

LES PUBLICATIONS « ACTA MEDICA BELGICA »
Rue des Champs-Élysées 43, B-1050 BRUXELLES (Belgique)

Extrait des ACTA PSYCHIATRICA BELGICA

Acta psychiat. belg., 1978, 78, 606-618

**Un entretien psychopathologique semi-structuré
adapté à l'échelle AMDP-3
et à l'évaluation vidéo en temps aveugle**

par D.P. BOBON*, C. MORMONT* et J. MIREL**

**Un entretien psychopathologique semi-structuré
adapté à l'échelle AMDP-3
et à l'évaluation vidéo en temps aveugle**

par D.P. BOBON*, C. MORMONT* et J. MIREL**

ABSTRACT

**A semi-structured psychopathological interview
conceived for the AMDP-3 Scale
and time-blind evaluation of videotapes**

In the process of adapting the German AMDP Psychopathology Scale into French and of analyzing its interrater-reliability, free AMDP interviews were tape-recorded and played back. It became rapidly evident that such interviews are incompatible with a comprehensive and reliable evaluation of psychopathology: the collected information is incomplete and variable from one interviewer to the other and even from one interview to the other by the same interviewer, which is particularly invalidating in case of video ratings.

The present semi-structured interview is based on 140 videotaped recordings of non-psychiatric patients, of depressives and psychotics. Formulation of questions is seldom imperative; their sequence is only suggested and may be modified according to the interviewer's style and to the patient's pathology. Have been avoided questions too dependent on setting (community, hospital) or likely to disclose the first-interview or retest nature of the recording, thus allowing time-blind evaluations. The mean duration of the interview is 28 mn (less than 30 mn in 70 % of the cases) for 126 items (Acta psychiat. belg., 1978, 78, 606-618).

Key words: AMDP system; standardized interview; structured interview; time-blind evaluation; video.

La littérature anglo-saxonne s'accorde largement sur le manque de fidélité et de validité de l'entretien libre (Bregelmann, 1959). Depuis

* Clinique Psychiatrique Universitaire de Liège (Prof. Jean Bobon).

** Service de Neuropsychiatrie du CGTR « Le Rayon-de-Soleil », Montignies-le-Tilleul (Dr Guy Noël).

plus de vingt ans, l'analyse des éléments non verbaux de l'interaction entre interrogateur et interrogé a fait l'objet dans ces pays d'un certain nombre de publications largement inspirées de la théorie de Chapple (1942) selon laquelle les aspects temporeux de la communication non verbale permettraient à eux seuls une analyse de la personnalité. C'est ainsi que Chapple (1949) a conçu un chronomètre complexe, l'*interaction chronograph*, permettant de mesurer la longueur des phrases ou des silences, la latence des réponses etc. Ayant pris conscience de l'influence des composantes non verbales du discours de l'interrogateur sur celles de l'interrogé, Chapple (1953) a strictement standardisé ces éléments. Webb, selon Dinoff *et al.* (1970), aurait eu le premier l'idée de remplacer l'interrogateur par un enregistreur audio. Dinoff *et al.* (1969, 1970 a, b) sont passés au stade de l'enregistrement vidéo. Newmark *et al.* (1974), comme Waters (1975), affirment que ce type d'interrogatoire apporte autant d'informations, si pas plus, que le face-à-face, mais la portée de leurs conclusions nous paraît sensiblement limitée par le fait que l'interrogatoire en face-à-face ou *live interview* était aussi standardisé que l'enregistrement et aussi dépouillé d'interaction émotionnelle, de manière à neutraliser la variable verbale du discours. Dans le même ordre de recherches, Pichot *et al.* (1977) ont expérimenté la substitution du clinicien par une console d'ordinateur avec laquelle le malade converse directement.

Au contraire, il existe très peu de travaux sur la standardisation** du contenu verbal de l'entretien. Dans le domaine de la sélection professionnelle, McMurry a proposé dès 1947 une « *standardized or patterned* » interview, montrant une corrélation significative entre la prédiction faite par cet entretien et la stabilité ultérieure d'emploi.

En psychopathologie proprement dite, il existe un certain nombre — réduit il est vrai — d'entretiens plus ou moins structurés, tous anglo-saxons ; citons ceux destinés à la cotation des échelles multifactorielles : le *Mental Status Schedule* ou MSS et le *Psychiatric Status Schedule* ou PSS (Spitzer *et al.*, 1967), la *Present State Examination* ou PSE (Wing *et al.*, 1967), la *Structured Clinical Interview* ou SCI (Burdock et Hardesty, 1969). Plus récemment, Katz et Itil (1974) ont simultanément standardisé l'entretien, le local d'enregistrement vidéo et

* Citons pour exemple ceux des Matarazzo (Matarazzo *et al.*, 1958, 1970 ; Phillips *et al.*, 1961 ; Matarazzo, 1962), de Grant (1968, 1969), d'Argyle (1969), d'Ekman *et al.* (1972) et de Laver et Hutcheson (1972).

