

Soumission de textes à la revue de modification du comportement

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

Chaque auteur est prié de joindre à son article un résumé (en français et en anglais) d'environ cent (100) mots.

En outre, il est recommandé de suggérer un choix de termes-clés (en soulignant ces mots dans le résumé anglais), afin de faciliter la confection d'un répertoire, la revue se trouvant répertoriée dans **psychological abstracts**, de même que dans le **bulletin signalétique**, et apparaissant dans le listing du **standard periodical directory**.

Les textes soumis pour fins de publication doivent parvenir à:

Georgette Goupil, Ph.D.

Co-directrice de la revue

de modification du comportement

A.S.M.C.:

5555, 15^e Avenue

Montréal, Qué.

H1X 2T9

Comité de lecture

Archambault, Jean

Commission des écoles catholiques de Montréal

Beausoleil, Raymond

Commission scol. de Val d'Or

Boisvert, Jean-Marie

Hôpital Louis-H. Lafontaine

Boudreau, Léonce

Université de Moncton

Bourque, Paul

Université de Moncton

Forget, Jacques

Behaviora

Gaudette, Gilles

Hôpital Louis-H. Lafontaine

Gauthier, Janel

Université Laval

Giroux, Normand

Inst. Nazareth et Ls-Braille

Ladouceur, Robert

Université Laval

Leroux, Gilbert

Ecole Peter Hall

Loranger, Michel

Université Laval

Marchand, André

Hôpital Louis-H. Lafontaine

Marineau, Normand

Hôpital Louis-H. Lafontaine

Martin-Laval, Henri

Polyvalente Lucien Pagé

Maurice, Paul

UQAM

Otis, Rodrigue

Université de Sherbrooke

Richard, Marc-André

Hôpital Louis-H. Lafontaine

Trudel, Gilles

UQAM et Hôpital Louis-H. Lafontaine

Vitaro, Frank

UQAT



REVUE DE MODIFICATION DU COMPORTEMENT

SOMMAIRE

- Analyse comportementale de l'agoraphobie en entrevue
Gilles GAUDETTE
Georgette GOUPIL
Jean-Michel BÉRARD
- L'apprentissage d'un répertoire langagier et la recherche expérimentale-longitudinale: l'apprentissage de l'imitation de la parole par un enfant non verbal
Arthur STAATS
Karl A. MINKE
Paul BAN
- Validation sociale: Considérations théoriques et pratiques
Jean VÉZINA
Robert LADOUCEUR
- L'exposition par immersion (flooding) et l'entraînement aux habiletés et débrouillardise (coping) pour modifier la peur des soins dentaires
Janel GAUTHIER
France SAVARD
Jean-Pierre HALLÉ
Laurent DUFOUR

REVUE DE MODIFICATION DU COMPORTEMENT

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

Directeurs: Georgette Goupil Ph.D. et Raymond Beausoleil Ph.D.

A.S.M.C.
5555, 15e Avenue,
Montréal, Qué.
H1X 2T9

**Responsable de la
rubrique
"Critique de livres":** Jacques Forget D.Ps.
6955, boul. Taschereau
Suite 211

Brossard, Qué.
J4Z 1A7

**Conseil
d'administration
de l'association
scientifique
pour la modification
du comportement
A.S.M.C.**

Président:	Pierre Baron
Présidente élue:	Madeleine Beaudry
Président sortant:	Raymond Beausoleil
Secrétaire:	Jocelyne Kéroack
Trésorier:	Raymond Ouellet
Coordonnatrice des activités régionales et des groupes d'intérêt:	Brigitte Grondin-Bordeleau
Représentant (Montréal):	Gilles Gaudette
Représentant (Québec):	Robert Lachance
Représentant (Moncton):	Paul Bourque
Représentant (Rimouski):	Simon Papillon
Représentante (Outaouais québécois et ontarien):	Carole Poirier
Représentant (Sherbrooke):	Gaétan Langlois
BRAS:	Manon Théoret

Port de retour garanti par A.S.M.C., 5555, 15e Avenue, Montréal, Qué., H1X 2T9, 729-9949
Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec et Bibliothèque nationale du Canada
ISSN 0383-056X.

Les éditeurs n'assument pas obligatoirement toutes les opinions exprimées par les auteurs des textes publiés.
Courrier de 2e classe, enregistrement N° 6100

SOMMAIRE

- Analyse comportementale de l'agoraphobie en entrevue
Gilles GAUDETTE 41
Georgette GOUPIL
Jean-Michel BÉRARD
- L'apprentissage d'un répertoire langagier et la recherche expérimentale-longitudinale: l'apprentissage de l'imitation de la parole par un enfant non verbal
Arthur STAATS 51
Karl A. MINKE
Paul BAN
- Validation sociale:
Considérations théoriques et pratiques
Jean VÉZINA 66
Robert LADOUCEUR
- L'exposition par immersion (flooding) et l'entraînement aux habiletés et débrouillardise (coping) pour modifier la peur des soins dentaires
Janel GAUTHIER 77
France SAVARD
Jean-Pierre HALLÉ
Laurent DUFOUR

Inscription à l'A.S.M.C. et abonnement à la revue de modification du comportement

NOM: _____ PRÉNOM: _____
 ADRESSE: _____
 Ville: _____ Province: _____
 Code postal: _____
 TÉLÉPHONE - Domicile: _____ Bureau: _____
 ORGANISME ET SECTEUR DE TRAVAIL: _____
 FONCTION / PROFESSION: _____
 (Si étudiante) indiquer discipline et établissement: _____

Cochez, s'il s'agit d'une réinscription

— Inscription et abonnement, 1 an: 1984-1985: 40,00 \$ _____ \$
 Etudiant: 30,00 \$ _____ \$
 Inscription et abonnement, 2 ans: 1984-85: _____ \$
 et 1985-86: 80,00 \$ _____ \$

— Contribution volontaire (déductible d'impôt) _____ \$
 — Anciens numéros de la revue _____ \$

Vol. _____ N° _____ à \$ _____ \$
 Vol. _____ N° _____ à \$ _____ \$
 TOTAL (montant inclus) _____ \$

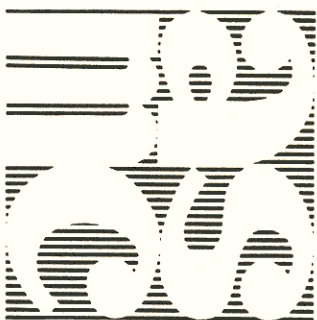
* Le membership se termine le 30 avril.
 Les inscriptions et abonnements en provenance de pays autres que le Canada ou les
 Etats-Unis, devront être payés par traite bancaire internationale émise en dollars
 canadiens.

