



# REVUE DE MODIFICATION DU COMPORTEMENT

## SOMMAIRE

- |  |  |    |
|--|--|----|
| Le traitement d'une habitude nerveuse par l'utilisation de divers procédés comportementaux                             | Jacques FORGET<br>Rodrigue OTIS                      | 51 |
| Programme d'apprentissage à l'autonomie dans l'hygiène de base chez des déficients profonds                            | Denis PARENT<br>Marc-André RICHARD                   | 69 |
| Les chansonniers québécois véhiculent-ils des idées irrationnelles ?   | Robert LADOUCEUR<br>Gérald BEAUDOIN<br>Michel GOURDE | 75 |
| Problèmes non technologiques reliés à l'implantation et au maintien de conditionnement opérant en milieu psychiatrique | Gilles TRUDEL  | 81 |
| Critiques de livres  | Jacques FORGET                                       | 89 |

# REVUE DE MODIFICATION DU COMPORTEMENT

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

**Directeur:** Maurice Harvey

A.S.M.C.  
6955 boul. Taschereau, suite 211  
Brossard, Québec  
J4Z 1A7

**Directeur-adjoint:** André Soulières

Directeur des Services Profess.  
Institut Nazareth et Le-Braille  
1255, rue Beauregard  
Longueuil, Québec  
J4K 2M3

**Responsable de la**

**rubrique** Pierre Baron  
110, Chemin du Château  
App. 1207  
Hull, Québec  
J9A 1T4

**«Critique de livres»:**

**Conseil**  
**D'Administration**  
**De l'Association**  
**Scientifique**  
**Pour la Modification**  
**Du Comportement**  
**A.S.M.C.**

Président:	Raymond Beauvolet
Président élu:	Henri Martin-Laval
Président sortant:	Rodrigue Otis
Secrétaire:	Jinette Marci-Denault
Trésorier:	Gilbert Leroux
Représentant (Montréal):	Jacques Forget
Représentant (Québec):	Guy Laliberté
Représentant (Moncton):	Clarence J. Jeffrey
Représentant (Sherbrooke):	Rodrigue Otis
Représentant (Nord-Ouest):	Jean Caron

Port de retour garanti par A.S.M.C., 6955 boul. Taschereau, suite 211, Brossard, Qué. J4Z 1A7  
Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec et Bibliothèque nationale du Canada  
I S S N 0 3 8 3 - 0 5 6 X

Revue de modification du comportement  
Vol. 10, N° 2, 51-68, (1980)

## Le traitement d'une habitude nerveuse par l'utilisation de divers procédés comportementaux<sup>1</sup>

JACQUES FORGET (2) et RODRIGUE OTIS  
Behaviora Université de Sherbrooke

Une intervention à plusieurs composantes, comprenant le renversement d'habitude, un contrat comportemental et le conditionnement imaginé, s'est avéré efficace pour la modification d'un comportement d'évitement chez un enfant de 11 ans. Des résultats plutôt mitigés avaient été obtenus précédemment par la technique de la pratique négative. Une relance effectuée après six ans a permis de constater que la fréquence du comportement s'est maintenue à un niveau comparable à celui enregistré après l'intervention. En plus de faire ressortir certaines hypothèses sur l'acquisition et le maintien de l'habitude nerveuse, le présent article souligne la nécessité d'une analyse fonctionnelle et systématique avant toute intervention.

La modification des habitudes nerveuses est l'un des domaines où l'approche comportementale a rapidement suggéré des procédures d'intervention basées sur le principe que ces comportements sont dus à des phénomènes d'apprentissage. Dès 1958, Yates proposait une technique appelée pratique négative<sup>3</sup> qui avait été mise au point par Dunlap en 1932. En effet, ce dernier avait démontré que la répétition massée d'un comportement moteur involontaire, sans renforcement, amenait son extinction (Malcuit *et al.*, 1972). Depuis cette époque, une série de techniques ont été utilisées plus ou moins efficacement. Cependant, le nombre relativement restreint de cas traités ainsi que le peu d'études comparatives rendent difficile le choix d'un procédé. Il est donc difficile de mettre en relation différents types d'habitudes et différentes techniques spécifiques.

L'une des explications théoriques retenue actuellement concernant l'acquisition et le maintien des habitudes nerveuses est basée sur le principe du renforcement négatif. L'apparition du comportement mésadapté serait liée à la diminution de l'anxiété créée par une situation anxio-gène. Cette diminution serait alors perçue comme la conséquence du comportement. Eventuellement, l'individu en arrive à discriminer certains stimuli reliés aux situations (Malcuit *et al.*, 1972). Devant une telle perspective, la pratique massée du comportement, sans renforcement, permet d'amener une habitude plus ou moins involontaire sous le contrôle volontaire.

Très rapidement, la pratique négative a été utilisée pour modifier différents types d'habitudes nerveuses. En 1957, Smith l'utilise avec 57 sujets se rongeurant les ongles et dans 50% des cas, il obtient une diminution importante du tic. Yates (1958) l'expérimente avec succès dans le cas de tics faciaux et abdominaux. Case

1. Il convient de remercier Lise Lebreux, M.Ps. pour sa participation active comme intervenante dans la présente étude. Il faut aussi souligner que la publication du présent texte a reçu l'approbation du sujet.

2. Les demandes pour tirés à part doivent être adressées à Jacques Forget, Behaviora, 6955 boul. Taschereau, suite 211, Brossard, Qué. J4Z 1A7.

3. La pratique négative a reçu différentes appellations. Les plus utilisées sont: exercice négatif, pratique massée, extinction réactive, instruction répétée.



(1960) parvient à modifier un problème de langage. En 1962, Rafi l'utilise dans le cas d'un tic musculaire de la tête. Cette technique est aussi employée avec des gens qui ont l'habitude de grincer des dents; dans une étude publiée en 1976, Ayer rapporte un taux de succès de 78,7% dans le cas de 33 sujets ayant cette habitude. Dans ce cas, les sujets doivent faire six sessions de cinq pratiques massées par jour. Lors d'une relance après un an, 78,5% des sujets affirment avoir perdu leur tic. Dans un article rapportant deux études de cas, Nicassio *et al.* (1972) réussissent avec la pratique négative à modifier le haussement d'épaule d'un sujet adulte. Cependant, l'efficacité de la technique est nulle dans le cas de contorsions multiples d'un sujet hospitalisé. Dans ce cas, les auteurs retiennent trois variables dépendantes: les bruits vocaux, les spasmes du cou et le clignotement des paupières. A l'aide d'un devis à niveaux de base multiples, ceux-ci ne peuvent obtenir de relation fonctionnelle entre l'introduction de la technique et le changement comportemental. De plus, aucune différence significative n'est visible lors d'un post-test. Ce cas montre bien d'ailleurs que l'efficacité de cette technique est loin de faire l'unanimité. Par exemple, dans une étude en milieu scolaire, Lahay et McNess (1973) observent une légère diminution d'un tic verbal chez un enfant de dix ans; cependant, l'utilisation de l'isolement (*time-out*) permet une diminution beaucoup plus significative du comportement. De plus, des auteurs ont même noté dans certains cas une augmentation du tic suite à l'application de la pratique négative. Par exemple, Feldman et Werry (1966) observent une augmentation d'un tic facial suite à l'utilisation de la pratique massée, et surtout, notent l'augmentation d'un tic non traité ainsi que l'apparition d'un ancien tic chez le sujet. De la même façon, O'Brien et Brennan (1979) notent qu'après trois jours d'utilisation, la fréquence et l'intensité d'un tic facial et vocal augmentent de façon significative.

### Conditionnement opérant

Partant d'un modèle d'intervention relié davantage au conditionnement opérant, Baer (1962) évalue l'effet du retrait d'un renforçateur sur la diminution d'une habitude nerveuse chez un enfant de cinq ans. Ce dernier est laissé seul dans une pièce et visionne des dessins animés. Après avoir établi un niveau de base, le film est arrêté pendant quelques secondes à chaque fois qu'il se met le pouce dans la bouche. Partant de considérations plus fondamentales que pratiques, l'auteur montre une forte relation fonctionnelle entre la diminution du tic et le retrait du stimulus. De façon plus pratique, Skiba *et al.* (1971) parviennent à contrôler, dans une situation scolaire, le comportement de se mettre le pouce dans la bouche chez trois enfants de troisième année. Les auteurs demandent au professeur de renforcer socialement trois types de comportements considérés comme incompatibles avec le tic: l'enfant a les mains ou les bras sur son pupitre, ou encore écrit dans un cahier. Utilisant un schéma ABAB, les auteurs démontrent que l'attention et l'approbation du professeur distribuées de façon intermittente et contingente aux comportements incompatibles parviennent à diminuer de façon importante le tic. Cependant, dans les trois cas, le tic ne disparaît pas complètement. Dans une étude semblable, Waber (1971) utilise des jetons distribués par le professeur, pour modifier le comportement de sucer son pouce chez une petite fille de neuf ans. Dès la deuxième session, le tic n'apparaît plus. De même Shell et Cole (1976) parviennent à éliminer le même tic chez un élève de sixième année sur une période de temps de 21 jours. Pour ce faire, le professeur distribue des jetons en contingence avec l'absence du comportement-cible suivant un programme de renforcement à intervalle variable de 50 minutes. Dans un contexte familial, Knight et Mckenzie (1974) parviennent à diminuer le comportement de sucer son pouce chez trois jeunes enfants en rendant une activité de lecture contingente à l'absence du tic.

Dès que le tic apparaît, l'expérimentateur arrête de lire. Les résultats démontrent que dans deux cas, une élimination complète est observée par les parents à la maison. Toujours dans la même perspective théorique et pour le même type d'habitude, Hughes *et al.* (1979) élaborent une procédure opérante incluant des renforçateurs primaires (nourriture), utilisables par les parents à la maison pour une intervention auprès d'un garçon de quatre ans. Les résultats indiquent que pendant les quatre dernières semaines de l'intervention, le tic n'apparaît plus et que ce changement se généralise à d'autres situations non thérapeutiques. Dans le cas d'un enfant de 27 mois qui s'arrache les cheveux, Sanchez (1979) propose à la mère de donner de l'attention à l'enfant quand ce dernier émet des comportements incompatibles avec le tic (s'amuser avec des jouets) et d'associer à ces situations des renforçateurs primaires. De plus, l'enfant est isolé cinq minutes dans la chambre des parents, sans autre forme d'attention, quand il présente le comportement. Les parents doivent aussi faire du renforcement vicariant en utilisant un autre enfant comme modèle. Dans un deuxième temps, il est demandé à la mère de placer un papier collant autour des doigts de l'enfant dès que les premiers maillons de la chaîne de comportements apparaissent. L'ajout de cette dernière procédure permet l'élimination complète du tic; une vérification a été effectuée jusqu'à six mois après l'intervention sans constater une réapparition de l'habitude.

Une habitude nerveuse fréquente surtout chez les femmes (McLaughlin et Nay, 1975) est de jouer et d'arracher une mèche de cheveux (trichotillomanie). Dans ce contexte, Gray (1979) compare trois procédures de conditionnement utilisées avec une petite fille de cinq ans. L'intervention se fait à la maison par la mère de l'enfant. Après l'établissement d'un niveau de base de trois semaines, l'enfant reçoit un jeton contingent à la non-apparition du tic pendant une heure. Après avoir accumulé 150 jetons, l'enfant peut les échanger pour des jouets. De plus, à chaque fois qu'elle émet un tic, la mère lui retire cinq jetons. Dans une deuxième phase, seul le programme de renforcement positif est en application. Dans une troisième phase, un procédé de punition positive (taper sur les mains) est ajouté au renforcement. L'étude démontre alors que pendant la première intervention, le tic est passé d'une fréquence de 8,3 par semaine à 6,5. Pendant la deuxième phase, la fréquence diminue à 4,9 tandis que l'introduction de la punition amène le tic à une fréquence de 1,5. Il est aussi à noter que pour les 14 dernières semaines, aucune apparition du tic n'est observée par la mère. Une première relance après six mois et une autre après 16 mois indiquent que le comportement n'est apparu qu'à deux reprises.

### Renversement d'habitude

Il est à souligner que la plupart des études utilisant un schéma opérant ont été surtout adressées à des enfants. Au niveau des adultes, la pratique négative était la technique privilégiée. Cependant, à partir des années 1973-75, et possiblement après la parution d'un article de Azrin et Nunn (1973) sur une nouvelle technique appelée le renversement d'habitude, les recherches se sont diversifiées. Dans le cas du renversement d'habitude, ces deux auteurs obtiennent un taux de succès supérieur à 95% dans le cas de tics nerveux tels sucer son pouce, se tirer les cheveux, se hausser les épaules, se ronger les ongles et bégayer. Quelques auteurs ont repris la technique avec succès dans le cas du bégaiement (Azrin et Nunn, 1974; Boudreau *et al.*, 1976). Cette procédure est, en fait, un ensemble de techniques ayant l'avantage de s'appliquer au cours d'une ou deux rencontres d'environ deux heures chacune. Dans un premier temps, il s'agit de faire prendre conscience au sujet de tous les comportements spécifiques reliés au tic. Les auteurs suggèrent même l'utilisation d'un miroir. D'ailleurs, il a été noté depuis longtemps qu'une habitude nerveuse est souvent plus ou moins involontaire, la personne ne se ren-



dant pas compte qu'elle émet le tic. Deuxièmement, il s'agit de trouver un comportement socialement acceptable, incompatible au plan musculaire avec le tic. Il s'agit alors de faire pratiquer ce nouveau comportement en suggérant au sujet des scènes où il a l'habitude de présenter le tic. Cette pratique symbolique est semblable au conditionnement imaginé de Cautela (1967). De plus, il faut noter que cette idée de comportement incompatible avait été suggérée dès 1972 par McNamara, dans le cas du rongement des ongles. Enfin, les auteurs insistent pour que les inconvénients physiques et sociaux soient soulevés et discutés avec le client. Afin de maintenir le programme, le sujet doit informer son entourage de l'intervention en cours. Dans leur première étude, Azrin et Nunn (1973) avaient observé de grandes diminutions du tic sans qu'il y ait d'extinction complète dans certains cas. Reprenant leur étude (Nunn et Azrin, 1976) avec 13 sujets se rongant les ongles, âgés de 11 à 38 ans, ils obtiennent une extinction complète du tic pendant 14 semaines consécutives. Cependant, la relance de 14 semaines n'a été possible qu'avec cinq sujets.<sup>1</sup>

Considérant que la variable importante du renversement d'habitude est considérée par les aspects qui amènent le sujet à prendre conscience de son habitude nerveuse, Ladouceur (1979), dans l'une des seules études de ce genre, compare quatre groupes expérimentaux. Les 45 sujets âgés en moyenne de 22,5 ans, présentent tous le comportement de se ronger les ongles. Le premier groupe comprenant 10 sujets reçoit la procédure du renversement d'habitude. En plus de recevoir également cette procédure, les sujets du deuxième groupe doivent inscrire la fréquence d'apparition de leur tic sur une carte préparée à cet effet. Les neuf sujets du troisième groupe ne font qu'inscrire la fréquence d'apparition de leur comportement pendant quatre semaines. Les sujets du quatrième groupe doivent eux aussi s'auto-observer mais doivent en plus inscrire quotidiennement sur un graphique la fréquence de leur tic. Un groupe témoin de huit sujets rencontre un intervenant pendant deux heures mais aucune information concernant les techniques utilisées par les autres groupes ne leur est fournie. Les résultats indiquent une différence significative ( $p < 0,008$ ) en faveur des quatre groupes expérimentaux par rapport au groupe témoin. Cependant, aucune différence n'est obtenue entre les quatre groupes. L'auteur conclut alors, que l'utilisation d'un comportement incompatible n'est pas un élément essentiel dans le succès du renversement d'habitude.

### Auto-observation

Il ressort de l'étude de Ladouceur (1979) que l'auto-observation est une technique d'intervention en soi. Cependant pour Billings (1978), il est important que cette auto-observation soit systématique; par conséquent, cette technique est difficilement applicable dans les cas où la fréquence du tic est très élevée. Mais, même si dans certains cas son effet n'est que temporaire, sa simplicité et son coût peuvent en faire une technique de choix. Dans cette perspective, certains auteurs ont évalué l'effet de diverses procédures d'auto-observation. Par exemple, Singh *et al.*, (1978) demandent à trois sujets adultes de compter la fréquence de leur tic à l'aide d'un compteur porté au poignet. De plus, les sujets utilisent un appareil («Memo Timer») qui émet un son à intervalle prédéterminé afin d'augmenter leur niveau de vigilance. Face à l'habitude de se gratter le nez, cette procédure permet une élimination complète après 26 semaines. Une relance après 18 mois indique le

maintien de cette élimination. Dans le cas d'une enfant de neuf ans se tirant les cheveux, Anthony (1978) montre que l'auto-observation et une inscription graphique de la fréquence du tic amènent une diminution rapide de ce dernier. Après six jours, la fréquence est nulle tandis qu'après dix jours, même la fréquence initiale du comportement n'apparaît plus. Dans deux études de cas utilisant l'auto-observation, la relaxation par hypnose et un conditionnement aversif, Horne (1977) rapporte que deux sujets adultes qui se tiraient les cheveux ont pu noter une diminution importante de ce comportement.

Dans une étude sur la diminution du comportement de se ronger les ongles, Vargas et Adesso (1976) observent que l'effet d'un choc électrique, de la pratique négative ou d'une substance aversive sur les ongles est plus significatif si les sujets s'auto-observent. Afin d'évaluer plus spécifiquement la valeur de l'auto-observation, Adesso *et al.*, (1979) comparent cinq procédures chez des sujets se rongant les ongles. Les sujets du premier groupe doivent observer la longueur de leurs ongles et inscrire leur résultat sur une carte. De plus, ils reçoivent quatre «crédits expérimentaux» s'ils ont fait leurs observations. Cependant, dans un deuxième groupe, les crédits sont contingents à la longueur des ongles. Les sujets du troisième groupe doivent, eux aussi s'auto-observer et des crédits leur sont enlevés contingent à la longueur des ongles. Les sujets du quatrième groupe rencontrent l'expérimentateur une fois par semaine pour faire mesurer la longueur de leurs ongles. Le dernier groupe n'a aucun contact avec l'expérimentateur. Les résultats indiquent que le comportement s'est amélioré dans les cinq groupes et que cette amélioration s'est maintenue pendant quatre mois. Cependant, le groupe n'ayant eu aucun contact avec l'expérimentateur a obtenu la plus petite amélioration. Les auteurs concluent que la motivation externe illustrée par les crédits est inutile. Cependant, les auteurs ne spécifient pas si ces crédits expérimentaux étaient échangeables pour des renforçateurs tangibles. D'autre part, ils soulignent que l'efficacité des techniques est surtout expérimentale plutôt que sociale puisqu'à la période de relance, 70,8% des sujets admettent se ronger encore les ongles.

