

Échelle de thérapie cognitive révisée

*Cognitive Therapy Scale Revised (CTS-R)*⁷

Nom :

Évaluateur :

Date :

Séance :

Le document a été
reproduit conformément
à la licence ACCESS COPYRIGHT.
Il est strictement interdit
de le revendre ou d'en
reproduire d'autres
copies.



This material has
been copied under
licence from
ACCESS COPYRIGHT.
Resale or further copying
of this material is strictly
prohibited

Recommandations pour l'évaluation et les scores

L'échelle d'évaluation CTS-R se présente comme une échelle 7 points : c'est-à-dire une échelle de Likert de 0 à 6. Elle va du point 0 où le thérapeute n'a pas respecté les critères de cette thérapie (absence d'adhésion) au point 6 qui correspond à une conformité de haut niveau selon les standards les plus élevés de la thérapie cognitive. Ainsi l'échelle évalue à la fois l'adhésion du thérapeute au modèle de la thérapie et son aptitude à mettre en œuvre les techniques de celle-ci. Pour aider à la notation de chaque item de l'échelle, les caractéristiques principales de chacun d'eux sont indiquées en début de section. Une description des différents critères de notation est donnée sur la partie droite de chaque item de l'échelle (voir plus bas : Exemple de fiche de notation).

N.-B. : d'autres détails figurent dans la version française du manuel de l'échelle qui sera publié ailleurs. Les exemples donnés ne sont que des indications. Ils ne doivent pas être pris comme de stricts critères de notation, mais plutôt comme des repères et des guides utiles pour l'évaluation.

Modulation de l'échelle en fonction des difficultés présentées par les patients

Les dimensions de l'échelle ont été établies pour des patients qui représentent de bonnes à assez bonnes indications pour la thérapie cognitive (Safran et Segal, 1990) : le lecteur la trouvera p. 225. En conséquence, une adaptation de la notation est parfois nécessaire quand le patient présente des difficultés

7. Auteurs : I.M. Blackburn, I.A. James, D.L. Milne, F.K. Reichelt. Collaborateurs : A. Garland, C. Baker, S.H. Standart, A. Claydon
Newcastle Upon Tyne, UK, août 2000. Traduction : I.-D. Note, P. Manesse.
Révision de la traduction de la CTS-R et traduction originale de l'échelle de bonne indication de thérapie cognitive de Safran et Segal (annexe II) : J. Cottraux (2008)

Référence

BLACKBURN I.-M., JAMES I.A., MILNE D.L. et coll. The revised Cognitive Therapy Scale (CTS-R) : Psychometric properties. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2001, 29, 431-446.

*Source: Blackburn, I. M., & Ottavary, J. (2008).
Thérapie cognitive cognitive de la dépression,
3^e ed., Coll. Médecine et psychopathologie,
Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux,
Cedex.*

évidentes (par exemple : évitement important). En effet, avec des patients complexes, les techniques de thérapie cognitive sont parfois très difficiles à appliquer. Dans ces cas, la personne qui effectue la cotation doit évaluer avant tout les compétences et la maîtrise des techniques de thérapie cognitive par le thérapeute. Ainsi, même si le thérapeute est, à un moment donné, mis dans l'impossibilité de promouvoir un changement avec succès, on lui accordera quand même le crédit qu'il mérite pour sa maîtrise des techniques.

Référence

SAFRAN J.D., SEGAL Z.V. *Interpersonal processes in cognitive therapy*. New-York, Basic Books, 1990.

Exemple de fiche de notation

Incompétent	0 : Absence de critères ou performances inappropriées
	1 : Performances insuffisantes, problèmes majeurs au premier plan
Novice	2 : Compétence évidente, mais il persiste de nombreux problèmes et un manque de cohérence dans la thérapie
Débutant avancé	3 : Compétence, mais il reste quelques problèmes et/ou incohérences
Compétent	4 : Critères bien respectés problèmes et/ou incohérences mineurs
Avancé	5 : Critères très bien respectés problèmes et/ou incohérences minimales
Expert	6 : Performances excellentes, même en présence de patients difficiles

Ceci est une description opératoire de l'item (voir les exemples dans la CTS-R).

En utilisant les chiffres ronds et les scores intermédiaires demi-points, inscrivez le niveau auquel vous pensez que le thérapeute correspond pour une action essentielle en traçant une croix (X) sur la ligne verticale. Les caractéristiques descriptives sur la droite de la fiche servent à guider votre évaluation.

N.-B. : au moment où vous faites votre évaluation, tenez compte du caractère approprié de l'intervention thérapeutique à ce niveau de la thérapie et en fonction des difficultés particulières que le patient peut présenter.