Faites parvenir votre chèque ou mandat, à l'ordre de l'A.S.M.C. à l'adresse suivante:
 A.S.M.C., 5555 - 15e avenue, Montréal, Qué. H1X 2T9

Abonnement pour les établissements

L'abonnement annuel à la revue est de 50,00\$ pour les éta-
 blissements. Ceux-ci sont priés de faire parvenir leur com-
 mande à:

Mme Jocelyne Kéroack, secrétaire
 A.S.M.C.
 5555, 15e avenue
 Montréal, Qué.
 H1X 2T9



REVUE DE MODIFICATION DU COMPORTEMENT

LISTE DES NUMÉROS DISPONIBLES¹

Volume 1 N°: 1	Volume 2 N°: 1	Volume 3 N°: 1
Volume 1 N°: 2	Volume 2 N°: 2	Volume 3 N°: 2
Volume 1 N°: 3	Volume 1 N°: 3	Volume 3 N°: 3
Volume 1 N°: 4		Volume 3 N°: 4

1,00 \$ l'unité

Volume 5 N°: 1	Volume 6 N°: 2	Volume 7 N°: 1
Volume 5 N°: 2	Volume 6 N°: 4	Volume 7 N°: 2
Volume 5 N°: 4		Volume 7 N°: 3 et 4
Volume 8 N°: 1	Volume 9 N°: 1	
Volume 8 N°: 2		
Volume 8 N°: 3		
Volume 8 N°: 4		

2,00 \$ l'unité

Volume 9 N°: 2 et 3	Volume 10 N°: 1	Volume 11 N°: 1
Volume 9 N°: 4	Volume 10 N°: 2	Volume 11 N°: 2
	Volume 10 N°: 3	Volume 11 N°: 3
	Volume 10 N°: 4	Volume 11 N°: 4
Volume 12 N°: 1	Volume 13 N°: 1	
Volume 12 N°: 2	Volume 13 N°: 2	
Volume 12 N°: 3	Volume 13 N°: 3 et 4	
Volume 12 N°: 4	Volume 14 N°: 1	4,00 \$ l'unité

1. Les gens intéressés à se procurer des numéros doivent rejoindre le secrétariat. Pour plus de renseignements sur le contenu de ces numéros, on peut consulter l'index des auteurs des dix premiers volumes (voir Vol. 10, N° 4, 225-230), lequel se trouve maintenant complété par l'index 1981 des auteurs (voir Vol. 11, N° 4, 231-232), l'index 1982 des auteurs (voir Vol. 12, N° 4, 259-260) et l'index 1983 des auteurs (voir Vol. 13, N° 3 et 4, 157)

Analyse comportementale de l'agoraphobie en entrevue

GILLES GAUDETTE¹
Hôpital Louis-H. Lafontaine

GEORGETTE GOUPL JEAN-MICHEL BÉRARD
Université du Québec à Montréal Université du Québec à Montréal

**Bureaux ou organismes
dispensant des services professionnels
et utilisant
l'approche behavioriste ou
comportementaliste notamment**



**Institut de psychologie
pour le développement
du comportement inc. (I.P.D.C.)**
1851 est, Sherbrooke, Suite 504
montréal, québec H2K 4L5
téléphone: 522-7347

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

- Consultation aux institutions et en milieu scolaire.
- Thérapies individuelles et de couple:
 - problèmes sexuels,
 - dépression,
 - phobies,
 - et autres...
- Programme spécial en groupes pour pro-
blème d'obésité.
 - Clément Patenaude
 - Francesco Maruca
 - Marcelle Farahan
 - Jean Archambault
 - Normand Leblanc
 - Sylvie Gladu-Bissonnette
 - Georges Ouellet
 - Lynda Dionne

**Centre de consultation
psychologique et éducationnelle**

CCPE

1497, boul. St-Joseph Est
Montréal, (Qué.) H2J 1M6
(514) 522-3195

Une personne sur 160 est aux prises avec un problème d'agoraphobie. Cet article présente un canevas d'entrevue destiné à aider le thérapeute à préciser un tel diagnostic. En première partie, les auteurs décrivent la nature de l'agoraphobie et résument sommairement les méthodes utilisées dans le diagnostic des phobies. À partir des principes énoncés par Kanter et Saslow (1969) et des caractéristiques propres à l'agoraphobie, les auteurs élaborent un cadre détaillé d'entrevue destiné à cerner les différents aspects liés à cette phobie souvent très complexe. À cet instrument, s'ajoute le canevas pour une entrevue avec une personne proche du client.

Dans la population, une personne sur 160 est aux prises avec un problème d'agoraphobie. De 50 à 60% des clients qui se présentent en clinique pour traitement de phobies consultent pour ce motif (Agras et Jacob, 1981). Selon Agras *et al.* (in Goldstein, 1980) plus d'un million et quart d'américains présentent un tel profil comportemental.

Cet article soumet un canevas d'entrevue élaboré à partir de diverses expériences cliniques. Cet outil est destiné à aider le thérapeute à préciser un diagnostic d'agoraphobie.

Toutefois, avant d'exposer ce canevas, les auteurs décrivent ce qu'est l'agoraphobie, sa nature et les méthodes utilisées généralement dans l'évaluation des phobies.

La nature de l'agoraphobie

Marks (1979) décrit l'agoraphobie comme:

"... La peur de sortir dans les endroits publics comme les rues et les magasins ou de voyager dans divers véhicules. D'une part, certaines personnes présentent simplement une légère phobie des transports ou une peur des espaces clos sans autres problèmes; d'autre part, certains malades peuvent souffrir non seulement d'agoraphobie et d'autres phobies mais également d'anxiété flottante, de dépression et d'autres difficultés" (p. 67).

Marchand *et al.* (1983) définissent ainsi cette phobie:

"La meilleure façon de définir l'agoraphobie semble être actuellement la suivante: une peur d'être loin d'un endroit ou d'une personne qui procurent une sécurité psychologique. Cet endroit est d'ordinaire le domicile de la personne mais peut aussi être l'auto, le lieu de travail, etc. La personne sécurisante est d'ordinaire le conjoint, un parent ou un ami à qui l'agoraphobe a révélé son

1. Les demandes de tiré à part doivent être envoyées à Gilles Gaudette, hôpital Louis-H. Lafontaine, 7401, rue Hochelaga, Montréal, P.Q. H1N 3M5

problème. Les situations anxiogènes entraînent chez l'agoraphobe des réactions physiologiques (palpitations cardiaques, étourdissements, tension ou faiblesse musculaire, transpiration, difficultés respiratoires, nausées, incontinence, etc.) qui peuvent mener à la panique, des réactions cognitives (sentiments d'étrangeté, peur de perdre le contrôle, de devenir fou, d'être humilié publiquement, de s'évanouir ou de mourir, etc.) et des réactions comportementales (fuite des situations anxiogènes et évitement de tout endroit qui leur apparaît éloigné de la personne ou du lieu sécurisant).

Goldstein (voir Agras *et al.* 1980) divise cette phobie en deux types: l'agoraphobie complexe et l'agoraphobie simple. Selon cet auteur, l'agoraphobie complexe se caractérise par des lacunes dans les habiletés sociales, par une anxiété marquée et des conflits inter-personnels. Les clients auraient des difficultés à cerner les causes réelles de leurs problèmes émotifs et surtout, ils auraient "peur d'avoir peur". L'agoraphobie simple se caractérise surtout par la peur de fréquenter les endroits publics. Selon Goldstein, cette forme d'agoraphobie peut être liée à des troubles physiologiques (hormonaux, par exemple), ou à d'autres problèmes tels de mauvaises expériences avec la drogue. Là encore, on observe cette "peur d'avoir peur".

Les causes de l'agoraphobie

Pouvant être liée à des troubles de la personnalité, l'agoraphobie a de multiples modes d'acquisition: apprentissage par conditionnement classique, comme dans le cas de victimes de hold-up ou apprentissage par observation. Les personnes entourant la personne agoraphobe dans certains cas contribueront à maintenir en place cette phobie par leurs réactions. Tel serait le cas, par exemple, d'une adolescente qui, renforcée par les réactions de surprotection de sa mère, resterait chez elle.

Si les modes d'acquisition et d'apprentissage peuvent être multiples, il n'est cependant pas toujours simple de les mettre en évidence. Ainsi Matthews, Gelder et Johnson (1981) précisent:

"En général, il est difficile de connaître avec précision ce qui a déclenché cette réaction la première fois. Quelquefois, elle survient après une maladie physique ou une grossesse alors que la résistance physique est diminuée; à d'autres occasions, elle suit un choc émotionnel, elle peut aussi survenir après une période de tension prolongée due à d'autres raisons".