** En rigueur de terme, il conviendrait de parler d'un entretien structuré mais de questions standard, l'un n'excluant pas l'autre. Une *structure* désigne un ensemble, un agencement, un ordre. L'adjectif invariant *standard* nous vient de l'anglais, qui l'a lui-même repris au vieux français « estandard » (étendard) ; il désigne ce qui est conforme à une norme, à un modèle.

le « shooting script » de manière à contrôler autant que possible la fidélité de leur *Video Interview Rating Scale* ou VIRS.

Par ailleurs, nous n'avons relevé qu'une seule publication exposant les résultats empiriques de la comparaison entre la technique de l'entretien libre et celle de l'entretien structuré : Saghir (1971) a fait interroger un même malade par deux psychiatres, l'un appliquant la technique de l'entretien libre, l'autre la forme absolument structurée de la PSE. Il conclut qu'en recherche, l'entretien libre ne présente aucun avantage sur l'entretien structuré, alors qu'il introduit deux biais majeurs : le manque d'exhaustivité et la variabilité.

L'échelle AMDP-3 est une échelle psychopathologique de 126 items destinée à couvrir tout le champ sémiologique à un moment donné, à mesurer le changement de cette sémiologie sous traitement. Les principaux collaborateurs du Service de psychiatrie de Liège ayant, en octobre 1972, décidé de donner la préférence à l'échelle AMDP-3 sur les autres échelles multifactorielles d'évaluation de la psychopathologie actuelle — pour des raisons détaillées ailleurs (Bobon, 1978c), nous nous sommes attachés à l'analyse et à la révision de l'adaptation française qu'en avaient faites Dick et Heimann en Suisse (pour plus de détails sur les difficultés posées par cette adaptation et sur son historique, vid. Bobon, 1978 a, b ; Bobon *et al.*, 1978). La nécessité de comparer et d'améliorer les critères de perception et d'évaluation des symptômes grâce à l'enregistrement sur vidéocassette s'est rapidement fait sentir. Une seconde nécessité fut bientôt évidente : celle de limiter le caractère incomplet et variable des entretiens, conditionné par la personnalité et la formation de l'interrogateur. En effet, dans toute recherche psychométrique et/ou psychopharmacologique usant du support vidéo, il est indispensable que tous les enregistrements soient comparables et complets.

Aussi, en dépit de notre réticence initiale, avons-nous décidé de compléter l'échelle psychopathologique AMDP par un entretien semi-structuré, un tel entretien n'existant jusqu'ici dans aucune adaptation du système AMDP. De 1973 à 1977, nous avons élaboré et modifié — sur base de 140 enregistrements de patients non psychiatriques, de déprimés et de psychotiques — l'entretien reproduit en annexe. Nous sommes certes conscients du caractère préliminaire de cette version et de ses lacunes, mais nous pensons qu'elle résout déjà un nombre important de problèmes posés par la cotation vidéo de l'échelle AMDP-3.

Premier problème : *faire admettre au malade le caractère peu spontané de la consultation* (caméras et micros, entretien semi-structuré ; dans certains cas, examinateur inconnu). Contrairement à notre attente, l'expérience de la technique vidéo que nous avons à Liège depuis près

de quinze ans nous a montré que le patient est le plus souvent moins gêné par les caméras et micros que son thérapeute ; ce fait est confirmé par la plupart des autres centres utilisant la TVCF* et par un travail récent de Little *et al.* (1977). Nous avons fait la même observation en ce qui concerne l'entretien semi-structuré. Depuis que nous avons inclus un avertissement expliquant au malade qu'un tel type d'examen standardisé impose que les questions soient « les mêmes pour tous et les mêmes chaque fois », nous avons coupé court à la plupart des réactions d'étonnement ou d'irritation. Cependant, le bon usage de l'entretien semi-structuré demande de la part de l'interrogateur une certaine expérience, comme toute technique, sous peine de tomber dans le piège de l'interrogatoire policier. La pratique que nous avons acquise durant quatre ans de cette technique nous incite à affirmer que l'interrogateur habitué à l'entretien semi-structuré adapte sans difficulté la formulation et l'ordre des questions à son style propre et à son patient et qu'il se sent même plus à l'aise qu'en situation d'entretien totalement libre, dans le cas d'une échelle comme l'AMDP-3, par la probabilité que lui offre l'entretien semi-structuré d'être complet dans le temps le plus bref possible, et que l'interrogateur peu habitué à l'échelle AMDP-3 et à l'entretien ad hoc est sécurisé par la trame que constitue cet entretien. Insistons cependant ici sur le fait que l'existence d'un tel entretien ne doit pas dispenser d'une excellente connaissance du Manuel AMDP et de la sémiologie actuelle du patient, de manière à provoquer l'expression des symptômes explorés par cette échelle. Enfin, il est hautement souhaitable que l'interrogateur soit le thérapeute en charge du malade, de manière à vaincre plus aisément les réticences éventuelles de ce dernier, ces réticences étant essentiellement le fait des délirants ; cette particularité, doublée du manque d'informations immédiates sur la véracité des dires du malade, rend la cotation vidéo d'un délirant bien plus malaisée que celle d'un déprimé. Le fait pour un malade d'être interrogé par son propre médecin l'incite à verbaliser les éléments pertinents de sa pathologie ; mais, dans ce cas, la précaution oratoire quant au caractère systématique et répétitif des questions est particulièrement importante, sous peine d'un malaise dans la relation médecin-malade et de lacunes dans l'information recueillie. Ce malaise découlant de l'interférence entre entretien thérapeutique et entretien semi-structuré n'existe pas lorsque l'interrogateur n'est pas le thérapeute, mais des inconvénients plus graves sont liés à cette seconde éventualité : méconnaissance du cas exploré, réticence du malade.