Dans une étude de cas, Bornstein et Rychtarik (1978) montrent que l'auto-observation est efficace pour réduire le comportement de se tirer les cheveux chez un adulte. Après l'établissement d'un niveau de base, le sujet s'auto-observe et place dans une enveloppe les mèches de cheveux enlevés. Dans un deuxième temps, le sujet reçoit une entraînement à la relaxation. Dans un troisième et dernier temps, une désensibilisation cognitive est appliquée afin d'amener le sujet à interagir correctement dans les situations anxieuses. L'utilisation consécutive de ces techniques provoque une élimination rapide du comportement. Cependant, suite à un arrêt de deux mois de l'intervention, le tic réapparaît. Le sujet reprend alors l'auto-observation et se fixe des objectifs comportementaux suivant la procédure de changement de critères de Hartmann et Hall (1976). Une relance après 34 et 40 semaines indique une absence de comportements. Il est intéressant de noter que les auteurs soulignent que ce n'est qu'après la désensibilisation cognitive que le sujet s'est rendu compte de sa capacité à contrôler son comportement.

### Conditionnement imaginé

Le conditionnement imaginé tel que proposé par Cautela (1967) est une technique qui a été employée dans plusieurs situations cliniques. Dans le cas des habitudes nerveuses, l'étude de McLaughlin et Nay (1975) est l'une des premières à avoir utilisé une telle approche. En incluant de plus un entraînement à la relaxation et une technique de coût de la réponse, ils parviennent à éliminer chez une jeune fille de 17 ans l'habitude de se tirer les cheveux. Dans le cas d'un adulte ayant le même tic, Levine (1976) parvient à éliminer ce comportement en employant uni-

1. Dans la dernière parution de *Behavior therapy* (vol. 11, N° 2), Azrin, Nunn et Frantz comparent l'efficacité du renversement d'habitude et de la pratique négative chez 22 sujets. Les résultats indiquent une nette supériorité du renversement d'habitude (un diminution d'environ 98%) par rapport à la pratique négative (une diminution d'environ 30%).



quement la sensibilisation imaginée. Le sujet âgé de 26 ans se tirait les cheveux depuis 21 ans. Une thérapie d'orientation analytique de cinq ans n'avait pas porté d'amélioration. Un niveau de base d'une semaine permet au sujet d'observer la fréquence d'apparition de son tic ainsi que la fréquence des impulsions à le faire. Le procédé consiste alors en six rencontres hebdomadaires. A chaque session, le thérapeute suggère cinq scènes aversives reliées au tic et cinq scènes positives. Après trois semaines, le comportement n'apparaît plus ainsi que les impulsions à le faire. Une relance après 19 et 32 semaines démontre le maintien des résultats. L'auteur conclut que l'efficacité du conditionnement imaginé aversif est renforcée par les sentiments positifs et de bien-être du sujet face à son auto-contrôle. Nous soulignons que cette interprétation et celle de Bornstein et Rychtarik (1978) concernant l'affirmation de leur sujet sur la valeur du sentiment d'auto-contrôle se rapprochent de l'hypothèse de Bandura (1977) sur l'importance de la perception de l'efficacité personnelle. Cependant, dans certains cas, le sujet est très peu motivé à changer l'habitude. Par exemple, Paquin (1977) rapporte une diminution d'une habitude chez une jeune femme non-motivée. Par conditionnement imaginé aversif, l'auteur parvient à faire passer le tic d'une fréquence de 6,4 à 3,5 par jour. Lors d'une relance, le sujet souligne plusieurs changements positifs au niveau de sa confiance, de son degré d'assertion et de son anxiété. L'auteur conclut alors que s'il est possible d'introduire une procédure d'apprentissage telle la sensibilisation imaginée, l'attitude de départ du client est peu importante.

Dans une recherche où les auteurs (Davidson et Denney, 1976) comparent quatre stratégies d'intervention, il apparaît que la sensibilisation imaginée n'a pas d'effet sur la modification de l'habitude de se ronger les ongles. Seul, un groupe de sujets qui reçoit une information sur l'importance d'un changement d'attitudes face à leur tic obtient des résultats supérieurs au groupe témoin lors du post-test. De plus, la sensibilisation imaginée viendrait interférer avec l'efficacité de l'information puisqu'un groupe soumis aux deux procédures n'est pas supérieur au groupe témoin. L'interprétation des auteurs insiste alors sur les effets non spécifiques des stratégies d'intervention et ils font un parallèle avec les résultats obtenus dans le traitement de l'alcoolisme.

Il convient de souligner enfin une étude de Lamontagne (1978) qui utilise une toute autre approche. Partant de la perspective que certains tics nerveux font partie de la classe des phobies sociales, cet auteur expérimente une technique d'immersion *in vivo* pour diminuer les bruits vocaux et gutturaux d'un sujet adulte. Même si les résultats ne démontrent pas une élimination complète du tic, la diminution est importante. Il est à noter d'ailleurs que la fréquence du comportement était au début, relativement élevée, à savoir six par minute. Lors d'une relance de six mois, cette fréquence n'est plus que de 0,6 par minute.

### Procédures multiples

Dans bien des études citées plus haut, un ensemble de techniques est utilisé pour modifier le comportement mésadapté. Dans l'une des récentes études de ce genre, Davidson *et al.* (1980) soulignent la valeur de ces procédures multiples dans le cas du rongement des ongles. Ces auteurs séparent 50 sujets adultes en cinq groupes équivalents. L'intervention consiste en quatre rencontres hebdomadaires. Le premier groupe reçoit une intervention positive comprenant de l'information sur l'entretien des ongles et sur l'importance de remplacer cette habitude par des comportements plus adaptés ainsi qu'un entraînement à la relaxation musculaire. Le deuxième groupe reçoit une intervention négative comprenant de l'information sur l'élimination du tic dans certaines circonstances par le contrôle du stimulus, le conditionnement imaginé aversif, l'enseinement de techniques punitives et l'impor-

tance des verbalisations négatives. Au troisième groupe, on applique les deux procédures. Un groupe placebo et un groupe témoin complètent le schéma expérimental. Les résultats à un questionnaire administré avant l'intervention permettent de déterminer que certaines variables telles le sexe, la perception de l'efficacité du traitement, la durée et la fréquence du tic, la motivation face à l'intervention ne sont pas des variables qui influencent l'efficacité de l'intervention. Les groupes, à intervention multiple, à intervention positive et placebo montrent un résultat supérieur au groupe témoin. De plus, le groupe ayant subi une procédure négative ne s'améliore pas plus que le groupe témoin. Dans une perspective opérante, Varni *et al.* (1978) utilisent simultanément l'auto-renforcement, le renforcement externe et l'isolement (cinq minutes). Le sujet, un enfant de sept ans, a depuis cinq ans quatre tics comprenant des grimaces, un mouvement brusque des épaules, une extension rapide des jambes et un tic verbal. Dans cette étude, les auteurs utilisent un schéma à niveaux de base multiples par rapport aux tics, ce qui ne permet pas d'évaluer l'effet spécifique de chacune des variables, et vérifient autant le maintien que la généralisation des résultats à des situations non thérapeutiques. Les résultats font ressortir une relation fonctionnelle entre les quatre tics et montrent leur élimination complète.

### Objectif de l'étude

Le présent texte rapporte une étude de cas où un ensemble de techniques comportementales sont employées en vue d'éliminer une habitude nerveuse chez un garçon de dix ans. Cette étude nous apparaît originale à plus d'un point de vue. D'une part, le tic lui-même est pour le moins rare et à notre connaissance, aucun cas semblable n'est rapporté dans la littérature clinique. En effet, la majorité des recherches s'effectue sur le rongement des ongles, le fait de se tirer et de s'arracher les cheveux ou encore sur le bégaiement. D'autres études, moins fréquentes, portent sur le comportement de grincer des dents ou sur l'émission de mouvements brusques de la tête, du cou, des épaules et des hanches. Dans le cas présent, il s'agit d'un enfant qui s'étouffe à l'aide de ses deux mains. Evidemment, il est impossible de s'étouffer véritablement puisqu'à un certain moment, il y aurait relâchement musculaire. Peut-être serait-il plus exact de dire que le tic est de se mettre les mains autour du cou. D'autre part, même s'il est noté que les auteurs sont de plus en plus conscients de l'importance de vérifier le maintien de l'apprentissage dans le temps, peu d'études l'ont fait sur une période de six ans comme c'est le cas ici. Troisièmement, les techniques utilisées avec les enfants tiqueurs sont souvent d'orientation opérante mais peu d'auteurs ont employé un contrat comportemental sauf, peut-être, Stabler et Warren (1974). En outre, même si certains auteurs (Workman et Dickinson, 1979) soulignent qu'il est possible d'utiliser la sensibilisation imaginée avec des enfants, peu l'ont fait face à des problèmes d'habitudes nerveuses.

## MÉTHODOLOGIE

### Sujet

Le sujet de la présente étude est un garçonnet de dix ans. Il fréquente une classe régulière de cinquième année. D'après ses professeurs, il ne présente pas de problèmes de comportements particuliers et son rendement scolaire est dans la moyenne. Le problème rapporté par la mère est que depuis l'âge de huit ans, l'enfant présente une habitude nerveuse jugée par la famille très indésirable: il se met les deux mains autour du cou. D'après une évaluation globale et subjective de la mère, la fréquence d'apparition de ce comportement est d'environ 300 fois par jour. Ce qui incite les parents à consulter semble autant rélié au comportement lui-même



qu'à sa fréquence d'apparition. De plus, une observation rapide permet de constater que la pression exercée par l'enfant est généralement faible; en certaines occasions, cependant, la fréquence serait assez élevée pour irriter légèrement le cou et provoquer un rougissement du visage.

Le diagnostic d'habitude nerveuse donné à ce comportement stéréotypé vient de sa fréquence élevée et du fait que, d'après les parents et les professeurs de l'enfant, elle est supérieure dans des situations anxiogènes même si le comportement se produit dans toutes autres circonstances. Cependant, l'hypothèse formulée par des auteurs comme Azrin et Nunn (1973) sur l'acquisition et le maintien des habitudes neuves par un procédé de renforcement négatif ne semble pas évident dans le cas présent. En effet, d'après l'enfant lui-même, la première apparition du comportement ne s'est pas faite dans une situation anxiogène. Au contraire, il jouait au «cowboy» et aurait tiré, un peu par hasard, sur le foulard qu'il avait autour du cou. Il aurait alors vu des étoiles. Vouloir obtenir de nouveau le même effet agréable, dans d'autres situations, il aurait utilisé ses mains pour se serrer le cou. A ce stade, des voisins, ayant vu l'enfant, auraient informé les parents. Ceux-ci semblent avoir réagi de façon un peu dramatique en donnant beaucoup d'importance et d'attention à cet événement. Devant le maintien du comportement, ils ont décidé d'aller consulter en psychiatrie. Pendant la première année de consultation, le travail s'est fait davantage avec l'enfant tandis que pendant la deuxième année, l'intervention clinique a porté sur les interactions entre l'enfant, les parents et la fratrie. Selon la mère, ces interventions ont amélioré l'atmosphère familiale mais n'ont pas solutionné le problème présenté par l'enfant.

Devant le peu de succès des interventions cliniques, la mère consulta les services de psychologie de l'école et c'est dans ce contexte que se situe la présente étude. Il est important de noter que pendant toute la durée de l'étude, la mère demeure très sceptique devant la possibilité d'une intervention efficace pouvant conduire à l'élimination complète de cette habitude nerveuse. Tout en offrant une bonne collaboration, le jeune garçon ne semble pas motivé au plus haut point.

### Techniques d'observations

Afin d'avoir une évaluation systématique et objective de la fréquence d'apparition du comportement, il est décidé que les observations seraient prises en classe. Deux observateurs entraînés prennent les relevés d'observation à tour de rôle. La fréquence et la durée du comportement sont notés simultanément. D'une part, une technique d'observation par intervalle (Coté et Plante, 1976) permet de mesurer la fréquence du comportement. Une période de dix minutes est divisée en 20 intervalles de 30 secondes chacune. A la fin de chaque intervalle de 15 secondes, l'observateur indique, le cas échéant, le comportement présenté: 15 secondes sont donc réservées pour la cotation. Simultanément, la durée de chaque apparition est enregistrée sur la même grille d'observation. Les durées sont ainsi cumulées par période de dix minutes. En outre, les observations se font à différents moments de la journée scolaire: 78% se font le matin et 22% l'après-midi. Les situations observées se retrouvent surtout pendant l'enseignement des matières scolaires de base telles les mathématiques et le français (77%). Cependant, le comportement de l'enfant est aussi observé lors d'activités moins structurées comme la géographie, la catéchèse, la recherche en groupe et le jeu libre. Cette dernière distinction est importante, parce que nous émettons l'hypothèse que les situations d'enseignement des matières scolaires de base, sont davantage sources d'anxiété que les autres situations.

### Déroulement de l'intervention

L'intervention dans son ensemble se déroule sur une période de neuf mois. Avant de débiter l'observation systématique, quelques rencontres avec la mère sont nécessaires afin de saisir l'histoire du problème. En fait, une première tentative d'intervention est faite et dure environ deux mois. Sans utiliser une procédure systématique d'entraînement, la mère est invitée à utiliser l'extinction face à ce tic nerveux et à s'attarder à l'ensemble des comportements appropriés de l'enfant. Dans la mesure du possible, le père doit suivre la même démarche. En dépit d'une collaboration excellente de la mère par sa présence assidue aux rencontres, il devient évident que les parents ne parviennent pas à ignorer ce comportement même s'ils admettent donner trop d'importance à cette situation. Parallèlement, l'information recueillie auprès des professeurs de l'enfant montre que leur réaction est fort différente. Dans tous les cas, il appert qu'aucune forme d'attention spéciale n'est contingente au comportement. Après une phase de surprise lors des premiers contacts avec l'enfant, les professeurs et les pairs parviennent à ignorer ce comportement. D'ailleurs, l'observation systématique ultérieure confirme ces données.

Etant donné qu'il est difficile pour l'intervenant de contrôler la procédure exacte utilisée à la maison par les parents et que de toute façon la technique de contre-conditionnement proposée ne semble pas être appliquée efficacement, il est décidé d'utiliser une technique opérante avec jetons à l'école. A cet effet, quatre élèves du même groupe-classe que le sujet observent le comportement de ce dernier. Une absence de comportement pendant un certain temps, donne droit à un point; les points peuvent être échangés pour divers renforçateurs tangibles. Cependant, il devient rapidement évident que cette technique ne produit aucun changement notable, tant à l'école qu'à la maison. Il est alors décidé d'arrêter toute intervention directe pendant un certain temps.

### A. Niveau de base

Les quelques tentatives d'interventions faites dans un premier temps démontrent qu'une approche globale et moyennement structurée est inefficace pour résoudre le problème. A ce stade, l'établissement d'un niveau de base systématique d'un mois est entrepris à l'école. La fréquence et la durée du comportement sont observées dans différentes situations. De plus, le taux d'attention sociale des professeurs et des pairs contingent à l'apparition et à la non-apparition du comportement est aussi observé. Il est alors possible de savoir qu'elle est la proportion des tics qui est suivie d'une attention sociale.

### B. Intervention I

Les résultats du niveau de base indiquent qu'il n'y a pas de relation fonctionnelle entre le comportement du sujet et certaines variables de l'environnement scolaire reliées aux professeurs et aux pairs. Il reste que l'apparition du comportement à l'école, sans renforcement direct, peut s'expliquer par deux hypothèses. D'une part, il est possible qu'à la maison, le comportement soit renforcé positivement et qu'il y ait généralisation à l'école. D'autre part, le comportement peut effectivement être renforcé négativement par l'évitement de l'anxiété.

Compte tenu des difficultés d'intervention au niveau de l'environnement familial, il est décidé d'utiliser une technique pouvant s'appliquer indépendamment du cadre. Après avoir reçu l'accord des parents, nous avons alors appliqué la pratique négative telle qu'élaborée par Yates (1958). L'intervention se déroule sur une période de cinq semaines. L'enfant est vu trois à quatre fois par semaine. Chaque session dure dix minutes. Pendant une minute, l'enfant exécute lentement le com-



portement. Ensuite, l'intervenant lui demande d'arrêter et pendant la minute suivante, un dialogue s'engage entre les deux et porte sur divers sujets à l'exclusion du comportement-cible. Par conséquent, une session comprend cinq pratiques massées d'une minute chacune intercalées d'une minute de repos entre les pratiques. Au début de chaque pratique massée, l'intervenant décrit à haute voix la séquence des comportements: «tu ouvres les mains, tu lèves les bras, tu places tes mains autour du cou». Ensuite, l'enfant doit verbaliser à haute voix la même séquence pour ensuite finalement, utiliser un langage intérieur. De plus, il est demandé à l'enfant de répéter les mêmes exercices seul dans sa chambre à tous les soirs. Cependant, aucun moyen de contrôle externe n'est mis sur pied pour vérifier la réalisation de ces exercices à la maison.

### C. Intervention 2

Devant le peu de succès de la pratique négative et suite à la parution de l'article de Azrin et Nunn (1973) sur la mise au point du renversement d'habitude, il est décidé d'utiliser un ensemble de techniques de façon concomitante incluant une participation directe et structurée des parents. Premièrement, on applique le renversement d'habitude ce qui permet, entre autre, de fournir à l'enfant un comportement alternatif au tic nerveux; deuxièmement, un procédé de conditionnement par provocation d'images est utilisé selon la démarche prévue par Cautela (1967): enfin, un contrat comportemental permet aux parents de renforcer matériellement à l'absence du tic nerveux.

**1. Renversement d'habitude.** Lors d'une rencontre d'une durée d'environ deux heures, une semaine après avoir discontinué la pratique négative, le renversement d'habitude est appliqué auprès de l'enfant. La démarche est reprise quatre semaines plus tard. L'ordre des étapes de l'intervention est globalement le même que celui décrit par Azrin et Nunn (1973). Dans un premier temps, l'enfant visualise son comportement. Cette phase permet une prise de conscience de l'ensemble de la séquence de mouvements constituant le tic. D'ailleurs, pour certains auteurs (Ladouceur, 1979; London, 1969), cette prise de conscience est cruciale dans le succès de la technique. La deuxième étape consiste à suggérer à l'enfant un comportement moteur incompatible avec le tic. Dans ce cas, il lui est proposé de fermer ses deux poings en plaçant le pouce à l'intérieur des autres doigts. De plus, l'intervenant demande à l'enfant de pratiquer ce nouveau comportement pendant une dizaine de minutes. Ensuite, l'enfant énumère les endroits où le tic apparaît et où il n'apparaît pas. Cette étape nous permet de constater que le comportement se produit presque partout, en regardant la télévision, en nageant dans une piscine, en jouant au ballon ou encore en se promenant en bicyclette. Dans les endroits publics, le comportement semble ne pas se produire très fréquemment. Par exemple, en voyageant en autobus l'enfant précise qu'il ne pose pas le comportement parce qu'il y a beaucoup de personnes qu'il ne connaît pas. L'étape suivante permet une pratique symbolique du comportement incompatible. Enfin, les inconvenients de l'habitude nerveuse sont spécifiés par l'enfant. A cet égard, ce dernier souligne deux inconvenients: premièrement, il lui arrive de ne pas entendre les gens parler autour de lui quand il a les mains autour du cou et deuxièmement, ce qui semble constituer le véritable inconvenient ressenti quotidiennement par l'enfant, est la réaction de ses parents lorsqu'il s'étouffe.

