

Michaël Reicherts  
Stéphanie Haymoz  
Philippe A. Genoud

**Diagnostic d'intervention  
dans le domaine de l'affectivité**



Collection Santé Psycho-Sociale

Michaël Reicherts

Stéphanie Haymoz

Philippe A. Genoud

Diagnostic d'intervention  
dans le domaine de l'affectivité

Des mesures psychométriques aux séries temporelles



## **Impressum**

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek:  
Michaël Reicherts, Stéphanie Haymoz, Philippe A. Genoud

### **Diagnostic d'intervention dans le domaine de l'affectivité – Des mesures psychométriques aux séries temporelles**

Höchberg b. Würzburg: ZKS Verlag für psychosoziale Medien – Edition  
française Alle Rechte vorbehalten – Tous droits réservés  
© 2020 Michaël Reicherts, Stéphanie Haymoz & Philippe A. Genoud  
ISBN 978-3-947502-87-5

Technische Redaktion: Meike Kappenstein  
Lektorat: Prof. Dr. Helmut Pauls  
Cover-Design: Leon Reicherts  
Layout: Hanna Hoos

### **Collection Santé Psycho-Sociale**

Directeurs: Prof. ém. Dr. Michaël Reicherts, Prof. Dr. Philippe A. Genoud

### **Anschrift ZKS Verlag für psychosoziale Medien:**

ZKS Verlag für psychosoziale Medien  
Albrecht-Dürer-Str. 166 97204 Höchberg

Les auteurs :

Prof. ém. Dr phil. Michaël Reicherts, Psychologue diplômé, Psychologue spécialiste en psychologie de la santé FSP, Master en sciences économiques, Département de Psychologie, Université de Fribourg / Suisse.

Dr phil. Stéphanie Haymoz, lic. phil., Psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, Diploma of Advanced Studies (DAS) en psychothérapie comportementale et cognitive, Lectrice au Département de Psychologie, Université de Fribourg / Suisse.

Prof. Dr phil. Philippe A. Genoud, lic. phil., Département des Sciences de l'éducation et de la formation, et Centre d'enseignement et de recherche pour la formation à l'enseignement au secondaire (CERF), Université de Fribourg / Suisse.



# Table des matières

Préface .....	7
Résumé .....	9
1. Introduction .....	11
1.1. Concepts, définitions et variantes de diagnostic .....	12
1.2. Déroulement général du diagnostic d'intervention et étapes à suivre .....	15
1.3. Approches diagnostiques et modèles de mesure en intervention .....	22
2. Affectivité – vivre et réguler les émotions : concepts, processus, interventions ..	35
2.1. Un bref survol d'outils diagnostiques : registres et types .....	36
2.2. Le modèle de l'Ouverture émotionnelle (OE) .....	41
2.3. Les instruments de l'approche OE .....	45
2.4. Les interventions visant le traitement affectif et la régulation des émotions .....	52
3. Les exemples .....	59
3.1. Diagnostic avec l'approche psychométrique .....	59
3.1.1. L'approche « basique » : Monsieur X. – trouble anxieux .....	59
3.1.2. L'approche « différenciée » : Monsieur X. (suite) .....	67
3.1.3. L'approche multi-dimensionnelle (profil) : Madame N. – trouble borderline.....	70
3.2. Diagnostic avec les analyses des séries temporelles .....	76
3.2.1. Exemple de cas Monsieur Y. : burnout et l'analyse du changement .....	76
3.2.2. Exemple de cas Madame Z. : trouble « accès hyperphagiques » Analyse des séries temporelles avec corrélations croisées .....	83
3.3. Diagnostic orienté vers le critère .....	91
3.3.1. Bases méthodologiques de l'approche .....	91
3.3.2. Exemple de cas Madame Z. (suite) .....	98
3.4. Exemple dans le domaine de l'éducation .....	99
4. Discussion et perspectives .....	107
Références .....	111
Annexe : questionnaires DOE-20, DOE-36, DOE-self-monitoring, QASAM .....	123





## Préface

Depuis de nombreuses années, nous travaillons dans le domaine de l'affectivité, tant en ce qui concerne la recherche que l'enseignement. Confrontés aux nombreuses exigences dans le diagnostic de l'affectivité, nous avons développé ensemble différents instruments d'évaluation, échelles et inventaires. Au fil des années, nous avons également formé des étudiant·e·s – parfois avancé·e·s – en diagnostic et en intervention, notamment dans le champ de la psychologie clinique, de la psychologie de la santé et des sciences de l'éducation.

Le présent livre reflète l'effort de mettre à disposition une synthèse de ces expériences pouvant aider à poser un diagnostic et à mettre en relief les changements et le succès de l'intervention, qu'il s'agisse de procédures et méthodes fréquemment utilisés, importantes, difficiles et/ou prometteuses. Ces démarches qui s'appliquent à une quantité de situations visent à dépasser l'appréciation « simpliste », le plus souvent subjective et improvisée, sans recours aux démarches différenciées, fiables, valides et objectivables.

Nous proposons ici un ouvrage qui introduit aux structures de base et aux démarches générales des méthodes d'évaluation quantitative du diagnostic d'intervention. Nous présentons les outils de l'approche psychométrique, de l'analyse de séries temporelles, et du diagnostic orienté vers le critère. Les implications techniques (dans le détail) et les avantages de ces approches se dégagent dans différents exemples.

Lors de la rédaction finale du texte, nous avons pu profiter de la lecture critique et des suggestions du professeur Helmut Pauls, Edition ZKS, et de Leon Reicherts, MSc in Human-Computer-Interaction. Nous les en remercions chaleureusement.

Nous espérons que le livre puisse déployer son utilité – dans des situations et contextes variés – au profit du travail non seulement exigeant mais aussi délicat et fascinant que sont le diagnostic et l'intervention (sans oublier son suivi) chez l'être humain.

Fribourg / Suisse, avril 2020

Michaël Reicherts, Stéphanie Haymoz et Philippe A. Genoud



## Résumé

Le livre se focalise sur une problématique ayant une portée considérable dans le domaine de la pratique clinique et de la santé. Elle concerne nombre de situations de prise en charge et d'intervention dans la gestion des troubles et problèmes psychologiques impliquant des dysfonctions affectives, comme l'excès de certains états affectifs (anxiété, états de déprime, etc.), les dysfonctions affectives impliquées dans les troubles du comportement alimentaire ou encore le burnout. Diagnostiquer correctement le dysfonctionnement du traitement affectif et de la régulation des émotions est crucial pour faire un bilan préalable (*screening*), pour cibler des interventions spécifiques, pour les accompagner ainsi que pour mettre en évidence des changements au fil du temps.

Nous abordons cette problématique en utilisant des *évaluations quantitatives* et à l'aide du modèle de l'*Ouverture émotionnelle* (OE ; Reicherts, Genoud & Zimmermann, 2012). Le modèle combine les approches cognitivo-comportementale et expérientielle et vise plusieurs dimensions du traitement affectif (*affect processing*). Avec ses modules d'intervention spécifiques (Haymoz & Reicherts, 2015), l'OE s'applique non seulement aux diverses difficultés quotidiennes qu'un individu peut éprouver dans la gestion de ses affects, mais aussi aux troubles psychologiques dans lesquels des dysfonctions émotionnelles sont concernées (Haymoz, 2014). L'approche a permis le développement d'instruments d'évaluation (Reicherts & Genoud, 2012), couvrant le (dys)fonctionnement affectif sous forme de *traits* (DOE-20) et de *processus au quotidien* (DOE-self-monitoring) ainsi qu'un inventaire de techniques de régulation affective (*Assessment of Negative and Positive Emotion Regulation Techniques* – ANPERT ; Haymoz, Genoud, & Reicherts, in prep.). Les instruments permettent des évaluations quantitatives : les mesures et échelles évaluant les dimensions de l'OE selon l'approche traitiste reposent sur *l'approche psychométrique* (APM), tandis que celles mesurant ces mêmes dimensions en tant qu'états et processus (mesures instantanées, événementiels et au quotidien) reposent sur *l'analyse de séries temporelles* (AST).

En ce qui concerne la mesure des traits, la démarche psychométrique – dont le détail est souvent négligé en pratique thérapeutique (de thérapie cognitive et comportementale par exemple) – est exposée de manière approfondie. Pour les mesures répétées des processus au quotidien (instantanés et événementiels), ainsi que leurs changements au fil de l'intervention, nous proposons l'analyse des séries temporelles – une méthodologie quantitative aujourd'hui facilement accessible au clinicien également. Ces variantes de diagnostic d'intervention sont complétées par une approche pertinente mais peu connue : le diagnostic orienté vers le critère (*criterion-referenced testing*) qui évalue directement des compétences à acquérir en termes de comportements opérationnalisés.

Les exemples de cas proviennent de la pratique clinique, de la psychothérapie et de la prise en charge en contexte scolaire. Ils concernent (a) la *démarche psychométrique simple* ou standard, (b) la *démarche psychométrique différenciée*, (c) l'*analyse de séries temporelles* (AST) utilisant le self-monitoring, (d) la *démarche combinant psychométrie et analyse de séries temporelles* ainsi que (e) la *démarche du diagnostic orienté vers le critère* (DOC). Les exemples de cas présentés comprennent un patient souffrant de burnout, une patiente présentant un trouble de la personnalité borderline, la prise en charge d'un trouble alimentaire, et une problématique liée aux attitudes vis-à-vis de l'apprentissage scolaire.

Le premier chapitre du livre introduit aux concepts, variantes et démarches du diagnostic d'intervention. La deuxième partie présente des concepts, modèles et outils portant sur le traitement affectif et la régulation des émotions, provenant de l'approche de l'« Ouverture émotionnelle ». Les exemples d'un diagnostic d'intervention se trouvent au troisième chapitre.

## **Mots clés**

Affectivité, Traitement affectif, Régulation des émotions, Ouverture émotionnelle, Diagnostic orienté vers l'intervention, Évaluation psychométrique, Analyse du cas singulier, Analyse de séries temporelles, Diagnostic orienté vers le critère.