La présente échelle s'est inspirée du système de Dreyfus (1989) d'évaluation des compétences, qui est décrit dans le manuel. Notez que les points supérieurs (c'est-à-dire proche du pôle « expert » du continuum) sont réservés aux thérapeutes particulièrement efficaces, en particulier lors de difficultés en séance : patients particulièrement agressifs, ou évitant, patients qui font preuve d'un niveau d'émotion très élevé, ou encore lorsque surviennent des difficultés variées et inattendues.

Les critères principaux décrivent les caractéristiques importantes qui doivent être prises en compte au moment de la notation de chaque item. Lorsque l'on donne un score à un item, il faut tout d'abord repérer si les critères sont présents et sont bien respectés. Ensuite, il faut examiner si le thérapeute apparaît compétent au niveau de ces critères. S'il fait appel au maximum de critères de l'item et s'il les met en œuvre de façon appropriée ; c'est-à-dire s'il ne passe pas à côté des meilleures occasions de les mettre en œuvre, il pourra, alors, être coté très haut dans l'échelle.

Les « exemples » qui sont donnés sur l'échelle de cotation pour chaque item sont simplement des indications et ne doivent pas servir de référence absolue pour la cotation.

Distribution des scores

Il est important de garder en mémoire que le profil de cotation pour cette échelle se rapproche d'une distribution normale avec une moyenne de 3 et peu de thérapeutes auront des scores aux extrêmes.

Référence

DREYFUS H.L. The Dreyfus model of skill acquisition. In : J. BURKE, *Competency based education and training London*, Falmer Press, 1989.

Item 1 : établir un agenda et adhésion à la thérapie

CRITÈRES PRINCIPAUX

Il est nécessaire de prendre en compte les points qui ont été convenus et établis de façon appropriée. L'organisation de l'agenda peut varier en fonction de l'avancement de la thérapie (voir manuel).

Trois dimensions clés sont à prendre en considération quand on cote cet item :

- présence/absence de l'agenda qui doit être explicite, comportant des priorités et qui doit être réalisable dans le temps imparti ;
- contenu de l'agenda approprié au stade de la thérapie, aux problèmes importants à ce stade de la thérapie, etc. Un point important étant la revue des consignes de travail à domicile ;
- adhésion à l'agenda et suivi correct de celui-ci au cours de la séance.

Indiquer d'une croix (X) sur la ligne verticale le niveau qui correspond à la compétence du thérapeute. Les caractéristiques descriptives écrites sur la droite du tableau servent d'aide à la décision.

N.-B. : l'esprit de coopération spécifique du patient pour la mise au point de l'agenda sera coté ici. Tout autre aspect de l'esprit de coopération du patient au cours de la séance sera noté à l'item 3.

Niveau de compétence	Exemples (N.-B. : noter ce qui est « en accord » avec ces exemples, mais pas les exemples eux-mêmes)
0	Absence d'agenda, agenda inapproprié ou non suivi.
1	Agenda inapproprié (manque de précision, irréaliste, pas de prise en compte des intentions du patient, examen des consignes de travail à domicile non fait).
2	Effort pour établir un agenda mais avec des difficultés évidentes (peu d'esprit de coopération développé). Agenda peu suivi au cours de la séance.
3	Agenda approprié, bien établi, mais quelques difficultés persistent (peu d'esprit de coopération). Un certain degré de suivi de l'agenda au cours de la séance).
4	Agenda approprié, difficultés mineures (par exemple : pas de priorités bien établies), mais les dimensions clés sont respectées (par exemple : revues des consignes de travail à domicile). Adhésion et suivi moyen de l'agenda au cours de la séance.
5	Agenda approprié, comportant des priorités et évoqué de nouveau en fin de séance. Agenda bien suivi au cours de la séance. Peu de problèmes.
6	Excellent agenda, ou encore agenda très bien mis au point en fonction des difficultés présentes.

Item 2 : feedback (échange d'information, mise en commun des points de vue)

Le patient comprend le déroulement de l'ensemble de la thérapie, il est capable de faire un rappel des séances précédentes et un rappel de l'évolution de la thérapie depuis le début. Il intègre cette compréhension à sa démarche pour continuer à progresser.

CRITÈRES PRINCIPAUX

La notion de *feedback* réciproque doit, avant tout, être bien comprise à la fois par le patient et le thérapeute. Le *feedback* met en œuvre deux techniques principales :

- le résumé ;
- la mise en forme du recueil d'informations (organiser les informations, classer les informations, les disposer en unités opératoires).