Les réactions de panique se consolident par l'évitement ou encore par l'échappement des situations anxiogènes. Plusieurs agoraphobes s'abstiennent de fréquenter les endroits qui pourraient déclencher la peur: centre commercial, cinéma, file d'attente, etc. Ils en viennent ainsi à restreindre leurs sorties ou leur confrontation à des situations précises telles le métro ou les déplacements loin de leur domicile. Dans toutes ces situations, plusieurs craindront leurs propres réactions de perte de contrôle ou de panique. Cliniquement, on observe même chez certains clients la peur de rester seul chez soi.

Néanmoins, pour faire face à ces situations, les agoraphobes développeront diverses stratégies. Ainsi, plusieurs d'entre eux iront dans les endroits publics à condition d'être accompagnés par une autre personne. Celle-ci devient graduellement un compagnon privilégié sans lequel, désormais, les sorties ne semblent plus possibles.

Certains clients feront usage à ces occasions de médicaments: plusieurs d'entre eux auront d'ailleurs développé une dépendance quotidienne à ces substances. D'autres continueront à fréquenter les restaurants mais s'assureront d'être assis près de la porte ou encore planifieront, par crainte de se sentir mal, leurs déplacements en fonction de la proximité des hôpitaux. Cet évitement ou cet échappement peut aussi s'élaborer au niveau des stratégies cognitives.

Avant d'entreprendre le traitement de la phobie, le thérapeute doit préciser son diagnostic. Plusieurs méthodes s'offrent alors à lui. Résumant les différentes méthodes utilisées, Agras et Jacob (1981) classent en cinq catégories principales les moyens utilisés généralement dans le diagnostic des phobies. D'abord, les échelles de personnalité telles l'*inventaire de personnalité de Eysenck*; suivent les listes de vérification telles le *FSS (fear survey schedule)* puis, en entrevue, les évaluations des phobies par le client et le thérapeute. La quatrième catégorie est représentée par les mesures physiologiques telles les mesures du rythme cardiaque ou de la réponse électrodermale. Enfin, une dernière catégorie comprend les mesures directes du comportement par observation en situation réelle.

L'évaluation du problème par le client et le thérapeute se réalise en grande partie souvent à l'aide de l'entrevue. Toutefois, afin de bien cerner le problème, cette entrevue ne doit négliger aucun des aspects de la situation. Ainsi, Kanfer et Saslow (1969) proposent une gamme complète de caractéristiques que doit comporter un diagnostic béhavioral. Entre autres, si le client présente des symptômes complexes, le thérapeute se doit de considérer tous les événements d'ordre biologique, social ou économique qui peuvent influencer la situation. Une attention toute particulière doit alors être portée aux interactions sociales à cause de leur rôle stratégique dans le maintien des conduites inadaptées.

Il est également important de connaître l'histoire du client, les limites et les normes sociales de son groupe d'appartenance. Ces données sont essentielles dans la planification du traitement. Il convient aussi d'établir un ordre hiérarchique des différents problèmes.

A partir des grands principes énoncés par Kanfer et Saslow (1969) et des caractéristiques de l'agoraphobie, les auteurs ont préparé le canevas d'entrevue qui suit. Généralement, ce canevas est utilisé avec le client à l'occasion de deux entrevues différentes. Cette démarche est, si possible, complétée par une entrevue avec une personne proche du client (ami, conjoint, parent, etc.).

Après avoir précisé les buts de l'évaluation, assuré sa confidentialité et analysé, avec le client, les motifs qui l'ont amené à consulter, le thérapeute aborde les éléments suivants:

1 La nature des problèmes d'agoraphobie

A. Dans quelles situations le client a-t-il peur? Le thérapeute vérifie alors si le client a peur lorsqu'il est seul ou accompagné et, dans ce cas, par combien de personnes. Il l'interroge également au sujet des lieux où ses réactions de panique se produisent: chez lui, dans la rue, au restaurant, dans un centre commercial, au cinéma, à la banque, dans le métro, dans l'autobus ou en auto. Si le client a peur en auto, le thérapeute vérifie s'il est au volant ou s'il l'accompagne un conducteur. Il vérifie si ces réactions de panique se produisent aussi intensivement le jour, le soir, à la ville ou à la campagne.

B. Dans quelles circonstances le client se sent-il en sécurité ou a-t-il moins peur?

C. A quelle distance de divers lieux ou personnes sécurisantes le client commence-t-il à se sentir mal à l'aise?

II Les réactions du client en situation de peur

A. Comment le client en situation de peur se comporte-t-il: approche-t-il malgré tout la situation, ou l'évite-t-il? A-t-il développé des comportements particuliers destinés à le sécuriser?

B. Quelles sont les principales réactions physiologiques ressenties ou appréhendées dans ces situations?

C. Quelles sont les principales réactions cognitives qui surviennent durant ces situations anxieuses?

III L'historique du problème

A. Quelles sont les premières manifestations d'agoraphobie retenues par le client? A quel âge? Quelle a été l'évolution de ce problème? Il faut alors vérifier si l'apprentissage a été réalisé par conditionnement classique, opérant ou "vicariant". Le client a-t-il appris à imiter certains comportements de peur? Il faut également noter, s'il y a lieu, le rôle de l'évitement et de l'échappement dans l'historique du problème et évaluer l'ampleur du gradient de généralisation des divers stimuli et réponses.

B. Le client a-t-il connu ou connaît-il des personnes qui présentent des problèmes similaires? A quel point cela l'a-t-il influencé? Fréquente-t-il ces personnes actuellement? Si oui, à quel rythme?

IV L'analyse du contrôle de soi

A. Dans quelles situations, dans quelles circonstances ou avec quelles personnes le client réussit-il à contrôler ses peurs?

B. A quels éléments le client attribue-t-il ses difficultés d'agoraphobie? Lorsqu'il se contrôle, croit-il devoir ses réussites à sa volonté, aux personnes proches ou encore à certains comportements spécifiques (tels la prise de médicaments)?

V L'analyse du réseau social

A. Quelles sont les personnes qui ont de l'influence sur le client et quelles sont celles qu'il apprécie?

B. Quelles sont les possibilités pour le client d'entrer en contact avec les autres personnes? Son niveau d'habiletés sociales semble-t-il relié à ses problèmes d'agoraphobie?

C. Parmi ces personnes, quelles sont celles qui sont au courant des problèmes d'agoraphobie? Comment chacune de ces personnes réagit-elle lorsque le client a peur? Il faut alors tenter de préciser ces réactions en termes de renforcement positif, de renforcement négatif, de punition ou d'extinction.

D. Advenant la disparition de l'agoraphobie chez le client, comment chacune de ces personnes réagira-t-elle? Le thérapeute doit alors essayer de cerner d'éventuelles réactions de possession, de jalousie ou de surprotection, s'il y a lieu.

E. Quelle est, parmi ces personnes, celle que le thérapeute peut rencontrer pour compléter son évaluation?

F. La personne vit-elle une liaison stable avec une autre (mariage, union libre, etc.)? Comment évalue-t-elle son degré de satisfaction dans cette relation? Quels en sont les points positifs et négatifs? Semble-t-il y avoir des conflits, de la jalousie ou de la possession abusive d'un partenaire envers l'autre? Si la personne ne vit pas de relation stable avec une autre, que pense-t-elle de cette situation? En est-elle satisfaite?

G. Quelles sont les attentes de la personne vis-à-vis des gens qui sont importants pour elle? Quelles sont les attentes de ces personnes envers le client?