## 1. Introduction

Pour établir un diagnostic d'intervention, l'utilisation des meilleures procédures disponibles paraît évidente. Or, en réalité et dans de nombreux cas, les instruments accessibles les plus appropriés – standardisés et offrant des évaluations de qualité – ne sont pas utilisés ou, lorsqu'ils le sont, ne sont pas correctement appliqués et ne permettent donc pas de mettre en évidence de manière pertinente le choix et les résultats de l'intervention. En effet, on trouve nombre de démarches simplistes qui indiquent des changements pré-post avec les seules valeurs brutes sans faire référence aux normes, sans se rapporter aux interprétations statistiquement fondées (p.ex. sur la base de la moyenne et de l'écart-type du groupe de référence). D'autres négligent les comparaisons différenciées selon des groupes de référence distincts, ou encore se limitent à exprimer des changements pré-post en pourcentage de réduction ou d'augmentation (p.ex. réduction du score du *Beck Depression Inventory*, BDI-II), etc.

N'arrivant plus à faire face à son humeur dépressive récurrente et à son manque de sommeil, Madame F. est orientée par son médecin de famille pour une prise en charge psychothérapeutique. Lors des premiers entretiens, un diagnostic de dépression est posé qui se réfère aussi à une évaluation réalisée avec le BDI-II dont le score brut atteint 18. Après quelques semaines d'intervention, une nouvelle évaluation de ses symptômes dépressifs est faite et l'on peut observer une diminution du score de 3 points. Ainsi, cette réduction (passage de 18 à 15 points) risque d'être interprétée, sans autre considération, comme une « amélioration », parfois même exprimée sous forme de pourcentage (« amélioration de 17% »).

Or, en regard de la fourchette d'interprétation de ce test mis en évidence par la Haute autorité de santé (HAS, 2017) – à savoir, « légère » pour un score de 14 à 19, « modérée » pour un score de 20 à 28, ou « sévère » pour un score de score de 29 à 63 – le changement observé devrait clairement être relativisé puisque Mme F. se trouve toujours dans la même catégorie.

Ces pratiques répandues justifient notre souhait de présenter des principes et démarches du diagnostic d'intervention dans le domaine de l'affectivité, du vécu et de la régulation des émotions. Les différentes approches de diagnostic d'intervention mises en évidence incluent démarches et modèles de mesure variés : psychométrie, mesures orientées vers le critère et analyses du cas singulier utilisant des séries temporelles. L'accent est ainsi clairement mis sur des *procédures et outils quantitatifs* puisqu'ils peuvent fournir l'information la plus fiable et la plus valide.

### **1.1. Concepts, définitions et variantes de diagnostic**

Le diagnostic est une activité complexe, fondée scientifiquement. En psychologie et en éducation, en pratique clinique et psychosociale, il s'agit d'une activité élémentaire et centrale qui a la fonction de « connaître » un cas, de « comprendre et expliquer » sa situation et ses problèmes, et qui vise à « envisager des possibilités d'action » pour les résoudre ou les faire évoluer positivement (Pawlik, 1982). Autrement dit, le diagnostic d'intervention vise le recueil et l'élaboration systématique d'informations dans le but de justifier, d'optimiser et de contrôler les décisions et les démarches qui en résultent. Il comprend l'extraction de caractéristiques psychologiques importantes au moyen de différentes méthodes de récolte de données (Jäger & Petermann, 1999). Il répond ainsi à différentes fonctions ou buts généraux, à savoir la description, la classification, l'explication, le pronostic, l'évaluation et le suivi. Elles sont à caractériser d'après Petermann (2017) comme suit :

- (1) description et classification : clarifier et identifier certaines caractéristiques de l'individu, notamment par le biais de profils dont l'importance est connue (p.ex. potentiel d'apprentissage bas vs élevé) ;
- (2) explication : discerner les facteurs d'influence de certains états de la personne (p.ex. diagnostic comportemental, analyse fonctionnelle) ;

- (3) pronostic : identifier les variables pouvant prédire une évolution, des comportements ou événements probables (p.ex. amélioration d'un trouble sans prise en charge) ;
- (4) évaluation : distinguer les caractéristiques attestant du succès ou informant le processus d'une intervention.

L'analyse du cas singulier, son concept, sa logique et ses méthodes sont étroitement liés à ces fonctions et démarches du diagnostic (Genoud & Reicherts, 2016).

Le *diagnostic d'intervention* peut être caractérisé par deux significations : (1) Le diagnostic qui accompagne les interventions et évalue leur impact, avec des modèles et méthodes de mesure adéquats, c'est-à-dire son lien avec les « processus » ; (2) le diagnostic qui articule l'état de départ et sa modification, faisant référence aux principes des règles technologiques, c'est-à-dire son lien avec l'« intervention ». Ces deux significations se retrouvent dans les démarches, instruments et exemples qui seront présentés tout au long de cet ouvrage.

Monsieur Y. est pris en charge pour clarifier une éventuelle dépression ou un burnout. Manager d'un service de santé, il dirige une équipe importante et assume de grandes responsabilités et une charge de travail conséquente. Il se sent souvent déprimé, frustré, tantôt en colère tantôt résigné – en vivant ces états « quasi physiquement ». Quant aux symptômes corporels, il décrit un profond épuisement, des tensions musculaires et des douleurs dorsales. Il se voit parfois fonctionner comme un robot, rejeté par les autres, et ne sait plus que faire pour modifier son état, tout en étant sujet à des ruminations. L'ensemble de ces manifestations affecte gravement ses performances au travail et ses relations avec son entourage proche. Il s'agit alors de clarifier la question du départ, préciser des hypothèses diagnostiques, choisir des outils pertinents pour les tester – également en vue d'une intervention éventuelle – afin d'aider Monsieur Y. à modifier son état et retrouver un fonctionnement sain.

On peut distinguer différentes variantes du diagnostic (Pawlik, 1982 ; Jäger & Petermann, 1999), à savoir le diagnostic :

- d'état (*status*) vs de changement / d'intervention
- classificatoire vs dimensionnel
- de trait / caractéristique vs d'état / processus
- basé sur les normes (standardisées) vs basé sur des critères (prédéfinis, à atteindre)
- en tant que mesure (constat) vs en tant qu'information pour le traitement (indication)
- en tant que « test » (selon des critères préétablis et modèles d'échantillonnage) vs reconstruction d'un « répertoire » (comme l'« analyse fonctionnelle » des comportements cibles et leurs antécédents et conséquences).

La variante développée plus avant dans ce livre concerne le *diagnostic de changement – en lien avec l'intervention*. Tandis que le diagnostic d'état (*status*) vise les caractéristiques présentes qui sont relativement stables (« traits »), les décisions qui pourraient en découler et leur utilité (en termes de gain en information) – le diagnostic d'intervention vise quant à lui les changements d'états qui accompagnent les tentatives d'appréhender le problème cible ainsi que leur efficacité. Il a recours à un modèle dit de modification, s'intéresse au (dys)fonctionnement et à ses composantes (Pawlik, 1988), se réfère au savoir technologique qui est lié aux composantes ainsi identifiées et se base sur l'évidence (*evidence based practice* ; voir les règles technologiques ; Bunge, 1985 ; Perrez, 2011 ; Reicherts, 1999 ; Westmeyer, 1996 ; Reicherts & Genoud, 2016, chapitre 1.).

Ainsi, un tel diagnostic est tout d'abord ciblé sur le problème de départ. Pour concevoir ensuite les interventions, il a recours à un modèle de modification qui précise généralement les changements visés à partir des



patterns fonctionnels et/ou dysfonctionnels (pour un survol en psychologie clinique voir Antony & Barlow, 2010). Afin de mettre en évidence d'éventuelles améliorations, une telle démarche nécessite au minimum deux mesures, à savoir un pré-test et un post-test (notons que pour le diagnostic d'état, telle la sélection de personnes pour un poste, il s'agit d'évaluer et mettre en évidence l'état actuel à l'aide d'une seule prise de données). Les domaines-types dans lesquels une telle démarche se révèle pertinente sont ainsi la psychologie clinique et la psychothérapie, la psychologie de la santé, l'éducation, les ressources humaines ou le travail social, notamment le travail social clinique (p.ex. Pauls, 2013).

## 1.2. Déroulement général du diagnostic d'intervention et étapes à suivre

Le déroulement du diagnostic d'intervention (ou diagnostic de traitement) repose au minimum sur les phases suivantes (modèle de processus inspiré de Jäger, 2006) :

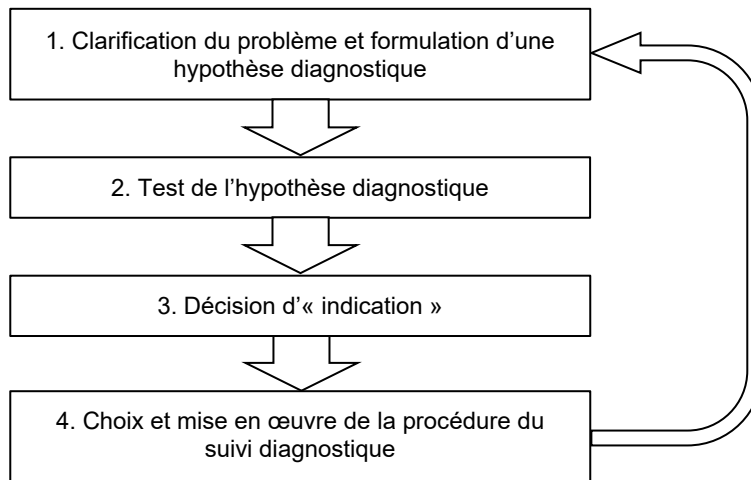


Figure 1 : déroulement général du diagnostic d'intervention

(1) *Clarification du problème* avec une définition préliminaire du « type de problème » (p.ex. diagnostic de statut vs diagnostic d'intervention). Cette clarification, effectuée avec le client et incluant éventuellement d'autres personnes de référence, aboutit à une hypothèse diagnostique préalable permettant de préciser par exemple quel est le type de problème de la personne en situation, caractérisé par quelles difficultés (comparées aux ressources), par quels déficits et excès, etc.