* Télévision en Circuit Fermé (angl. Closed-circuit Television, CCTV).

Nous avons encore tenté d'améliorer l'acceptation de l'entretien semi-structuré en évitant les questions portant sur des caractéristiques habituelles, permanentes du sujet (comme l'âge, l'état civil etc.) et en regroupant les questions suivant un ordre a priori logique pour le malade, différent de la systématique psychopathologique qui sous-tend l'ordre des items AMDP. Ayant mis au point l'entretien semi-structuré sur une population en majorité faite de déprimés, nous avons par exemple regroupé les questions sur délire et hallucinations en fin d'entretien. Mais il va de soi que la logique de cet ordre doit épouser l'évolution du dialogue thérapeute-malade et profiter au bon moment des éléments pertinents verbalisés par ce dernier.

Deuxième problème : *poser les questions appropriées au contenu des items et au bagage socio-culturel du malade.* En voici quelques exemples.

a) Item « sentiment d'être malade ». Nombre de patients font la distinction entre ce sentiment d'être *malade* et l'existence d'une *maladie* (« Je me sens malade alors que je n'ai pas de maladie »). Ce point pourrait à lui seul faire l'objet d'un article ; notons seulement ici que, si l'interrogateur était libre d'employer le terme « malade » ou « maladie », la réponse du patient porterait ou ne porterait pas sur l'item concerné.

b) Item « impression de vide affectif ». Certains interrogateurs demandaient au malade s'il se sentait devenir *égoïste*, alors qu'il s'agit là d'un trait de caractère non visé par l'item et peu volontiers avoué ex abrupto ; c'est le terme d'*indifférence* qui cerne le mieux, à notre sens, cet item.

c) Item « sentiment de culpabilité ». Suivant que la question posée est « Vous faites-vous des reproches ? », « Vous sentez-vous en faute ? » ou « Vous sentez-vous coupable ? », la réponse porte sur une composante rationnelle ou sur une composante vécue.

d) Variations nycthémérales. Trop d'interrogateurs imposaient au patient un choix forcé en lui demandant « *A quel moment de la journée vous sentez-vous toujours moins bien ?* », alors que le concept sous-jacent impose la question « *Y a-t-il un moment... ?* »

e) Item « désorientation temporelle ». La question sur la *saison* a dû être remplacée par une question sur l'*époque de l'année*, les malades au bagage scolaire insuffisant se trompant de saison tout en étant bien orientés dans ce domaine.

f) Items « idées prévalentes » et « obsessions ». Dans l'espoir d'évaluer ces deux items, nous avons introduit une question sur les *idées fixes* ;

nous nous sommes rapidement rendus compte que la plupart des patients assimilaient ce symptôme à l'*obstination*.

Troisième ordre de problème : *éviter la comparaison de l'état actuel à l'état antérieur*. Il est de pratique clinique quotidienne que le malade, comme les membres de l'équipe thérapeutique, se trouve « mieux qu'hier » ou « plus mal que lors du dernier entretien ». Ce type de réponse doit, par la répétition des consignes au cours de l'entretien, être autant que possible évité pour deux raisons. La première est que l'une des règles fondamentales en psychométrie veut que l'évaluation ne soit pas comparative mais absolue, un symptôme n'étant pas « moins fort » ou « plus fort » que lors de l'évaluation précédente, mais, ici et maintenant, « absent, léger, fort, très fort ». C'est peut-être la différence entre la psychopathologie descriptive et la psychopathologie quantitative qui rend le clinicien le plus perplexe. La seconde raison est que l'une des applications les plus précieuses de la technique vidéo est sans doute celle qui consiste à coter des enregistrements à l'insu du moment du traitement où cet enregistrement a été réalisé, méthode dite *time-blind* (Bobon, 1978 d). Pareille méthode impose d'éviter certaines questions comme : « Depuis combien de temps êtes-vous ici ? », « Etes-vous déjà venu dans cette pièce ? », « M'avez-vous déjà vu ? » etc.

Quatrième problème : *respecter les règles éthiques en prévision de projections extra muros des enregistrements*. L'un des buts premiers des échelles d'évaluation étant de pouvoir comparer la nature et l'intensité des symptômes d'un Centre à l'autre, l'échange d'enregistrements entre Centres va sans doute connaître un essor important ces prochaines années. Dans cette optique, nous ne demandons plus son nom au malade et nous enregistrons son consentement d'être filmé.