Un *feedback* approprié aide :

- le thérapeute à comprendre la situation du patient ;
- le patient à réaliser une synthèse des données qui lui permettent de développer son *insight* et ainsi faire des progrès sur le plan thérapeutique, et aide le patient à rester concentré sur les problèmes clés.

Trois critères doivent être pris en compte lorsque l'on note cet item :

- présence/absence du *feedback*. Celui-ci doit être donné-obtenu tout au long de la thérapie. Noter les résumés principaux réalisés au début (revue de la semaine) et à la fin (résumé final) de la séance ainsi que les résumés partiels (rassembler les informations) et focalisés qui doivent être effectués en cours de séance ;
- caractère approprié du contenu de chaque *feedback* ;
- manière dont le *feedback* est donné ou obtenu (N.-B. : il peut être écrit).

Niveau de compétence	Exemples (N.-B. : noter ce qui est « en accord » avec ces exemples, mais pas les exemples eux-mêmes)
0	Absence de <i>feedback</i> ou <i>feedback</i> franchement inapproprié.
1	<i>Feedback</i> minimum (écrit ou verbal).
2	<i>Feedback</i> approprié, mais trop rare. Le thérapeute ne fait pas assez d'efforts pour l'obtenir du patient et le donner, le <i>feedback</i> est trop vague pour favoriser la compréhension et le changement.
3	<i>Feedback</i> approprié, donné et obtenu fréquemment; cependant des difficultés manifestes sont notées en termes de contenu et de modalités de formulation.
4	<i>Feedback</i> approprié, donné et obtenu fréquemment, favorisant des gains thérapeutiques modérés. Problèmes mineurs persistants (par exemple : inconsistance du <i>feedback</i>).
5	<i>Feedback</i> hautement approprié, obtenu régulièrement, favorisant une compréhension commune des problèmes et permettant des gains thérapeutiques significatifs. Peu de problèmes.
6	Utilisation excellente du <i>feedback</i> ou <i>feedback</i> hautement efficace eu égard aux difficultés rencontrées.

Item 3 : rapport collaboratif

Le patient réalise les consignes de travail à domicile et participe à l'élaboration de nouvelles consignes de tâches à domicile, en séances lors du travail avec le thérapeute ou en dehors des séances lorsqu'il découvre de nouvelles perspectives par lui-même.

CRITÈRES PRINCIPAUX

Le patient est encouragé à participer de façon active à la séance. On doit manifestement assister au travail d'une équipe en progression. Le thérapeute encourage intelligemment le patient :

– à participer à l'entretien (par exemple : par sa technique de questionnement socratique, par sa façon de partager la recherche de solutions aux problèmes et dans la prise de décision);

– à s'engager de façon responsable.

Néanmoins le thérapeute doit aussi pouvoir laisser le patient parler à sa guise de façon libre. Par sa façon de faire, le thérapeute doit encourager le patient à se comporter comme dans un travail d'équipe et insister sur trois critères principaux :

– les compétences verbales (pas de ton autoritaire);

– les compétences non verbales (attitude attentive, activités partagées au cours de la séance);

– le partage des résumés écrits.

N.-B. : le questionnement est une caractéristique majeure pour cet item, mais les questions visant à faciliter l'introspection et la découverte personnelle chez le patient seront cotées à l'item 9 (découverte guidée).

Niveau de compétence	Exemples (N.-B. : noter ce qui est « en accord » avec ces exemples, mais pas les exemples eux-mêmes)
0	Le patient n'est pas du tout encouragé, voire empêché de participer de façon coopérante au cours de la séance.
1	Le thérapeute contrôle trop l'entretien, de façon directive, ou au contraire il est passif.
2	En quelques occasions il y a eu un effort de coopération, mais le style didactique ou au contraire la passivité du thérapeute ont suscité la passivité chez le patient ou au contraire des problèmes de type relationnels en séance.
3	Travail d'équipe manifeste, mais il persiste des problèmes pour mettre en place un rapport collaboratif (par exemple : le patient n'a pas eu assez de temps pour réfléchir et participer activement).
4	Travail d'équipe efficace évident, mais manque de consistance. Il persiste quelques problèmes mineurs.
5	Travail d'équipe efficace évident tout au long de la séance, à la fois au niveau verbal et non verbal. Utilisation de résumés écrits. Problèmes minimes.
6	Excellent travail d'équipe ou travail d'équipe hautement efficace par rapport aux difficultés rencontrées.