VI Analyse du milieu socio-culturel

A. Quelles sont les caractéristiques du milieu socio-culturel de la personne? Ces caractéristiques sont-elles en accord avec les activités ou les aspirations du client? (Par exemple, les orientations d'un adolescent sont-elles en accord avec celles de sa famille?)

B. La personne a-t-elle récemment changé de milieu socio-culturel à l'occasion, par exemple, d'un nouvel emploi ou d'un déménagement? Quel en fut l'impact?

C. Certains facteurs socio-culturels peuvent-ils influencer le programme thérapeutique?

D. Le milieu socio-culturel du client accepte-t-il le traitement psychologique?

VII Données d'ordre médical, physique ou touchant la toxicomanie

A. Quelles sont les maladies dont souffre le client actuellement? Quelles sont celles pour lesquelles il a été traité ou hospitalisé? Le thérapeute doit alors noter si le client est atteint ou a déjà été atteint, par exemple, des problèmes suivants: de vision, d'audition, de cœur, d'endocrinologie, d'hypoglycémie, de diabète, de circulation, de respiration, de neurologie, de migraines, de céphalées, etc. Il faut également expliquer au client que ses problèmes d'agoraphobie ne sont pas nécessairement dus à ses problèmes physiques. Toutefois, le développement de l'agoraphobie peut s'intensifier lorsque les clients apprennent à craindre l'apparition possible de symptômes associés déjà à des troubles physiologiques.

B. Quels sont les médicaments consommés actuellement? Semble-t-il y avoir une dépendance psychologique à ces médicaments?

C. Le client souffre-t-il d'insomnie? Combien de temps prend-il, en moyenne, pour s'endormir? Se réveille-t-il la nuit? Si oui, combien de temps s'écoule-t-il avant qu'il ne se rendorme? Se sent-il fatigué au cours de la journée?

D. Le client a-t-il déjà ou est-il actuellement dépendant de l'alcool? Y a-t-il un lien entre cette consommation et certaines réactions liées à l'agoraphobie? Par exemple, le client prend-il une ou plusieurs consommations avant d'effectuer une sortie à l'extérieur? Arrive-t-il à mieux vaincre ses craintes lorsqu'il est en état d'ébriété?

E. Quelle est sa consommation quotidienne d'excitants c'est-à-dire, de thé, de café ou de boissons gazeuses contenant de la caféine.

F. S'il y a lieu, faire l'historique de la consommation de drogues et relier celle-ci, si nécessaire, avec les problèmes d'agoraphobie.

VIII Autres problèmes

A. Le client aimerait-il modifier d'autres situations problématiques que celles reliées à l'agoraphobie?

B. Le client est-il dépressif? A-t-il vécu des événements particulièrement pénibles dernièrement? Pleure-t-il à la moindre contrariété? A-t-il des idées de suicide? A-t-il perdu du poids ou l'appétit?

C. Comment le client semble-t-il s'affirmer face aux autres? A-t-il des problèmes d'affirmation de soi? Il faut ici tenter de cerner tout autre problème psychologique important.

IX Analyse de la motivation du client face à la résolution des problèmes d'agoraphobie

A. Advenant la résolution des problèmes d'agoraphobie, quelles sont les nouvelles activités souhaitées par le client? Qu'aimerait-il faire dans ses loisirs, ses activités sociales ou familiales, ses déplacements, ses voyages, les activités nécessaires (magasinage, visites chez le médecin, etc.), ses activités professionnelles...?

B. Y a-t-il des bénéfices secondaires reliés à l'agoraphobie? Quelle en est l'importance?

C. Parmi les personnes proches du client, y en a-t-il qui verraient des avantages ou des inconvénients associés à la résolution du problème d'agoraphobie?

D. Quelles sont les attentes du client envers une thérapie?

Les données obtenues en entrevue avec le client sont généralement complétées par l'administration de divers questionnaires: *fear survey schedule (FSS)*, *l'inventaire sur la dépression de Beck*, des questionnaires sur les diverses situations anxieuses, etc. Si possible, cette évaluation du client peut être complétée par une entrevue avec un partenaire (i.e. une personne très proche du client). Cette entrevue a pour but de vérifier les données obtenues précédemment et de faire ressortir d'autres aspects liés aux manifestations d'agoraphobie. Une présentation des grandes lignes de cette entrevue fait l'objet de la prochaine section.

I Nature du problème selon le partenaire

A. Dans un premier temps, le thérapeute demande au partenaire de préciser les situations où le client éprouve des craintes ou des réactions de panique. Il lui demande quand et comment le problème est apparu. Il l'interroge sur l'évolution du problème et lui fait préciser les facteurs particuliers associés à l'apparition de l'agoraphobie (maladie physique, décès, grossesse, etc.).

B. Le thérapeute demande ensuite au partenaire, comment, en général, le client réagit en situation de peur (approche, évitement, etc.)? Quelles sont les réactions physiologiques qui apparaissent? Que ressent le client selon son témoignage au partenaire?

C. Dans quelles circonstances le client semble-t-il ressentir ses peurs? Quelles méthodes utilise-t-il alors?

D. Quelles sont les personnes connues du partenaire qui présentent ou ont déjà manifesté des problèmes similaires dans l'environnement du client?

II Analyse du réseau social

A. Quelles sont, selon le partenaire, les personnes qui ont de l'influence sur le client? Quelle est la nature de cette influence (motivation, surprotection, etc.)?

B. Ces personnes sont-elles au courant du problème d'agoraphobie? Quelles sont leurs réactions?

C. Quelles sont les principales réactions du partenaire au problème d'agoraphobie?

D. Si le client vit une liaison stable (mariage, union libre, etc.), comment le partenaire évalue-t-il le degré de satisfaction du client en regard de cette relation? Y a-t-il des conflits, des sentiments de jalousie, de possessivité?

E. Si le partenaire rencontré est aussi la personne qui vit une liaison stable avec le client agoraphobe, comment évalue-t-il son propre degré de satisfaction dans cette relation?

III Données d'ordre médical, physique ou touchant à la toxicomanie

Le thérapeute vérifie ici les principales données médicales relevées lors de l'évaluation avec le client. Il tente de cerner le lien que le partenaire perçoit entre les maladies et l'agoraphobie. S'il y a lieu, il vérifie la consommation de médicaments, d'alcool, de drogues ou d'excitants. La dépendance du client en regard de ces différentes substances est également abordée. Il note enfin les liens possibles entre cette consommation et l'agoraphobie.

IV Perception de la motivation du client face à la résolution des problèmes d'agoraphobie

A. Quels sont les avantages et les inconvénients occasionnés par les problèmes d'agoraphobie pour le client ou pour le partenaire?

B. Quels sont les changements qu'entraînerait la résolution du problème d'agoraphobie pour le client ou le partenaire?

C. La résolution de ce problème aurait-elle des répercussions auprès d'autres personnes?

V Autres problèmes

Le thérapeute vérifie si le client vit d'autres difficultés importantes: dépression, lacunes dans le champ de l'affirmation de soi, conflit d'ordre familial, etc. Il essaie également de dégager les perceptions et les réactions du partenaire face à ces différentes situations problématiques.

Les données obtenues lors de l'entrevue avec le partenaire peuvent également être complétées à l'aide d'autres mesures. Ainsi, il est possible d'utiliser des échelles évaluant les perceptions du partenaire face aux réactions anxieuses du client à diverses situations. Si le partenaire vit une relation de couple avec le client, le thérapeute peut également utiliser une échelle de satisfaction conjugale.