De plus, dans le contexte d'un « trouble », cette clarification aborde également la nécessité d'utiliser certains modèles psychopathologiques (p.ex. systèmes de classification, tels que le DSM-5) pour arriver à une hypothèse préliminaire la plus cohérente possible. Le type de problème présumé est ensuite articulé avec les buts éventuels pour le résoudre ou modifier. Par conséquent, cette phase comprend l'analyse du savoir qui est nécessaire et disponible pour répondre à la question diagnostique (cf. Westmeyer, 1982 ; Perrez, 2011 ; Reicherts, 1999), en particulier le *savoir factuel* (savoir « ce qui est le cas » ; clarification de l'état, de la situation), le *savoir nomologique* (savoir « pourquoi », survenue et persistance du problème), et le *savoir technologique* (savoir « comment », modification du problème).

Dans le cas de Monsieur Y., il s'agit alors par exemple de déterminer le niveau de sévérité de son humeur dépressive par le biais d'une évaluation réalisée à l'aide du BDI-II (*savoir factuel*). D'autre part, la mise en évidence de la récurrence de situations professionnelles, mais aussi de diverses expériences aversives perçues comme non-contrôlables par le sujet permettent de comprendre la diminution de sa motivation et la réduction de son sentiment d'accomplissement personnel au travail, notamment en faisant référence au modèle de la résignation acquise (en anglais « *learned helplessness* » ; *savoir nomologique*). Finalement, des pistes d'amélioration de la situation peuvent être envisagées notamment par le biais d'une réévaluation cognitive systématique dans les différentes situations problématiques rencontrées par Monsieur Y. (cf. théorie des attributions causales) ainsi que par des auto-renforcements positifs et des stratégies de détente (*savoir technologique*).

(2) *Test de l'hypothèse diagnostique* avec une méthodologie pertinente, utilisant des instruments (tests, échelles, etc.), démarches, et analyses statistiques adéquats. De préférence, on optera pour des instruments et des procédures bien établies, faisant preuve de fidélité, de validité et d'efficacité. La démarche devrait procéder du plus général au plus spécifique permettant ainsi de se focaliser, étape par étape, sur le cœur du problème.

### *Exemple d'une telle démarche « étagée »*

(a) Les états affectifs problématiques (général, prédominant), leur tonalité affective (anxieuse et déprimée), leur intensité et leur structure (états ponctuels, récurrents ou prolongés) tout comme leur activation physiologique constituent le point de départ.

En considérant l'éventuelle présence d'un syndrome de burnout chez Monsieur Y. (hypothèse de départ), il est envisageable d'évaluer, par le biais d'un questionnaire adapté (en l'occurrence le *Maslach Burnout Inventory* – MBI ; Maslach, Jackson, & Leiter, 1997 ; Dion & Tessier, 1994), les scores aux trois dimensions du burnout : épuisement émotionnel, dépersonnalisation et réduction du sentiment d'accomplissement personnel. Un profil individuel peut donc être esquissé.

Il faut noter que le burnout n'est pas directement considéré comme un trouble à part entière puisqu'il entre dans la catégorie « trouble de l'adaptation » du DSM-5. De plus, le questionnaire MBI n'est pas un outil standardisé qui offre une catégorisation de sévérité des symptômes. Toutefois, en disposant de données récoltées dans le même contexte géographique auprès de personnel soignant et d'enseignants (Genoud & Reicherts, 2009 ; Genoud, Brodard, & Reicherts, 2009), il est possible de situer Monsieur Y. par rapport à des échantillons de référence (voir chapitre 3.2.).

En ce qui concerne la tonalité dépressive du ressenti, les mesures effectuées à l'aide du BDI-II pour évaluer la sévérité des symptômes dépressifs (cf. supra) s'avèrent modérées chez Monsieur Y. (score de 26).

(b) Suit une analyse, sous forme de *screening*, du traitement affectif général (p.ex. les dimensions de l'Ouverture émotionnelle selon DOE : représentation cognitive, indicateurs corporels et leur perception, communication affective et régulation des émotions ; cf. chapitre 2.).

L'utilisation du questionnaire DOE permet de souligner un traitement affectif apparemment déficitaire (p.ex. Cousin & Page, 2015). En effet, selon le modèle de l'ouverture émotionnelle – qui propose plusieurs composantes de fonctionnement affectif dans les domaines somatico-corporel, cognitif et social – il est possible de mettre en évidence chez Monsieur Y. un manque marqué de communication des émotions (composante COMEMO) ainsi qu'une régulation des émotions (composante REGEMO) réduite. Se rajoute à cela une perception des indicateurs corporels internes (composante PERINT) quelque peu exacerbée. Ici également, les scores individuels de Monsieur Y. peuvent être situés par rapport à un large échantillon de référence et mis en rapport à des interventions.

(c) L'étape suivante concerne l'évaluation des techniques de régulation disponibles (inventaire ANPERT), leur fréquence comparée aux normes de référence (sur- vs sous-représentés), complétée par l'analyse de leur efficacité (également en comparaison avec les normes de référence).

Dans le but de pouvoir apporter à Monsieur Y. une aide adaptée à ses difficultés et à son profil individuel, l'utilisation du questionnaire ANPERT (Haymoz et al., in prep.) permet de mettre en évidence les stratégies de régulation des affects qu'il utilise, ceci en termes de fréquence et d'efficacité perçue. Ainsi, par ce biais, il est non seulement possible d'envisager des hypothèses concernant des déficits en termes de régulation émotionnelle, mais également d'en déduire un travail ciblé sur certaines stratégies plus adaptatives.

(d) Suit la nécessité de préciser les circonstances (situation, antécédents, conséquences) de la survenue ou de la fluctuation des états affectifs problématiques et de leur régulation inefficace, observés au quotidien –

à l'aide d'une évaluation ambulatoire (*ambulatory assessment*) – pour déterminer les conditions réelles de « déclenchement » et de « maintien ». De préférence, les hypothèses diagnostiques sont déjà liées à des indications concrètes, c'est-à-dire à des hypothèses technologiques suggérant comment modifier un état ou un traitement affectif lacunaire. L'hypothèse en question – ainsi que d'éventuelles hypothèses concurrentes – est alors testée, jusqu'à ce qu'il en découle un résultat clair et univoque (pouvant être développé plus encore).

Afin de pouvoir comprendre plus finement encore le fonctionnement affectif de Monsieur Y., *in situ*, il lui est demandé de repérer, dans son contexte professionnel, les situations qu'il juge comme ayant un impact significatif sur son ressenti émotionnel. À la suite de chaque épisode, Monsieur Y. peut alors directement évaluer – par le biais d'un logiciel implémenté sur son smartphone – l'intensité, la valence (agréabilité) ainsi que l'activation de son expérience affective (*Learning Affect Monitor* ; Reicherts, Salamin, Maggiori, & Pauls, 2007).

De plus, les six items du questionnaire d'ouverture émotionnelle (DOE version « *self-monitoring* ») sont proposés afin d'obtenir une autoévaluation du fonctionnement affectif et en évaluer tant la fluctuation que les écarts avec la version « trait ».

(3) *Décision d'« indication »* suivant l'hypothèse qui s'est avérée la plus plausible et choix de l'intervention la plus pertinente qui y est liée, en fonction du but et du modèle de (dys)fonctionnement et de modification. Une telle décision est ensuite mise en œuvre, conjointement avec le client, en visant spécifiquement les buts opérationnels et les démarches de modification qui reposent sur le savoir technologique disponible.

« Dans le contexte de la prise en charge ou du conseil, les buts possibles, les traitements disponibles et les valeurs d'efficacité correspondantes peuvent être discutés avec le client et une évaluation des buts peut être effectuée » (Westmeyer, 1982, p. 79 ; trad. par les auteurs).

Sur la base du profil d'ouverture émotionnelle et des stratégies de régulation des affects que Monsieur Y. utilise, différentes propositions d'interventions basées sur les règles technologiques et ciblant une amélioration du fonctionnement affectif (telles que décrites par Haymoz & Reicherts, 2015 ; voir chapitre 2.4.) peuvent être envisagées. En particulier, on peut mentionner le travail en groupe pour développer une prise de conscience de la pertinence d'une communication explicite des émotions en encourageant par exemple l'expression verbale et volontaire du vécu vis-à-vis d'autrui, en donnant un feedback empathique et en « validant » les émotions exprimées, en amplifiant et en approfondissant le vécu pour en trouver des mots adéquats. Les activités à réaliser à domicile (proposées dans ce module) peuvent être réorientées dans le contexte professionnel.

En ce qui concerne la régulation des émotions, différentes activités d'intervention et de consolidation autour de ces stratégies peuvent être envisagées (voir Haymoz & Reicherts, 2015), en tenant compte du bilan effectué au niveau des techniques utilisées par Monsieur Y. (voir supra). Il peut alors s'agir de développer ou renforcer des stratégies cognitives qui pourraient s'avérer efficaces (par le biais d'exercices et d'aides ciblées), mais aussi de travailler autour des attentes d'efficacité en considérant aussi la possibilité des stratégies de réévaluation avec le client. Simultanément, on peut l'initier aux techniques de relaxation.

Vu le profil particulier de Monsieur Y., il serait contreproductif de se focaliser davantage sur les ressentis corporels (tant internes qu'externes) puisque la symptomatologie du client met clairement en évidence une focalisation déjà (trop) marquée sur les changements physiologiques (transpiration et rythme cardiaque) dans les situations frustrantes rencontrées dans son cadre de travail.

(4) *Suivi diagnostique* ; choix et mise en œuvre de la procédure qui accompagne l'intervention pour évaluer les changements et l'atteinte des buts. Ici également, il est important de choisir les méthodes et démarches pertinentes, notamment les modèles statistiques permettant une décision « objectivée » sur des effets qui doivent être statistiquement significatifs mais aussi cliniquement marqués ou valides. L'évaluation du progrès peut donner lieu à un éventuel retour permettant d'envisager (1) d'autres outils diagnostiques, (2) la révision ou l'affinement de l'hypothèse et/ou (3) la modification des indications qui peut ainsi mener ensuite à un changement d'intervention (ou de ses éléments).