Item 4 : rythme et utilisation judicieuse du temps au cours de la séance

CRITÈRES PRINCIPAUX

L'utilisation du temps de séance est aménagée en relation avec l'agenda et en passant harmonieusement d'une phase à l'autre, chacune d'elle restant distincte. Le rythme de travail doit s'accorder aux possibilités et aux besoins du patient, les digressions improductives doivent être interrompues en douceur, alors que les points importants seront développés durant le temps nécessaire. La séance ne doit pas dépasser le temps habituel imparti, sauf si une raison valable l'exige.

Trois critères principaux sont à prendre en considération :

- le passage harmonieux d'une phase à l'autre tout au long de la séance ;
- le caractère approprié du rythme au cours de la séance ;
- comment le thérapeute s'adapte à l'aptitude du patient à acquérir plus ou moins vite de nouveaux apprentissages.

Niveau de compétence	Exemples (N.-B. : noter ce qui est « en accord » avec ces exemples, mais pas les exemples eux-mêmes)
0	L'aménagement insuffisant du temps aboutit à une séance rigide ou qui manque son but.
1	La séance se déroule trop lentement ou trop rapidement par rapport aux besoins et aux aptitudes du patient.
2	Rythme raisonnable, mais il existe des digressions, des répétitions de la part du thérapeute ou du patient, d'où une utilisation inefficace du temps et un déséquilibre dans le planning de la séance.
3	Utilisation judicieuse du temps en séance, mais pertes de temps à certains moments. Il persiste des problèmes évidents.
4	Utilisation efficace du temps en séance avec des phases de thérapie distinctes : début, milieu de séance et de conclusion bien distinctes. Problèmes mineurs.
5	Capacité et efficacité dans l'utilisation du temps de séance. La séance se déroule de façon harmonieuse. Le thérapeute réussit à contrôler tout le déroulement des propos tout au long de la séance. Problèmes minimes.
6	Excellent aménagement du temps de séance, ou hautement efficace par rapport aux difficultés rencontrées.

Item 5 : efficacité interpersonnelle

CRITÈRES PRINCIPAUX

Par son attitude verbale et non verbale, le thérapeute doit mettre le patient à l'aise au cours de l'entretien. Le patient doit avoir conscience des qualités d'empathie, d'authenticité, de sincérité, d'écoute du thérapeute (cependant une distance professionnelle doit être adoptée et conservée). Un thérapeute très efficace sur le plan interpersonnel sait être créatif, perspicace et peut inspirer le patient.

Trois critères sont à prendre en considération :

– empathie : le thérapeute peut se représenter en imagination les problèmes du patient qu'il a compris et il utilise cette empathie pour promouvoir un changement;

– authenticité : le thérapeute établit une relation de confiance sincère avec le patient;

– chaleur humaine : le patient semble être accepté et apprécié par le thérapeute.

Niveau de compétence	Exemples (N.-B. : noter ce qui est « en accord » avec ces exemples, mais pas les exemples eux-mêmes)
0	L'attitude et les interventions du thérapeute sont à l'origine du désinvestissement de la séance par le patient qui peut aussi devenir agressif ou éprouver du stress (absence ou excès).
1	Difficultés pour exprimer de l'empathie, de l'authenticité et de la chaleur humaine.
2	Le style du thérapeute (par exemple : trop intellectuel) l'empêche de recevoir les messages du patient de façon empathique.
3	Le thérapeute est capable de comprendre les significations exactes des messages du patient, favorisant un climat de confiance. Mais il existe des manques évidents pour le maintien d'une relation thérapeutique.
4	Le thérapeute est capable de comprendre le sens implicite et explicite des propos du patient et son attitude en séance traduit bien cette compréhension. Problèmes mineurs évidents (incohérence).
5	Très bonnes capacités interpersonnelles. Le patient donne l'impression de se sentir compris, ce qui l'entraîne à parler de lui. Problèmes minimes.
6	Efficacité excellente, même en présence de problèmes et de difficultés.

Item 6 : mettre en évidence une expression émotionnelle appropriée

CRITÈRES PRINCIPAUX

Le thérapeute facilite l'accès du patient à ses propres émotions. Des niveaux d'expression émotionnelle, trop élevés ou trop bas, risquent d'être préjudiciables à la progression de la thérapie. Le thérapeute doit également être capable de gérer les manifestations émotionnelles qui interfèrent avec un changement efficace (par exemple : hostilité, anxiété, colère excessive). Permettre au patient d'avoir accès à ses propres émotions et les exprimer favorisera le changement.

Trois caractéristiques doivent être prises en compte :

- faciliter l'accès à un large éventail d'émotions ;
- utiliser de façon appropriée et contrôlée l'expression émotionnelle ;
- faciliter l'expression émotionnelle, encourager l'accès approprié aux émotions et permettre leur différenciation.