L'agoraphobie étant souvent un problème relativement complexe, ce n'est qu'à travers l'analyse de toutes les données recueillies que le thérapeute en arrive à préciser son diagnostic. Ainsi, il est possible d'élaborer un plan de traitement réellement adapté à la situation personnelle du client.

REFERENCES

- Agras, W.S., Sylvester, O. et Oliveau, O. The epidemiology of common fears and phobias, in A.J. Goldstein (Ed.), *Comprehensive psychiatry*, 1980.
- Agras, W.S. et Jacob R. Phobia: nature and measurement, in M. Mavissakalian and Barlow, (Eds.), *Phobia: psychological and pharmacological treatment*. New York: Guilford, 1981.
- Chambless, D.L. et Goldstein, A.J., Agoraphobia, in A.J. Goldstein, and E.B. Foa (Eds.), *Handbook of behavioral interventions: a clinical guide*. New York: Wiley, 1980.
- Chambless, D.L. et Goldstein, A.J. *Agoraphobia: multiple perspectives on theory and treatment*. New York: Wiley, 1982.
- Kanfer, F.H. et Saslow, G. Behavioral diagnosis, in C.M. Franks (Ed.), *Behavior therapy: appraisal and status*. New York: Mc Graw-Hill, 1969.
- Marchand, A., Boisvert, J.M., Beaudry, M., Gaudette, G. et Bérard, J.M. *Le traitement de l'agoraphobie en groupe: perspectives intéressantes*. Conférence présentée dans le cadre du quatorzième congrès de l'ASMC à Moncton, 1983.
- Marks, I.M. *Vivre avec son anxiété*. Montréal: La Presse, 1978.
- Mathews, A.M., Gelder, M.G. et Johnston, D.W. *Agoraphobia: nature and treatment*. New York: Guilford, 1981.

ENGLISH ABSTRACT

One person out of 160 has a problem of agoraphobia. This article presents an interview outline designed to help the therapist diagnose the phobia. In the first part, the authors describe the nature of agoraphobia and summarize the methods used to diagnose the phobias. Based on the principles enunciated by Kanfer and Saslow (1969) and the characteristics of agoraphobia, the authors have written up a detailed outline of an interview intended to identify the various aspects of this often very complex phobia. In addition to this instrument, there is also an interview outline with a close acquaintance of the client.

Présidents successifs du congrès de l'assoc. scientifique pour la modif. du comport.

1970-71	Un comité exécutif groupant: Léonce BOUDREAU Louis MALENFANT Etienne THERIAULT	Léonce BOUDREAU Gilles TRUDEL et Jean-Marie BOISVERT	Moncton Montréal	1970 1971
1971-72	Jacques CÔTE	Jacques CÔTE	Québec	1972
1972-73	Michel BOULARD	Jean-Marie BOISVERT et Gilles TRUDEL	Montréal	1973
1973-74	Gilles TRUDEL	Léonard GOGUEN	Moncton	1974
1974-75	Gilles TRUDEL	Jacques CÔTE	Québec	1975
1975-76	Léonce BOUDREAU	Luc GRANGER	Montréal	1976
1976-77	Léonard GOGUEN	Maurice HARVEY	Sherbrooke	1977
1977-78	Léonard GOGUEN	Clarence JEFFREY	Moncton	1978
1978-79	Rodrigue OTIS	Raymond BEAUSOLEIL	Rouyn	1979
1979-80	Raymond BEAUSOLEIL	André SOULIERES	Montréal	1980
1980-81	Henri MARTIN-LAVAL	Simon PAPILLON	Rimouski	1981
1981-82	Jean ARCHAMBAULT	Sarto ROY	St-Georges	1982
1982-83	Jinette MARCIL-DENAULT	Paul BOURQUE	Moncton	1983
1983-84	Raymond BEAUSOLEIL	Janel GAUTHIER	Québec	1984
1984-85	Pierre BARON	Gilbert LEROUX	Montréal	1985
	Membres à vie	Meilleurs articles		
1980	Léonce BOUDREAU	Jean-Marie BOISVERT		1979
1981	Gilles TRUDEL	Gilles TRUDEL		1980
1982	Maurice HARVEY	Paul BOURQUE		1981
1983	Jean-Marie BOISVERT	William RODRIGUE		1982
1984	Jinette MARCIL-DENAULT	Raymond BEAUSOLEIL		1983

la revue canadienne de la

DÉFICIENCE MENTALE

Quelles sont les dernières nouveautés en matière de services destinés aux personnes handicapées? Vers quoi se dirige le mouvement en faveur des personnes handicapées mentalement? En quoi ces changements touchent-ils les individus qui vivent avec un handicap? Vous trouverez la réponse à ces questions et à de nombreuses autres en lisant les articles pertinents et instructifs qui sont publiés dans la revue DÉFICIENCE MENTALE qui paraît tous les trois mois en français et en anglais.

Un grand nombre de sujets y sont traités par des experts de renommée nationale et internationale dont, entre autres, certaines approches innovatrices à l'égard des ressources destinées aux familles ou encore face à l'éducation, à l'emploi, au logement et aux loisirs. La revue contient aussi des dossiers qui abordent les problèmes se rapportant aux législations, les activités de parrainage et de défense des droits, les questions d'ordre éthique et les changements apportés au niveau politique. Les articles les plus étonnants, toutefois, sont ceux qui décrivent des expériences personnelles, qu'il s'agisse de victoires ou de défaites.

La revue DÉFICIENCE MENTALE est publiée par l'Institut canadien pour la déficience mentale et ses lecteurs, qui sont au nombre de 12000 (éditions française et anglaise combinées), comprennent des personnes handicapées, des parents de personnes handicapées, des bénévoles, des professionnels et des étudiants. Ailleurs dans le monde, la revue est envoyée à des associations de parents, à des bibliothèques universitaires ainsi qu'à des organismes professionnels.

La philosophie qui sous-tend la revue se fonde sur le principe de la normalisation et sur son principal corollaire, l'intégration sociale des personnes handicapées, selon lesquels les personnes présentant un handicap mental sont d'abord et avant tout des **personnes** et souhaitant contribuer activement à la vie de leur collectivité.

Soyez du nombre de ceux qui se fient à la revue DÉFICIENCE MENTALE pour les tenir à la fine pointe des réalisations dans le domaine. Pour ce faire, vous n'avez qu'à remplir le formulaire ci-dessous et à le retourner avec votre paiement à l'adresse indiquée.

DÉFICIENCE MENTALE
Kinsmen N/M/R Building, York University Campus
4700 Keele Street, Downsview, Ontario M3J 1P3

1 an — 10,00\$ au Canada / 12,00\$ à l'étranger
2 ans — 18,00\$ au Canada / 20,00\$ à l'étranger

Nom _____

Adresse _____

J'inclus un chèque de _____ \$ payable à l'ordre de l'Association canadienne pour les déficients mentaux.

LA TECHNOLOGIE DU COMPORTEMENT

ÉDITEURS

RODRIGUE OTIS, D.Ps., FACULTE D'ÉDUCATION, UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
SHERBROOKE, QUÉBEC

JACQUES FORGET, D.Ps., BEHAVIORA, BROSSARD, QUÉBEC

COMITÉ DE RÉDACTION ET DE LECTURE

G. Apfeldorfer, France; L. Boudreau, Nouveau-Brunswick; P. Cappelliez, Alberta; M. Comeau-Charbonneau, Québec; R. Côté, Québec; J. Cottraux, France; O. Fontaine, Belgique; T. Galkowski, Pologne; D. J. de L. Horne, Australie; G. V. Kroetsch, Ontario; M. Kwee, Néerlande; R. Ladouceur, Québec; A. Leduc, U.S.A.; G. Lelord, France; M. Lindemann, Bundesrepublik Deutschland; G. Magerotte, Belgique; M. A. Matos, Brésil; A. Méard, Québec; R. Montambault, Québec; I. Paic, Belgique; N. Raposo, Portugal; P. H. Ruel, Québec; J. J. Sanchez-Sosa, Mexico; C. Simolin, France; J. Tardif, Québec; A. Wener, Québec.
DIRECTEUR ADMINISTRATIF: JOHN TOPP, M.Ps.