**2. Conditionnement imaginé.** Une semaine après le renversement d'habitude, un conditionnement par provocation d'images (Cautela, 1967) est pratiqué auprès de l'enfant pendant deux semaines à raison de huit sessions de vingt minutes chacune. A chaque rencontre, il y a dix appariements entre un stimulus aversif et le tic et également dix entre un stimulus appétitif et le comportement incompatible.

### TABLEAU 1

Contrat comportemental entre le sujet et les parents

Je, \_\_\_\_\_ conclus l'entente suivante avec mes parents.

Lorsque le matin, l'après-midi et le soir, je ne m'étoufferai pas souvent ou pas du tout, j'aurai droit à des points. Ces points peuvent être échangés pour de l'argent. Le nombre de points s'établit comme suit:

NOMBRE DE FOIS QUE JE M'ÉTOUFFE	POINTS	ARGENT
4 fois et plus	0	
3 fois	1	
2 fois	3	5¢
1 fois	5	10¢
0 fois	10	

Ceci est valable 3 fois par jour, soit le matin (du lever à 1 heure p.m.), l'après-midi (de 1 heure à 5 heures p.m.) et le soir (de 5 heures p.m. au coucher). Par conséquent, mes parents me donneront les points 3 fois par jour, soit à 1 heure, à 5 heures et avant de me coucher. De plus, si j'ai 5 points ou 10 points le matin, mes parents me donneront 5¢ ou 10¢ et ils devront faire la même chose l'après-midi et le soir. Donc, je pourrai accumuler 30 points par jour et 30¢ par jour.

Le présent contrat dure 10 jours. Donc, je pourrai avoir 300 points et \$3.00 au maximum. De plus, si après 10 jours, j'ai accumulé au moins 200 points, mes parents devront organiser, à la maison, une fête en mon honneur.

Si mes parents ou moi-même brise le présent contrat, l'autre partie n'est plus tenue d'en respecter les termes. Ce contrat débute le 16 juillet 1974 et se termine le 26 juillet 1974.

_____	Signature de l'enfant
_____	Signature des parents
Date _____	

**3. Contrat comportemental.** Afin d'impliquer directement les parents dans l'intervention en cours, il leur est proposé d'établir un contrat écrit avec l'enfant. Le contrat débute une semaine environ après la session consacrée au renversement d'habitude. Le contrat permet à l'enfant de se mériter de l'argent et des renforçateurs tangibles en contingence avec la non-apparition du tic. Cependant, compte tenu des difficultés d'application, un deuxième contrat est proposé trois semaines plus tard. Ce dernier, décrit au tableau 1, a le mérite d'être très spécifique au niveau des contingences et surtout par rapport au moment où les parents doivent distribuer les renforçateurs.

### C. Relance

Un mois et demi après la fin du deuxième contrat, une relance est effectuée par téléphone auprès de la mère. Celle-ci souligne alors que la fréquence d'apparition



du comportement-cible est faible mais que l'enfant présente encore son tic. D'autre part, une relance auprès des nouveaux professeurs est tentée, mais pour des raisons hors de portée des intervenants, une observation systématique en classe ne peut avoir lieu.

Après six ans, une conversation téléphonique avec le sujet, alors âgé de 17 ans, indique que le comportement ne s'est jamais éteint complètement mais que sa fréquence d'apparition est restée sensiblement au même niveau que celui atteint pendant les dernières phases de l'intervention.

## RÉSULTATS

L'observation du comportement-cible révèle que pendant le niveau de base, sa fréquence d'apparition est de 6,25 par intervalle de dix minutes. Cependant, comme il n'y a que quatre observations et que la dernière est élevée, l'erreur de mesure peut être importante. En outre, une extrapolation des données montre qu'en prenant 1000 minutes comme durée moyenne d'une journée (White et Haring, 1976), la fréquence du comportement serait de 625 fois par jour, ce qui est deux fois supérieur à l'évaluation subjective et globale de la mère. D'autre part, l'observation indique que la durée moyenne de chaque tic est de 15,66 secondes. A un autre niveau, l'analyse de l'attention produite par les professeurs et les pairs de l'enfant indique que le tic ne provoque pas de réaction particulière. En effet, aucun comportement-cible n'est suivi d'une quelconque forme d'attention de la part des professeurs tandis que 3,6% des intervalles où le comportement n'apparaît pas sont suivis d'une attention. Les pairs, quant à eux, donnent de l'attention à 8% des tics tandis qu'ils en donnent 20% aux autres comportements.

La pratique négative n'a amélioré que partiellement la situation. Le nombre de comportements par période de dix minutes d'observation est de 3,45; donc, deux fois moins que pendant la phase du niveau de base. Cependant, la durée moyenne de chaque comportement a augmenté, passant à 20,16 secondes. Pendant l'intervention 2, le changement a augmenté aux deux niveaux. La fréquence du comportement diminue à un peu plus d'une fois par 20 minutes tandis que la durée moyenne est réduite à 3,12 secondes.

Sans avoir fait d'observation systématique à la maison, la mère rapporte que dès le lendemain de la première session du renversement d'habitude l'enfant a pratiquement cessé de s'étouffer. A tous les deux jours environ, et ce pendant deux mois, les intervenants restent en communication téléphonique avec la mère et l'enfant afin de connaître l'évolution du comportement. Il ressort alors qu'à la maison, le comportement a diminué de beaucoup mais reste très variable. Une extrapolation des observations en classe donne une fréquence d'apparition de 50 fois par jour.

Après six ans, une relance auprès du sujet indique qu'il ne reproduit que rarement le comportement-cible à l'école, mais qu'à la maison, il lui arrive de le présenter encore quelques fois par jour. D'après son évaluation, la fréquence de l'habitude à l'école peut varier de 0 à 10 fois par jour tandis qu'à la maison, elle peut augmenter à 30 fois par jour. De plus, il ajoute que la fréquence d'apparition du comportement est souvent fonction du degré de nervosité qu'il ressent.

## DISCUSSION

Il ressort de cette étude que la pratique négative a eu peu d'effet sur le comportement-cible de l'enfant. Ces résultats appuient ceux de certains auteurs (Feldman et Werry, 1966; Niccassio *et al.*, 1972) pour qui l'efficacité de cette technique est loin d'être démontrée à date. En effet, en dépit d'une diminution de moitié

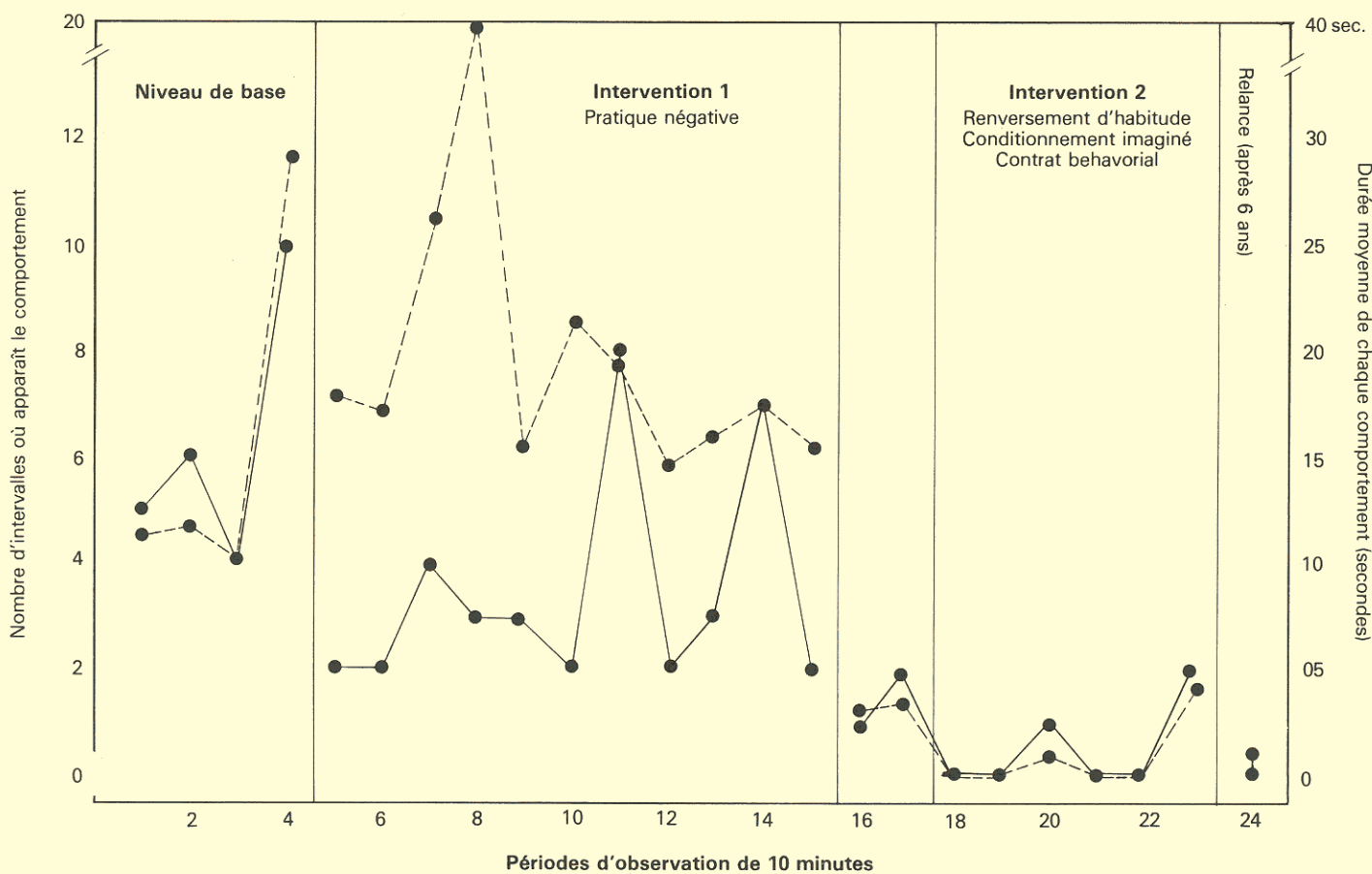


Figure 1. Nombre d'intervalles de 15 secondes où se présente un comportement d'étouffement (●—●) et durée moyenne de chaque apparition du comportement (●- -●) et ce, pour chacune des phases de l'étude.



du nombre de tics (6,25 à 3,45), quatre facteurs permettent de critiquer ces données. D'une part, la durée de chaque émission du comportement n'a pas diminué. Au contraire, elle est de 20,16 secondes, ce qui représente une augmentation de 22,4%. D'autre part, une extrapolation sur une journée montre que la fréquence serait de 330 par jour, ce qui n'est pas très loin de l'évaluation subjective faite par la mère avant l'intervention. De plus, les données du niveau de base doivent être considérées avec beaucoup de réserves compte tenu du petit nombre de relevés d'observations. Finalement, les observations en classe ont été faites soit un peu avant les sessions de pratique négative, soit un peu après. Il ressort alors que la fréquence du tic après une session est en moyenne de 4,50 par dix minutes tandis qu'elle est de 3,75 avant la session. En principe, la fréquence devrait être plus petite immédiatement après une session de pratique massée. Ces derniers résultats sont à rapprocher de ceux de O'Brien et Brennan (1979) qui observent l'augmentation d'un ensemble de tics moteurs et vocaux suite à l'utilisation de pratiques massées. Il est difficile d'expliquer cette augmentation et les auteurs ne proposent aucune hypothèse générale à cet effet. Depuis Yates (1958), certains auteurs expliquent la pratique négative par le concept d'inhibition réactive de Hull (voir Malcuit *et al.*, 1972). Il semble cependant que la présente étude infirme cette hypothèse puisque le taux d'apparition du tic est plus élevé après les sessions qu'avant. Une hypothèse plausible est, d'après nous, qu'il est possible que cette augmentation soit explicable par le phénomène d'incubation tel que décrit par Eysenck (1976). Pour cet auteur, si la réaction a des propriétés motivationnelles et il est fort probable que dans le cas de certains tics il en soit ainsi, la présence répétée du SC amène ce dernier à s'auto-renforcer. Alors dans le présent cas, plus il y a de pratiques massées, plus la fréquence du comportement a tendance à augmenter. Dans cette perspective, la recherche devra établir les relations entre les éléments suivants: 1) le type de tic nerveux, 2) les caractéristiques du sujet, 3) les caractéristiques des stimuli déclencheurs, 4) l'augmentation, la stabilisation ou la diminution de la fréquence du tic suite à une session de pratique négative. La confirmation de cette hypothèse permettrait alors d'expliquer les quelques cas rapportés où la fréquence du tic augmente suite aux sessions de pratique négative.

Lors de l'intervention 2, trois techniques ont été utilisées concurremment. Il est évident que la procédure expérimentale ne permet pas de connaître la part de chacune dans la modification du tic nerveux. Il est certain cependant que la diminution est importante: comparé au niveau de base, le comportement se produit dix fois moins souvent, ce qui est fort significatif (White et Harring, 1976), et comparable aux données de Lamontagne (1978). Il est vrai que dès le lendemain de la session du renversement d'habitude, la mère rapporte que l'enfant ne présente pratiquement plus son tic. De plus, la fréquence d'apparition du comportement en classe est inférieure à toutes les mesures prises auparavant. Il faut souligner que les deux techniques utilisées (le contrat comportemental et le conditionnement imaginé) ont été mises en application une semaine après la session du renversement d'habitude. Il semble donc que la technique de renversement d'habitude a joué un rôle important. Ces résultats vont aussi dans le même sens que ceux obtenus par O'Brien et Brennan (1979) qui après avoir utilisé sans succès la pratique négative, obtiennent une diminution importante d'un tic facial avec le renversement d'habitude. D'autre part, le contrat comportemental a pu avoir un effet motivationnel à très court terme, mais comme la fréquence d'apparition du comportement était en général supérieure à cinq par tiers de journée, l'enfant n'a pas obtenu de renforcateurs. Il est alors improbable que cette procédure soit des plus renforcantes.

La part du conditionnement imaginée dans la diminution du comportement est très difficile à préciser. Certains auteurs obtiennent des résultats intéressants en utilisant uniquement cette procédure. Par exemple, Workman et Dickinson (1979) parviennent à traiter un problème d'encopésie chez un enfant de 11 ans, un problème d'agressivité chez un adolescent et un cas d'obsession des armes à feu chez un autre garçon. Dans la présente étude, l'utilisation concomitante de cette technique et du contrat béhavioral ne permet pas de connaître son efficacité.

La relance six ans après l'intervention permet de constater que la fréquence du comportement est semblable à celle obtenue pendant l'intervention 2. De plus, cette relance fait ressortir la différence existant entre l'école et la maison. L'enfant rapporte qu'à l'école, le comportement ne se présente que très rarement tandis qu'à la maison, la fréquence est plus élevée. Ceci semble confirmer l'hypothèse que les facteurs qui maintiennent le comportement sont davantage reliés à la situation familiale.

Le dernier problème posé par l'interprétation des résultats est l'évaluation des facteurs qui maintiennent le comportement. L'hypothèse théorique la plus acceptée est que le tic est relié à l'évitement de l'anxiété. Si dans la plupart des études de cas d'adultes, les facteurs anxiogènes sont bien identifiés, ils n'ont jamais été évidents dans le présent cas. Par exemple, à l'école, la fréquence du comportement lors d'activités structurées était de 1,93 et 2,5 dans les autres situations. En fait, face à cette problématique, nous faisons quatre hypothèses. D'une part, le comportement serait effectivement relié à l'évitement de l'anxiété. Mais alors, il semble que cette situation soit en rapport seulement avec des facteurs familiaux, ce qui d'après nous est le plus probable. Deuxièmement, le comportement serait relié à l'obtention d'une attention importante de la part des parents qui aurait alors valeur de renforcateurs positifs. Mais dans ce cas, l'hypothèse d'Eysenck (1976) concernant la valeur motivationnelle de la réponse ne pourrait pas s'appliquer dans la présente étude. Troisièmement, le comportement serait auto-renforcé dans la mesure où il serait une forme d'auto-stimulation. Cependant, cette hypothèse ne peut expliquer la différence de la fréquence du tic à la maison et à l'extérieur. Une dernière hypothèse qui nous paraît de plus en plus probable concerne une information obtenue lors de la dernière relance. Un an après la fin de l'intervention, le sujet a commencé à faire des crises d'épilepsie. Suivi depuis en neurologie, une médication permet de contrôler ce problème. Personne, sauf le sujet lui-même, n'a fait la relation entre les crises et le tic nerveux, mais il nous semble possible qu'il y ait un certain rapport. L'intervalle de temps entre le début des deux problèmes serait de quatre ans. Cependant, il n'est pas exclu que les comportements d'étouffement se présentent dans le temps au même moment que des crises de petit mal ou mieux encore que le tic soit un équivalent psycho-moteur de la crise elle-même. Deux arguments militent en faveur de cette hypothèse. Rappelons que la crise de petit mal est une absence brève, de 1 à 15 secondes (Ey. *et al.*, 1967) où le tonus musculaire est peu modifié. Le sujet a le regard fixe et si la crise se produit pendant une activité, il s'arrête. Dans le cas qui nous intéresse, il arrivait que l'enfant arrêtait complètement l'activité en cours, arrêtait de parler et à l'occasion semblait retenir sa respiration. Le fait que dans plusieurs cas, il y avait poursuite complète de l'activité sans perte de conscience appuie cependant l'idée que le sujet est atteint d'une épilepsie partielle où certains comportements plus ou moins complexes et intentionnels remplacent la crise (Ey. *et al.*, 1967). Cette interprétation est d'autant plus valable que les médicaments prescrits à l'enfant comportent du tégrétol qui est un anti-épileptique utilisé dans les cas du mal psycho-moteur. Deuxièmement, au moment de la session du renversement, il nous avait souligné qu'à l'occasion, il ne se souvenait pas de ce que les gens autour de lui



avaient dit pendant qu'il se serrait le cou. A l'époque, nous nous étions surtout attendus aux inconvenients reliés à la désapprobation parentale. Mais nous considérons actuellement que cet indice est l'un de ceux permettant d'appuyer l'hypothèse du rapport entre les deux problèmes. Il faut ajouter enfin que cette dernière n'est pas en contradiction avec celle de l'évitement de l'anxiété, tout au contraire. Comme l'indique Forster (1978), il y a souvent des facteurs comportementaux reliés au problème de l'épilepsie et l'un de ceux-là est certainement l'anxiété. De plus, cette dernière interprétation ne signifie pas que l'intervention comportementale utilisée est inadéquate face à la composante épileptique. Au contraire, certains auteurs (Upton et Saltreilly, 1979; Klove, 1979) ont démontré l'efficacité de certaines techniques comportementales dans la diminution de la fréquence de crises épileptiques chez certains patients.