Niveau de compétence	Exemples (N.-B. : noter ce qui est « en accord » avec ces exemples, mais pas les exemples eux-mêmes)
0	Le patient est trop ou trop peu encouragé à exprimer ses émotions (par exemple : ses émotions et ses affects sont ignorés, mis de côté, ou bien le thérapeute laisse le patient les exprimer de façon excessive). Ou encore l'humeur du thérapeute ou ses propres stratégies (par exemple : intellectualisation) ont une influence néfaste au cours la séance.
1	Inaptitude à faciliter l'accès et l'expression des émotions appropriées.
2	Expression des émotions facilitée mais de nombreuses occasions pertinentes sont omises.
3	Efficacité pour favoriser l'expression émotionnelle, pour la créer et la maintenir. Le patient est capable d'être plus conscient de ses émotions.
4	L'expression émotionnelle est efficacement facilitée, ce qui conduit le patient à être plus conscient des émotions qui sont les siennes. Problèmes mineurs évidents.
5	Facilitation très efficace de l'expression émotionnelle, qui favorise la motivation du patient et sa prise de conscience en séance. Bonne expression des émotions pertinentes, effectuée de façon efficace. Problèmes minimes.
6	Excellente facilitation de l'expression émotionnelle, même en présence de difficultés.

Item 7 : mettre en évidence les cognitions clés

CRITÈRES PRINCIPAUX

Aider le patient à accéder à ses cognitions (pensées, postulats et croyances) et à comprendre les relations entre ces dernières et les émotions pénibles. Cela peut se réaliser grâce au questionnement socratique ou aux différentes méthodes de monitoring (relevés, carnets de bord).

Trois dimensions doivent être prises en compte :

- mise en évidence des cognitions associées aux émotions pénibles (par exemple : sélectionner les cognitions clés ou les pensées particulièrement vives);
- le savoir-faire et la variété des méthodes employées (telles que : questionnement socratique, techniques de monitoring adaptées, flèche descendante, imagerie mentale, jeux de rôle, etc.);
- choix d'un niveau de travail approprié au stade actuel de la thérapie (par exemple : pensées automatiques, postulats, croyances centrales).

N.-B. : cet item concerne l'ensemble du travail effectué lors de la mise en évidence des cognitions et des émotions. Si des méthodes spécifiques de changement cognitif ou comportemental sont utilisées, leur évaluation doit figurer à l'item 11 (application des méthodes de changement).

Niveau de compétence	Exemples (N.-B. : noter ce qui est « en accord » avec ces exemples, mais pas les exemples eux-mêmes)
0	Le thérapeute ne parvient pas à mettre en évidence les cognitions clés.
1	Les cognitions et émotions sélectionnées sont inappropriées, les cognitions et émotions clés sont ignorées.
2	Certaines cognitions et émotions (ou une cognition clé ou croyance de base) sont mises au jour, mais le lien entre les cognitions et les émotions n'est pas établi de façon claire pour le patient.
3	Un certain nombre de cognitions et émotions sont mises au jour de façon compétente, mais des problèmes persistent.
4	Un bon nombre de cognitions et d'émotions (ou une cognition principale) sont mises au jour de façon verbale ou écrite, menant à une compréhension renouvelée des liens qui existent entre elles. Problèmes mineurs évidents.
5	Mise au jour efficace et sélection d'un nombre adapté de cognitions et émotions (ou d'une cognition principale) qui sont abordées ensuite de façon appropriée. Problèmes minimes.
6	Excellent travail réalisé sur les cognitions clés et les émotions, même en présence de difficultés.

Item 8 : mettre en évidence et planifier des comportements

CRITÈRES PRINCIPAUX

Il s'agit d'aider le patient à mieux prendre conscience de l'impact de ses propres comportements dans le cadre de ses problèmes. Cela peut se faire en utilisant le questionnement, les fiches journalières de relevé et les différents procédés de monitoring. Le thérapeute travaille avec le patient pour planifier des stratégies qui permettront de surmonter et/ou de mettre fin aux conduites dysfonctionnelles.

Deux critères principaux doivent être pris en compte :

- mettre en évidence les comportements et les stratégies associés aux émotions pénibles ;
- le savoir-faire et la variété des méthodes employées (telles que : le questionnement socratique, des techniques de monitoring adaptées, la flèche descendante, l'imagerie mentale, le jeu de rôle, etc.).

N.-B. : cet item concerne l'ensemble du travail effectué lors de la mise en évidence des comportements et des stratégies. Si des méthodes spécifiques de changement cognitif ou comportemental sont utilisées, leur évaluation doit figurer à l'item 11 (application des méthodes de changement).

