désirent éviter des oppositions légales, les auteurs mettent l'emphasis dans le contenu de leur lettre, sur des justifications et des explications détaillées des principes du conditionnement opérant. Ces détails, souvent trop techniques pour des lecteurs non-avertis, affectent la valeur informative de la lettre.

De notre côté, l'efficacité thérapeutique demeure le but central dans la transmission d'informations aux familles des patients visés par des programmes de conditionnement opérant. Comme il a été mentionné plus haut, il faut éviter que les familles des patients diminuent la motivation à se mériter des jetons en remettant directement aux patients de l'argent ou des cadeaux sous diverses formes. De plus, il est important d'expliquer aux familles en quoi consiste le conditionnement opérant de telle sorte qu'elles encouragent les patients à émettre des comportements adaptés. Enfin, dans un but à plus long terme, l'implication constante des familles des patients permet d'envisager une réinsertion sociale éventuelle avec plus d'optimisme.

Guidés par ces objectifs, nous suggérons une formulation dépouillée de détails techniques superflus. Le lecteur trouvera ici le texte intégral de cette lettre, premier modèle francophone du genre, qui a été envoyée à 80 familles de patients qui sont intégrés à deux programmes de conditionnement opérant. Il s'agit de patients psychiatriques hospitalisés depuis plusieurs années. Il y a à peu près autant de patients masculins que féminins et la répartition est semblable en ce qui concerne le diagnostic psychiatrique: schizophrénie et oligophrénie.

Système de jetons: Lettre aux parents

Nous tenons à vous informer que _____
 a été choisi pour participer à un programme de conditionnement opérant
 à l'unité de soins _____ de l'hôpital _____

Le programme de conditionnement opérant, connu aussi sous le nom de système d'économie de jetons, tente de recréer à l'intérieur de l'hôpital les conditions de la vie en société. Sous la supervision d'un personnel entraîné dans ce domaine, chaque patient doit assumer certaines responsabilités qui le rendront plus autonome. Le patient peut aussi gagner des jetons pour les activités et les tâches qu'il accomplit: qu'il s'agisse de développer ou de maintenir une bonne hygiène personnelle, d'effectuer de menus travaux ou de participer à des activités récréatives. Les jetons peuvent ensuite être dépensés ou échangés par le patient, à son unité de soins, pour certains services ou certains articles dont il a besoin, par exemple: des collations, des friandises, des cigarettes et des accessoires personnels. Les jetons permettront aussi au patient d'obtenir certains privilèges, par exemple, la possibilité de sorties à l'extérieur de l'hôpital.

Afin que ce programme soit efficace, l'équipe de soins a besoin de votre aide. Lors de vos visites à l'hôpital, il est important que vous encouragiez le patient à se comporter d'une façon appropriée. Il en sera de même si le patient vous visite à domicile. Vous pourrez aussi communiquer avec l'équipe de soins à l'hôpital afin de vous informer des progrès du patient ou pour obtenir des informations supplémentaires à propos du programme thérapeutique. De plus, il serait préférable que vous évitiez d'envoyer ou de remettre des cadeaux personnels (argent, friandises ou autres) directement au patient. Il vous est plutôt recommandé de confier ces articles à l'une des personnes responsables du programme thérapeutique, soit les infirmières ou le psychologue. Ces items (argent, friandises ou autres) seront alors remis en entier au patient au moment opportun et il pourra en disposer à sa guise. Vous comprendrez que l'efficacité du système d'économie de jetons dépend en partie de votre collaboration dans ce domaine. Nous comptons donc sur vous pour faire en sorte que ce programme thérapeutique soit un succès. Merci à l'avance.

Il est difficile d'évaluer complètement les effets de l'envoi de cette lettre aux familles. Plusieurs réactions favorables nous laissent croire toutefois que certains objectifs visés ont été atteints. D'une part, certaines personnes ont communiqué avec les responsables des programmes d'économie de jetons pour obtenir plus d'informations. D'autre part, il y a eu une diminution importante de remise d'argent ou de cadeaux de la part des familles directement aux patients. Par ailleurs, il est beaucoup trop tôt pour pouvoir évaluer des changements dans la participation active des familles au traitement des patients; ce sera au moment de la réinsertion sociale qu'il sera possible de se prononcer sur ce point de façon plus juste.

REFERENCES

- Carlson, C.G., Hersen, M. et Eisler, R.M. Token economy programs in the treatment of hospitalised adult psychiatric patients. *Journal of nervous and mental disease*, 1972, 155, 192-204.
- Gripp, R.F. et Magaro, P.A. The token economy in the psychiatric hospital: A review and analysis. *Behavior research and therapy*, 1974, 12, 205-228.
- Kazdin, A.E. et Bootzin, R.P. The token economy: An evaluation review. *Journal of applied behavior analysis*, 1972, 5, 343-372.
- McMordie, W.R., Richards, L.L. et Laughlin, R.P. Relatives letter of orientation to the token economy system. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 1975, 6, 361-362.
- Milby, J.B. A review of token economy treatment programs for psychiatric inpatients. *Hospital and community psychiatry*, 1975, 26, 651-658.
- Roberts, C.L. et al. A total token economy. *Mental retardation*, 1970, 8 (1), 15-18.