En termes de suivi, quatre volets sont proposés :

- 1) Une réévaluation des compétences de Monsieur Y. en termes de communication des émotions. En effet, au début de la prise en charge, le score COMEMO (dans l'échelle de l'ouverture émotionnelle) s'était révélé fortement en dessous de la moyenne de la population de référence, donc clairement déficitaire. Dans la mesure où une intervention ciblée a pu être offerte au client, il est nécessaire d'en évaluer l'impact par le biais d'une nouvelle évaluation. Outre la mise en évidence d'une éventuelle amélioration substantielle sur cette dimension, il sera également intéressant d'observer comment ont évolué les autres dimensions, et notamment si la perception des indicateurs corporels internes a évolué conjointement ou non.
- 2) Au niveau des techniques de régulation – également travaillées dans le cadre de la prise en charge – il sera intéressant d'observer si les exercices et l'aide apportée ont pu infléchir, de manière significative, le fonctionnement de Monsieur Y. En particulier, on observera si le client a pu étoffer son répertoire de techniques, si la fréquence d'utilisation des diverses stratégies a augmenté, et si la perception de leur efficacité est plus présente.
- 3) Ensuite, et en lien avec les deux autres volets, une analyse des données récoltées de manière ambulatoire pourra être faite afin de souligner une éventuelle amélioration progressive au niveau du ressenti affectif dans des situations professionnelles difficiles. En effet, par le biais de l'analyse des séries temporelles (voir infra), des indicateurs de changement pourront être mis en évidence.
- 4) Finalement, la passation en post-test du BDI-II et du MBI pourra être faite afin d'évaluer si les symptômes mis en évidence au tout début de la prise en charge sont effectivement réduits.

Prises ensembles, les quatre composantes reflètent bien le paradigme du *scientist-practionner* dans le domaine clinique et thérapeutique où leurs formes les plus importantes sont le diagnostic du trouble ou du problème, en lien avec une indication qui suggère des interventions permettant de le modifier, et le diagnostic du changement qui se focalise sur les modifications souhaitées (p.ex. un retour à un état sain) et sur les diverses mesures à prendre.

### 1.3. Approches diagnostiques et modèles de mesure en intervention

Pour toute forme de diagnostic – dans le domaine médical, technique ou social – il existe différentes approches et modèles de mesures qui peuvent s’appliquer plus ou moins bien à ses différentes variantes et fonctions. Ici, nous nous intéressons en particulier aux applications diagnostiques dans le domaine du psychosocial, en psychologie, psychologie clinique et appliquée, en éducation et didactique, ou en travail social.

De manière générale, on peut distinguer différents *niveaux d’échelles* et de mesure. Dans le tableau ci-dessous, voici un survol des principales caractéristiques qu’elles peuvent exprimer, des méthodes et indices statistiques qui s’y appliquent, ainsi que différents exemples (cf. Reicherts, Genoud, & Reicherts, 2016, p. 162-166).

Tableau 1 : Caractéristiques des différents niveaux d’échelle

Niveau d’échelle	Propositions possibles	Indices statistiques / Méthodes	Exemples
Nominal	Équivalence Différence	Fréquences Coefficient de contingence Corrélation tétrachorique	Sexe (H/F) Caractéristiques dichotomiques
Ordinal	Plus grand – plus petit	Médian Percentile Corrélation de rang	Scores de test bruts Classements
Intervalle	Équivalence des intervalles et des différences	Moyenne arithmétique Variance Corrélation produit-moment	Degrés Celsius Normes des tests standardisés
Rapport	Équivalence des sommes, multiples et quotients	Moyenne géométrique Coefficient de variabilité	Longueurs ou poids Intervalles temporels Potentiels évoqués

En sciences sociales, on utilise essentiellement des mesures qui reposent sur des échelles de niveaux nominal, ordinal et intervalle. En *diagnostic d’intervention*, une mesure de niveau nominal est à même d’indiquer si



une personne souffre d'un trouble X (oui ou non ; caractéristique dichotomique). Avec une mesure de niveau ordinal une personne peut exprimer le degré de douleur ressentie comme « plutôt moins fort » (p.ex. un degré « 4 » sur une échelle de « *rating* » à 10 points ; voir aussi la définition des degrés de sévérité d'un épisode dépressif selon CIM-10, qui utilise une double comparaison ordinale ; Haute autorité de santé, 2017, p. 16). Une mesure intervalle peut être le résultat d'un test standardisé avec un certain nombre d'items, comme la valeur d'anxiété *T* de 65 (STAI). Une mesure intervalle peut s'appliquer également à une série de réalisations (essais / réussites) d'un test comportemental ou le nombre de problèmes résolus (p.ex. dans un test scolaire). L'approche diagnostique selon la théorie classique des tests repose le plus souvent sur des scores bruts avec des modalités discrètes (p.ex. réponses à des items de 1 à 5) qui ensuite – généralement après le calcul d'une moyenne – composent un score (sur la même étendue) qui peut alors être considéré comme une mesure ou « échelle » de niveau intervalle.

Tableau 2 : Systématique des approches diagnostiques et outils

<b>Approche</b>	<b>Construits mesurés</b>	<b>Modèle de mesure</b>	<b>Normes de référence du changement</b>
1 Test/échelle	Traits (stables)	Théorie classique des tests	Normes statistiques réelles de groupe
2 Test « sensible au changement »	Caractéristiques changeables	Théorie classique des tests	Normes statistiques réelles de groupes
3 Test orienté vers le critère	Compétences spécifiques (en situation)	Modèles probabilistes (p.ex. test binomial)	Normes individuelles idéales
4 Analyse du cas singulier	Mesures directes répétées (en situation)	Analyses statistiques des séries temporelles	Normes individuelles réelles
5 Evaluation des buts à atteindre (EBA)	Buts individuels opérationnels	Algorithmes simples (sans modèle spécifique)	Normes individuelles idéales

La plupart des outils actuels reposent sur la Théorie classique du test TCT (Lord & Novick, 1968 ; Moosbrugger & Kevala, 2008) qui intègre plusieurs concepts statistiques, tels que la « valeur vrai » et « l'erreur », leur rapport de variances, la fidélité, l'erreur de mesure, etc. (voir Schmid & Reicherts, 2016).

Les tests, inventaires et échelles qui sont construits selon la TCT se basent sur un *algorithme de construction* comprenant les étapes suivantes (Lienert & Raatz, 1998) :

- Définition du domaine et des dimensions
- Formulation / développement des items (de difficulté moyenne, mais variée pour augmenter la variance du score brut de l'échelle)
- Échantillonnage pour l'analyse
- Constructions des échelles suivant l'analyse des items (difficulté, consistance, discrimination) et analyses factorielles (facteurs et saturations)
- Analyse des critères de qualité psychométriques : consistance interne, stabilité, sensibilité au changement
- Études de validation
- Développement de normes / valeurs des références

En ce qui concerne les applications dans les domaines de la psychologie et de l'éducation, on peut envisager différentes approches du diagnostic et leurs modèles de mesure en *cinq catégories* (Reicherts, 1985, p. 322 ; voir tableau 2) :

- (1) Les tests et échelles basés sur la Théorie classique des tests (TCT) qui visent en particulier les caractéristiques des personnes en tant que traits généraux (p.ex. STAI, Spielberger, 1983, 1993) ou traits spécifiques à la situation (p.ex. IAF, Becker, 1982 ; FEKS, Pauls & Reicherts, 1992 ; QIEP, Reicherts, Pauls, & Brodard, 2006).
- (2) Les tests « sensibles au changement » (p.ex. KASSL, Zielke, 1979).
- (3) Les tests orientés vers le critère (Klauer, 1987 ; Herzberg & Frey, 2011).

- (4) Les analyses du cas singulier en séries temporelles, observationnelles ou expérimentales (respectivement quasi-expérimentales) (Genoud & Reicherts, 2016), y compris l'analyse fonctionnelle (Kanfer & Saslow, 1969 ; Virués-Ortega & Haynes, 2005).
- (5) L'évaluation des buts à atteindre (EBA, Reicherts & Pauls, 2016 ; GAS, Kieresuk & Sherman, 1968).

Les cinq catégories présentées dans le tableau 2 diffèrent en termes *de construits / caractéristiques évaluées* :

- (1) Traits (stables, généraux ou spécifiques à la situation).
- (2) Caractéristiques changeables (p.ex. items portant sur un état actuel (« en ce moment, je me sens... »)).
- (3) Compétences spécifiques (p.ex. être « capable » de réaliser X dans 90% des situations).
- (4) Comportements, cognitions et affects directement observés / enregistrés en situation (indicateurs, fréquences, intensités, etc.).
- (5) Buts individuels et opérationnalisés (réaliser comportement X en situation Y, etc.).

Il existe d'autres modèles et variantes de mesure, comme la « théorie item-réponse » (Moosbrugger, 2008) et les modèles probabilistes, comme le modèle de Rasch (1980), ou des variantes simplifiées (avec des paramètres de difficulté fixes ; Rost, 1999) tel que le modèle binomial que l'on utilise dans l'approche orienté vers le critère (Rost & Spada, 1977 ; voir chapitre 3.3.).

Ces cinq approches diagnostiques sont également à distinguer selon les *références et les standards de la mesure* :

- (1) Normes statistiques (groupes de références, leurs moyennes et distributions de valeurs).

- (2) Normes statistiques (« changements attendus » dans groupes de référence).
- (3) Normes individuelles « idéales », exprimées en termes de compétences à acquérir.
- (4) Normes individuelles « réelles », décrites par le biais de valeurs de référence observées (p.ex. écart à la « ligne de base » individuelle).
- (5) Normes individuelles « idéales », exprimées en termes de buts individuels préétablis à atteindre (p.ex. taux de réponses « réussies » de 60%).