En conclusion, cette étude de cas permet de souligner fortement l'importance de faire une analyse fonctionnelle et surtout systématique avant toute intervention. Trop souvent, le clinicien part de considérations théoriques ou techniques et applique un procédé qui est loin d'être nécessairement en relation directe avec le problème posé. Disant qu'il n'a pas le temps ou les moyens de faire une telle analyse, il procède rapidement avec son schéma analytique, comportemental ou pharmacologique. Dans le présent cas, le sujet a été vu deux ans en psychiatrie, neuf mois en psychologie et est suivi depuis cinq ans en neurologie. Dès la première consultation, on aurait dû procéder à une évaluation systématique des facteurs comportementaux, environnementaux et psychophysiologiques. Une telle mesure objective et fidèle des moindres détails du comportement aurait pu alors nous mettre sur la piste de l'existence de composantes neurologiques ce qui aurait conduit à l'utilisation de procédures plus efficaces pour solutionner le problème posé.

#### RÉFÉRENCES

- Adesso, V. J., Vargas, J. M., Siddall, J. W. (1979). The role of awareness in reducing nailbiting behavior. *Behavior therapy, 10*, 148-154.
- Anthony, W. Z. (1978). Brief intervention in a case of childhood trichotillomania by self-monitoring. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 9*, 173-175.
- Ayer, W. A. (1976). Massed practice exercises for the elimination of tooth-grinding habits. *Behaviour research and therapy, 14*, 163-164.
- Azrin, N. H., Nunn, R. G. (1973). Habit reversal: a method of eliminating nervous habits and tics. *Behaviour research and therapy, 11*, 619-628.
- Azrin, N. H., Nunn, R. G. (1974). A rapid method of eliminating stuttering by a regulated breathing approach. *Behaviour research and therapy, 12*, 279-286.
- Baer, D. M. (1962). Laboratory control of thumb-sucking in three children by withdrawal and re-presentation of positive reinforcement. *Journal of experimental analysis of behavior, 5*, 525-528.
- Bandura, A. (1978). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review, 84*, 191-215.
- Billings, A. (1978). Self-monitoring in the treatment of tics: a single-subject analysis. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 9*, 339-342.
- Bornstein, P. H., Rychtarik, R. G. (1978). Multi-composant behavioral of trichotillomania: a case study. *Behaviour research and therapy, 16*, 217-220.
- Boudreau, L., Jeffrey, C., Leblanc, R., Dupuis, N. (1976). Le bégaiement traité par le renversement d'habitude. *Revue de modification du comportement, 6*, 34-50.
- Case, H. W. (1960). Méthode thérapeutique dans le bégaiement et le blocage du langage in H. J. Eysenck (Ed.), *Conditionnement et névroses*. Paris: Gauthier-Villars.
- Cautela, J. R. (1967). Covert sensitization. *Psychological reports, 20*, 459-468.
- Côté, R., Plante, J. (1976). *Analyse et modification du comportement*. Montréal: Beauchemin.
- Davidson, Anna-Maria, Denney, D. R. (1976). Covert sensitization and information in the reduction of nailbiting. *Behavior therapy, 7*, 512-518.
- Davidson, Anna-Maria, Denney, D. R. (1980). Suppression and substitution in the treatment of nailbiting. *Behaviour research and therapy, 18*, 1-19.
- Dunlap, K. (1932). *Habits: their making and unmaking*. New York: Liveright.
- Ey, H., Bernard, P., Brisset, C. (1967). *Manuel de psychiatrie*. Paris: Masson.
- Eysenck, H. J. (1976). The learning theory model of neuroses a new approach. *Behaviour research and therapy, 14*, 251-267.
- Feldman, R. B., Werry, J. S. (1966). An unsuccessful attempt to treat tics by massed practices. *Behaviour research and therapy, 4*, 111-117.
- Forster, F. M. (1978). Comparison of auras and triggering factors in epilepsy. *The Pavlovian Journal of biological science, 13*, 206-210.
- Gray, J. J. (1979). Positive reinforcement and punishment in the treatment of childhood trichotillomania. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 10*, 125-129.
- Hartmann, D. P., Hall, R. V. (1976). The changing criterion design. *Journal of applied behavior analysis, 9*, 527-532.
- Horne, D. J. de L. (1977). Behaviour therapy for trichotillomania. *Behaviour research and therapy, 15*, 192-196.
- Hughes, H., Hughes, Anita, Dial, H. (1979). Home-based treatment of thumb-sucking: omission training with edible reinforcers and behavioral seal. *Behavior modification, 3*, 179-186.
- Klove, H. (1979). Extinction technique in sensory induced epilepsy. *Scandinavian Journal of behaviour therapy, 8*, No 5.
- Knight, Martha, McKenzie, H. S. (1974). Elimination of bedtime thumb-sucking in home settings through contingent reading. *Journal of applied behavior analysis, 7*, 33-38.
- Ladouceur, R. (1979). Habit reversal treatment: learning an incompatible response or increasing the subject awareness? *Behaviour research and therapy, 17*, 313-316.
- Lahay, B., Mc Ness, Margaret (1973). Control of an obscene "verbal tic" through timeout in a elementary school classroom. *Journal of applied behavior analysis, 6*, 101-104.
- Lamontagne, Y. (1978). Treatment of a tic by prolonged exposure. *Behavior therapy, 9*, 647-651.
- Levine, B. A. (1976). Treatment of trichotillomania by covert sensitization. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 7*, 75-76.
- London, P. (1969). *Behavior control*. New York: Harper and Row.
- Malcuit, G., Granger, L., Larocque, A. (1972). *Les thérapies comportementales*. Québec: Les presses de l'Université Laval.
- McLaughlin, Julia, Nay, W. R. (1975). Treatment of trichotillomania using positive coverants and response cost: a case report. *Behavior therapy, 6*, 87-91.
- McNamara, J. R. (1972). The use of self-monitoring techniques to treat nailbiting. *Behaviour research and therapy, 10*, 193-194.
- Nicassio, F. J., Liberman, R. P., Patterson, R. L., Ramirez, E. (1972). The treatment of tics by negative practice. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 3*, 281-287.
- Nunn, R. G., Azrin, N. G. (1976). Eliminating nailbiting by the habit reversal procedure. *Behaviour research and therapy, 14*, 65-67.
- O'Brien, J., Brennan, J. (1979). Elimination of severe long term facial tic and vocal distortion with multi-facet behavior therapy. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 10*, 257-261.
- Paguin, M. J. (1977). The treatment of a nailbiting compulsion by covert sensitization in a poorly motivated client. *Journal of behavior therapy and experimental research, 8*, 181-183.
- Rafi, A. A. (1962). Learning theory and the treatment of tics. *Journal of psychosomatic research, 6*, 71-76.
- Sanchez, V. (1979). Behavioral treatment of chronic hair pulling in a two year old. *Journal to behavior therapy and experimental psychiatry, 10*, 241-245.
- Singh, R., Singh-Kaushik, Sandhya, Dave, A. K. (1978). Experimental analysis of self-control of motor habits. *Behavioral engineering, 5*, 61-66.
- Skiba, E. A., Pettigrew, Eudora, Alden, S. E. (1971). *A behavioral approach to the control of thumb-sucking in the classroom. Journal of applied behavior analysis, 4*, 121-125.
- Smith, M. (1957). Effectiveness of symptomatic treatment of nailbiting in college students. *Psychological newsletter, 8*, 219-231.
- Snell, R., Cole, M. (1976). The use of a VI schedule of token reinforcement to effect all-day control of thumb-sucking in the classroom. *School applications of learning theory, 9*, (No 2), 14-21.
- Stabler, B., Warren, A. B. (1974). Behavioral contracting in treating trichotillomania: case note. *Psychological reports, 34*, 401-402.
- Upton, A., Saltreilly, N. (1979). Modification of seizures by feedback techniques. *Scandinavian Journal of behavior therapy, 8*, (No 5), 24.



- Vargas, J. M., Adesso, V. J. (1976). A comparison of aversion therapies for nailbiting behavior. *Behavior therapy*, 7, 322-329.
- Varni, J. W., Boyd, Elizabeth, Cataldo, M. F. (1978). Self-monitoring, external reinforcement, and time-out procedures in the control of high rate tic behavior in a hyperactive child. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 9, 353-358.
- Weber, Cheryl (1971). The use of operant conditioning techniques to eliminate thumbsucking behavior in a third grade child. *School applications of learning theory*, 3, 7-12.
- White, O. R., Harring, N. G. (1976). *Exceptional teaching: a multimedia training package*, Columbus, Ohio: Merrill.
- Workman, E. A., Dickinson, D. J. (1979). The use of covert conditioning with children: three empirical case studies. *Education and treatment of children*, 2, 245-259.
- Yates, A. J. (1958). The applications of learning theory to the treatment of tics. *Journal of abnormal and social psychology*, 56, 175-182.

#### ENGLISH ABSTRACT

A *multimodal intervention* program including, habit reversal, a behavioral contract and covert conditioning has been effective in modifying a *choking behavior* in an eleven year old child. No definitive results had been previously obtained with a negative approach. A *six year follow-up* indicates that the frequency of choking behaviors occurs at a level comparable to the one obtained after the intervention. On addition to proposing hypothesis concerning acquisition and maintenance of making a *functional and systematic analysis* before implementing any type of intervention.

## Programme d'apprentissage à l'autonomie dans l'hygiène de base chez des déficients profonds

DENIS PARENT

et

MARC-ANDRÉ RICHARD<sup>(1, 2)</sup>

Université du Québec à Montréal

Hôpital Louis-H. Lafontaine

Un programme d'apprentissage à l'autonomie dans l'hygiène de base (se laver seul) a été instauré pour deux sujets déficients profonds. Le programme utilise les principes de conditionnement opérant par approche graduelle du comportement approprié. Plus spécifiquement, les deux grandes composantes du programme sont des instructions verbales graduées à quatre niveaux allant d'instructions générales à un guide physique et le renforcement verbal ou matériel. Les résultats montrent une amélioration marquée dans les comportements appris.

Malgré les efforts concertés et soutenus de plusieurs individus en milieu psychiatrique, l'institution persévère encore à renforcer nombre de comportements inappropriés chez les patients. Ce faisant, leur dépendance vis-à-vis le personnel s'en trouve maintenue, voire augmentée. Cette perte d'autonomie se constate facilement au niveau d'une situation typique journalière: celle de l'hygiène personnelle. Plus précisément, le comportement «se laver seul» n'existe pour ainsi dire pas auprès d'une clientèle de déficients profonds.

Quelques tentatives ont été faites pour augmenter l'autonomie personnelle chez des déficients. O'Brien, Bugle et Azrin (1972) ont développé l'auto-nutrition chez un enfant déficient. Azrin et Armstrong (1973) ont amélioré la procédure d'apprentissage du comportement d'auto-nutrition pour des déficients profonds. Dix-huit règles générales (e.g. guide manuel, encouragement des efforts initiaux, pratique positive, renforcement continu, etc.) sous-tendent chacune des étapes du programme d'apprentissage à l'auto-nutrition. Six phases d'apprentissage sont successivement réalisées: 1) niveau de base; 2) procédure d'interruption-extinction; 3) niveau de base; 4) procédure de guide manuel; 5) niveau de base; 6) procédure de maintien. De plus, à chacune des phases, six séquences, énumérées selon le principe du plus simple au plus complexe, constituent les habiletés à manger seul (usage d'une serviette de table jusqu'à l'usage adéquat d'un couteau et d'une fourchette pour couper la viande).

Onze patients sélectionnés ont tous appris à manger seul en une moyenne de cinq jours pour un maximum de 12 jours. Par la suite, un programme motivationnel a été mis au point pour assurer le maintien de cet apprentissage. À la fin du programme d'apprentissage, les patients mangeaient aussi bien que le personnel de l'hôpital.

1. Egalement du Centre de Psychologie Behaviorale.

2. Les demandes de tirés-à-part doivent être adressées à Marc-André Richard, Service de psychologie, Hôpital Louis-H. Lafontaine, 7401 rue Hochelaga, Montréal H1N 3M5.



Une étude récente de Rinke, Williams, Lloyd et Scott (1978) utilise ces mêmes composantes (instructions et renforcement) chez des patients gériatriques pour réinstaller l'auto-hygiène. Plus précisément, les auteurs identifient cinq sous-comportements sur lesquels ils interviennent pour aider les sujets à prendre leur bain seul: se déshabiller, se savonner, se rincer, s'essuyer et s'habiller.

Ils observent que les six sujets s'améliorent avec les instructions et le renforcement (verbal et matériel). Lorsqu'ils ont ensuite évalué l'effet de ces deux composantes auprès des sujets, ils remarquent que chaque technique utilisée séparément donne les mêmes résultats. Ceci est toutefois peu concluant car les auteurs ont d'abord utilisé la méthode la plus puissante puis une seule technique à la fois.

Devant des résultats aussi spectaculaires, un programme d'apprentissage similaire à l'auto-hygiène (prendre son bain sans aide) a été instauré auprès de deux patients déficients profonds. Aucune étude identique ne nous est connue et, bien que fort des résultats antérieurs, rien n'assure le succès ici car le comportement cible est plus complexe que l'auto-nutrition de Azrin et Armstrong (1973) et la clientèle est plus handicapée que Rinke *et al.* (1978). Ces raisons nous incitent à vérifier les possibilités d'appliquer ces méthodes pour instaurer l'auto-hygiène chez deux déficients profonds.

Le programme utilisé est une révision d'un document inédit de Bittar (1976).

## MÉTHODOLOGIE

### Sujets

Deux sujets de sexe masculin, âgés respectivement de 38 et 42 ans, résidant en institution psychiatrique depuis de très nombreuses années. Leur évaluation psychologique mentionne qu'ils fonctionnent présentement au niveau de la déficience profonde. Au moment du bain, les préposés sont obligés de les laver complètement. Ils n'effectuent rien d'eux-mêmes.

### Méthode

Le tableau 1 résume les phases du programme d'apprentissage. Toutes les phrases s'effectuent en présence de deux membres du personnel (préposé, éducateur, etc.) chargés de l'application du programme.

#### A. Phases 1 et 2. Vérification des pré-requis I et II

Avant de débiter le programme d'apprentissage, il faut s'assurer que le patient connaisse les diverses parties de son corps et les objets nécessaires pour prendre un bain ou une douche. À l'aide de grilles d'observation appropriées, l'observateur (préposé, éducateur, etc.) note les connaissances du patient. À chaque jour, et pendant au moins sept jours consécutifs, il s'isole avec le patient quelques minutes. Chaque domaine des pré-requis (partie du corps; objets) comporte une étape de reconnaissance (e.g. «montre-moi ton visage, ton bras, etc.») ou «montre-moi le savon, la serviette, etc») et une étape d'identification (e.g. «c'est quoi ça?») en montrant le visage, le bras, le savon, la serviette, etc.) Lorsque le sujet obtient un score de 80% pendant deux jours consécutifs, on peut amorcer le programme d'apprentissage. La réussite de ce programme dépend en grande partie de cette phase de pré-requis.

Advenant le cas où le patient ne peut verbaliser la réponse attendue, il faut s'assurer qu'il peut au moins montrer correctement ce qu'on lui demande dans l'étape de reconnaissance.

**TABLEAU 1**  
**Résumé du programme d'apprentissage**

PHASE	DESCRIPTION
1	Vérification des pré-requis I (identification des parties du corps)
2	Vérification des pré-requis II (identification des objets requis pour prendre un bain ou une douche)
3	Enregistrement du niveau de base I
4	Apprentissage I (instructions spécifiques et renforcement social)
5	Enregistrement du niveau de base II
6	Apprentissage II (instructions spécifiques et renforcements matériels)

#### C. Phase 4. Apprentissage par instructions spécifiques et renforcement social

Muni de la grille d'observation appropriée (bain ou douche), le préposé ou l'éducateur donne la consigne suivante au patient: «Viens prendre ton bain (ou ta douche)». Par la suite, on s'assure que le patient évolue selon les instructions spécifiques: e.g. arriver à temps, se déshabiller, déposer son linge dans un sac approprié, etc... On note d'un chiffre (4, 3, 2 ou 1) les différents niveaux où se situe le patient pendant cet apprentissage (Sans aide, Aide 3, 2 ou 1). On procède ainsi pour chacune des étapes en attendant environ une minute entre chaque instruction spécifique pour permettre au patient d'avoir le temps de faire ce qu'on lui demande.

Si un patient ne réussit pas une instruction spécifique, on la répète en référant à l'Aide suivante dans l'ordre décroissant. Exemple:

**Sans aide:** instruction générale

«Jean, déshabille-toi»

**Aide 3:** instruction verbale pour chacune des parties du corps

«Jean, enlève ton chandail»

**Aide 2:** instruction verbale accompagnée d'une démonstration sur soi

«Jean, enlève ton chandail» en lui montrant comment faire sur notre corps

**Aide 1:** instruction verbale accompagnée d'un guide manuel

«Jean, enlève ton chandail» en lui prenant les mains pour lui aider à faire le mouvement.

Lorsque le patient réussit une instruction spécifique Sans aide, avec Aide 3 ou avec Aide 2, on passe à l'instruction spécifique suivante. Si le patient doit être guidé manuellement (Aide 1), on le fait pratiquer cinq fois cette instruction spécifique pour s'assurer qu'il sait ce qu'il doit faire. Pour vérifier s'il a bien appris cette instruction, on la redemande. S'il échoue, on répète la pratique de l'instruction encore cinq fois. On procède ainsi trois fois au maximum. S'il réussit, on passe à l'instruction spécifique suivante. S'il échoue, on répète la pratique de la même instruction spécifique, on arrête la procédure d'apprentissage pour cette journée. On termine alors la toilette du patient comme à l'habitude. Le lendemain, on recommence toute la procédure.

À chaque jour, peu importe où la procédure d'apprentissage s'arrête, on totalise le pointage puis on le reporte sur le «Graphique évolutif de l'apprentissage du bain ou de la douche» du patient.

Lorsque le sujet réussit à apprendre une étape, le personnel est averti de le ren-



forcer verbalement (e.g. «c'est bien», «bravo», etc.) et non-verbalement (petite tape amicale, caresse, etc.). Un échec est ignoré. Cette deuxième étape dure 14 jours. Il ne faut pas s'attendre à ce que les patients apprennent tout cela en 14 jours et qu'ils deviennent très autonomes immédiatement. Notre objectif demeure tout de même la réussite du patient à accomplir le plus d'instructions spécifiques possible «Sans aides».

#### D. Phase 5. Niveau de base II

Cette troisième phase consiste à répéter la procédure telle que décrite au Niveau de base I. On donne la consigne générale «Viens prendre ton bain (ou ta douche)» et on note les comportements du patient pendant sept jours consécutifs.

Pendant cette troisième phase, on reporte à chaque jour le grand total sur le «Graphique évolutif de l'apprentissage du bain ou de la douche».

Ainsi à la fin de cette période (28ième jour), on pourra comparer les deux niveaux de base et vérifier s'il y a eu ou non apprentissage.

#### E. Instructions spécifiques et renforcement matériel

Il est fort possible que certains patients aient pu progressé entre les phases 3 et 5 (niveau de base I et niveau de base II). Si on maintient la procédure de la phase 4, on parviendrait sûrement à faire apprendre à chaque patient comment prendre un bain ou une douche. Toutefois, il faudrait y mettre beaucoup de temps.