Niveau de compétence	Exemples (N.-B. : noter ce qui est « en accord » avec ces exemples, mais pas les exemples eux-mêmes)
0	Le thérapeute n'a pas su mettre au jour et planifier des comportements.
1	L'accent a été mis sur des comportements inappropriés et une planification inadéquate a été proposée.
2	Quelques comportements et une certaine programmation ont été envisagés mais le lien entre les comportements, les émotions et les cognitions du patient n'a pas été clairement établi.
3	Un certain nombre de comportements et une programmation ont été envisagés de façon compétente, mais il persiste des problèmes évidents.
4	Un nombre adapté de comportements et une programmation de comportements ont été envisagés de façon verbale ou écrite, ce qui conduit à une compréhension nouvelle de leur rôle dans le maintien des problèmes du patient. Difficultés mineurs évidentes.
5	Mise au jour efficace, et sélection d'un nombre de comportements et de plans d'action réalisés de façon appropriée. Problèmes minimes.
6	Excellent travail sur les comportements et la planification de l'action, même en présence de difficultés.

Item 9 : découverte guidée

CRITÈRES PRINCIPAUX

Le patient doit être aidé à formuler des hypothèses en rapport avec sa situation actuelle et à générer des solutions potentielles. Le patient est aidé à développer tout un éventail de perspectives se rapportant à ses expériences vécues. Une découverte guidée efficace conduit le patient à remettre en question ses certitudes, par le doute même qu'induit le questionnement socratique. Cela créera la possibilité pour le patient de réévaluer ses idées et de mettre en place de nouveaux apprentissages.

Deux éléments doivent être pris en compte :

- le style du thérapeute : il se doit d'être à la fois ouvert et curieux ;
- l'utilisation efficace des techniques de questionnement (comme des questions socratiques) doit encourager le patient à découvrir des informations utiles qu'il peut utiliser afin de s'aider lui-même à atteindre un meilleur niveau de compréhension.

Niveau de compétence	Exemples (N.-B. : noter ce qui est « en accord » avec ces exemples, mais pas les exemples eux-mêmes)
0	Aucun effort n'a été fait en faveur d'une découverte guidée (ton professoral et intimidant).
1	Peu de possibilités de découverte guidée pour le patient. La persuasion et le débat ont été beaucoup trop présents.
2	Le patient a pu bénéficier d'une découverte guidée en certaines occasions. Des questions ont été posées, mais elles n'ont pas pu aider le patient à accéder à ses pensées ou ses émotions ou à établir un lien entre ces dernières.
3	Il y a des preuves qu'il existe bien une démarche de réflexion. Le thérapeute a utilisé un style socratique qui a guidé la découverte par le patient.
4	Degré moyen de découverte guidée. Le thérapeute utilise la technique du questionnement de façon efficace et cela permet une vue synthétique des difficultés. Problèmes mineurs évidents
5	Démarche de réflexion évidente et efficace. Le thérapeute met en jeu un questionnement socratique efficace qui conduit à une démarche de réflexion, de découverte et de synthèse. Problèmes minimes.
6	Excellente découverte guidée qui amène le patient à une compréhension approfondie de ses problèmes. Efficacité même en présence de difficultés, où une compréhension plus approfondie des problèmes est aussi obtenue.

Item 10 : intégration conceptuelle

CRITÈRES PRINCIPAUX

Le patient doit être aidé pour une bonne appréciation de son histoire personnelle ainsi que des facteurs de déclenchement et de maintien de son problème afin de promouvoir un changement présent et futur. Le thérapeute doit aider le patient à comprendre ses perceptions, interprétations, croyances, attitudes et règles reliées à son problème. Une bonne conceptualisation examinera les cognitions et les stratégies d'adaptation (*coping*) antérieures ainsi que les actuelles. Cette compréhension, qui se fonde sur la théorie cognitive, doit être à la fois bien intégrée et utilisée pour guider la thérapie ultérieurement.

Deux critères principaux doivent être pris en compte :

- la présence ou l'absence d'une conceptualisation appropriée, en concordance avec les buts de la thérapie ;
- la façon dont la conceptualisation est utilisée (par exemple : utilisée comme la base des interventions, tâches à domicile, etc.).

N.-B. : cet item est à évaluer avec l'intégration thérapeutique (utilisant la théorie pour relier le présent au passé et au futur). Si le thérapeute travaille spécifiquement sur des cognitions ou émotions, cela doit être coté à l'item 6 (faciliter l'expression émotionnelle) et 7 (mettre en évidence les cognitions clés).