Dernier problème, spécifique à la technique vidéo : *compléter l'information recueillie durant l'entretien*. En effet, le cotateur vidéo n'ayant d'autre source d'information que l'enregistrement, il est indispensable de rectifier ce biais en annexant à l'entretien, par écrit ou sur vidéo, des renseignements sur :

1° date et lieu d'enregistrement, âge du patient (*recoupement* des informations données par le patient lui-même) ;

2° *symptômes pertinents omis ou inappréciables* sur seule base de l'enregistrement (par exemple fausses reconnaissances, confabulation, mécanismes délirants, comportement social) ;

3° *antécédents* familiaux, personnels et actuels nécessaires au diagnostic, la fiche AMDP-3 étant complétée par l'indication de ce

diagnostic selon le code de la Classification Internationale des Maladies (nous recommandons de ne donner les antécédents au cotateur qu'après remplissage de la fiche sémiologique, de manière à ne pas accentuer la tendance naturelle à l'interprétation des symptômes en fonction d'un diagnostic).

La *durée moyenne* de l'entretien semi-structuré AMDP-3 a été de 28 mn. sur notre échantillon. Elle varie de 15 à 60 mn ; dans 70 % des cas, elle est inférieure à 30 mn. Nous n'avons pas comparé cette durée à celle d'entretiens AMDP libres, mais on peut émettre l'hypothèse raisonnable qu'à égalité de domaines explorés, elle est au moins égale à celle de l'entretien semi-structuré, sinon supérieure.

En *conclusion*, nous pensons avoir* atteint un compromis acceptable entre un entretien trop long (lassitude du malade, de l'interrogateur et des cotateurs vidéo) ou trop court (frustration du malade, perte d'information), trop structuré (comme la SCI) ou trop libre (comme dans le système AMDP original). La semi-structuration nous paraît un juste milieu entre un entretien trop directif et un entretien trop lâche, entre la perte d'information par réticence du malade dans le premier cas, par omission de la part de l'interrogateur dans le second cas.

Un tel entretien semi-structuré doit cependant respecter les conditions suivantes.

— *Etre accepté par le malade* : en le prévenant qu'un tel type d'examen impose l'identité des questions pour tous les malades et leur répétition à chaque entretien ; en veillant au caractère actuel des questions, à leur formulation, à leur ordonnance.

— *Etre accepté par l'interrogateur* : un interrogateur habitué à cet entretien doit se sentir libre d'en modifier la forme tout en respectant le fond ; un débutant doit se sentir sécurisé par la trame que constitue la semi-structuration de l'entretien.

— *Etre complet et comparable* : tous les items doivent être explorés ; les questions doivent être posées de manière à viser le même contenu d'item quel que soit l'interrogateur ; des symptômes omis ou inappréciables durant l'entretien doivent être signalés au cotateur vidéo dans un document annexe.

— *Etre instantané*, c'est-à-dire ne porter que sur la symptomatologie actuelle (dans le cas de l'AMDP), éviter les références à l'état antérieur et à un entretien précédent, de manière à permettre une évaluation absolue et en temps aveugle.

Entretien AMDP-3 semi-structuré

Recommandations générales.

1. L'entretien semi-structuré ne dispense pas d'une bonne connaissance du manuel et de la symptomatologie actuelle du malade interrogé.
2. L'ordre des questions et la formulation de celles qui ne sont qu'ébauchées peuvent être modifiés. Une question à laquelle le malade a répondu à l'occasion d'une autre question ne sera pas posée.
3. Un temps d'arrêt sera marqué après chaque question. En cas de réponse positive, la nature et l'intensité du symptôme seront explorées. Ne pas oublier qu'une bonne notation vidéo impose une bonne audition : questionner lentement et distinctement ; répéter ou faire répéter les réponses indistinctes.
4. Toujours ramener le malade à la sémiologie de ces derniers jours et éviter toute référence au fait qu'il s'agit d'un premier entretien ou d'un retest, de manière à permettre une évaluation vidéo en temps aveugle.
5. Eviter que le nom du malade soit prononcé durant l'entretien.