Pour les patients qui n'ont pas terminé l'apprentissage, on utilise le renforcement matériel. Il ne s'agit plus seulement de félicitations verbales, de marques d'affection et d'appréciation, mais de gratifications matérielles telles de la nourriture, des boissons, des cigarettes, de l'argent, etc.

Dans ce cas, il faut connaître les préférences de chaque patient. Après avoir déterminé le renforçateur efficace, on procède comme à la phase 4. A chaque instruction spécifique réussie par le patient, en plus de le féliciter, on lui donne un renforçateur matériel (ex.: une gorgée de jus de fruits, un caramel, etc.).

Tout le reste de la procédure est identique à la deuxième phase du programme d'apprentissage. Cette dernière phase se poursuit jusqu'à ce que le patient réussisse à prendre son bain ou sa douche lui-même.

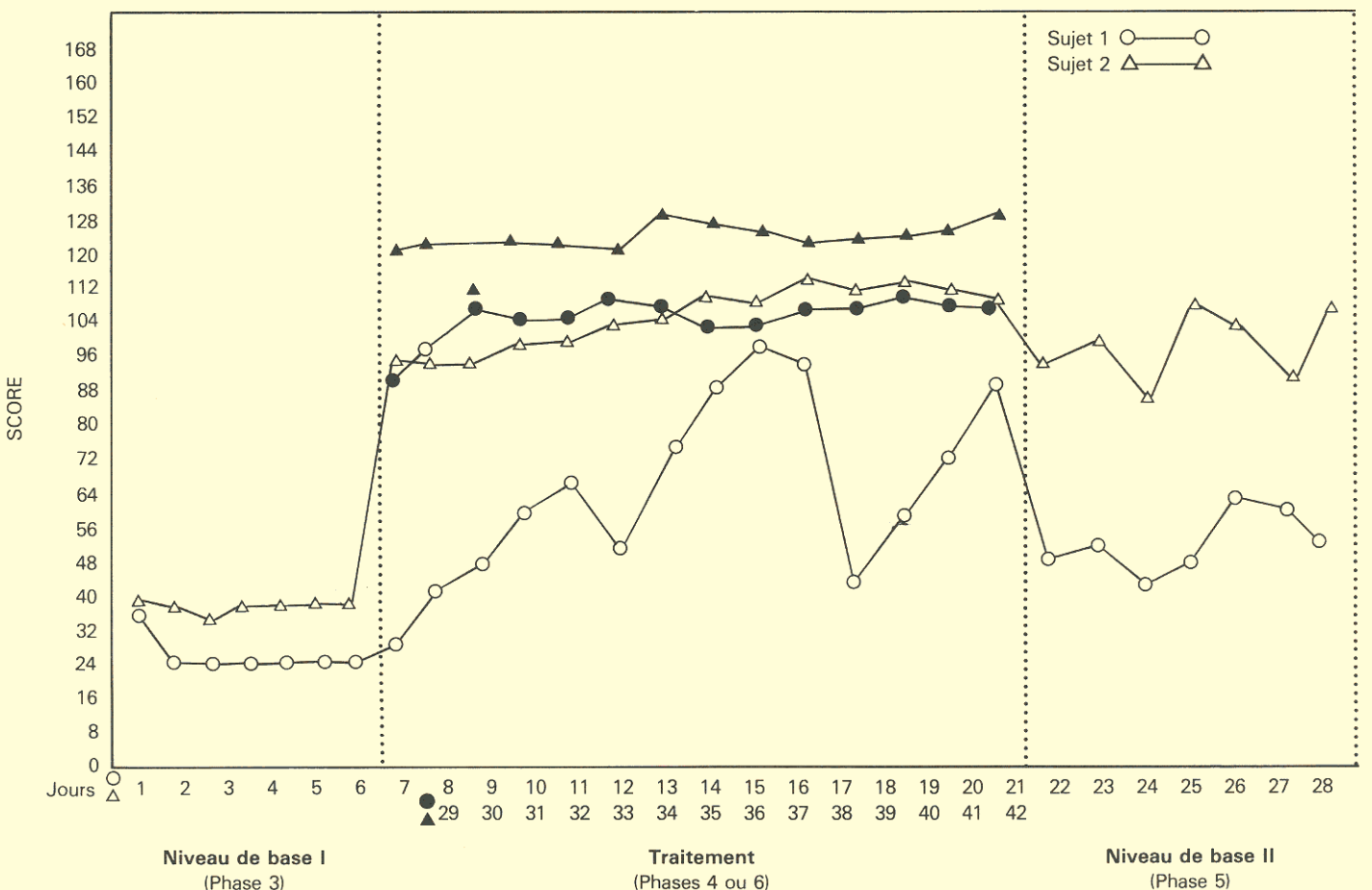
### RÉSULTATS

Comme l'indique la figure 1, durant la première période d'intervention (observations 8 à 21), le comportement des deux sujets totalise une moyenne cumulative de 62.50 et de 101.42 respectivement. La phase 5 (niveau de base II) montre l'efficacité de ce traitement puisque la fréquence de comportement du sujet 1 augmente proportionnellement (Phase 3:  $\bar{x} = 22.28$ ; Phase 5:  $\bar{x} = 35.42$ ). Il en va de même pour le sujet 2, quoique la différence soit plus prononcée (Phase 3:  $\bar{x} = 48.57$ ; Phase 5:  $\bar{x} = 95.71$ ).

Les dessins pleins de la figure 1 représentent les résultats de la deuxième période d'intervention (observations 29 à 42). Pendant cette étape, le sujet 1 obtient une moyenne cumulative de 97.64. Comparativement aux résultats du premier traitement (62.50), l'ajout d'un renforçateur matériel semble provoquer une hausse notable dans l'émission de comportements appropriés. De même, le sujet 2 récolte des résultats s'orientant dans une direction analogue. Lors du premier traitement, sa moyenne cumulative se situe à 101.42. A ce stade, elle se chiffre à 117.57. Les faits tendent donc à démontrer l'efficacité globale du programme d'apprentissage.

A date, aucune enquête post-traitement n'existe. Cependant, cette procédure s'avère fonctionnelle et préviendrait la non participation des patients à leur hygiène corporelle.

Figure 1. Représentation graphique de l'évolution de deux patients dans un programme d'apprentissage à l'hygiène corporelle





## DISCUSSION

L'ensemble de la technique s'est révélé efficace à l'analyse des résultats. Il est aussi possible d'affirmer qu'avant l'intervention, les patients ne répondaient que très faiblement à la consigne verbale générale et qu'à la fin, ils avaient appris une série de petits comportements absents de leur répertoire.

De plus, le traitement apparaît comme adéquat puisqu'il y a progression constante au niveau de l'apprentissage journalier.

Des observations subjectives permettent cependant d'avancer que pour chaque patient, certaines instructions spécifiques doivent être annulées compte tenu d'une mauvaise coordination spatiale. Aussi, certaines mises en garde concernant les éventuelles applications d'un tel traitement peuvent être formulées:

- Au niveau de l'identification des parties du corps, un questionnaire similaire portant sur divers concepts tels que dessus-dessous, haut-bas, gauche-droite devrait être prévu;
- l'emploi d'un taux de base multiple (ABABABAB...) serait préférable à un schème ABAB;
- des programmes de renforcement social assureraient le maintien de la performance;
- des procédures d'estompage seraient à prévoir afin d'assurer le maintien de la chaîne de réponses à la suite d'une simple instruction verbale globale;
- l'instauration de certains contrôles expérimentaux assurerait une plus grande rigueur dans la procédure. Ainsi, il faut être certain que les utilisateurs s'en tiennent à l'Aide requise, ne donnent pas d'instructions supplémentaires lors du pré-test et respectent le critère d'une minute fixé pour le succès ou l'échec d'une étape;
- enfin, certains contrôles sont à prévoir pour éliminer l'influence de certaines variables externes (e.g. nouveau préposé, jour de congé, changement d'horaire, etc. . . ).

Somme toute, le présent programme présente l'avantage d'être simple, structuré, détaillé, et évite d'avoir recours à des renforçateurs externes primaires dont l'estompage pose souvent un problème.

## RÉFÉRENCES

- Azin, N. H., Armstrong, P. M. (1973). The "minimal" - A method of teaching eating skills to the profoundly retarded. *Mental retardation*, 11, 9-13.
- Bittar, J. (1976). Programme d'apprentissage pour prendre un bain. Document inédit.
- O'Brien, F., Bugle, C., Azin, N. H. (1972). Training and maintaining a retarded child's proper eating. *Journal of applied behavior analysis*, 5, 67-72.
- Rinke, C. L., Williams, J. J., Lloyd, K. E., Smith-Scott, W. (1978). The effects of prompting and reinforcement on self-bathing by elderly residents of a nursing home. *Behavior therapy*, 9, 873-881.

## ENGLISH ABSTRACT

A program designed to teach *autonomy* in a basic hygiene skill (taking a bath) was applied to two *profoundly mentally retarded* subjects. The four steps program is premised on the principles of operant conditioning namely *shaping*. The two major components of the program were *graduated verbal instructions* and verbal or material *reinforcement*. Results showed great improvement in the learned behaviours.

## Les chansonniers québécois véhiculent-ils des idées irrationnelles?

ROBERT LADOUCEUR,<sup>(1)</sup> GÉRALD BEAUDOIN et MICHEL GOURDE

Université Laval, Québec

La présente recherche vérifie la fréquence et la nature d'idées irrationnelles véhiculées dans les textes des chansonniers québécois. Parmi 21 noms de chansonniers, 400 individus ont choisi leurs quatre préférés et leurs quatre non-préférés. Le contenu de 150 chansons, écrites ou interprétées par ces auteurs québécois fut analysé en fonction de dix idées irrationnelles élaborées à partir de Mautsby (1972) et Ellis et Harper (1966). Les résultats indiquent que 28,7% de ces chansons contiennent au moins une idée irrationnelle. Cependant, on ne retrouve aucune différence significative entre les deux groupes de chansonniers, soit les préférés et les non-préférés. Enfin, certaines de ces idées se retrouvent significativement plus souvent que d'autres. Une discussion porte sur les implications pratiques et théoriques de ces observations.

D'aucuns ne sauraient nier l'importance des facteurs cognitifs dans le maintien et la modification des comportements (Foreyt & Rathien, 1978; Kendall & Hollon, 1979). L'identification de ces variables et leur influence ont suscité un nombre impressionnant de recherches empiriques (Meichenbaum, 1979).

Aussi, on remarque que non seulement plusieurs interventions comportementales traditionnelles se sont modifiées afin d'inclure l'aspect cognitif, mais des méthodes tout à fait nouvelles sont maintenant disponibles aux cliniciens (voir Meichenbaum, 1977). Bien que tous les cliniciens et chercheurs faisant partie de ce courant de pensée ne partagent pas les mêmes construits explicatifs (Bandura, 1977a,b; Beck, 1976; Ellis, 1977; Meichenbaum, 1977), tous s'accordent sur le fait que les réactions émotives mésadaptées ne dépendent pas de la présence d'un événement extérieur désagréable ou aversif mais résultent de l'interprétation qu'en fait l'individu. Par exemple, une personne deviendra déprimée non parce qu'elle a subi un échec, mais plutôt du fait que cet échec représente une embûche importante dans la poursuite de sa carrière.

Alors que plusieurs travaux confirment le bien fondé de ce postulat de l'approche cognitive, les chercheurs demeurent beaucoup plus réservés au sujet des facteurs responsables de l'acquisition et du maintien de ces interprétations fautives et irrationnelles. Ellis et Grieger (1977) affirment que ce mode de pensée s'acquiert dès le jeune âge et que l'environnement renforce son maintien. Les effets de modeling, dont le principe de base est la transmission d'informations, ne seraient certes pas étrangers à l'apprentissage des idées irrationnelles. Mais quels sont les médias les plus susceptibles de véhiculer ces informations? Dans notre contexte québécois, où la chanson occupe une place importante, il est plausible de croire que ce médium pourrait transmettre des messages irrationnels de façon directe ou indirecte. D'abord, faudra-t-il analyser le contenu de ces chansons afin d'évaluer la

1. Adresser les demandes de tirés-à-part à Robert Ladouceur, Ecole de Psychologie, Université Laval, Québec, Canada G1K 7P4.



fréquence et la nature des idées irrationnelles. Protinsky et Popp (1978) rapportent les résultats d'une telle analyse effectuée sur 329 chansons western et rock du palmarès américain. Ils rapportent que, au niveau du contenu, 82.5% d'entre elles véhiculent au moins une idée irrationnelle. Suite à ce résultat, pour le moins spectaculaire, les auteurs concluent que la musique populaire est un véhicule important de notions fautive et erronées. La présente étude a pour but d'analyser le contenu de chansons des artistes québécois qui sont appréciés et non-appréciés.

### DÉROULEMENT DE L'EXPÉRIENCE

Un chansonnier québécois se définit opérationnellement comme un individu ou un groupe d'individus, auteur, compositeur, ou interprète, né au Québec ou habitant au Québec depuis plus de dix ans.

La première étape a pour but de déterminer les chansonniers les plus aimés et les moins aimés. Un questionnaire mentionnant les noms de 37 chansonniers québécois fut distribué à 40 étudiants sous gradués inscrits à l'Université Laval. Les sujets choisissent par ordre de préférence les quatre chansonniers qui les rejoignent le plus et les quatre qui les rejoignent le moins quant à la sorte de message qu'ils véhiculent. Pour chacun d'eux, ils notent le pourcentage moyen de temps quotidien qu'ils consacrent à l'écoute de chacun des huit chansonniers et jusqu'à quel point le contenu des chansons influence leur façon de penser.

A partir de ce premier questionnaire, le nombre de chansonniers a été réduit à 21. Seuls ceux dont la fréquence de choix est supérieure à deux furent retenus. Ce questionnaire fut administré à 400 nouveaux étudiants inscrits à l'Université Laval. Dix pensées irrationnelles sont résumées, précisées et condensées à partir de celles élaborées par Mautsby (1972) et par Ellis et Harper (1966). Ces pensées servent à dépolluer et à analyser le contenu des chansons (voir tableau 1).

Suite à l'inventaire de toutes les chansons réalisées depuis 1970 par les huit chansonniers sélectionnés, 150 sont retenues au hasard; soit 20 chansons par chansonnier (sauf Paul Piché qui n'en avait produit que dix, des correctifs mathématiques ont été apportés pour tenir compte de cet écart). La dernière étape consiste en l'analyse sémantique des chansons retenues.

Dans le but d'établir un coefficient de fiabilité inter-juges, les expérimentateurs ont d'abord coté ensemble et séparément un total de 210 autres chansons. Cette période de rodage a permis d'établir des normes communes de cotation et d'atteindre un coefficient de fiabilité supérieur à 80%. Ce pourcentage correspondait au niveau minimal à atteindre pour que l'analyse sémantique des chansons sélectionnées soit entreprise. Deux coefficients de fiabilité sont calculés. Le premier a trait au pourcentage d'entente entre les deux juges, quant à l'identification d'un moins une idée irrationnelle dans une chanson. Ce coefficient d'accord se calcule par le nombre d'accords divisés par le nombre de désaccords multiplié par 100. Le second coefficient détermine si les juges percevaient les mêmes idées irrationnelles dans une même chanson. Il se calcule en divisant la somme des accords entre les juges, pour coter une même idée irrationnelle dans une chanson, par le nombre total d'idées irrationnelles retrouvées dans les chansons analysées, et en multipliant ce résultat par 100.

L'analyse de ces chansons a permis de vérifier si une ou plusieurs des dix idées irrationnelles se retrouvent dans les chansons retenues. Une seule suffit pour que la chanson soit considérée comme irrationnelle. Chaque juge a ainsi analysé la moitié de toutes les chansons retenues, soit 75 chansons (distribuées au hasard).

Pour vérifier la fidélité inter-juges pendant l'expérimentation, chaque juge a coté de façon indépendante dix des chansons déjà analysées par son collègue. La sélection de ces chansons s'est également effectuée au hasard.

### RÉSULTATS

Le coefficient de fiabilité inter-juges au sujet de l'identification d'au moins une idée irrationnelle dans une chanson est de 93%. Quant à la capacité des juges à retrouver les mêmes idées irrationnelles contenues dans une chanson, le coefficient de fiabilité se situe à 83%.

Pour déterminer les quatre chansonniers les plus aimés, quatre points sont accordés chaque fois que son nom apparaît comme premier choix, trois points le sont pour une deuxième place, deux points pour un troisième choix et un point pour un quatrième choix. La classification des chansonniers les moins aimés (seconde question) s'est effectuée de la même façon.

Les huit chansonniers ayant accumulé le plus grand nombre de points dans leur catégorie respective sont retenus, les quatre les plus et les moins aimés. Vigneault, Harmonium, Ferland et Piché forment le premier groupe alors que Latraverse, Arél, Duguay et Valiquette reçoivent les cotes les plus négatives. Cette différence s'avère statistiquement significative ( $X^2 = 62.11, df = 1, p < .001$ ).

Les pourcentages de chansons qui véhiculent au moins une idée irrationnelle sont de 31.2% et de 26.2% chez le groupe 1 et 2 respectivement; cette différence est non significative ( $X^2 = .53, df = 1, p > .05$ ). Le nombre total d'idées irrationnelles retrouvées dans ces deux groupes est respectivement de 10 et 14, différence encore statistiquement non significative ( $X^2 = 1.67, df = 1, p > .05$ ). Cependant, certaines idées se rencontrent plus fréquemment que d'autres. Les idées 5, 6 et 7 ont une fréquence significativement plus élevée que les idées 1, 2, 3, 4, 8, 9 et 10, et ce, tant pour les chansonniers préférés ( $X^2 = 9.14, df = 1, p < .01$ ) que les non-préférés ( $X^2 = 5.54, df = 1, p < .02$ ). Enfin, le pourcentage de correspondance entre les messages véhiculés par chaque chansonnier et l'accord manifesté par des sujets à cet égard est analysé à l'aide du test de Mann-Whitney. Les résultats indiquent que les messages transmis par les chansonniers aimés correspondent davantage à ce qu'ils pensent que ceux véhiculés par les chansonniers moins aimés ( $U = 0, p < .014$ ).

### DISCUSSION

L'analyse des résultats indique un phénomène intéressant, les chansonniers québécois véhiculent des idées irrationnelles dans leurs chansons. Toutefois, le pourcentage total des chansons à contenu irrationnel n'est que de 28.7% comparé à 82.5% dans l'étude de Protinsky et Popp (1978). Cet écart considérable dépend probablement du caractère différent des deux études. Celle de Protinsky et Popp (1978) portait sur l'analyse des chansons «rock» et «western». Le contenu des textes de cette catégorie de chansons se compare difficilement à celui des chansonniers du Québec.