OBJECTIFS

LA TECHNOLOGIE DU COMPORTEMENT est une revue consacrée à la publication d'articles basés sur les principes de l'analyse expérimentale du comportement. Elle s'intéresse au développement d'une conception technologique de l'analyse et de la modification du comportement humain. Cette technologie s'élabore à partir des théories du conditionnement, répondant, opérant, de l'apprentissage social et de l'information-processing. L'objet des articles se situe au plan d'une analyse descriptive, d'une prédiction ou d'un contrôle du comportement. La méthodologie est explicite de telle sorte qu'il est possible de reproduire la démarche proposée par l'auteur. Les domaines d'intérêt incluent les milieux clinique, familial, institutionnel, médical, industriel et éducationnel. Des textes théoriques, fondamentaux et des recensions d'écrits sont publiés dans la mesure où l'auteur fait ressortir les aspects technologiques. Tous les articles sont publiés en français et sont précédés d'un résumé. Ce résumé est traduit en anglais, espagnol, allemand et à partir de 1982 transcrit en Braille (français et anglais).

AIMS AND SCOPE

LA TECHNOLOGIE DU COMPORTEMENT is a bi-annual journal which publishes articles on the principles of applied behavior analysis. The aims of the journal are to promote the technical and methodological aspects of behavior analysis and modification. This technology is based on findings in operant and respondent conditioning, social learning, and information processing theory. Areas of interest include clinical, family, institutional, organizational and educational settings as well as behavioral medicine. Articles are published in french and are preceded by short summaries. All articles are followed by english, spanish and german abstracts and by french and english Braille transcripts.

RESUMEN EN ESPAÑOL

DEUTSCHEN ZUSAMMENFASSUNG

ABONNEMENT

LA TECHNOLOGIE DU COMPORTEMENT est une revue bi-annuelle publiée au printemps et à l'automne de chaque année. Le coût annuel est de 40,00 \$ canadiens pour les institutions, de 20,00 \$ pour les individus et de 12,00 \$ pour les étudiants. Pour les abonnements à l'extérieur du Canada et des États-Unis, les frais de port sont de 5,00 \$. Les volumes déjà parus sont disponibles aux prix courants.

COPIE GRATUITE SUR DEMANDE
ISSN 0705-2707

édition *behavior*

6955, boul. Taschereau, suite 211, Brossard, Québec, Canada J4Z 1A7

L'apprentissage d'un répertoire langagier et la recherche expérimentale-longitudinale: l'apprentissage de l'imitation de la parole par un enfant non verbal

ARTHUR W. STAATS, KARL A. MINKE

et PAUL BAN
Université d'Hawaï¹

Cet article décrit l'entraînement d'un enfant de 3 ans 10 mois qui a des déficits de parole sévères. L'entraînement a pour but de lui apprendre à imiter les phonèmes. Les examinateurs notent chaque essai d'apprentissage. La méthode expérimentale - longitudinale utilisée dans cette recherche a permis de décrire le processus d'apprentissage. L'enfant a appris à imiter les phonèmes; de plus, une accélération de l'apprentissage se manifeste. La méthodologie utilisée semble applicable à d'autres domaines de même qu'à des problèmes cliniques. L'étude démontre que l'utilisation de la théorie béhavioriste sociale et des connaissances linguistiques offertes par l'approche néo-psycholinguistique sont efficaces.

Cette recherche fait partie d'une étude à long terme du langage dans le cadre du béhaviorisme social. Selon cette théorie, l'acquisition du langage nécessite l'acquisition de plusieurs répertoires verbo-cognitifs (Staats, 1968, 1975a). Aucun de ces répertoires ne constitue en soi le langage; cependant, la combinaison de l'ensemble des répertoires inter-reliés de façon fonctionnelle compose le langage. L'apprentissage en cause est complexe et requiert beaucoup de temps; il est, du moins en partie, organisé de façon cumulative et hiérarchisée.

Ainsi, par exemple, au niveau du langage réceptif, l'enfant doit apprendre des réponses motrices (réponses instrumentales) à des stimuli verbaux. Il s'agit de l'apprentissage des unités verbales-motrices. L'enfant doit apprendre un grand nombre de ces unités; il doit, par exemple, répondre avec les gestes moteurs appropriés à un grand nombre de verbes. Ce répertoire verbal-moteur est une composante importante de la compréhension (comme l'habileté à suivre des consignes), il joue un rôle important dans l'adaptation et l'apprentissage de l'enfant de même que dans ses interactions avec les autres. Au niveau du langage productif, l'enfant doit, par exemple, apprendre un répertoire d'imitation des phonèmes. Une fois acquis, ce répertoire permet à l'enfant d'acquiescer un vaste répertoire d'étiquettes qui lui permet de nommer et de décrire un grand nombre d'objets et d'événements physiques et sociaux de l'univers. La progression de l'apprentissage du répertoire d'étiquettes est un exemple de la nature cumulative et hiérarchisée de l'apprentissage humain complexe au cours duquel un répertoire sert de base à l'acquisition d'un autre répertoire. Le jeune enfant apprend les étiquettes sur la base de son répertoire d'imitation des phonèmes. La présente étude porte sur ce dernier répertoire.

1. Aimée Leduc a traduit ce texte. Il s'agit d'un document inédit qui décrit une recherche expérimentale-longitudinale, une méthode proposée par Staats pour étudier les comportements humains complexes. Pour tirer à part, communiquer avec Aimée Leduc, sciences de l'éducation, Université Laval, Québec 10, Qué.

Il faut noter que, pour le chercheur, l'étude de l'apprentissage de répertoires langagiers complexes pose des problèmes inhabituels. Si l'apprentissage requiert une longue période de temps et un très grand nombre d'essais, les études à court terme de groupes d'enfants ne suffisent pas. Un échantillon systématique du langage de l'enfant au cours d'une longue période de temps peut refléter son développement. Cependant, ce type de recherche, bien qu'il soit productif, ne permet pas d'observer le processus d'acquisition de ces répertoires. C'est aussi le cas des études longitudinales sur l'acquisition du langage s'il n'y a pas, dans de telles études, des observations détaillées sur les conditions d'apprentissage en cause. Si le langage est appris, il n'est possible d'identifier les principes impliqués qu'en isolant les conditions d'apprentissage spécifiques et leur influence sur le développement du langage pendant une période de temps suffisamment longue pour permettre d'obtenir des échantillons représentatifs du développement du langage.

La méthode expérimentale-longitudinale (Staats, 1968a; Staats, Brewer et Gross, 1970) permet d'étudier l'apprentissage dans le contexte d'un développement cognitif et verbal complexe. Cette méthode repose sur l'analyse du développement du langage en termes de principes d'apprentissage et sur le développement de procédés qui permettent d'entraîner, de façon explicite, l'enfant au répertoire langagier étudié. Dans ce type de recherche, l'examinateur note chacun des stimuli, chacune des réponses de l'enfant et chacun des renforçateurs. Non seulement l'examinateur observe-t-il le développement du langage de l'enfant, mais il le produit aussi grâce à des procédés d'entraînement. Ce qui peut s'effectuer à l'aide de réponses langagières variées qui, au début, sont absentes des répertoires fondamentaux de comportements de l'enfant. En notant tous les éléments du processus d'apprentissage, il devient possible de retracer ce processus et la forme d'apprentissage réalisée. C'est le type de recherche utilisé dans la présente étude. Le sujet n'avait pas encore acquis un répertoire d'imitation phonémique. L'étude a pour objectif de l'entraîner à ce répertoire et, en même temps, d'étudier le processus d'apprentissage.