Niveau de compétence	Exemples (N.-B. : noter ce qui est « en accord » avec ces exemples, mais pas les exemples eux-mêmes)
0	Absence d'une conceptualisation appropriée.
1	Manque, absence d'application ou caractère inapproprié de la conceptualisation, ne menant pas à un résultat efficace (par exemple : il y a gêne du progrès, ou ceci conduit à une mauvaise utilisation des techniques).
2	La conceptualisation a été rudimentaire et elle n'a pas été mise en perspective en fonction des buts de la thérapie. Elle ne permet pas d'établir une justification claire des stratégies d'intervention.
3	La conceptualisation du cas est partiellement réalisée et intégrée à la thérapie mais des difficultés évidentes existent (par exemple : dans la synthèse et le partage des hypothèses avec le patient). Mais cela mène tout de même à des interventions cohérentes.
4	La conceptualisation du cas est moyennement développée et intégrée à l'ensemble de la thérapie. Problèmes mineurs évidents.
5	La conceptualisation du cas a été très bien réalisée et intégrée à la thérapie. La compréhension est en accord avec le modèle cognitif et permet la mise en œuvre de changements thérapeutiques majeurs. Problèmes minimes.

Niveau de compétence	Exemples (N.-B. : noter ce qui est « en accord » avec ces exemples, mais pas les exemples eux-mêmes)
6	Le développement, aussi bien que l'intégration de la conceptualisation, sont excellents, même en présence de difficultés.

Item 11 : application des méthodes de changement

CRITÈRES PRINCIPAUX

Le thérapeute aide le patient à utiliser les techniques cognitives et comportementales spécifiques de la thérapie cognitive de façon appropriée, en accord avec la conceptualisation du cas.

Il aide le patient à utiliser les techniques cognitives et comportementales qui l'aideraient à évaluer les cognitions et les comportements associés à ses émotions pénibles. Les méthodes employées aident le patient à tester les cognitions de façon pratique et à acquérir un savoir-faire en présence d'émotions intenses. La mise en œuvre des techniques permet aussi au thérapeute de donner et d'obtenir du *feedback* en accord avec le niveau de compréhension du patient et en fonction des consignes de travail à domicile possibles qu'il peut envisager pour lui.

Trois critères principaux doivent être pris en compte :

- le caractère approprié et la portée des méthodes cognitives. Par exemple : enregistrement des changements sur le journal de bord, mise à distance et décentration, évaluation des pourcentages de responsabilité, recherche d'alternatives, recherche des significations, restructuration en imagerie mentale et comportementale. Par exemple : journal comportemental, expériences comportementales, jeu de rôle, attribution de tâches progressives, exposition avec prévention de la réponse, renforcement social des progrès du patient, apprentissage par imitation de modèle, relaxation, contrôle respiratoire, etc. ;

- le savoir-faire dans la mise en œuvre de ces techniques (cependant, les compétences dans le domaine du *feedback* et de l'efficacité interpersonnelle seront évaluées par leurs items respectifs) ;

- la « faisabilité » des techniques pour le patient, en tenant compte de ses besoins et de ses possibilités (techniques ni trop difficiles ni trop complexes).

N.-B. : cet item est plus adapté à la réévaluation des pensées qu'à leur identification ou leur mise au jour.

Niveau de compétence	Exemples (N.-B. : noter ce qui est « en accord » avec ces exemples, mais pas les exemples eux-mêmes)
0	Le thérapeute n'a pas su ou a vraiment manqué d'efficacité pour mettre en œuvre des techniques comportementales ou cognitives.
1	Le thérapeute met en jeu des techniques, mais insuffisantes et inappropriées et avec peu de savoir-faire ou de souplesse.

Niveau de compétence	Exemples (N.-B. : noter ce qui est « en accord » avec ces exemples, mais pas les exemples eux-mêmes)
2	Le thérapeute met en œuvre des techniques appropriées, mais des difficultés majeures sont évidentes.
3	Le thérapeute applique les techniques avec compétence quoique des problèmes persistent (par exemple : les interventions sont incomplètes).
4	Le thérapeute applique les techniques avec savoir-faire et souplesse ce qui permet au patient de développer de nouvelles perspectives. Problèmes mineurs cependant.
5	Le thérapeute applique systématiquement un large éventail de méthodes appropriées, de façon créative, efficace et pleine de ressources. Problèmes minimales.
6	Large champ de possibilités techniques et excellente application, même en présence de difficultés.