Il ressort que le chansonnier québécois est moins susceptible de véhiculer des idées irrationnelles. Aussi, la fréquence d'idées irrationnelles est moins élevée dans la présente recherche que dans celle de Protinsky et Popp (1978). Cependant, les trois idées les plus fréquemment retrouvées dans l'une et l'autre étude, soit les idées 1, 4 et 10 dans l'étude de Protinsky et Popp et les idées 5, 6 et 7 dans la présente recherche, constituent à elles seules 76% de l'ensemble des idées irration-



TABLEAU 1

Enoncé des dix idées irrationnelles tirées de celles élaborées par Mautsby (1972) et Ellis et Harper (1966)

1. Il est nécessaire d'être aimé et approuvé par tout le monde et pour tout ce que l'on fait.
2. Pour se sentir valorisée, une personne doit être compétente dans tout ce qu'elle fait et en tout temps.
3. Une personne est l'image de ses actes; si elle se comporte méchamment, ne serait-ce qu'une fois, elle doit être condamnée et châtiée.
4. C'est catastrophique et insupportable quand les choses ne vont pas exactement comme je le souhaite.
5. Le malheur est causé avant tout par des événements extérieurs (faits, événements) et une personne ne peut rien pour mettre fin à ses problèmes.
6. Si un événement affecte une personne, elle doit s'en préoccuper profondément et se tracasser sans cesse à son sujet.
7. Il est plus facile d'éviter un problème de la vie que d'y faire face.
8. Notre passé détermine notre comportement présent de façon irrémédiable, et il est inévitable que ce qui nous a affecté profondément doive continuer à le faire toute notre vie sans que l'on puisse rien y changer.
9. Il n'y a qu'une façon adéquate de faire une chose, et c'est la mienne.
10. Une réalité qui existe ne devrait pas exister et, inversement, une réalité qui n'existe pas devrait exister.

nelles identifiées. Il est intéressant de noter que le contenu de ces idées est sensiblement similaire. En effet, les idées irrationnelles les plus fréquemment notées dans l'étude de Protinsky et Popp peuvent se résumer par l'idée 5 de la présente recherche, à savoir que le malheur est avant tout causé par des événements extérieurs et que l'individu peut difficilement solutionner lui-même ses difficultés. Ces données indiquent que les chanteurs américains et les chansonniers québécois véhiculent des idées irrationnelles relativement semblables.

Cette étude examine aussi le lien entre la préférence manifestée à l'égard d'un chansonnier et la fréquence d'idées irrationnelles retrouvées dans les chansons. Les résultats indiquent qu'il n'existe pas de lien direct entre ces deux facteurs. L'irrationnalité de la chanson n'entre donc pas en considération quand un sujet choisit un chansonnier plutôt qu'un autre. D'autres variables, telles la personnalité des chanteurs et l'influence de la musique, auraient probablement un impact plus grand sur le choix des sujets. Ces variables auraient avantage à être contrôlées dans des études ultérieures. Celles-ci pourraient utiliser une nouvelle formule de questionnaire où les sujets auraient à classer des textes de chansons, tant rationnelles qu'irrationnelles, selon qu'ils les aiment ou ne les aiment pas.

D'un autre côté, les résultats démontrent, jusqu'à un certain point, que les sujets se sont pas probablement basés sur le contenu sémantique des chansons pour choisir chacun des huit chansonniers, et qu'ils sont par conséquent d'accord avec les idées irrationnelles véhiculées par leurs chansonniers préférés. Cette déduction est en effet basée sur les pourcentages d'accord (significativement plus élevés chez les chansonniers préférés) entre les messages véhiculés par les chansonniers et ce qu'en pensaient les sujets. Cependant, certaines variables non contrôlées ont probablement influencé ces résultats. Par exemple, un sujet qui choisissait quatre chansonniers comme étant ses préférés, devait normalement leur accorder un niveau d'accord élevé. L'effet contraire devait se produire pour les chansonniers les moins aimés (effet de demande caractéristique). Ainsi, il demeure difficile d'affirmer

que les sujets se sont servi seulement du facteur «irrationnalité» pour choisir les huit chansonniers.

Bref, les chansonniers véhiculent des idées irrationnelles dans leurs chansons. Ces idées ne se rencontrent pas aussi souvent que dans les chansons analysées par Protinsky et Popp (1978). Ces constatations sont encourageantes.

Des recherches ultérieures pourraient, dans un premier temps, analyser d'autres formes de mass-média (romans feuilletons présentés à la télévision, chroniques de certains journaux, messages publicitaires, slogans, etc.). De telles analyses présenteraient entre autre avantage, celui de saisir le contenu d'autres formes d'informations auxquelles les gens sont exposés. Dans un deuxième temps, une étude expérimentale de l'exposition répétée à ces contenus clarifierait les modalités d'apprentissage des pensées irrationnelles.

#### RÉFÉRENCES

- Bandura, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 1977a, 84, 191-215.
- Bandura, A. *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall, 1977b.
- Beck, A. T. *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press, 1976.
- Ellis, A. Rational emotive therapy: Research data to support the clinical and personality hypothesis of RET and other modes of cognitive-behavior therapy. *The Counseling Psychologist*, 1977, 7, 242.
- Ellis, A., & Grieger, R. *Handbook of Rational-emotive Therapy*. New York: Springer, 1977.
- Ellis, A., & Harper, R. A. *A guide to rational living*. Hollywood: Wilshire, 1966.
- Foreyt, J. P., & Rathjen, D. P. *Cognitive behavior therapy: Research and application*. New York: Plenum, 1978.
- Kendall, P. C., & Hollon, S. D. *Cognitive behavioral interventions: theory, research and procedures*. New York: Academic Press, 1979.
- Mautsby, M. Eleven common irrational beliefs or attitudes and their rational alternatives. Manuscript non publié, 1972.
- Meichenbaum, D. H. *Cognitive behavior modification*. New York: Plenum, 1977.
- Meichenbaum, D. H. *Cognitive behavior modification: a news letter*. University of Waterloo, 1979.
- Protinsky, H., & Popp, R. Irrational philosophies in popular music. *Cognitive therapy and Research*, 1978, 2, 71-74.

#### ENGLISH ABSTRACT

The purpose of this study was to explore the nature and frequency of irrational beliefs contained in Quebec folk songs. Four hundred individuals ranked the four singers they liked the most and the four they liked the least. The content of 150 songs written by quebecers were systematically analysed for the presence or absence of 10 irrational beliefs according to criteria derived from Mautsby (1972) and Ellis and Harper (1966)'s work. The results showed that 28.7% of the songs contained at least one irrational belief. No significant difference was observed between the two groups of singers. Finally, some irrational beliefs were significantly more frequent than others. The theoretical and practical aspects of these results are discussed.



## Problèmes non technologiques reliés à l'implantation et au maintien de programmes de conditionnement opérant en milieu psychiatrique

GILLES TRUDEL<sup>(1)</sup>

Université du Québec à Montréal  
et  
Hôpital Louis-H. Lafontaine

Description de divers problèmes vécus lors de l'implantation et du maintien de programmes de conditionnement en milieu psychiatrique. Malgré un bilan très positif, il demeure que plusieurs difficultés rendent difficile l'organisation et le fonctionnement optimal de tels programmes. Cette prise de conscience permet d'énoncer un certain nombre de recommandations pour ceux qui désirent mettre sur pied des programmes de modification du comportement.

L'implantation d'un programme de conditionnement opérant en milieu psychiatrique comporte des avantages considérables. En plus de contre l'effet négatif des procédures routinières de soins qui prévalent dans ce milieu (Milby *et al.*, 1975; Trudel *et al.*, 1974), ces programmes permettent l'élimination d'une très grande variété de comportements inadaptés et l'apprentissage d'habitudes adaptatives (Kazdin, 1977). Ces programmes peuvent être utiles à différents niveaux dans le milieu institutionnel depuis la prise en charge d'un individu, d'un groupe d'individus, d'un département de patients ou même être le système de base qui prévaut dans l'organisation des programmes thérapeutiques au niveau de toute une institution. Leur application peut non seulement s'effectuer au premier moment de l'élaboration d'un traitement pour un sujet donné, mais également au niveau de la programmation d'un projet de mise en congé, de la réinsertion sociale et du maintien du client dans la société.

En résumé, lorsqu'appliquée dans des conditions satisfaisantes, cette technologie permet l'obtention de résultats significatifs pour une très grande diversité de problèmes. En outre, plus récemment, plusieurs chercheurs ont développé des méthodes qui rendent plus probable qu'apparavant la généralisation des résultats obtenus du milieu thérapeutique au milieu extra-thérapeutique (Kazdin, 1977). Devant ce bilan très positif, certains n'hésitent pas à prétendre que la technologie basée sur le conditionnement opérant constitue sans aucun doute les méthodes les plus avancées et les plus sophistiquées de planification et d'organisation des programmes d'intervention en milieu institutionnel (Krasner, 1970).

1. Les demandes de tirés-à-part peuvent être adressées au Docteur Gilles Trudel, Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal, C. P. 8888, Succursale A, Montréal, Qué. H3C 3P8.



Pourtant, il n'est pas rare d'entendre, qu'en dépit du fait que nous avons entre nos mains une technologie avancée, plusieurs problèmes d'un autre ordre rendent difficile voire impossible l'organisation, le maintien ou le fonctionnement maximal de tels programmes. Nous voudrions, dans cette étude, faire un relevé et une description de ces divers problèmes et en déduire un certain nombre de recommandations concernant la prise en charge de ces programmes. Ces considérations concerneront surtout le travail en milieu psychiatrique chez des patients ayant une longue histoire d'hospitalisation. Plus particulièrement, nous parlerons des problèmes reliés à l'instauration et au maintien des thérapies de milieu d'inspiration behaviorale.

### 1) Problèmes administratifs, économiques et politiques

Lorsqu'un thérapeute behavioriste négocie avec la direction d'une institution des ententes dans le but d'obtenir un mandat pour organiser un programme de conditionnement opérant, diverses considérations entrent en ligne de compte (Hersen et Bellak, 1978). La première relève du **statut professionnel du thérapeute behavioriste**. S'il est un médecin ou un psychiatre, il ne fait aucun doute que sa force de négociation sera considérablement augmentée. En plus de profiter des droits et privilèges accordés aux médecins (v.g. : accorder un congé définitif, déterminer la médication, etc.), il pourra à cause du prestige plus grand accordé à la profession médicale exercer une pression beaucoup plus considérable auprès de la direction et de l'ensemble des personnes impliquées dans la mise sur pied de tels programmes.

Toutefois, dans la plupart des cas, le statut de l'organisateur de tels programmes sera celui de psychologue. Celui-ci devra alors négocier des pouvoirs et privilèges qui sont rarement accordés à ce type de professionnel. Divers auteurs (Boisvert et Trudel, 1977; Hersen et Bellak, 1978; Kazdin, 1977; Patterson, 1975; Trudel, en préparation) décrivent les principales caractéristiques de l'environnement institutionnel et le contexte difficile dans lequel s'effectue généralement cette négociation. Ils notent qu'il existe des considérations politiques (lutte pour le pouvoir) qui non seulement nuisent au bon fonctionnement d'une institution mais qui, en même temps, ralentissent tout effort de changement. Pour ces auteurs, ces problèmes de petite politique ont comme conséquence de faire perdre de vue que la première raison d'être de ces institutions (tout au moins sur le plan officiel et théorique), c'est de traiter les patients. Dans certains cas, ces considérations de petite politique semblent avoir pris la place la plus importante, reléguant au deuxième ou troisième rang le bien-être des patients. A titre d'exemple, mentionnons le fait que très souvent le personnel de soins infirmiers contrédient à toute fin pratique l'administration, le personnel et tous les soins dans les départements de patients psychiatriques chroniques. Ils élaborent ainsi un véritable petit empire et certains voient d'un très mauvais oeil l'avènement de tout programme qui pourrait diminuer leur pouvoir. Et, en dépit du fait que le style de soins que le nursing contribue à implanter et à maintenir est généralement identifié à ce qui provoque l'institutionnalisation et la chronicisation des patients, leur pouvoir est souvent difficile à diminuer. Dans les faits, de par la nature de leur fonction, ils sont souvent les seuls à pouvoir maintenir la continuité des soins dans une institution, et ils peuvent ainsi exercer, à cause de leur caractère essentiel, des pressions considérables auprès des administrateurs lorsqu'ils décident de s'opposer au développement ou au maintien d'un programme de conditionnement opérant.

L'implantation d'un programme élaboré de conditionnement opérant au niveau d'un département risque donc de provoquer des problèmes politiques car il impli-

que une perte de pouvoir de la part de l'establishment en place (psychiatre, personnel infirmier) au profit de celui qui va organiser le programme (v.g. : décisions qui affectent le type d'intervention ou de travail de la part du personnel, structuration d'une politique de congés ou de sorties des patients, régulation de la médication, etc.). Il n'est donc pas étonnant que les administrateurs qui souhaitent ne pas avoir de problèmes avec les responsables actuels d'un département soient hésitants à accorder leur appui à l'implantation d'un programme d'envergure. Si par hasard, les administrateurs d'une institution n'ont pas perçu les problèmes et ont appuyé dans un premier temps la mise sur pied d'un tel programme, il n'est pas surprenant de constater qu'après un certain temps ils changent de point de vue et que tout à coup des difficultés non prévues surgissent si bien que l'appui de la direction de l'institution ne semble plus aussi évident.

En second lieu, le fait que l'initiateur d'un programme de conditionnement opérant en milieu psychiatrique soit dans la plupart des cas un psychologue ne peut qu'être une source supplémentaire de difficultés. En effet, il devra côtoyer un responsable du département qui a généralement une formation médicale (psychiatre ou infirmière). Cette **différence de modèle théorique** joue également un rôle important dans le développement de problèmes reliés à l'implantation de programmes de conditionnement opérant. Le modèle médical mettant l'accent sur la notion de «maladie» sera en vigueur dans ce département. Le personnel de soutien, en particulier, celui des soins infirmiers a reçu une formation allant dans le sens de ce qui est préconisé par le modèle médical. Quant aux préposés aux malades ils appliquent généralement une approche routinière et stéréotypée des soins. A l'encontre de cette approche, le psychologue behavioriste met l'accent sur une analyse socio-environnementale des problèmes de comportement. De plus, il ne dispose généralement pas de réels pouvoirs administratifs et devra compter sur la coopération des personnes en place qui utilisent un modèle différent pour parvenir à organiser son programme.

Dans un tel contexte, il n'est pas étonnant que les responsabilités de conflits entre le psychologue et le psychiatre ou entre le psychologue et le personnel de soutien soient très élevées. Ajoutons à tout cela, l'image du psychiatre qui détient le pouvoir depuis longtemps et qui représente les idées et les modèles théoriques qui animent depuis longtemps le milieu psychiatrique versus l'image du psychologue qui commence à s'établir en ce milieu et qui cherche à étendre graduellement son influence, ses idées et son modèle et l'on comprendra qu'il faut des circonstances assez particulières pour supprimer toute cause de conflit.

En troisième lieu, une autre façon de conceptualiser la problématique de l'intervention behaviorale en milieu psychiatrique repose sur les **histoires antérieures d'apprentissage** des divers groupes professionnels concernés. Ainsi, le groupe de professionnels avec lequel le psychologue behavioriste aura le plus de contacts est celui des soins infirmiers. Or, un psychologue behavioriste a mis des années pour parvenir à percevoir (au niveau intellectuel, émotif, et de l'action) la réalité clinique d'une façon qui est propre à la psychologie behaviorale. Son engagement dans un type d'évaluation et d'intervention n'est pas le fruit du hasard, mais le résultat d'un long processus d'apprentissage. De même, l'infirmière (ou l'infirmier) a eu au cours de sa formation et de son travail professionnel des expériences se situant essentiellement dans un contexte médical. Elle (il) a reçu une formation ayant pour but d'être la (le) principale(s) collaborateur(trice) du médecin et non du psychologue behavioriste. Sa collaboration ne peut donc être prise pour acquise et toute forme de résistance active ou passive doit être évaluée. En fait, on ne peut que concevoir son implication dans une approche behaviorale que comme un long processus d'apprentissage qui est d'autant plus hasardeux que les



changements, les déplacements et les mutations de poste au niveau de ce type de personnel sont généralement nombreux. En outre, dans la mesure où elle (il) a généralement un rôle d'autorité auprès des préposés aux malades, son influence comme modèle (Wallace, 1973) devient hautement importante et aucun programme ne devrait être entrepris à moins d'avoir réglé le problème de collaboration de cette catégorie de personnel.

Finalement, il me semble qu'une dernière façon de percevoir les conflits entre le psychologue behavioriste et les autres groupes professionnels impliqués est basée sur le fait que le **psychologue behavioriste est le seul professionnel évoluant en milieu psychiatrique dont l'approche est basée sur le modèle du «scientifique - interventionniste»**. Au cours de sa formation, cette catégorie de psychologue a développé des modèles d'évaluation et d'intervention en accord avec une démarche à caractère scientifique. En conséquence, il suivra donc une façon de procéder très différente. Il aura le souci de quantifier constamment ses interventions, il mettra l'accent sur un ensemble de concepts et de modèles s'inspirant davantage de la psychologie scientifique que de l'approche clinique traditionnelle. De leur côté, les autres professionnels évoluant dans ce milieu auront une démarche essentiellement clinique, c'est-à-dire une approche moins différenciée, plus synthétique et plus intuitive. Ainsi, il ne sera pas étonnant de constater des résistances de la part du personnel, par exemple, lorsque le psychologue behavioriste insistera sur la nécessité d'avoir recours à des observations systématiques ou à des procédures plus ou moins continues de quantifications du comportement. C'est que la philosophie générale qui sous-tend l'approche behaviorale et celle généralement préconisée dans ce milieu est radicalement différente.

Ces diverses considérations portent plusieurs auteurs à formuler des considérations pessimistes concernant le milieu institutionnel. Ainsi, Hersen et Bellak (1978) doutent du caractère fonctionnel des institutions psychiatriques. Ils comparent celles-ci à un «champ de bataille» où s'affrontent constamment divers protagonistes au détriment du bien-être des patients. Nous sommes bien loin ici de l'image que ces institutions veulent répandre dans la population en ayant recours à la notion d'études multidisciplinaires dans lesquelles les membres travaillent en étroite collaboration! D'autres auteurs vont plus loin et doutent de la possibilité pour un psychologue behavioriste de travailler dans ce milieu. Watson (1975), par exemple, en arrive à la conclusion que ce qui se passe dans ce milieu est tout simplement incompatible avec une orientation basée sur la modification du comportement.

## 2) Recommandations concernant l'application du programme opérant en milieu psychiatrique

Dans un tel contexte et pour revenir au problème posé plus haut, comment pouvons-nous concevoir de quelle façon il faut mener les négociations dans le but d'implanter un programme de conditionnement opérant et comment il est possible d'implanter et de maintenir de tels programmes.

Etant tout juste un peu plus optimiste que Watson (1975), il me semble que la démarche du psychologue ne consistera pas à tenter d'éliminer les nombreux problèmes et accidents de parcours, mais à minimiser leur importance et leur fréquence et surtout à pouvoir les évaluer et déterminer si leur ampleur devrait conduire à l'abandon ou à la poursuite du projet ou du programme.

En premier lieu, au niveau de la négociation du programme, il me semble d'abord que **trop souvent les psychologues behavioristes ont tendance à ne**

**présenter que les aspects positifs.** Ils parleront de l'efficacité, de la quantité appréciable de patients qui seront mis en congé, du fait que les «institutions psychiatriques avant-gardistes» ont de plus en plus recours à la technologie behaviorale. Tout cela est important pour vendre le produit. Mais à quoi sert d'obtenir l'autorisation d'implanter un programme, si une série de problèmes tels que ceux décrits plus haut se produisent?