Entretien

- Je vous l'ai dit : nous sommes enregistrés (donner une raison adaptée au cas) et, dans ce genre d'examen, les questions doivent être les mêmes chaque fois et les mêmes pour tout le monde : certaines vous paraîtront donc bizarres ou inadaptées à votre cas.
- Que faisons-nous en ce moment ?
- Où sommes-nous ? (local, nature de l'établissement, ville, pays).
- Moment de la journée ? Date ? (jour, mois, année). Epoque de l'année ?
- Votre date de naissance ? En général, bonne mémoire ? Pas distrait ? N'oubliez pas d'une minute à l'autre ?
- Difficultés de concentration : lire ou suivre une conversation ?
- Impression de penser plus vite ou plus lentement que d'habitude ? Gesics aussi ?
- Pas remarqué ces jours-ci que vos idées se bloquent brusquement ?
- Au calme, le soir p. ex., pas envahi par mille pensées se bousculant à toute vitesse dans votre tête sans que vous arriviez à les chasser ni à vous arrêter à l'une d'elles ?
- Ou, au contraire, ruminez-vous tout le temps la même chose ? Quoi ? Vous gêne ?
- Impression qu'on lit dans vos pensées ? Qu'on vous prend vos pensées ? Qu'on vous impose des pensées qui ne sont pas à vous ?
- Tracassé, inquiet, anxieux, angoissé ? Des soucis ? Montagne de tout ?
- Peur ou malaise dans certaines situations, comme être seul ou, au contraire, dans un groupe de personnes, être dans le noir, dans une petite pièce sans fenêtre, dans un ascenseur ?
- angoisse ou vertige rien qu'à penser que vous êtes au bord de l'eau, sur un pont ou sur une hauteur ?
- Peur d'attraper ou d'avoir une maladie grave ?
- Vous sentez-vous malade actuellement ? Physiquement ou moralement, des nerfs ? Cause ?
- Bien ou mal dans votre peau, pas de sensations physiques anormales ?
- Y a-t-il un moment de la journée où vous vous sentez toujours moins bien ? Un mo-

- ment, au contraire, de grande forme ? Et la nuit ?
- Que faites-vous de vos journées ? Vous paraissent trop longues ou trop courtes ? Fatigue physique ou morale ? Manque de dynamisme ou, plutôt, comme si quelque chose pesait sur vous et vous empêchait d'être plus dynamique ?
- Manque de force ? Et au point de vue sexuel ? (en cas de désir sexuel augmenté : recherchez-vous des occasions ou le feriez-vous si vous pouviez ? En ambulatoire : relations sexuelles satisfaisantes ?)
- Passe-temps, hobbies ? Perdu goût au train-train quotidien ? Joie de vivre ?
- Indécis, hésitant ? Plus qu'auparavant ?
- Moral : bon ou mauvais ? Découragé, déprimé ? Pourquoi ?
- Mieux si vous étiez mort ? Idées noires ?
- Vous sentez-vous coupable ? Perdu l'estime de vous-même ?
- Diminué d'une manière ou d'une autre par rapport aux personnes de votre âge ?
- Savez-vous encore vous émouvoir pour les autres, rire et pleurer ? D'humeur changeante, passant du rire aux larmes d'une minute à l'autre ? Hypersensible, impressionnable ?
- Vous arrive-t-il d'éprouver au même moment et envers la même personne des sentiments contradictoires, comme aimer et détester ?
- Agité intérieurement ?
- Tend, irritable, grognon ? Violent ? Intérieurement, en paroles ou en gestes ?
- Plusôt tendance à rechercher ou à éviter compagnie des autres ?
- Vous sentez-vous aimé, entouré ? Vite confiance aux autres ?
- A-t-on autant fait pour vous que vous avez fait pour les autres ?
- Impression qu'on cherche à vous faire du tort, qu'on vous espionne ?
- Qu'on agit sur vos pensées, sur vos gestes ? Que vous devez lutter contre une force qui vous pousse à dire ou à faire des choses bizarres, choquantes ?
- Sentez pas le besoin de vous laver les mains plus souvent que les autres de peur de la saleté, des microbes ? Besoin de vérifier plusieurs fois la fermeture de la porte, de la lumière, des robinets (jusqu'à vous relever la nuit) ?
- Impression qu'il se passe quelque chose d'étrange en vous ou autour de vous ? (Si oui : quoi ? pourquoi ? qui ? preuves matérielles ou conviction intérieure ?)
- Avant de terminer, je voudrais vous demander si la vie a un but pour vous. Confiance dans l'avenir ? (Si sentiment d'être malade : bon espoir de guérir ?) Pas financièrement ruiné ? Projets immédiats ? Mission spéciale à remplir sur terre ?
- Quelque chose d'autre à me signaler pour que nous comprenions mieux votre cas ?

Complément d'information

(hors entretien).

1. Date et lieu de l'enregistrement.
2. Age du patient.
3. Nature et intensité des symptômes pertinents omis ou inappréciables sur la seule base de l'entretien (ex. : fausses reconnaissances, confabulation, délire, comportement social).
4. Antécédents familiaux, personnels et actuels nécessaires au diagnostic différentiel.

— *Etre conforme à l'éthique*, en cas de diffusion dans d'autres Centres : éviter que le nom du malade soit prononcé durant l'entretien, enregistrer son consentement.

Nous estimons que, sauf peut-être dans le cas d'un interrogateur entraîné à l'échelle et au manuel AMDP-3 depuis de nombreuses années, une échelle portant sur autant d'items et sur autant de concepts psychopathologiques ne peut être correctement remplie après un entretien libre. Un entretien semi-structuré nous paraît donc souhaitable lors de toute passation de l'AMDP-3, impératif même dans les cas d'essai psychopharmacologique (où le cotateur ne sera pas nécessairement toujours le même pour les différentes cotations d'un même malade) et d'enregistrement vidéo (où l'information enregistrée est la seule dont disposent les cotateurs).