MÉTHODE

Sujet

Le sujet de l'étude est une fille de 3 ans 10 mois présentant une division palatine réparée. Le résident en pathologie de la parole de l'hôpital Kauikeolani à Honolulu en Hawaï a référé l'enfant au projet. Les parents et le pédatre de l'enfant rapportent qu'elle n'a pas acquis de parole ou de langage fonctionnels. Ceci serait, en partie, attribuable au fait que le palais de l'enfant n'a été réparé que lorsqu'elle avait environ trois ans.

Les observations du résident en pathologie de la parole indiquent que, même si l'intervention chirurgicale semble réussir, il faut que le répertoire verbal de l'enfant soit développé avant de conclure à la réussite. Il rapporte qu'au cours de l'entrevue initiale, l'enfant n'a ni babillé, ni soupilé, ni grogné; les sons émis n'étaient que des pleurs. Il rapporte aussi que l'enfant communique surtout gestuellement. Quatre mois plus tard, l'observation de l'enfant à l'école et à la maison révèle que sa parole est extrêmement limitée. En effet, elle ne produit que quelques mots d'une syllabe. De plus, son articulation est très pauvre. L'enfant communique par gestes et surtout en présence de sa mère.

L'enfant est référée au projet parce que le personnel de l'hôpital considère qu'elle ne réalise que trop peu de progrès dans l'acquisition de répertoires langagiers. Il croit que les procédés d'entraînement de groupe sont au-delà de sa portée. Elle a besoin d'un entraînement plus individualisé. Par ailleurs, comme l'enfant accuse également

d'autres types de déficits au domaine par exemple des habiletés sociales et interpersonnelles, elle continue, tout au cours de l'étude, à suivre le programme de l'hôpital, à raison de quatre séances de deux heures et demie chacune par semaine.

Instruments

• Appareil et matériel

L'appareil utilisé dans l'étude a été conçu par le premier auteur (Staats, 1968b) pour étudier l'apprentissage et la modification du comportement de l'enfant; la figure 1 présente cet appareil. L'enfant s'assoit en face de l'appareil de manière à ce que le sujet et l'examinateur aient facilement accès au matériel et à l'appareil. Quand ce dernier est dans la bonne position, l'enfant se retrouve en face d'une partition verticale de l'appareil au centre de laquelle il y a une chute aboutissant à un petit contenant rectangulaire. La chute permet à l'expérimentateur d'y déposer un jeton (v.g. une bille) échangeable pour un renforçateur (v.g. un bibelot, un raisin sec ou un petit bonbon); le jeton tombe de la chute au contenant. En haut, à droite de la partition, une petite ouverture permet au sujet de déposer le jeton afin de recevoir le renforçateur ou la récompense. À la droite du sujet, une autre partition supporte quatre cylindres de plexiglas de grandeurs différentes; des jouets de valeurs différentes peuvent être accrochés au-dessus de chaque cylindre. L'appareil permet à l'expérimentateur d'utiliser un système d'économie de jetons afin de maintenir, à un niveau élevé, la qualité et la quantité de comportement chez l'enfant.

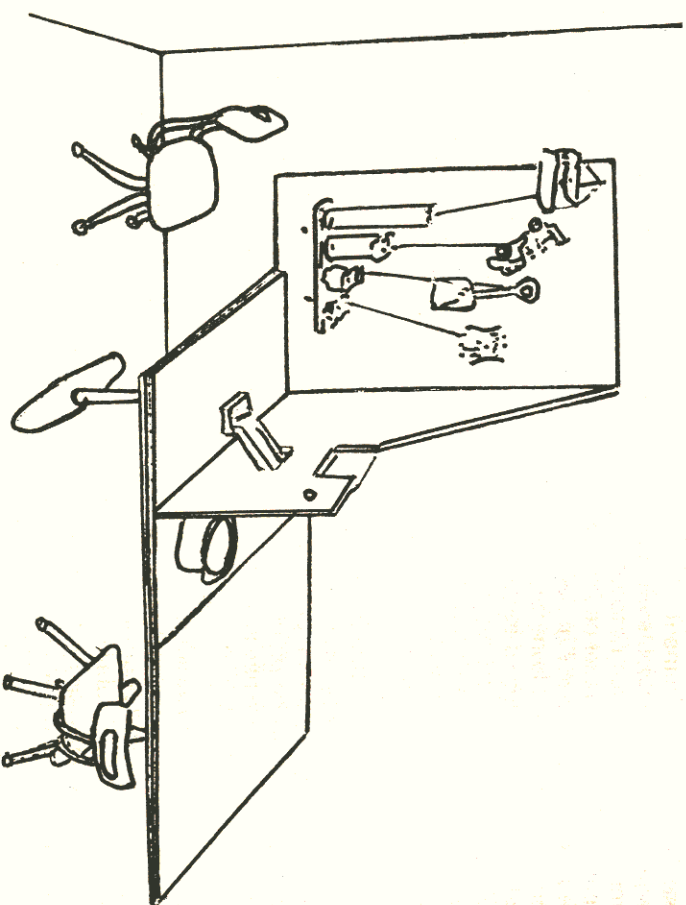


Fig. 1 - L'appareil d'apprentissage pour enfant (tiré de Staats, 1968b).

Le matériel d'entraînement pour le développement d'un répertoire phonémique fonctionnel comprend 30 items déjà utilisés dans une série d'études sur le développement de la lecture (Staats, Finley, Minke et Wolf, 1964; Staats, Minke, Finley,

Wolf et Brooks, 1964). Dans cette liste d'items, les voyelles et les diphtongues sont présentées une à la fois alors que les consonnes sont présentées par le truchement de mots. Ces items représentent en principe les phonèmes de la langue anglaise. Le tableau 1 présente la liste des 30 items selon l'ordre de présentation au sujet tel que suivi par l'expérimentateur.

TABLEAU 1

Les voyelles, les diphtongues et les mots utilisés pour l'entraînement phonémique

1. [ɛɪ]	7. [ɛ]	13. [ɪʀk]	19. [peɪtʃ]	25. [fəŋ]
2. [i]	8. [pɛt]	14. [tɔp]	20. [ʀ]	26. [ðɛŋ]
3. [ɔʊ]	9. [ʃiʊ]	15. [hɔm]	21. [mɔtʃ]	27. [ðɪŋk]
4. [zʊ]	10. [ʊ]	16. [ɔɪ]	22. [rɔʃ]	28. [jʊ]
5. [ɪʊ]	11. [ɪ]	17. [reɪs]	23. [lɔmp]	29. [ʃʊnɪk]
6. [vɔɪ]	12. [dɔl]	18. [ɔv]	24. [ʃʊr]	30. [ɔ]

• Système de renforcateurs

Le renforcateur est toujours une bille venant de la chute de l'appareil. L'approbation verbale accompagne habituellement ce renforcateur. Au début de l'étude, l'enfant échange la bille pour de petits morceaux de nourriture (par exemple: des céréales, des raisins secs ou des bonbons). Quand un essai est renforcé, l'expérimentateur insère un jeton dans la chute. Lorsque l'enfant met ce jeton dans la petite ouverture circulaire, il reçoit un renforcateur par la chute. Cependant, quand un essai n'est pas renforcé (c'est-à-dire lorsque l'enfant ne répond pas), l'expérimentateur fait une pause (retardant la possibilité de recevoir d'autres renforcateurs) de trois à cinq secondes. Pendant cette période, l'expérimentateur détourne son regard de l'enfant et fait semblant d'écrire dans son calepin.