Parmi les diverses approches présentées, le (3) *diagnostic orienté vers le critère (criterion-referenced test)* mérite une mise en évidence particulière parce qu'il est peu connu. Ce diagnostic porte sur des « compétences » à maîtriser. Dans le domaine de l'éducation, comme en psychologie clinique et de la santé, on part le plus souvent de l'idée qu'une personne devrait être « compétente » pour réaliser certains comportements, comme par exemple résoudre un problème de maths, réguler une émotion négative ou freiner une réaction trop forte (p.ex. se calmer après un accès de colère). En fait, la grande majorité des buts thérapeutiques peuvent être exprimés (ou le sont déjà) en termes *de compétences* à diagnostiquer, à modifier ou à développer. Elles aideront alors la personne à « maîtriser » un problème, un comportement lacunaire, que ce soit formulé en termes de déficit ou d'excès. Son modèle de mesure est probabiliste ; il repose sur l'idée d'un niveau de compétence préétabli (une tendance à agir, une caractéristique latente) en termes de *probabilité de résolution*, portant sur des situations ou occasions dans lesquelles le comportement devrait être effectué. Ainsi, la démarche méthodologique prévoit de *tester statistiquement* si la personne est compétente ou capable par rapport à un but comportemental (formulé telle une « prescription »), et d'en *évaluer l'erreur de mesure*. Ensemble, comportement et situation constituent la « tâche » qui est à réaliser – ou à observer – dans un certain nombre

d'occasions, essais ou épisodes (les « items »). La compétence de maîtrise est par exemple fixée à 60% ou 90% des tâches (voir chapitre 3.3.).

Les cinq catégories diffèrent également en ce qui concerne les *formes de mesure du changement* et le *modèle de mesure statistique* sur lequel elles reposent :

- (1) Deux mesures (répétées) avec des versions parallèles du test (ou avec le même test dans la variante la plus simple), basées sur la TCT et les normes de référence.
- (2) Deux points de mesure à interpréter statistiquement avec la TCT, reposant des items indicateurs du changement.
- (3) Deux (ou plusieurs) points de mesure, avec à chaque fois un échantillon d'essais comparables, utilisant un modèle probabiliste (p.ex. modèle binomial).
- (4) Des mesures à plusieurs (voire nombreuses) répétitions avec analyse statistique des séries temporelles, non-paramétriques ou paramétriques.
- (5) Des mesures répétées – évaluations « directes » *per fiat* (effectuées avec l'opérationnalisation individuelle), sans modèle statistique explicite, mais avec des quantifications possibles.

En ce qui concerne les approches (3) et (4) – ainsi que (5) dans une moindre mesure – il faut noter que les comportements problématiques faisant partie des hypothèses diagnostiques peuvent être directement enregistrés par l'observation ou le *self-monitoring*, voire par des « capteurs » (c'est-à-dire des mesures provenant des systèmes d'enregistrement) qui peuvent également être mises en lien avec des règles technologiques. Ainsi, elles sont à considérer comme un critère individuel qui est à réduire – ou à augmenter – à une certaine fréquence. Ce critère devient par la suite une norme individuelle et « idéale » en fixant le but à atteindre (p.ex. une fréquence d'au moins 60% avec laquelle la personne sait répondre à une forte émotion négative par un comportement de relaxation *in situ*). En

utilisant des mesures répétées, les comportements peuvent constituer une série temporelle : ils reflètent d'abord la ligne de base servant à définir non seulement le seuil préalable « problématique » et ses fluctuations, mais aussi les contingences les accompagnants comme par exemple les facteurs déclencheurs (antécédents) ou les conséquences (renforcements obtenus), permettant de mieux envisager les interventions. En continuant la prise de données pendant et après l'intervention, il est possible d'évaluer les fluctuations sur la série temporelle, de quantifier leur importance et leur significativité.

Un aspect supplémentaire concerne l'articulation entre l'approche (1) qui concerne l'instrument diagnostique (test/échelle) et les interventions possibles. En effet, l'indication dépend notamment (a) de la caractéristique évaluée chez la personne par l'outil (p.ex. une tendance récurrente aux fortes activations physiologiques en cas d'émotion négative), (b) de son lien avec des comportements qui sont à modifier, et (c) des interventions thérapeutiques à envisager pour favoriser un changement. Il s'agit de la référence de l'outil aux *règles technologiques* qui recommandent des actions thérapeutiques en fonction de certaines conditions, en particulier des caractéristiques de la personne (p.ex. incapacité d'utiliser de manière efficace des techniques de relaxation pour réguler ses émotions *in situ*) et de la situation. Des règles technologiques s'appliquent assez directement au (3) diagnostic orienté vers le critère et à (4) l'analyse du cas singulier. Dans le cas d'un trait général et stable indiquant un problème psychologique – tel que l'anxiété générale évaluée avec le STAI (Spielberger, 1993) – le lien entre cette caractéristique cible et une intervention qui pourrait s'appliquer est plus indirect. Par conséquent, il est nécessaire de préciser les implications pathologiques du problème (p.ex. clarifier le trouble et les circonstances qui génèrent l'anxiété) afin d'établir des recommandations d'intervention spécifiques (p.ex. une désensibilisation systématique en cas de phobie spécifique).

Par rapport à l'éventail des outils, le présent ouvrage met tout d'abord l'accent sur l'approche (1) et son diagnostic selon la Théorie classique des tests (TCT) appréhendant des traits généraux et spécifiques. En ce

qui concerne l'approche (2), il n'existe que très peu de tests standardisés de changement direct. En effet, nombreux sont les domaines clinique et d'intervention où ils ne sont pas à disposition. Adoptant une perspective pragmatique et plus directement articulée avec le diagnostic d'intervention, nous présentons plus en détail l'approche (3) avec son diagnostic des compétences, visant le critère et utilisant de tests probabilistes ; une approche rarement utilisée, mais prometteuse car adaptable à de nombreux comportements réels, pourvu que validité de contenu des « items » soit respectée. Quant à l'approche (4), c'est le diagnostic basé sur des mesures « directes » – notamment répétées – avec ses analyses en termes de séries temporelles qui se prêtent parfaitement à l'évaluation des changements, et que nous présenterons aussi en détail. Finalement, l'approche (5) relative à l'évaluation des buts à atteindre (EBA ; *goal attainment scaling*) joue un rôle non négligeable en intervention psychosociale ; il en existe d'ailleurs diverses présentations pratiques pertinentes et surtout facilement accessibles (p.ex. Reicherts & Pauls, 2016).

Dans la pratique de l'intervention, il est souvent intéressant d'utiliser plusieurs outils en parallèle (ou en séquence). Ainsi, il est possible de faire appel à un questionnaire reposant sur la TCT (p.ex. échelle de dépression BDI-II) et d'avoir recours également à une observation (systématique) reposant sur l'analyse de séries temporelle (p.ex. comportements auto-renforçants et auto-évaluations du bien-être affectif), tout ceci accompagné par une évaluation des buts à atteindre.

### *Les modèles de mesure – et leurs restrictions*

Pour appréhender la *qualité d'un outil diagnostique*, on utilise différents critères, à savoir : l'objectivité, la fidélité, la validité et l'efficacité. Les critères répondent aux questions (a) est-ce que l'outil est objectif (c'est-à-dire indépendant du sujet qui l'applique) ?, (b) ses mesures sont-elles fidèles (précises et reproductibles) ?, (c) est-ce qu'il mesure bien ce qu'il prétend mesurer (validité de contenu, de construit, de critère, prédictive) ? et (d) est-ce qu'il est utile, efficace (le coût lié à son utilisation, à son

analyse et son interprétation est-il adéquat voire inférieur au gain en informations) ? Si d'autres critères peuvent également être distingués (comme la standardisation et la présence de normes), il en existe encore un spécifique au diagnostic de changement : (e) est-ce que l'outil est sensible au changement ? L'analyse de sensibilité, spécificité et efficacité diagnostiques – suivant les principes de la « courbe ROC » (*receiver operator characteristic*) – permet en plus de mettre en relation (c) et (d) et fournir un critère composite supplémentaire qui caractérisera la valeur pratique d'un outil (Bertrand, Fluss, Billard, & Ziegler, 2010).

Il est important d'expliciter ces critères lorsqu'il s'agit du diagnostic d'intervention qui vise à mettre en évidence des changements. Comme la qualité des outils diagnostiques est en bonne partie co-déterminée par les modèles de mesure qui les sous-tendent, il importe aussi de tenir compte de leurs restrictions.

L'arrière-fond des approches présentées ici comprend en outre un certain nombre de difficultés (*shortcomings*) d'ordre méthodologique. D'abord, *l'approche psychométrique* (reposant sur la Théorie classique des tests) présente des lacunes concernant la précision des mesures de changement (différences observées) qui ne sont pas résolues de manière satisfaisante. Il s'agit du « dilemme fidélité-validité » des valeurs de changement qui concernent en particulier la fidélité test-retest. Dans un sens méthodologique strict, la Théorie classique des tests (voir Lord & Novick, 1968 ; Lienert & Ratz, 1998) couvre de manière entièrement adéquate uniquement le *diagnostic de l'état*, évaluant un état présent ou prédit dans un futur proche, et ceci à partir des caractéristiques – traits de personnalité – considérées comme stables (cf. la notion statistique de la « valeur vraie » avec un instrument dont la fidélité et la validité sont satisfaisantes).

Quant au *diagnostic de processus* ou de changements, on rencontre des restrictions statistiques en particulier concernant les mesures de changement et leur fidélité (p.ex. Pawlik, 1982 ; Lienert, 1969), ceci d'autant plus lorsqu'elle repose sur un seul outil très homogène, permettant une



fidélité très élevée. Néanmoins, il demeure sans alternative pour mettre en évidence (de manière opérationnalisée et quantifiée) le succès des interventions, notamment en combinant plusieurs tests qui assurent la validité par leurs différentes mesures (Tischler, 2018). En revenir à des évaluations purement qualitatives amènerait la certitude d'être moins précis et plus arbitraire, car plus soumis à une interprétation subjective. C'est la raison pour laquelle il existe une pratique fort répandue d'évaluations quantitatives dont témoigne la pléthore d'instruments (notamment en psychologie clinique) construits selon la théorie psychométrique (voir p.ex. tableau 3), et ceci malgré le fait que la pratique diagnostique n'exploite souvent pas entièrement les possibilités qu'offre la démarche (notamment en termes de précision et d'interprétation, fondées statistiquement). L'inventaire des tests et échelles dans le domaine de l'affectivité et de régulation des émotions, récemment présenté par Wahner (2018), donne un excellent exemple de cette multitude.