*
* *

Remerciements. — Nous tenons à exprimer ici notre vive gratitude aux organismes et personnes qui nous ont permis d'équiper et d'animer les studios de TVCF de Liège : la Fédération Nationale des Anciens Prisonniers de Guerre (FNAPG) et son Président Raoul Nachez, le Fonds National de la Recherche Scientifique Médicale (FRSM), la MBLE-Philips et les laboratoires Organon, ainsi que les techniciens L. Audrit puis C. Lejeune, les collaborateurs senior et junior du Service, sans oublier les malades qui ont subi nos essais et erreurs durant quatre ans.

RESUME

Les auteurs exposent comment les études préliminaires à l'adaptation française de l'échelle psychopathologique AMDP-3 les ont amenés, malgré leur réticence initiale, à élaborer un entretien semi-structuré ad hoc.

Dans le but d'étudier la fidélité intercotateurs des items AMDP, les entretiens libres destinés à la cotation de cette échelle ont été enregistrés sur vidéo-cassettes, puis cotés et discutés en groupe. Il est rapidement apparu qu'un tel type d'entretien est inadapté à une évaluation exhaustive et systématique, comme celle qu'impose le système AMDP. Lorsque la formulation des questions est laissée à l'initiative de chaque interrogateur, l'information recueillie est incomplète et varie d'un interrogateur à l'autre, sinon d'un entretien à l'autre pour un même interrogateur, ce qui est particulièrement invalidant en cas de cotation vidéo.

L'entretien semi-structuré proposé ici est basé sur 140 enregistrements de malades non psychiatriques, de déprimés et de psychotiques. La formulation des questions est rarement impérative, souvent suggérée ; l'ordre des questions peut être modifié d'après les habitudes de l'interrogateur et la pathologie du malade. Ont été évitées des questions trop dépendantes de l'environnement (ambulatoire ou hospitalier) ou susceptibles de dévoiler s'il s'agit d'un premier

entretien ou d'un retest (de manière à permettre une *cotation en temps aveugle* ou *time-blind* sur vidéo). La durée moyenne de l'entretien est de 28 mn, soit moins de 30 mn dans 70 % des cas, pour une échelle de 126 items.

SAMENVATTING

Een, aan de psychopathologische AMDP-3 schaal, aangepast en gedeeltelijk gestructureerd onderhoudsschema.

De auteurs melden hoe zij, niettegenstaande hun aanvankelijke terughoudendheid, ertoe gekomen zijn een geeigend, gedeeltelijk gestructureerd onderhoudsschema te bedenken en dit ter gelegenheid van het omzetten in het frans van de psychopathologische AMDP-3 schaal.

Op band en met video-cassette werden de gegevens opgenomen van verschillende testopnamen, voorgelegd zonder voorafgaande afspraken. Dit materiaal werd gecodeerd en in groepsverband besproken. Het was zonder meer duidelijk dat het onmogelijk is op die wijze systematisch onbetwistbare gegevens te bekomen, wat nochtans voor de geloofwaardigheid van de proeve noodzakelijk is. Wanneer iedere testafnemer zich vrij mag onderhouden, dan zijn de antwoorden onvolledig en verschillend zowel van de ene ondervrager tot de andere, soms zelfs voor eenzelfde ondervrager, wat in de video bijzonder opvallend was.

Het gedeeltelijk gestructureerde, voorgestelde onderhoudsschema, werd opgesteld uitgaande van 140 video opnamen: met niet psychiatrisch gestoorde zieken, met gedeprimeerden en psychoselijders. Vormelijk zijn de vragen zelden dwingend, liever suggestief gesteld. De openvolging van de vragen kan wisselend zijn, naar de inzichten van de testafnemer en de ziektekenen van de proefpersoon. De vragen die teveel milieu betrokken waren (ambulant of hospitaal midden) of die gemakkelijk zouden verraden dat de proeve voor de eerste of een volgende maal werd afgenomen (wat op de video een *time blind* mogelijk maakt), werden vermeden. De gemiddelde duur van het onderhoud was 28 minuten, in 70 % van de gevallen minder dan 30 minuten, voor de hele schaal met 126 items.

ZUSAMMENFASSUNG

An die AMDP-3 Psychopathologie Skala und Zeit-blind Videoauswertung angepasstes standardisiertes Interview.

Für die Anpassung der deutschen AMDP Psychopathologie Skala auf französisch und die Analyse der Interrater-Reliabilität wurden AMDP Interviews auf Video aufgenommen und zurückgespielt. Es wurde schnell deutlich, dass derartige Interviews unvereinbar sind mit einer verständlichen und reliablen Einschätzung der Psychopathologie: die gesammelten Informationen sind unvollständig und wechseln von einem Interviewer zum anderen und selbst von einem Interview zum anderen, durchgeführt von demselben Interviewer, was besonders hemmend für Video-Ratings von Psychopharmaka ist. Das vorliegende halb-strukturierte Interview basiert sich auf 140 Videoaufnahmen von Depressiven, Psychotikern und nicht-psychiatrischen Patienten.