Il s'avère donc également important de parler clairement avec les autorités concernées de ce à quoi elles s'engagent en acceptant un tel programme. Par exemple, quels seront les coûts d'un tel programme? Ces dépenses peuvent référer à l'utilisation de matériel dans le cadre du programme (v.g. renforteurs) ou à l'embauchage de personnel supplémentaire nécessaire par la complexité de la procédure utilisée. En négociant cette question, le psychologue pourra toujours faire valoir le fait que cette augmentation des dépenses pourra se traduire par une amélioration de la qualité des soins, par une augmentation du taux de mise en congé, par une plus grande autonomie des sujets, etc. Toutefois, il faut demeurer conscient du fait que l'administrateur est souvent peu sensible à de tels arguments. En effet, le **comportement de l'administrateur d'institution est contrôlé par d'autres contingences.** Par exemple, en terme financier, un directeur d'institution dispose généralement d'une certaine masse budgétaire par année. Dans l'ensemble, différentes considérations (augmentation du coût de la vie, masse salariale, entretien, etc.) vont faire en sorte que les dépenses vont avoir tendance à excéder les revenus, si bien que ce qui frappera d'abord l'attention de l'administrateur, ce sera les coûts immédiats entraînés par l'implantation du programme de conditionnement opérant plutôt que les économies à long terme (augmentation du taux de congés). D'ailleurs, ces économies seront la plupart du temps beaucoup plus théoriques qu'effectives puisque les demandes d'admission dans une institution sont souvent beaucoup plus élevées que le taux de sorties. Ainsi, le seul argument réel demeurant à la disposition du psychologue sera l'amélioration de la qualité des soins. A cet égard, il faut généralement faire preuve d'arguments assez remarquables pour émouvoir les administrateurs. Ceux-ci, tout en nous faisant savoir à quel point ils sont préoccupés par cette question, devront souvent nous faire part qu'ils sont désolés, mais qu'ils doivent tenir compte des limites budgétaires décrites plus haut.

Si, malgré tout, après ces négociations et, généralement une série de compromis, un budget de fonctionnement est accordé, un deuxième aspect doit être envisagé. L'instauration d'un programme de conditionnement opérant au niveau d'un département nécessite généralement l'obtention de pouvoirs qui sont rarement attribués à un psychologue. **Idéalement, le responsable du programme devrait également être le principal administrateur du département** (Hersen et Bellak, 1978). Non seulement devrait-il être la principale autorité au niveau du personnel (v.g. embauchage du personnel, organisation des horaires, planification des tâches du personnel, etc.), mais également il devrait administrer les politiques d'admission et de congés des patients. Dans les faits, très rarement accordera-t-on de tels pouvoirs à l'organisateur d'un programme. Une solution fréquente sera d'attribuer officieusement ces pouvoirs au psychologue tout en les laissant théoriquement au responsable des soins infirmiers et au psychiatre. Il s'agit bien sûr d'une solution de compromis qui comporte énormément de difficultés et qui est fondée sur la bonne volonté des responsables actuels du département et leur motivation à collaborer à un tel programme. En outre, le bon fonctionnement dans un tel contexte ne peut être assuré qu'à court terme car les fluctuations, particulièrement au niveau du personnel des soins infirmiers, sont très nombreuses et rien ne garantit que si les administrateurs du département actuellement en place sont d'accord pour collaborer, ceux qui leur succéderont seront du même avis.



Une chose est certaine. Avant d'entreprendre un tel programme, le psychologue behavioriste devra s'assurer qu'il a l'appui des autorités principales de l'institution dans laquelle il travaille et que cet appui peut lui être renouvelé au besoin, particulièrement lorsqu'il rencontre des difficultés telles que celles décrites plus haut. Il devra aussi s'assurer de l'accord de l'administration concernant une formule de compromis permettant au psychologue de contrôler les variables pertinentes à l'implantation et au maintien d'un tel programme.

Parmi les variables importantes à contrôler, mentionnons d'abord une certaine réorganisation des tâches du personnel. La mise sur pied d'un programme de conditionnement opérant nécessite, en effet, un certain changement dans les fonctions traditionnelles du préposé, de l'infirmière et de l'ensemble des personnes oeuvrant dans ce milieu. Ainsi, il sera nécessaire de faire des observations systématiques, d'appliquer des procédures de renforcement ou de façonnement. Souvent au niveau du processus de réinsertion sociale, le personnel devra apporter son soutien et s'impliquer directement de façon à développer des stratégies de réinsertion conformes à l'orientation spécifique du programme.

Tout cela, pour quelque'un de l'extérieur, peut sembler anodin. Mais, nous savons lorsque nous avons travaillé dans ce milieu à quel point les traditions et la routine au niveau du travail des employés sont profondément enracinées et, à quel point, il est difficile de modifier le moins profondément ces habitudes qui reposent en fait sur une conception de soins de garderies plutôt que sur une conception d'intervention active.

D'autres variables devraient idéalement être contrôlées. Par exemple mentionnons l'embauchage du personnel et les politiques d'admission ou de mise en congé temporaire ou définitif des patients. Dans le premier cas, nous sommes la plupart du temps confrontés à des difficultés de nature administratif-syndicale (v.g. convention collective, résistance du personnel administratif à déléguer le pouvoir, etc.) qui font en sorte qu'on ne peut absolument pas avoir la certitude que tout le personnel qui travaillera dans le programme sera en accord avec celui-ci et motivé à s'impliquer.

Devant cette absence de contrôle probable, le psychologue devra être d'autant plus sensible à la supervision du comportement du personnel et à s'assurer, qu'au minimum, certains membres du personnel ne voulant pas participer au programme accepter tout au moins de ne pas nuire à son évolution. Dans cette tâche, il pourra compter sur l'appui majoritaire du personnel motivé à participer. A titre d'exemple d'un appui obtenu de la part de l'ensemble du personnel, j'aimerais rapporter l'anecdote suivante. Dans un département où existait déjà depuis quelques années un programme très structuré d'économie de jetons pour patients psychiatriques chroniques, un psychologue d'orientation plus ou moins existentielle inspiré par un souci d'opposition, commença à venir nous visiter régulièrement. Il nous fit part de son intention d'apporter une approche différente au niveau de ce département. Bien sûr, nous lui avons suggéré d'aller travailler au niveau d'une autre salle puisque l'hôpital en question comptait aux environs 70 salles et que nous pensions qu'il pourrait (oeuvrer) utilement ailleurs. Toutefois, il refusa notre proposition et commença à rencontrer les patients, à faire des réunions parallèles avec certains membres du personnel et même à venir assister à nos propres rencontres avec le personnel en émettant des idées très différentes des nôtres. A notre grande satisfaction, le personnel commença à manifester une certaine opposition aux idées émises par ce psychologue et même devint très sarcastique à son égard si bien qu'il décida d'aller tenter sa chance ailleurs.

Quant aux politiques de congés, nous devons avoir l'appui volontaire du psychologue ou du médecin impliqué dans le programme. Lorsque nous comptons sur l'appui certain des autorités d'une institution, il serait au minimum essentiel qu'elles désignent un médecin qui n'a pas d'opposition personnelle aux procédures de type behavioral. Il sera alors nécessaire de s'entendre avec lui sur des critères concernant la mise en congé temporaire ou définitive de certains patients.

D'autre part, l'organisation et le maintien d'un programme opérant ou behavioral d'envergure nécessite un investissement personnel considérable. Il importe pour certains (Hersen et Bellak 1978) que le psychologue qui met sur pied un tel programme ne le supervise pas de loin et se limite à quelques rencontres hebdomadaires avec le personnel. Tout en ne favorisant pas une dépendance trop grande de son personnel, le psychologue devra prévoir des moments où il s'intègre à la salle (v.g. faire des démonstrations avec des cas difficiles, conseiller le personnel au cours d'activités d'observation ou d'intervention, être disponible lorsque des difficultés surgissent, etc.). S'il ne peut être sur place régulièrement, il devra prévoir des substituts comme, par exemple, avoir un ou des assistants (v.g. étudiants en psychologie ou techniciens formés en thérapie behaviorale) qui rempliront cette tâche à sa place.

Enfin, sans vouloir reprendre toute la littérature sur l'importance de la formation du personnel et sur les variables impliquées dans cette formation (v.g. Ayllon et Azrin, 1968; Panyan, Boozer et Morris, 1970; Pomerleau, Bobrove et Smith, 1973; etc.), il est bien évident que tout ce qui a été dit dans le présent article suppose la nécessité de bien planifier la formation et la supervision du personnel. Il est important de se rappeler aussi que cette formation est un processus continu. L'absence de révision régulière des principes de base et des méthodes utilisées ne pourra qu'entraîner une détérioration significative de la qualité du programme.

### CONCLUSION

En résumé, l'organisation d'une thérapie de milieu de type behavioral en institution psychiatrique tout en constituant une tâche d'envergure peut comporter des bénéfices importants pour une très grande variété de problèmes de comportements et permettre en même temps d'agir sur un nombre important de patients.

Cependant, en plus des problèmes liés aux limites de la technologie du comportement, nous sommes souvent confrontés à des difficultés d'un autre ordre reliées à des questions administratives, économiques et politiques, à une certaine tradition médicale, et également à des habitudes de travail profondément enracinées chez le personnel de soutien et de soins infirmiers.

Il s'avère donc important pour celui qui désire mettre sur pied un programme de modification du comportement décrits plus haut, à une évaluation de la situation. Cette évaluation permettra de prendre une décision concernant les chances de réussite d'un tel programme s'il est instauré. En outre, une réévaluation régulière de la situation pourra également être faite de façon à corriger certains problèmes ou à prendre une décision concernant la prolongation ou non du programme.

A tout événement, l'implantation et le maintien d'un programme de conditionnement opérant en milieu psychiatrique ne peut être dissocié d'une lutte entre les forces visant à conserver au milieu asilaire ses caractéristiques traditionnelles et les forces qui préconisent des changements fon-



**damenteaux dans ce milieu.** Nous devons donc envisager un processus lent de formation des personnes travaillant dans ce milieu en espérant qu'éventuellement une majorité de personnes ayant des idées plus avant-gardistes contrôleront ces institutions. A ce sujet, il convient de citer en terminant un article de Richards (1975) qui résume très bien les aspects administratifs-politiques impliqués dans un programme de conditionnement opérant: «Les thérapeutes comportementalistes ont investi beaucoup plus de travail dans la modification des comportements individuels de patients plutôt que dans la modification des comportements du personnel et des institutions. Plus d'attention devra être donnée aux aspects interpersonnels et aux politiques institutionnelles pour changer les hôpitaux psychiatriques. La politique doit être conçue comme un fait de la vie quotidienne dans la mise sur pied d'un programme d'économie de jetons dans un département psychiatrique et dans la modification des modes de comportements propres au personnel et aux institutions.»

#### RÉFÉRENCES

- Ayllon, T., Azrin, N. H. (1968). *The token economy: A motivational system for therapy and rehabilitation*. Appleton-Century-Crofts: New York.
- Boisvert, J. M., Trudel, G. (1977). Comportements psychotiques. In Ladouceur, R., Bouchard, M. A., Granger, L. (Eds) *Principes et applications des thérapies comportementales*. Edisem: Ste Hyacinthe, Maloine: Paris.
- Hersen, M., Bellak, A. S. (1978). Staff training and consultation. In Hersen, M., Bellak, A. S. (Eds). *Behavior therapy in psychiatric settings*. Williams et Wilkins: Baltimore.
- Kazdin, A. E. (1977). *The token economy*. Plenum Press: New York.
- Krasner, L. (1970). Token economy as an illustration of operant conditioning procedures with the aged and youth and with society. In Lewis, D. J. (Ed). *Learning approaches to therapeutic behavior change*. Appleton-Century-Crofts: New York.
- Milby, J. B., Pendergrass, P. E., Clark, C. J. (1975). Token economy versus control ward: a comparison of staff and patient attitudes toward ward environment. *Behavior Therapy*, 6, 22-29.
- Panyan, M., Booser, H., Morris, N. (1970). Feedback to attendants as a reinforcer for applying techniques. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 3, 1-4.
- Patterson, R. L. (1975). *Maintaining effective token economies*. Charles C. Thomas: Springfield.
- Pomerleau, O. F., Bobrove, P. H., Smith, R. H. (1973). Rewarding psychiatric aides for the behavioral improvement of assigned patients. *Journal of applied behavior analysis*, 6, 383-390.
- Richards, C. S. (1975). The politics of a token economy. *Psychological reports*, 36, 615-621.
- Trudel, G. (Manuscrit accepté). *Thérapie comportementale chez les psychotiques*. Presses de l'Université du Québec.
- Trudel, G., Boisvert, J. M., Maruca, F., Leroux, P. A. (1974). Unprogrammed reinforcement of patients behaviors in wards with and without token economy. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 5, 147-149.
- Wallace, C. J. (1973). Modeling and staff behavior. *Journal of consulting and clinical psychology*, 41, 422-425.
- Watson, C. J. (1975). Shaping and maintaining behavior modification skills in staff using contingent reinforcement techniques. In Patterson, R. L. (Ed). *Maintaining effective token economies*. Charles C. Thomas: Springfield.

#### ENGLISH ABSTRACT

This paper reviews some particular difficulties attached to the introduction and to the functioning of behavioral programs in psychiatric settings. Even if the resultant is nearly positive, we must not ignore that many facts make obstacles to the optimal operation of such programs. Knowing that may be very useful for the ones who want to start behavior modification in similar institutions.

## Critique de livres

JACQUES FORGET

Behaviora

Cottiaux, Jean. (1979). *Les thérapies comportementales*. Paris: Masson (189 p.) \$22.80

Premier livre original écrit à notre connaissance par un Français sur les thérapies comportementales, l'auteur rapporte brièvement l'histoire du mouvement behavioriste, les théories d'apprentissage qui ont le plus influencé ce mode d'intervention, les principes de modification du comportement et les méthodes d'évaluation. Il présente une image actuelle de l'intervention clinique en se référant à des auteurs tels Bandura, Beck, Ellis, Meichenbaum, Rimm et Seligman. Adoptant une position quelque peu éclectique mais pragmatique, s'appuyant sur le modèle génotypoenvironnemental d'Eysenck, insistant sur la valeur des modèles cognitifs, l'auteur rapporte l'ensemble des techniques d'intervention et les illustre d'excellente façon par neuf études de cas. Le volume se termine par une discussion sur les rapports entre thérapies comportementales, psychanalytiques et humanistes. Cependant, des erreurs théoriques importantes, surtout au niveau du conditionnement répondant et des relations temporelles entre le SC et le SI, un style hachuré et quelques-fois boiteux («il va ensuite à pratiquer») et une organisation du texte confuse qui fait «noter de cours», quelques anglicismes agaçants («expérience répliquée, ses expectations»), des néologismes inutiles («situation phobogène, un thérapé») nous amène à souhaiter fortement une deuxième édition, revue et corrigée.

Delacour, Jean. (1978). *Neurobiologie de l'apprentissage*. Paris: Masson (213 p.) \$39.60

Publié sous la direction de Jean Delacour, ce volume est constitué de quinze (15) articles originaux faits pour la plupart par de jeunes chercheurs français s'intéressant aux fondements neurobiologiques de l'apprentissage et de la mémoire. Les trois premiers articles forment la section méthodologique et insistent sur les grands thèmes de ce champ d'activité tel le conditionnement, l'habituation, la sensibilité, l'empreinte, la notion de prédisposition, l'accoutumance, l'apprentissage par observation, la mémoire à court et à long terme ainsi que les moyens d'action tels les lésions cérébrales, les stimulations et les injections de drogues, l'électrophysiologie et la biochimie. Les dix chapitres suivants sont consacrés de façon plus spécifique à l'électrophysiologie chez les mammifères, aux fonctions de certains systèmes neurophysiologiques, aux transferts chimiques d'informations acquises, à la pharmacologie et aux contraintes génétiques. Les deux derniers chapitres proposent des modèles formels de l'apprentissage, l'un «géographique», l'autre mathématique. En général, l'orientation du volume insiste sur les contraintes exercées par les facteurs génétiques sur l'apprentissage. De plus, ce qui est assez particulier est que certains auteurs comme B. Will utilisent le conditionnement opérant comme moyen d'étude du comportement animal dans une perspective éthologique. D'ailleurs, une position davantage centrée sur les contraintes génétiques par rapport au niveau de plasticité du comportement est évident surtout dans les deux premiers chapitres. Par exemple, pour appuyer sa position éthologique,



Ropartz rapporte que les recherches sur l'aversion alimentaire conditionnée faites par John Garcia et son équipe jettent «le trouble chez les théoriciens de l'apprentissage». Pourant, dans une étude sur les rapports entre l'analyse expérimentale et la sociobiologie (basée en grande partie sur l'éthologie) Stevens<sup>(1)</sup> (1978) utilise les travaux de Garcia pour montrer l'importance des variables de l'environnement et l'inutilité d'un postulat du contrôle génétique pour expliquer les préférences alimentaires spécifiques. Il n'en reste pas moins vrai cependant que les «anti-instinctifs» trouveront dans le volume de Delacour matière à réflexion.

D'autre part, nous retrouvons quelques petites lacunes mais elles n'enlèvent rien à la qualité d'ensemble. Premièrement, dans une section sur l'apprentissage par observation, aucune mention de Bandura. Il est vrai cependant que l'auteur insiste davantage sur la recherche avec les animaux. Deuxièmement, certaines expressions de base sont discutables. Par exemple, dans le premier chapitre, Delacour indique que le pseudo-conditionnement se produit lorsque «la réponse inconditionnelle est évoquée par le SC sans que celui-ci ait été associé au SI». Si la définition générale est exacte, parler d'une réponse inconditionnelle provoquée par un SC est ambigu sinon incorrect. Par contre, la définition de l'apprentissage est à notre avis excellente et se situe dans le même optique que celle de Malcuit et Pomerleau (1977)<sup>(2)</sup>, c'est-à-dire une définition n'étant pas associée à une théorie particulière. Et même, elle nous semble encore plus précise que chez ces deux derniers auteurs. En effet, Delacour parle de «... modification du comportement, relativement durable» tandis que Malcuit et Pomerleau parlent de «... modification persistante». A notre avis, un apprentissage n'est pas nécessairement une modification persistante mais plutôt **relativement** persistante, plus ou moins durable. C'est d'ailleurs cette relativité dans la persistance qui caractérise un apprentissage. Par exemple, c'est la différence de persistance qui distingue entre autre une réponse inconditionnelle et une réponse conditionnelle. Les changements persistants sont davantage liés aux aspects génétiques et ce évidemment au niveau de l'ontogénèse. Nous pourrions parler davantage d'une plus ou moins grande probabilité de persistance. Soulignons enfin que les recherches rapportées par les auteurs du volume, ne sont pas nécessairement américaines. S'il est évident que celles-ci sont nombreuses, plusieurs documents européens méritent d'être mentionnés. C'est pourquoï, 25% des références sont d'origine européenne, surtout française mais aussi allemande et tchèque, donnant ainsi une image globale de la recherche en neurobiologie.