D'un autre côté, *l'analyse des séries temporelles* connaît aussi certaines restrictions relatives aux tests statistiques, et différentes lacunes conceptuelles et méthodologiques qui sont à discuter (cf. Westmeyer, 1996 ; Petermann, 1996 ; pour un survol voir Reicherts et al., 2016, p. 187-189). Ces restrictions sont inhérentes aux mesures répétées lorsqu'elles concernent un même sujet (ou un même système) et qu'elles ne sont donc pas, *a priori*, indépendantes les unes des autres. Ainsi, il est possible qu'elles biaisent – dans certaines conditions – la décision statistique, et qu'elles favorisent par conséquent l'acceptation erronée d'un changement non-existant (erreur de type I, *alpha*) ou mènent à un refus erroné d'un changement pourtant bien présent (erreur de type II, *bêta*). Néanmoins, l'analyse des séries temporelles (AST) possède quelques avantages manifestes. En effet, les mesures obtenues peuvent s'appuyer directement sur l'évaluation ambulatoire (*ambulatory assessment* ou auto-observation systématique ; voir les variantes décrites dans Fahrenberg, Myrtek, Pawlik, & Perrez, 2007). De plus, les séries « naturelles » de données récoltées au fil du temps – comprenant dès lors plusieurs évaluations – peuvent rendre compte d'une évolution plus différenciée et plus

fiable du changement d'une variable que ne peuvent le faire des mesures singulières, ou des designs du type pré-post simples. C'est la raison pour laquelle nous proposons, dans cet ouvrage, une *approche pragmatique* en essayant de rendre plus explicites et claires certaines démarches dont les avantages semblent de loin dépasser leurs restrictions.

En ce qui concerne le *diagnostic orienté vers le critère* (DOC), il y a aussi plusieurs restrictions ou défis liés à la qualité des mesures selon le modèle probabiliste, souvent difficiles à prouver dans la pratique sur le terrain (voir chapitre 3.3.1.) : (a) tous les items (ou essais) doivent représenter les mêmes composantes situation-comportement (validité de contenu), (b) selon le modèle binomial, les mesures doivent être indépendantes les unes des autres, (c) la probabilité de « réussite » (correspondant à la « difficulté » de l'item en TCT) doit être la même pour tous les items.

### *Marche à suivre en lien avec le type d'approche*

Pour parachever cette partie introductive nous proposons un résumé de la marche à suivre.

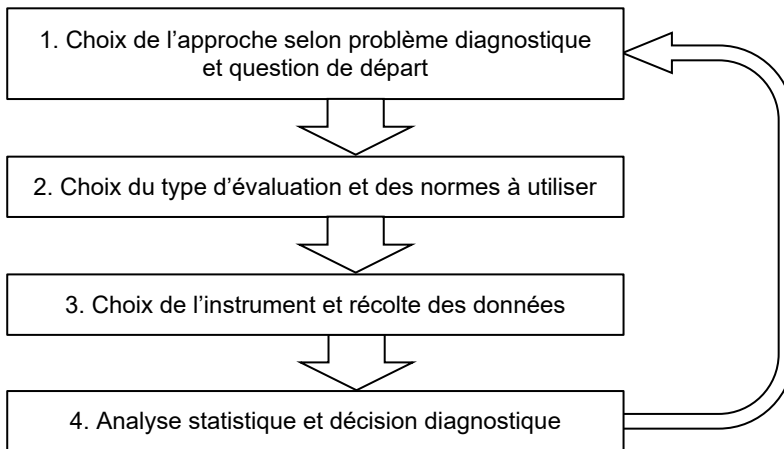


Figure 2 : Appliquer une approche de mesure – marche à suivre

Les étapes sont les suivantes :

- (1) Choix de l'approche (voir en particulier les variantes (1) à (5) plus haut), selon le problème diagnostique et sa question de départ. Par exemple : est-ce que la personne présente une problématique ou un trouble (pathologie spécifique) nécessitant une intervention ? Choix de *type de construit* à investiguer (trait, état / processus, compétence).
- (2) Choix du type d'évaluation, respectivement de la référence de comparaison pour des données individuelles :
  - selon des *normes réelles* ou *idéales* (valeurs de référence standardisées ou valeurs préétablies qui sont à atteindre) ;
  - selon des *normes groupales* ou *individuelles*, c.-à-d. selon des normes de référence de la population (non-clinique ou clinique) à laquelle le sujet appartient (voir chapitre 3.1.), ou selon des valeurs individuelles – réelles ou à atteindre ; p.ex. un niveau de fonctionnement évalué au préalable (norme réelle) et qui est à améliorer ou en tant que but individuel qui est à atteindre (p.ex. « maîtriser » aux moins 60% des situations pouvant déclencher un accès hyperphagique, voir chapitre 3.3.2.).
- (3) Choix d'un instrument pertinent (test, échelle ou inventaire) qui est à disposition ou à construire, comme des items saisis par l'enregistrement direct du comportement via *self-monitoring*, auto- ou hétéro-observation, *event-* ou *time-based*. Récolte des données (y compris leur préparation pour l'analyse).
- (4) Analyse statistique en appliquant des méthodes appropriées (p.ex. démarche psychométrique simple ou différenciée, analyse de séries temporelles à l'aide du logiciel *Single-Case Expert*, etc.), suivi d'une décision diagnostique – qui se base sur des valeurs de référence pertinentes et sur une erreur statistique adéquate (et son intervalle de confiance) – et son interprétation.

## *L'objectif de cet ouvrage*

Il existe plusieurs recueils d'outils diagnostiques francophones en psychologie clinique et psychopathologie qui incluent des aspects affectifs (p.ex. Bouvard, 2009 ; Bouvard, & Cottraux, 2010) et qui portent également sur des démarches standardisées (p.ex. Guelfi, 1997). Or, le présent ouvrage vise de manière générale les *méthodes quantitatives* en lien avec l'intervention, non seulement de provenance psychométrique mais aussi issus de l'analyse de processus et de compétences.

Dans cet ouvrage nous cherchons à systématiser et optimiser l'usage de ces approches diagnostiques pour la pratique de l'intervention, aussi au quotidien, en tenant compte de certains critères statistiques et diagnostiques qui sont utiles sur le *plan pratique* et « répondent » également à des critères pragmatiques dans de *nombreux contextes*, en dehors de la psychologie clinique. Notre effort consiste à rendre aussi claires que possible leurs applications afin ces approches diagnostiques soient utilisables sur le terrain, tout en sachant qu'elles restent incontestablement plus performantes que l'emploi « naïf » d'outils à disposition dans divers domaines pratiques. Nous insistons sur l'idée même que tout diagnostic prédispose une hypothèse diagnostique à lier au savoir technologique et à tester avec les meilleures démarches méthodologiques disponibles. Toute cette démarche constitue un apport qui ne peut que faciliter le travail du *scientist-practionner*.

Nous avons choisi le domaine de l'affectivité car c'est un de nos domaines de prédilection tant en recherche qu'en diagnostic. En même temps, ce domaine est suffisamment complexe et d'une importance ubiquitaire pour introduire aux principes du diagnostic d'intervention.

## 2. Affectivité – vivre et réguler les émotions : concepts, processus, interventions

Alors que certains auteurs distinguent deux grandes catégories de processus (expérience émotionnelle et régulation des émotions) relatives au « fonctionnement » de l'affectivité (p.ex. Gross, 2008 ; Ford & Gross, 2018 ; Haymoz & Reicherts, 2015), d'autres proposent plutôt un concept englobant divers processus liés aux émotions, humeurs, ou « *core affects* » qu'ils appellent « *emotional processing* » ou « *affective processing* » (Rachman, 2001 ; Baker, Thomas, Thomas, & Owens, 2007) que nous traduisons par « traitement affectif » (Reicherts et al., 2012). En d'autres termes, c'est par le « traitement affectif » que se manifestent la survenue, le déploiement, l'expression ou la régulation des états affectifs, et ceci dans différents registres cognitivo-comportementaux, plus précisément cognitif, expérientiel, social et corporel (moteur, psycho- et neurophysiologique).

Le vécu affectif, le traitement affectif (« *affect processing* ») et la régulation des émotions – qui en est une composante centrale – revêtent une importance primordiale dans nombreux domaines et dans de multiples situations quotidiennes. Par conséquent, il est non seulement nécessaire de s'en préoccuper dans le cadre clinique, mais aussi dans le *counseling* et la psychologie de la santé. Le diagnostic et l'intervention ciblant explicitement les éléments affectifs sont des tâches cruciales en tant que telles. Cependant, elles peuvent également être intégrées à d'autres traitements, soit en psychothérapie, soit en psychologie de la santé ou dans le domaine de l'éducation.

Les *états affectifs* sur lesquels portent les processus en question englobent (Reicherts, Salamin, et al., 2007) : les *émotions* à proprement parler (*i.e.* d'intensité marquée, en lien avec un événement et d'assez courte durée), les *humeurs* (*i.e.* plus diffuses et plus étendues dans le temps), ainsi que le *noyau affectif* (« *core affect* ») caractérisé par sa valence et son activation physiologique comme dimensions élémentaires de l'affectivité

(Russell, 2003). Sur un autre niveau on trouve les *traits affectifs* (i.e. tendances à long terme à éprouver certains ressentis comme des préoccupations, anxieuses, ou névrosisme ; p.ex. Russell & Daniels, 2018).

Le dysfonctionnement dans le vécu et dans la régulation des émotions – ou plus généralement dans le traitement affectif – est lié à l'évolution et au maintien de nombreux problèmes psychiques et physiques (Gross, 2007 ; Gross & Munoz, 1995). Ces difficultés au niveau des émotions et des affects sont bien documentées dans la littérature psychopathologique, apparaissant comme une composante centrale « transdiagnostique » (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010 ; Barlow, Allen, & Choate, 2016 ; Berking & Wupperman, 2012 ; Gratz, Weiss, & Tull, 2015 ; Kring, 2010 ; Rottenberg & Johnson, 2007 ; Sloan, Hall, Moulding, Bryce, Mildred, & Staiger, 2017). Ainsi, la modification d'un traitement affectif dysfonctionnel peut être considérée comme un défi majeur en *counseling* et psychothérapie (Greenberg, 2010 ; Philippot, 2007). Par conséquent, il apparaît très important pour les cliniciens et conseillers de disposer d'outils concrets aidant leurs clients à mieux vivre et gérer leurs émotions et leur vécu affectif.