Die Formulierung der Fragen ist selten imperativ: ihre zeitliche Folge nur vorgeschlagen und kann von dem Interviewer entsprechend seinem Stil oder der Pathologie des Patienten geändert werden.

Eine zeit-blind Einschätzung des Interviews wird möglich durch Vermeidung der Fragen, die eine Orts- oder Zeitbestimmung zulassen. Die Durchschnittsdauer eines Interviews beträgt 28 Minuten (in 70 % der Fälle dauert das Interview weniger als 30 Minuten) für 126 Items.

RIASSUNTO

Un colloquio psicopatologico semi strutturato, adattato alla scala AMDP-3.

Gli autori illustrano come gli studi preliminari sull'adattamento francese della scala psicopatologica AMDP-3 gli abbiano condotti e malgrado la loro iniziale reticenza, ad elaborare un colloquio semi-strutturato « ad hoc ».

Allo scopo di studiare la fedeltà degli interquotatori degli items AMDP, sono stati registrati su delle videocassette i colloqui liberi destinati alla quotazione di tale scala e successivamente quotati e discussi in gruppo. E' emerso rapidamente che una simile modalità di colloquio non è adatta ad una sistematica e completa valutazione quale quella richiesta dal sistema AMDP. Allorquando la formulazione delle domande è lasciata alla libera iniziativa del singolo, l'informazione raccolta risulta incompleta e varia dall'uno all'altro testista, quando non da un colloquio all'altro dello stesso intervistatore, il che risulta particolarmente nullificante nel caso di quotazione video.

Il colloquio semi strutturato, qui proposto, è formulato sulla base di 140 registrazioni di pazienti non psichiatrici, di depressi e di psicotici. La formulazione delle domande raramente è imperativa, spesso è suggerita; la successione delle domande può venir modificata a seconda delle abitudini dell'interrogante e della patologia del paziente. Sono state evitate delle domande troppo dipendenti dell'ambiente (ambulatoriale ed ospedaliero) o in grado di svelare se si tratti di un primo colloquio o di una ripetizione (allo scopo di permettere una valutazione in tempi ciechi o « time-blind » sullo schermo video). La durata media dell'intervista è di 28 minuti, vale a dire meno di 30 minuti nel 70 % dei casi, per una scala di 126 items.

RESUMEN

Una entrevista semi-estructurada adaptada a la escala AMDP-3.

Los autores exponen como los estudios preliminares a la adaptación francesa de la escala psicopatologica AMDP-3 los han conducido a la elaboración de una entrevista semi-estructurada conveniente.

Con el fin de estudiar la fidelidad de los items AMDP, las entrevistas libres de esta escala han sido enregistradas sobre video y después anotados y discutidos en grupo. Según parece un tal tipo de entrevista es inadapado a una evaluación exhaustiva y sistematica necesitada por el sistema AMDP. Cuando se deja a la iniciativa de cada examinador la formación de las preguntas, la información es incompleta y varia de un examinador al otro, a veces de una entrevista a la otra para un mismo examinador.

La entrevista semi-estructurada propuesta aquí las basada sobre 140 enregistramientos de enfermos no psiquiátricos, de deprimidos y de psicóticos. La formulación de las preguntas es, raras veces, imperativa, la mayoría de las veces sugerida. Se puede cambiar al orden de las preguntas según las costumbres del examinador y la patología del enfermo. Se evita las preguntas demasiado dependientes del ambiente o susceptibles de indicar si se trata o no de una primera entrevista (para permitir una anotación en « time-blind » con video). La duración media de la entrevista es de 28 min., sea menos de 30 min. en 70 % de los casos para una escala de 126 ítems.