Item 12 : consignes de travail à domicile

CRITÈRES PRINCIPAUX

Établir les consignes de travail à domicile claires et appropriées implique de définir des buts précis, de négocier des tâches pertinentes en fonction du niveau de progression de la thérapie, et en accord aussi avec la conceptualisation du cas problème, de s'assurer que le patient a bien compris la nécessité de réaliser les consignes de travail à domicile, de tester de nouvelles idées, d'entreprendre de nouvelles expériences, de prévoir et de faire face à d'éventuelles embûches, d'expérimenter de nouvelles stratégies pour faire face.

Trois critères doivent être pris en compte lorsque l'on score cet item :

- présence ou absence de consignes de travail à domicile comportant des buts clairs et précis ;
- la consigne dérive du travail thérapeutique effectué au cours de la séance, ce qui facilitera la compréhension de tout ce que l'application de celle-ci permettra d'en apprendre ou d'en retirer ;
- la consigne de travail à domicile est établie conjointement avec le patient ; on lui consacra suffisamment de temps pour l'expliquer clairement : expliquer sa pertinence, prévoir les éventuels obstacles, etc.

Niveau de compétence	Exemples (N.-B. : noter ce qui est «en accord» avec ces exemples, mais pas les exemples eux-mêmes)
0	Le thérapeute n'a pas su établir des consignes de travail à domicile ou alors elles étaient inappropriées.
1	Le thérapeute ne négocie pas les consignes de travail à domicile avec le patient. Le temps consacré à leur explication étant insuffisant, cela entraîne la prescription d'une consigne inefficace.
2	Le thérapeute prescrit les consignes de travail à domicile de façon unilatérale et mécanique, sans donner les raisons de la proposition de ces nouvelles consignes de travail à domicile.
3	Le thérapeute a établi de bonnes consignes de travail à domicile, mais des problèmes évidents existent encore (par exemple : explications insuffisantes et/ou non discutées conjointement avec le patient).
4	Consignes de travail à domicile discutées conjointement avec le patient, comportant des buts précis et des raisons explicatives pour chacune d'elles. Cependant des problèmes mineurs persistent.
5	Consignes de travail à domicile appropriées et établies en coopération à la suite d'une discussion avec le patient, comprenant en outre l'examen des difficultés éventuelles qui pourraient survenir au moment de leur mise en œuvre. Problèmes minimes.
6	Excellentes consignes de travail à domicile discutées et négociées avec le patient, même dans le cas de difficultés.

Feuille de notation de la CTS-R

Thérapeute : Vidéo n° T : Date :

Avis de l'évaluateur sur le niveau de difficulté du patient :

Note de la vidéo :

Coter selon une échelle de Likert de 0 à 6. Elle va du point 0 où le thérapeute n'a pas respecté les critères de cette thérapie (absence d'adhésion) au point 6 qui correspond à une conformité de haut niveau selon les standards les plus élevés de la thérapie cognitive.

CTS-R items	Score	Commentaires concernant les progrès
<p>1. Mise au point de l'agenda et adhésion Est-ce que le thérapeute a mis au point un bon agenda et est-ce qu'il s'y est tenu?</p>		
<p>2. Feedback Est-ce que le thérapeute a régulièrement donné et obtenu du <i>feedback</i>?</p>		
<p>3. Rapport collaboratif Est-ce qu'il y a eu un bon travail « en équipe »?</p>		
<p>4. Planification du temps et rythme de la séance Est-ce que le temps en séance a été bien rythmé, planifié et bien utilisé?</p>		
<p>5. Efficacité interpersonnelle Est-ce que l'alliance thérapeutique était de bonne qualité?</p>		
<p>6. Mise au point des émotions appropriées Est-ce que le thérapeute a mis au jour les émotions pertinentes et est-ce que l'ambiance en séance était bonne?</p>		
<p>7. Mise au jour des cognitions clés Est-ce que le thérapeute a mis au jour les cognitions pertinentes (pensées, croyances, etc.)?</p>		
<p>8. Définir et planifier les comportements Est-ce que le thérapeute a mis au jour des comportements dysfonctionnels et a-t-il planifié avec le patient des stratégies aptes à amener un changement?</p>		
<p>9. Découverte guidée Est-ce que la démarche du thérapeute rend le patient capable d'élaborer ses propres réflexions de façon constructive?</p>		
<p>10. Intégration conceptuelle Est-ce que le thérapeute a su expliquer et formuler de façon constructive les problèmes du patient en accord avec le modèle de la thérapie cognitive?</p>		
<p>11. Méthodes de changement Est-ce que le thérapeute a favorisé l'apprentissage par le patient de procédures de changement qui mettent en jeu les techniques spécifiques de la thérapie cognitive?</p>		
<p>12. Consignes de travail à domicile Est-ce que le thérapeute a mis au point de bonnes consignes de travail à domicile?</p>		