## **2.1. Un bref survol d'outils diagnostiques : registres et types**

Diverses méthodes d'évaluation soutenant la démarche diagnostique sont utilisées dans le domaine de la psychologie. Nevid, Rathus et Greene (2017) font mention de l'entretien clinique, de l'évaluation psychologique, neuropsychologique, comportementale, cognitivo-comportementale et, finalement, de l'évaluation physiologique.

*L'entretien clinique* est une démarche qualitative. Trois types sont généralement décrits en fonction de leur structure plus au moins préétablie, à savoir l'entretien non structuré, semi-structuré et structuré (Nevid et al., 2017). Peu d'entretiens cliniques ciblent exclusivement l'affectivité ; à notre connaissance, seuls le *Semi-Structured Emotion Regulation Interview* (SERI ; Lee, Weathers, & Sloan, 2016) et le *Emotion Regulation*

*Interview* (ERI ; Werner, Goldin, Ball, Heimberg, & Gross, 2011) ont fait l'objet de recherches visant à mettre en exergue leurs propriétés psychométriques. Cependant, durant un entretien clinique non standardisé, l'état émotionnel d'un patient peut également être investigué sur la base de son comportement verbal, para-verbal et non verbal. En effet, le patient peut fournir différentes informations relatives à son état émotionnel, et plus spécifiquement sur sa valence, sa fréquence, son intensité ou encore sur l'activation physiologique allant de pair avec son ressenti. Il peut aussi faire part de ses comportements de régulation ou encore d'événements déclencheurs et de maintien de son état affectif, ce qui peut notamment mener à l'établissement d'une analyse fonctionnelle. Ces informations peuvent être complétées par les signaux para-verbaux (p.ex. tonalité de la voix, rythme) et non verbaux (p.ex. regard, posture, tensions musculaires, expressions faciales, pleurs) du patient. Il est à noter que cette prise en compte du ressenti durant un entretien clinique peut également être favorisée grâce à la technique du *focusing* (Gendlin, 1996).

*L'évaluation psychologique*, selon Nevid et collègues (2017), se base sur des méthodes structurées, généralement quantitatives, et cible des dimensions stables de l'individu, telles que son intelligence, sa personnalité, ses performances (p.ex. sa concentration), ses intérêts ainsi que d'autres traits de son fonctionnement psychologique (p.ex. *locus of control*, auto-efficacité). Les auteurs distinguent habituellement les tests d'intelligence, les tests objectifs, les tests et échelles (inventaires) et certains tests projectifs, tout en soulignant l'importance de les standardiser et d'établir des normes de références à partir d'échantillons représentatifs. L'importance que les tests objectifs reposent sur des critères psychométriques rigoureux est également à souligner (Barlow & Durand, 2016). En ce qui concerne les évaluations psychologiques portant sur l'affectivité, la majorité d'entre elles impliquent des mesures auto-reportées, c'est-à-dire complétées par le patient lui-même et non par l'évaluateur ou un appareil technique (tel un capteur). Si la *fréquence* d'un état émotionnel est quelquefois visée (p.ex. *Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS* ; Zigmond & Snaith, 1983), les mesures sont souvent relatives à l'*intensité* de différents

états émotionnels (p.ex. *Positive and Negative Affect Schedule* – PANAS ; Watson, Clark, & Tellegen, 1988) ou d'un état émotionnel spécifique, éventuellement évalué par ses différentes composantes. En font également partie l'*Inventaire de Dépression de Beck* (*Beck Depression Inventory* – BDI-II ; Beck, Steer, & Brown, 1996, 1998) évaluant l'intensité d'un vécu dépressif, le *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI ; Spielberger, 1983, 1993) concernant l'état et le trait anxieux, le *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ ; Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990) pour une mesure de l'anxiété généralisée, le *State-Trait Anger Expression Inventory-2* (STAXI-2 ; Spielberger, 1999) évaluant la colère, ou encore une variante combinant les trois affects – dépression, anxiété et hostilité – proposée dans la *Multiple Affect Adjective Check List* de Zuckerman et Lubin (1985). Notons également que la combinaison des mesures est possible, comme par exemple pour le STAI et le STAXI qui proposent deux mesures séparées : l'échelle « *state* » mesurant l'intensité de l'état actuel d'anxiété ou de colère, et l'échelle « *trait* » mesurant la fréquence ou tendance à vivre l'anxiété ou la colère.

Différents questionnaires permettent également d'évaluer les *stratégies de régulation des émotions*, que cela soit au moyen d'échelles de fréquence d'utilisation de la stratégie, tel que le *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS ; Gratz & Roemer, 2004) ou le *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (CERQ ; Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001), du degré d'accord exprimé par le patient en ce qui concerne divers énoncés, comme dans l'*Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ ; Gross & John, 2003) ou encore par le biais d'échelles doubles qui permettent d'évaluer conjointement la fréquence et l'efficacité perçue de l'usage d'une stratégie donnée (p.ex. ANPERT ; Haymoz et al., in prep.).

Soulignons également que certains instruments ciblent les processus et *composantes du traitement affectif* (« *affect processing* » ; p.ex. DOE-36 ou DOE-20 ; Reicherts, 2007) – au-delà de la régulation des émotions, à savoir la représentation que se fait le patient des processus impliqués dans la survenue et le déroulement des états affectifs, représentations qui peuvent être conçues soit comme des tendances relativement stables



(« traits »), soit comme des « états » plus momentanés et liés aux variations intra-individuelles ou situationnelles (p.ex. DOE-état ; Reicherts, 2007). Wahner (2018) apporte un aperçu des principaux instruments évaluant le traitement affectif et la régulation des émotions.

Tableau 3 : Investigation de l'affectivité – exemples d'instruments

Construit évalué	Exemples
Intensité de différents états émotionnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Positive and Negative Affect Schedule</i> (PANAS ; Watson et al., 1988)</li> </ul>
Intensité d'un état émotionnel spécifique, évalué au travers de ses différentes composantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI-II, Beck et al., 1996)</li> <li>▪ <i>State-Trait Anxiety Inventory</i> (STAI ; Spielberger, 1989)</li> </ul>
Fréquence d'un état émotionnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS ; Zigmond &amp; Snaith, 1983).</li> </ul>
Stratégies de régulation des émotions	
Fréquence d'utilisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Difficulties in Emotion Regulation Scale</i> (DERS ; Gratz &amp; Roemer, 2004)</li> <li>▪ <i>Cognitive Emotion Regulation Questionnaire</i> (CERQ ; Garnefski et al., 2001)</li> </ul>
Degré d'accord quant à l'énoncé	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Emotion Regulation Questionnaire</i> (ERQ ; Gross &amp; John, 2003)</li> <li>▪ <i>Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen</i> (SEK-27; Berking &amp; Znoj, 2008)</li> </ul>
Fréquence + efficacité perçue	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Assessment of negative and positive emotion regulation techniques</i> (ANPERT ; Haymoz et al., in prep)</li> </ul>
Dimensions du traitement affectif	
Version trait	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Dimensions de l'Ouverture émotionnelle</i> (DOE-36 ou DOE-20 ; Reicherts, 2007)</li> </ul>
Version état / processus	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Dimensions de l'Ouverture émotionnelle</i> (DOE-état, DOE-self-monitoring ; Reicherts, 2007)</li> </ul>

L'*évaluation neuropsychologique* porte sur le fonctionnement structural (p.ex. l'évaluation neuro-anatomique ou neuro-fonctionnelle par imagerie cérébrale) et/ou fonctionnel (p.ex. raisonnement, mémoire) des fonctions cognitives (Nevid et al., 2017). La neuro-imagerie est en effet venue s'ajouter à ce domaine, permettant ainsi de s'attarder sur certaines structures du cerveau ou d'en comprendre son fonctionnement en traçant son activité en fonction de paramètres métaboliques, tel que le flux sanguin par exemple (Barlow & Durand, 2016). De nombreuses recherches portant sur l'affectivité intègrent de telles mesures afin de comprendre plus finement les processus impliqués et régions stimulées dans le traitement affectif. Ces méthodes d'analyse servent ainsi davantage le milieu de la recherche et ne sont pas directement applicables dans le contexte de la prise en charge psychologique ciblant le traitement affectif.

L'*évaluation comportementale* repose quant à elle essentiellement sur l'observation et la description objectives des problèmes de comportement (Nevid et al., 2017), soit grâce à un entretien (« entrevue comportementale ») visant à mettre en évidence les facteurs précipitants, situationnels, renforçateurs et déclencheurs du comportement, soit par l'observation directe du patient dans son contexte naturel ou dans des situations de laboratoire (mesures analogues), voire par le biais de son auto-évaluation.

Mauss et Robinson (2009) soulignent l'intérêt des systèmes de codage pour soutenir l'observation. Nevid et collègues (2017) mentionnent également l'*évaluation cognitivo-comportementale* qui mesure les cognitions au moyen d'échelles d'auto- ou d'hétéro-évaluation ou par l'enregistrement des pensées. Des méthodes similaires sont utilisées dans le domaine de l'affectivité, au moyen de grilles d'observation qui mettent en lien le ressenti, les pensées, les comportements et la situation dans laquelle l'état affectif survient. Il est possible d'évaluer différents paramètres supplémentaires (p.ex. la valence, l'intensité et l'activation physiologique du ressenti, les dimensions du traitement affectif et le contexte ; voir carnet de bord dans livre « Vivre et gérer ses émotions », Haymoz & Reicherts, 2015). Le système COMES (Perrez & Reicherts, 1999, 2008) ou encore

le DOE-self-monitoring (Reichert & Genoud, 2012) en donnent de bons exemples. Une introduction à l'évaluation ambulatoire dans le diagnostic du cas singulier est fournie par Perrez et Schöbi (2016).