BIBLIOGRAPHIE

- ARGYLE M. *Social interaction*. London, Methuen, 1969.
- BOBON D.P. Conceptual and semantic problems raised by the French translation of the AMP Psychopathology Scale. In : Radouco-Thygas C. et al. *Proceedings of the Xth CINP Congress*. London, Pergamon Press, 1978a, pp. 1583-1588.
- BOBON D.P. *Le manuel A.M.D.P.* Liège, Presses Universitaires de Liège, 1978b.
- BOBON D.P. Comparaison du système AMDP à d'autres dossiers psychiatriques standardisés et échelles multifactorielles d'évaluation de la psychopathologie. *Acta psychiat. belg.*, 1978c, 78, 559-572.
- BOBON D.P. Time-blind evaluation of psychopathology in drug research. *Acta psychiat. belg.*, 1978d, 78, 635-645.
- BOBON D.P., DICK P., DUFOUR H., FANIELLE J., HEIMANN H., HUBER J.P., LUCCIONI H., MIREL J., MOMBOUR W., MORMONT C., PIREE S., PRINGUEY D. L'échelle A.M.P. : un pas vers l'intégration européenne en psychopathologie quantitative. In : Warot P. *CE 75^e Congrès Psychiatrie Neurologie langue française*. Paris, Masson, 1978, pp. 370-377.
- BRENGELMANN J.C. Wert und Grenzen von Persönlichkeitstests in der Neurose und Psychotherapie. In : Frankl V.E. et al. *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie I*. München, Urban und Schwarzenberg, 1959, pp. 462-482.
- BURDOCK E.I., HARDESTY A.S. *Structured clinical interview manual*. New York, Springer Publ. Co., 1969.
- CHAPPLE E.D. The measurement of interpersonal behavior. *Trans. N.Y. Acad. Sci.*, 1942, 4, 222-223.
- CHAPPLE E.D. The interaction chronograph : its evolution and present application. *Personnel*, 1949, 25, 295-307.
- CHAPPLE E.D. The standard experimental (stress) interview as used in interaction chronograph investigations. *Human Org.*, 1953, 12, 23-31.
- DINOFF M., CLARK C.G., REITMAN L.M., SMITH R.E. The feasibility of video-tape interviewing. *Psychol. Rep.*, 1969, 25, 239-242.
- DINOFF M., NEWMARK C., BARNHART S., HOLM A., STERN S., SAUNDERS T.R. Reliability of video-tape interviewing. *Psychol. Rep.*, 1970a, 27, 275-278.
- DINOFF M., STENMARK D.E., SMITH R.E. Comparison of video-tape and face-to-face interviewing. *Psychol. Rep.*, 1970b, 27, 53-54.
- EKMAN P., FRIESEN W.V., ELLSWORTH P. *Emotion in the human face*. New York, Pergamon Press, 1972.
- GRANT E.C. An ethological description of non-verbal behaviour during interviews. *Brit. J. med. Psychol.*, 1968, 41, 177-184.
- GRANT E.C. Human facial expression. *Man*, 1969, 4, 525-547.
- KATZ M.M., ITIL T. Video methodology in research in psychopathology and psychopharmacology : rationale and application. *Arch. gen. Psychiat.*, 1974, 31, 204-210.
- LAVER J., HUTCHESON S. *Communication in face to face interaction*. Middelsex, Penguin, 1972.
- LITTLE J.C., McCLELLAND H.A., KERR T.A. Videotape technique in assessing antidepressants. *Brit. J. clin. Pharmacol.*, 1977, 4, suppl. 2, 227-232.
- McMURRY R.N. Validating the patterned interview. *Personnel*, 1947, 23, 263-272.
- MATARAZZO J.D. Prescribed behavior therapy : suggestions from interview research. In : Bachrach A.J. *Experimental foundations of clinical psychology*. New York, Basic Books, 1962, pp. 471-509.

- MATARAZZO R.G., MATARAZZO J.D., SASLOW G., PHILLIPS J.S. Psychological test and organismic correlates of interview interaction patterns. *J. abnorm. soc. Psychol.*, 1958, 56, 329-338.
- MATARAZZO J.D., WIENS A.N., JACKSON R.H., MANAUGH T.S. Interviewee speech behavior under different content conditions. *J. appl. Psychol.*, 1970, 54, 15-26.
- NEWMARK C.S., DINOFF M., RAFT D. The standardized video-tape interview as an objective dependant variable in psychotropic drug research. *J. nerv. ment. Dis.*, 1974, 158, 18-24.
- PHILLIPS J.S., MATARAZZO R.G., MATARAZZO J.D., SASLOW G., KANFER F.H. Relationships between descriptive content and interaction behavior in interviews. *J. cons. Psychol.*, 1961, 25, 260-266.
- PICHOT P., DREYFUS J.F., DREYFUS M., GUELFY J., SOMOGYI M., SEMELIN J. Rating of an auto questionnaire presented on-line by a computer to psychiatric patients. In : Bertelli A. et al. *Evaluation of new drugs in clinical psychopharmacology*. Barcelona, J.R. Prous, 1977, pp. 121-125.
- SAGHIR M.T. A comparison of some aspects of structured and unstructured psychiatric interviews. *Amer. J. Psychiat.*, 1971, 128, 180-184.
- SPITZER R.L., COHEN J., FLEISS J.L., ENDICOTT J. Quantification of agreement in psychiatric diagnosis. A new approach. *Arch. gen. Psychiat.*, 1967, 17, 83-87.
- WATERS T.J. Further comparison of video tape and face-to-face interviewing. *Percep. mot. Skills*, 1975, 41, 743-746.
- WING J.K., BIRLEY J.L., COOPER J.E., GRAHAM P., ISAACS A.D. Reliability of a procedure for measuring and classifying « present psychiatric state ». *Brit. J. Psychiat.*, 1967, 113, 499-515.

Daniel P. BOBON
Clinique psychiatrique universitaire
Rue St-Laurent 58
B-4000 Liège (Belgique)

Imprimé
en Belgique

DES PRESSES DES PUBLICATIONS ACTA MEDICA BELGICA
Dir. Ch. SCHROEF, av. E. de Beco 75 - B-1050 Bruxelles (Belgique) - T. (02) 648.21.10