Eysenck, H. J. (1979). *La névrose et vous*. Bruxelles: Pierre Mardaga (187 p.) \$16.60

S'adressant à un large public, mais pouvant être lu avec profit par tous les cliniciens, ce livre peut certainement, et nous l'espérons, prendre la place d'un Pierre Daco sur les tablettes des best-sellers de la psychologie populaire. Paru en anglais en 1977, cette traduction résume très bien l'ensemble des connaissances sur la névrose, son acquisition et sa modification. Intégrant aussi bien les recherches de Wolpe sur la désensibilisation systématique que celles portant sur l'immersion et le modelage comme méthodes thérapeutiques, l'auteur n'écarte pas les facteurs

héréditaires et ajoute le phénomène d'incubation pour expliquer l'ensemble des névroses humaines. Son argumentation se place d'ailleurs dans la tradition pavlovienne d'une typologie introvertie - extrovertie. De plus, le lecteur trouvera dès le début, l'un des leitmotivs d'Eysenck: «le freudisme a échoué; cela ne fait plus aucun doute». Et dans le deuxième chapitre, traitant des causes de la névrose, il souligne d'intéressante façon comment il considère la psychanalyse: En parlant des diverses interprétations analytiques basées sur la trinité du Moi, du Surmoi et du Ça, il dit: «Platon contait déjà la fable du cochon... La différence principale tient en ceci que Platon savait qu'il racontait une fable pour illustrer une idée philosophique; Freud était sous l'impression erronée qu'il construisait une théorie scientifique». La section sur la démonologie et la psychanalyse devrait être lue par tous ceux qui ont l'intention d'entreprendre une psychanalyse. Ces flèches se dirigent aussi, quoique dans une moins grande mesure, vers le conditionnement opérant qui n'aurait pas de réponses valables au phénomène névrotique. Nous considérons qu'à ce niveau, Eysenck simplifie quelque peu et il devrait souligner davantage que dans la mesure où la névrose est reliée à plusieurs variables d'ordre neuro-végétatives, il est «normal» que le conditionnement opérant ne puisse pas être très utile au clinicien, sinon pour analyser les bénéfices secondaires du client. Il faut dire que l'auteur admet l'utilité des techniques opérantes aversives et des économies de jetons dans le cas des troubles antisociaux et psychopathiques. Cependant, il n'est pas évident qu'il saisisse parfaitement bien les concepts rattachés à cette approche. Par exemple, il affirme que le renforcement négatif est le nouveau terme utilisé par les skinneriens pour parler de punition! Il faut dire à sa défense que les auteurs en conditionnement opérant ne connaissent pas toujours très bien les travaux d'Eysenck, qui leur paraît d'ailleurs suspect dans la mesure où ce dernier parle d'une typologie humaine et insiste sur les variables innées du comportement. Il serait peut-être important alors de se rendre compte que ces aspects génétiques ne vont pas à l'encontre d'une position behavioriste mais plutôt à l'encontre d'une position basée exclusivement sur l'apprentissage. Finalement, l'auteur termine en décrivant les difficultés rencontrées par celui qui veut trouver un thérapeute behavioriste. A ce niveau, la situation décrite se retrouve à notre avis, davantage en Europe où, effectivement, peu de spécialistes sont en mesure d'offrir ce genre de services. En résumé, cet excellent volume doit être lu par tous ceux intéressés par une véritable science du comportement.

Massucco Costa, Angiola (1977). *Psychologie soviétique*. Paris: Payot (327 p.) \$31.50

Ce livre rapporte cent ans d'histoire de la psychologie soviétique. Après un premier chapitre sur les auteurs ayant marqué le XIXe siècle, trois sections importantes sont consacrées respectivement à I. Sétchénov, I. P. Pavlov et V. Bechtélev. Cependant, pratiquement la moitié du volume est consacrée aux auteurs d'après-guerre, ce qui le rend d'autant intéressant étant donné que les travaux des laboratoires russes de cette époque sont peu accessibles aux francophones, sauf peut-être ceux du laboratoire pour l'étude des fonctions du cerveau dirigé par A. Luria. Il convient aussi de souligner que ce livre n'est pas tellement centré sur la nomenclature des nombreux faits expérimentaux de la psychologie objective, mais plutôt sur une discussion critique des éléments théoriques tirés de ces expériences. De plus, la perspective historique véhiculée par Massucco Costa est de montrer les rapports entre la psychologie objective et le matérialisme dialectique. A ce niveau, elle se rapproche des articles parus dans la défunte revue française *La Raison* fondée en 1950 et qui avait un arrière plan théorique marxiste-léniniste.

1. Stevens, V. J. (1978). Sociobiology: science and human behavior. *Behaviorists fo social action journal*, 1, N° 1, 1-4.

2. Malcuit, G., Pomerleau, A. (1977). *Terminologie en apprentissage et conditionnement*. Montréal: Presses de l'Université du Québec.



D'autre part, l'une des constances qui nous frappe est la discussion autour de la notion de conscience et de sa définition depuis les travaux de Pavlov jusqu'au XXVe Congrès du PCUS en 1976. L'auteur conclut que si, pendant longtemps, la psychologie soviétique a été fortement teintée de physiologie, elle intègre depuis quelques temps déjà des aspects cognitifs, cybernétiques et sa reconnaissance en tant que science autonome, mais prenant place parmi les sciences sociales, est évidente depuis 1956. De plus, elle souligne que l'objectif des soviétiques était et est encore de dériver une psychologie scientifique des principes marxistes, permettant ainsi la constitution d'une psychologie socialiste. A ce niveau, il serait intéressant de mettre en parallèle les données de ce document et le travail fait par certains auteurs tels Ulman (1979)<sup>(3)</sup> adhérent au récent mouvement américain du behaviorisme pour l'action social (*Behaviorist for social action*). En effet, pour cet auteur, seul le behaviorisme radical skinnérien peut découler du matérialisme dialectique tandis que les formes méthodologiques découlent davantage d'une position révisionniste. A la lecture de Massuco Costa, il nous semble que la psychologie soviétique s'accorde davantage d'un behaviorisme méthodologique quoiqu'elle n'utilise pas cette terminologie. De plus, ajoutons que dans bien des pays de l'Ouest, c'est la psychanalyse qui a surtout été rapprochée du marxisme.

En résumé, ce volume est d'un intérêt certain pour tous ceux qui s'interrogent sur les rapports entre une analyse expérimentale et une analyse sociale du comportement humain. Le lecteur peut alors se rendre compte qu'en Union soviétique, le choix pour une grille d'analyse sociale et politique à partir de laquelle l'analyse expérimentale prend sa signification scientifique et historique s'est fait dès les années 1930. Et ce choix a, d'après Massuco Costa, éliminé les tentatives, telles que celle de E. N. Kornikov par exemple d'un psychologie du comportement au sens behavioriste du terme.

Skinner, B. F. (1979). *Pour une science du comportement*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé. (262 p.) \$32.80

Ce livre est la traduction de «About behaviorism» paru en 1974 chez A. Knopf et vient s'ajouter aux trois autres volumes de Skinner déjà traduits en français. Il permet alors au lecteur francophone une prise de connaissance directe avec l'un des leaders importants du behaviorisme contemporain. Ce livre s'apparente à «L'analyse expérimentale du comportement» paru en 1969, mais dans une perspective où l'auteur tente de répondre aux diverses critiques faites au behaviorisme. Les thèmes abordés sont donc nombreux et variés: les causes du comportement, le comportement privé, inné, verbal, la perception, la pensée, la connaissance, la motivation et l'émotion, le contrôle de soi et le contre-contrôle. Skinner débouche finalement sur l'analyse physiologique du comportement, sur les perspectives politiques et sur l'avenir du behaviorisme comme philosophie d'une science du comportement humain.

3. Ulman, J. (1979). A critique of "Skinner: materialism minus the dialectic". *Behaviorists for social action Journal*, 1, N° 2, 1-8.

## Inscription à l'A.S.M.C.

### et Abonnement à la Revue de Modification du Comportement

Toute personne désirant s'inscrire (ou se réinscrire) à l'Association scientifique pour la modification du comportement (A.S.M.C.), est priée de remplir le présent questionnaire et de faire parvenir un chèque ou mandat de \$30.00 (étudiants: \$15.00), à l'ordre de l'A.S.M.C. Cette cotisation constitue en même temps un abonnement à la Revue de modification du comportement.

Cochez ici s'il s'agit d'une réinscription.

NOM:

Pénom: \_\_\_\_\_

ADRESSE:

Ville: \_\_\_\_\_

Province: \_\_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE:

Domicile: \_\_\_\_\_

Bureau: \_\_\_\_\_

PROFESSION:

\_\_\_\_\_

N. B.: Si étudiant, indiquer dans quel domaine et à quel université ou collège.

### Abonnement pour les institutions

L'abonnement annuel à la Revue est de \$40.00 pour les institutions. Celles-ci sont priées de faire parvenir leur commande à:

Mme JINETTE MARCIL-DENAUT, secrétaire  
A.S.M.C.  
6955 boul. Taschereau, suite 211  
Brossard, Québec  
J4Z 1A7



## ELEMENTS POUR UNE HISTORIOGRAPHIE

Présidents successifs de l'A.S.M.C.

Présidents successifs du congrès de l'Asso. Scientif. de Modif. du Comport.

1970-71	Un comité exécutif groupant: Léonce BOUDREAU Louis MALENFANT Etienne THÉRIAULT	Léonce BOUDREAU Gilles TRUDEL et Jean-Marie BOISVERT	Moncton	1970
1971-72	Jacques CÔTE	Jacques CÔTE	Montréal	1971
1972-73	Michel BOULARD	Jacques CÔTE	Québec	1972
1973-74	Gilles TRUDEL	Jean-Marie BOISVERT et Gilles TRUDEL	Montréal	1973
1974-75	Gilles TRUDEL	Léonard GOGUEN	Moncton	1974
1975-76	Léonce BOUDREAU	Jacques CÔTE	Québec	1975
1976-77	Léonard GOGUEN	Luc GRANGER	Montréal	1976
1977-78	Léonard GOGUEN	Maurice HARVEY	Sherbrooke	1977
1978-79	Rodrigue OTIS	Clarence JEFFREY	Moncton	1978
1979-80	Raymond BEAUSOLEIL	Raymond BEAUSOLEIL	Rouyn	1979
1980-81	Henri MARTIN-LAVAL	André SOULIERES	Montréal	1980

## ARTEFACT

Bureau d'analyse du comportement humain  
630 ouest, boul. St-Cyrille, Québec G1S 1S8  
Robert Lachance, psychologue, tél.: 1-418-527-4325

- Offre aux personnes et aux organisations des services de consultation en recherche: Documentation, planification, traitement de données, rédaction de projets, de rapports, d'articles.
- Fait bénéficier les individus des étapes d'une approche scientifique et éducative pour solutionner leurs problèmes personnels.
- Met au point et éditte des instruments éducatifs susceptibles de modifier le comportement en permanence: prototype de manuels d'amalgamissement, de sobriété et de mise en forme.

Les prototypes de manuels d'amalgamissement et de sobriété sont maintenant disponibles au bureau (\$8. et \$4.) ou par la poste (\$10. et \$6.).

**A lire:** La recherche en psychologie appliquée: où et pourquoi. Compte-rendu du deuxième congrès annuel de la Société québécoise pour la recherche en psychologie. Printemps 1980.

**En préparation:** Prototype d'un manuel de mise en forme et Operaanda d'enseignement planifié sur la probabilité du comportement en milieu scolaire.



CENTRE DE PSYCHOLOGIE BEHAVIORALE  
MARCHAND-MARINEAU-RICHARD

1575 ouest, Henri-Bourassa, suite 380,  
Montréal H3N 3A9, tél.: 336-5562

- Modification du comportement: enfants, adolescents, adultes.
- Intervention individuelle et de couple.
- Supervision individuelle.
- Enseignement et conférences.
- Formation du personnel.

### Psychologues-sociétaires:

ANDRÉ MARCHAND, M.A. (Psy)  
NORMAND MARINEAU, M.A. (Psy)  
MARC-ANDRÉ RICHARD, M.Ps.

### Psychologue consultant:

GUY SABOURIN, M.A. (Psy)

## CCPE

Centre de consultation  
psychologique et éducationnelle

1475 est, boul. St-Joseph  
Montréal (Qué.) H2J 1M6  
(514) 522-4535

- Evaluation psychologique et thérapie
- Services psychologiques et institutionnels (Centres d'accueil, Commissions scolaires, etc.)
- Formation et recherche

Paul MAURICE, D.Ps.  
Michel DYOTTE, M.A. (Ps.)  
Michel GILBERT, Ph.D.  
Nicole BLOUIN, M.A. (Ps.)

## BEHAVIORA

PSYCHOLOGUES CONSULTANTS

6955, boul. Taschereau, suite 211

Brossard, Qué. J4Z 1A7 Tél: 678-5707

- Thérapie: enfants, adolescents, adultes
- Consultation et formation en analyse et modification du comportement
- Enseignement et recherche
- Edition d'une revue publiée bi-annuellement depuis janvier 1977, «La technologie du comportement»

### INTERVENANTS

Raymond David, M.Ps.  
Jacques Forget, M.A. (Psy)  
Louise Hogue, M.Ps.  
Réal Montambeault, M.A. (Psy)  
Rodrigue Otis, D.Ps.  
Jean-Guy Pépin, M.A. (Psy)  
Pierre-Paul Scott, M.Ps.  
John Topp, M.Ps.



Institut de psychologie  
pour le développement  
du comportement inc. (I.P.D.C.)  
5601 est, Bélanger  
montréal, québec H1T 1G3  
téléphone: 256-5011

Les services suivants sont offerts dans l'ap-proche behaviorale:

- Consultation aux institutions et en milieu scolaire.
- Thérapies individuelles et de couple:
  - problèmes sexuels,
  - dépression,
  - phobies,
  - et autres...

• Programme spécial en groupes pour problème d'obésité.

### Liste des psychologues:

- Clément Patenaude  
- Francesco Maruca  
- Marcelle Farahian  
- Jean Archambault  
- Normand Leblanc  
- Sylvie Gladu-Bissonnette  
- Henri Martin-Laval  
- Georges Ouellet  
- Lynda Dionne



## Soumission de textes à la revue de modification du comportement

La Revue de modification du comportement publiée des articles sur l'analyse et la modification du comportement: articles théoriques, études de cas, recherches expérimentales et revues de la littérature scientifique. Les auteurs ne doivent pas nécessairement faire partie de l'A.S.M.C. ni résider au Canada. Les articles, rédigés en français, doivent être présentés en deux exemplaires dactylographiés à double interligne et se conformer, autant que possible, aux normes prescrites par le **Publication Manual of the American Psychological Association** (1974).

Chaque auteur est prié de joindre à son article un résumé de 100 mots, qui sera publié en tête de l'article, et traduit en anglais en fin d'article. En outre, il est souhaitable de suggérer un choix de termes-clefs, pour faciliter la conception d'un répertoire, la Revue se trouvant répertoriée dans **Psychological Abstracts**.

Les textes soumis pour fins de publication doivent parvenir à:

Maurice Harvey, D.Ps.  
Directeur de la Revue de  
Modification du Comportement  
6955, boul. Taschereau, suite 211  
Brossard, Qué. J4Z 1A7

## Comité de rédaction et de lecture

Beausoleil, Raymond.  
Commission Scol. de Val d'Or  
Boisvert, Jean-Marie  
Hôpital Louis-H. Lafontaine  
Boudreau, Léonce  
Université de Moncton  
Forget, Jacques  
Behavioira  
Giroux, Normand  
Inst. Nazareth et Ls-Braille  
Leroux, Gilbert  
Ecole Doréa  
Loranger, Michel  
Université Laval  
Marineau, Normand  
Hôpital Louis-H. Lafontaine  
Martin-Laval, Henri  
Polyvalente Lucien Pagé  
Maurice, Paul  
Univ. du Québec à Montréal  
Otis, Rodrigue  
Université de Sherbrooke  
Richard, Marc-André  
Hôpital Louis-H. Lafontaine  
Trudel, Gilles  
UOAM et C.H. Ls-H. Lafontaine

### NOUVEAUTÉ

L'auteur du meilleur article paru durant l'année se verra attribuer le prix d'excellence des «Caisses d'Entraide Economique».

## La Société québécoise pour la Recherche en psychologie (SORP) présente en collaboration avec l'Université Laval, le programme de son 3e CONGRÈS ANNUEL, du 26 au 28 septembre 1980

### PROGRAMME DES ACTIVITÉS

Toutes les activités, à l'exception des activités sociales du samedi soir auront lieu au Pavillon Vachon de l'Université Laval.

#### Vendredi 26 septembre

16h00 à 20h30: Inscription et exposition de livres des Presses de l'Université Laval.

20h30 à 22h00:

Conférence d'ouverture du congrès  
Conférencier: Monsieur Adrien Pinard, Dépt. de Psychologie, Université de Montréal.  
Titre: Le modèle scientifique-professionnel: synthèse ou prothèse? - Seize ans plus tard.

22h00 à : Cocktail offert conjointement par l'Université Laval et l'École de Psychologie.

#### Samedi 27 septembre

Le bureau d'inscription est ouvert de 9h00 à 12h00 et l'exposition de livres des PUL est sur place toute la journée.

9h30 à 12h00:

Colloques (pause-café de 10h45 à 11h00)  
— La réadaptation du patient psychiatrique  
— Processus cognitifs et contrôle du mouvement  
— La neuropsychologie clinique et expérimentale: une nouvelle avenue  
— Le concept de la compétence en psychologie sociale

13h30 à 16h00:

Présentation des affiches (poster session)  
Tout chercheur peut soumettre une présentation sous forme d'affiche. Date limite: 15 septembre 1980. Pour information, écrire à François Doré, École de Psychologie, Université Laval.

14h30 à 16h00:

Réunions des groupes d'intérêt  
— Rapports des comités de travail de la SORP  
— Comité sur la formation des chercheurs  
— Comité sur les CEGEP  
— Comité sur le projet d'une revue québécoise

15h00 à 18h00:

Bar payant disponible sur place

16h00 à 18h00:

Assemblée générale annuelle des membres de la SORP

18h30 à 21h00:

Souper communautaire - La Résille du Pavillon Pollack

21h30 :

Soirée de danse pour tous les participants au congrès - La Résille du Pavillon Pollack



## Dimanche 28 septembre

9h30 à 12h00: Colloques

- Créativité: perspectives théoriques et empiriques
- Consolidation et nouvelles dimensions de la recherche en biofeedback
- Evolution en mesure de personnalité
- La problématique de la recherche en psychologie industrielle
- Le behaviorisme social et la recherche en éducation

\* Pour plus d'informations soit sur le programme ou sur la présentation d'affiches scientifiques, prière de contacter François Doré, Psychologie expérimentale, Pavillon de Services (Agriculture), Université Laval, Ste-Foy, Qué. G1K 7P4. Tél: (418) 656-5595.

\*\* Le congrès est ouvert à toute personne s'intéressant à la recherche en comportement.