Finalement, l'*évaluation physiologique* se base sur l'observation et la prise en compte d'indices physiologiques en lien avec les circonstances et les états affectifs (p.ex. réponse électrodermale, électroencéphalogramme). Comme le soulignent Mauss et Robinson (2009), les mesures physiologiques dans le domaine de l'affectivité consistent généralement à évaluer l'activation du système nerveux autonome (par la mesure de réponses électrodermales ou cardiaques), la magnitude de la réponse du réflexe de surprise (« *startle reflex* ») ou par le biais de mesures cérébrales (électroencéphalogramme ou neuro-imagerie, telle que les mesures par imagerie fonctionnelle par résonance magnétique ou par tomographie par émission de positons). Ce mode d'évaluation peut également représenter un outil thérapeutique dans le travail sur les émotions et leur gestion. En effet, le biofeedback et le neurofeedback permettent justement de rendre compte de l'efficacité des techniques de régulation – telle que la respiration par exemple – sur les paramètres physiologiques.

Outre les mesure directes (EEG, biofeedback, enregistrement comportemental ; voir aussi chapitre 4. Perspectives), la grande majorité des outils reposent sur l'approche de mesure psychométriques (voir chapitre 1.3).

## **2.2. Le modèle de l'Ouverture émotionnelle (OE)**

Malgré l'existence de divers modèles du traitement affectif (voir Baker, 2001 ; Baker et al., 2007 ; Rachman, 2001 ; Salovey & Mayer, 1990 ; Sifneos, 1973) et le fait que certains modèles de régulation des émotions englobent des composantes bien plus larges que la simple régulation des émotions *stricto sensu* (voir Berking, 2008 ; Gratz & Roemer, 2004 ; Gross, 2007), nous avons proposé « l'Ouverture émotionnelle » pour appréhender de manière fonctionnelle le *traitement affectif* (Reichert, Kaiser, Genoud, & Zimmermann, 2012).

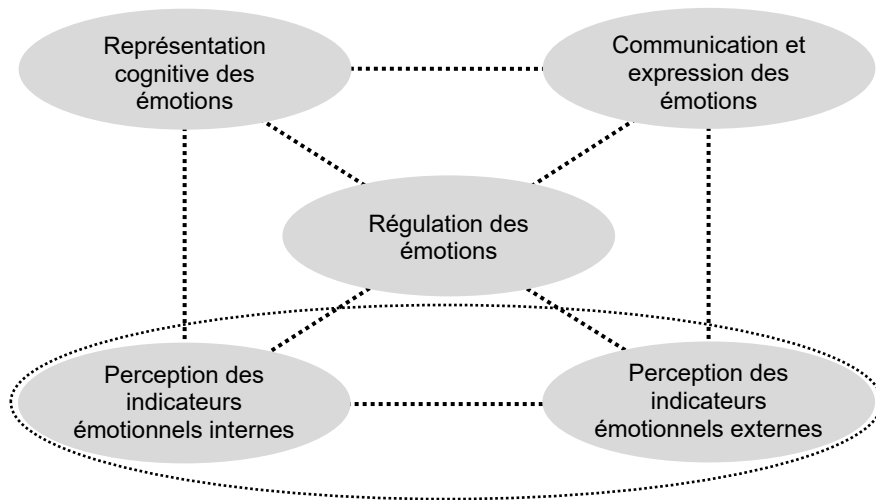


Figure 3 : Le modèle de l’Ouverture émotionnelle

Le modèle de l’Ouverture émotionnelle fait référence à *trois niveaux* de fonctionnement impliqués dans le processus affectif (corporel, cognitif et social) représentés au travers de *cinq dimensions*, à savoir :

- REPCOG** La *Représentation cognitive* et conceptuelle des états mentaux et corporels en termes d’émotions, d’humeurs ou d’affects, distincts et différenciés.  
Exemple d’item : « Je sais très bien dans quel état affectif je me trouve ».
- COMEMO** La *Communication et l’expression*, envers autrui, des états affectifs, émotions et humeurs ; l’ouverture au niveau social concernant ses propres états affectifs.  
Exemple d’item : « Je fais volontiers part aux autres de mes sentiments même désagréables ».

- PERINT      La *Perception des indicateurs* et phénomènes *corporels internes* qui caractérisent ou accompagnent les émotions, telles les activations cardiovasculaires, respiratoire ou gastro-intestinale.  
Exemple d’item : « Mes sentiments forts sont accompagnés de réactions corporelles internes ».
- PEREXT      La *Perception des indicateurs externes* qui accompagnent l’émotion ou l’état affectif, telles l’activité motrice, l’expression faciale, la posture ou la tension musculaire.  
Exemple d’item : « Mon humeur se voit à travers mes comportements et mes expressions ».
- REGEMO      La *Régulation des états affectifs* par le contrôle, le renvoi, la réduction, l’augmentation ou l’atténuation de l’affect.  
Exemple d’item : « J’arrive à alléger ou reporter l’impact d’une forte émotion ».

Une dimension supplémentaire concerne la perception que peut avoir le sujet de restrictions sociales et « normatives » (RESNOR) (Exemple d’item : « J’aimerais qu’il soit plus facile dans notre société d’exprimer ses sentiments »), restrictions qui inhibent ou désapprouvent le vécu et l’expression de l’affectivité (souvent liées à une attribution causale externe).

Avec ses dimensions empiriquement fondées, le modèle de l’Ouverture émotionnelle s’avère particulièrement flexible pour un diagnostic des divers processus de l’affectivité. En effet, se référant à diverses théories contemporaines des émotions (Davidson, Scherer, & Goldsmith, 2003), à l’approche thérapeutique centrée sur l’émotion (Greenberg, 2010) et proposant des échelles dotées de très bonnes propriétés psychométriques (Reichert & Genoud, 2012), ce modèle multi-dimensionnel possède le net avantage d’intégrer différents processus englobés dans le traitement

affectif (*i.e.* cognitif, comportemental, expérientiel et social) tels que perçus par l'individu. Il représente par conséquent un cadre conceptuel pertinent pour élaborer des interventions spécifiques – voire un programme complet d'interventions – ciblées sur les composantes du traitement affectif (Haymoz, 2014 ; Haymoz & Reicherts, 2015). La description des différentes dimensions ainsi que des exemples concrets de compétences et d'interventions sont présentés dans le chapitre 2.3.

Les diverses recherches en psychologie clinique et de la santé portant sur les dimensions de l'Ouverture émotionnelle mettent en évidence un *pattern* lié aux difficultés psychiques, décrit par des scores faibles sur les dimensions REPCOG, REGEMO et COMEMO et des scores élevés sur PEREXT et PERINT (pour une revue, voir Reicherts, Genoud, et al., 2012). Un tel *pattern* s'est retrouvé entre autre chez des personnes souffrant d'un trouble de la personnalité borderline, antisociale, de dépendances (Reicherts, Casellini, Duc, & Genoud, 2007), d'un trouble somatoforme (Salamin, 2012), de comportements phobiques (Reicherts, Rossier, & Rossier, 2012), d'un burnout (Genoud & Brodard, 2012), d'un trouble du comportement alimentaire (Haymoz, Reicherts, Giusti, & Martin Soelch, 2018) et du jeu pathologique (Genini, 2003). En lien avec ces résultats se trouve aussi la notion *d'équilibre* entre les échelles (voir p. 46 et 74).

D'autres recherches ont mis en évidence le rôle médiateur des dimensions DOE entre personnalité et bien-être (Pocnet, Dupuis, Conguard, & Jopp, 2017 ; voir aussi Rossier, Verardi, Genoud, & Zimmermann, 2012) ou leur lien avec la « *mindfulness* » (Cousin & Page, 2015).

Le modèle de l'Ouverture émotionnelle – tout en restant bien distinct – présente des similarités avec les concepts d'intelligence émotionnelle et l'alexithymie (Zimmermann & Salamin, 2012), comme l'attestent des corrélations statistiquement significatives, bien que basses à modérées (p.ex. Genoud, Rossier, & Reicherts, 2005). Il se distingue cependant des autres concepts, premièrement de par le fait qu'il évalue explicitement des composantes cognitives, corporelles / comportementales et sociales

et, deuxièmement, parce qu'il les considère en tant que tendances ou compétences (à développer encore au besoin) et non en termes de déficits.

### 2.3. Les instruments de l'approche OE

Pour évaluer les dimensions du modèle de l'OE, nous avons développé différents instruments, notamment les outils « DOE » (Reichert, 2007). Tous les items et échelles sont le résultat de diverses études et analyses, suivant une construction basée sur la théorie et sur des démarches psychométriques et de visant leur validation. Le questionnaire DOE-20 (version courte à 20 items) et le système LAM-DOE (combinant le *Learning affect monitor* – LAM avec le DOE-self-monitoring) comme outil d'auto-observation sont les plus pertinents dans ce contexte ; un survol sur tous les instruments se trouve toutefois chez Reichert & Genoud, 2012).

Le questionnaire DOE-20 permet l'évaluation du traitement affectif en termes d'Ouverture émotionnelle selon les représentations subjectives de l'individu. Composé de 20 items à coter sur des échelles de Likert à 5 niveaux (de 0 « pas du tout » à 4 « extrêmement »), il donne un score par dimension, calculé en faisant la moyenne des items qui la composent. De surcroît, il permet l'analyse d'un profil ou pattern (Reichert & Genoud, 2012 ; pp. 54-56).

Les cinq dimensions du DOE-20 peuvent être modélisées par des *analyses factorielles confirmatoires* qui les reproduisent très bien ( $CFI = .93$  ;  $RMSEA = .048$  ;  $chi^2/df = 3.45$  ;  $p_{close}$  sig.), avec des indices de fidélité satisfaisants, également en terme de stabilité (voir tableau 4).

Une version plus longue à 36 items (DOE-36 ; Reichert, 2007 ; Reichert & Genoud, 2012) permet de rendre compte d'une sixième dimension (RESNOR) ciblant les restrictions normatives de l'Ouverture émotionnelle, portant à la fois sur la résonance affective générale du contexte social et sur l'attribution externe concernant le manque de vécu et d'échanges émotionnels tels que perçus par le sujet.