A la séance 21, l'enfant commence à se servir du plus petit des quatre cylindres pour y déposer ses billes. Quand le sujet arrive dans la salle expérimentale, l'expérimentateur l'invite à s'approcher d'une table sur laquelle se retrouvent des jouets d'une valeur de 15 à 25 cents. L'enfant peut choisir environ cinq jouets avant de s'asseoir en face de l'appareil. Une fois assise, l'expérimentateur choisit l'un des jouets au hasard et le place sur un crochet qui est au-dessus du cylindre. Quand l'enfant reçoit une bille pour une réponse d'imitation, l'expérimentateur lui montre le cylindre et lui demande d'y déposer sa bille. Pour cette séance, la petite ouverture circulaire a été fermée afin de permettre au nouveau système de renforcateur d'exercer un contrôle suffisant sur le comportement de l'enfant. Quand le cylindre est plein, l'expérimentateur dit: "Regarde, c'est plein. Maintenant tu peux prendre le jouet". Il applaudit et il félicite l'enfant pendant qu'elle prend son jouet sur le crochet (puisqu'il faut un nombre variable de jetons pour remplir le cylindre - de six à dix billes - il s'agit alors d'un programme de renforcement à proportion variable). Pour faciliter l'utilisation du cylindre, l'enfant reçoit le jouet quand elle y a placé trois ou quatre billes. Au cours des quelques séances suivantes, il y a augmentation graduelle du nombre de billes jusqu'au remplissage complet du cylindre.

Après la séance 21 où le cylindre constitue le seul endroit pour y déposer les billes, l'expérimentateur dégage à nouveau la petite ouverture circulaire. Il aide l'enfant à placer les billes dans le cylindre jusqu'à ce qu'elle gagne un jouet puis il l'aide à pla-

cer les trois ou quatre billes suivantes dans l'ouverture lui permettant ainsi de recevoir aussitôt un renforcateur. Il procède ainsi pendant quatre séances. A la séance 26, il dit à l'enfant qu'elle a le choix de placer ses billes dans l'un des deux endroits; elle peut alors déposer ses billes dans le cylindre et recevoir un jouet ou les déposer dans l'ouverture et recevoir, à chaque fois, un morceau de nourriture. C'est alors l'enfant qui décide du type de renforcateur qu'elle veut recevoir. L'expérimentateur procède ainsi jusqu'à la fin de l'étude en rappelant ce choix à l'enfant, au début de chaque séance.

• Démarches

Il devait y avoir trois séances de 15 minutes par semaine; cependant, pour diverses raisons, ce programme a parfois été modifié. Un essai étant une présentation d'un seul stimulus, le nombre d'essais pouvait varier d'une séance à l'autre.

Le premier jour, l'expérimentateur accompagne l'enfant pour la conduire à la salle expérimentale. Il lui dit: "Regarde, il y a ici une bille. Apporte-la vers la boîte magique (l'appareil); tu vas voir ce qu'elle va faire." Il donne une bille à l'enfant et la conduit à l'appareil. Il lui dit alors: "Mets la bille dans le trou". Comme la consigne ne déclenche pas le comportement de l'enfant, l'expérimentateur l'aide à mettre la bille dans l'ouverture circulaire. Aussitôt que la bille est déposée, il renforce l'enfant en lui donnant plusieurs morceaux de nourriture. Environ 10 à 15 secondes plus tard, l'expérimentateur ajoute: "Maintenant, nous allons les mettre dans un sac que tu apporteras chez toi quand tu partiras."

Après cette initiation à l'appareil, l'expérimentateur propose le premier essai d'imitation. Il dit à l'enfant: "Maintenant, nous allons faire un jeu. Tu répètes ce que je dis. Dis — (v.g. (i))." L'expérimentateur renforce immédiatement l'enfant pour toute réponse d'imitation; plus tard, il exige une meilleure imitation. De plus, quand l'enfant fait des progrès dans l'imitation d'un son, il cesse de dire "Dis —", il ne présente que le son à imiter. Cependant, quand l'expérimentateur présente un nouveau son, il dit à nouveau "Dis —". Enfin, au cours d'une séance donnée, il propose des essais sur les sons déjà appris afin (a) de réviser les sons déjà acquis pour les maintenir à un niveau élevé de qualité, (b) de réduire le caractère aversif de l'apprentissage d'un son nouveau en offrant un renforcement rapide pour une performance qui demande moins d'effort et (c) de prévenir une détérioration de la performance en augmentant la proportion d'essais renforcés par rapport aux essais non renforcés.

• Ces principes s'appliquent à des répertoires langagiers variés (voir Staats, 1968a, 1971; Staats, Brewer et Gross, 1970).

Ce procédé a pour but d'augmenter graduellement les standards de performance conduisant au renforcateur et d'introduire progressivement la tâche afin qu'elle n'apparaisse pas trop difficile au départ. Ainsi par exemple, quand le stimulus est un mot entier, la plupart du temps monosyllabique, l'expérimentateur remarque que l'enfant n'arrive pas à l'imiter, elle émet soit le son initial, soit le son final. Quand il lui dit, par exemple: "Dis (hom)", elle dit soit (ho), soit (m). Quand ceci se produit, l'expérimentateur entraîne l'enfant à imiter chacun des éléments jusqu'à ce qu'ils soient bien appris (c'est-à-dire qu'ils soient imités rapidement et clairement). Quand les éléments sont acquis, l'expérimentateur présente à l'enfant une série d'essais rapides tantôt sur le son initial, tantôt sur le son final. Il présente ensuite le mot entier. Une étude antérieure réalisée auprès de jeunes enfants normaux démontre qu'ils peuvent apprendre des mots complexes en combinant les syllabes dans un ordre sériel (Staats et Mike, *in mimeo*).

Dans un cas (celui du mot (vain)), l'enfant continue à utiliser un phonème incorrect pour la consonne initiale (/v/). Comme des essais répétés ne permettent pas

de renforcer des approximations de la réponse correcte, l'expérimentateur recourt à un procédé spécial. Il renforce l'imitation d'expressions faciales variées (par exemple: ouvrir la bouche, tirer la langue, etc.), de même que mordre sa lèvre inférieure. Quand l'imitation de l'expression faciale s'avère fiable, l'entraînement se concentre sur la morsure de la lèvre inférieure et sur la vocalisation qui l'accompagne. L'expérimentateur entraîne ensuite l'enfant à distinguer l'imitation du /v/ de celle des phonèmes /m/ et du /n/ qu'elle confond avec le /v/. Quand l'enfant a réussi à imiter le /v/ de façon précise et constante, l'expérimentateur réintroduit le mot (vain) et l'entraînement se poursuit normalement.

Certaines difficultés ont également été remarquées pour entraîner l'enfant à imiter le phonème terminal du mot (peidiz). L'expérimentateur entraîne alors l'enfant à imiter un mot avec ce phonème en position initiale jusqu'à sa maîtrise puis il reprend l'entraînement du premier mot.

Le tableau 2 présente les huit catégories qui permettent la notation des réponses. L'expérimentateur utilise ce système de catégories pour noter les résultats et pour déterminer si la réponse doit être renforcée. Au début, une réponse d'une qualité donnée équivaut à une bonne performance et est renforcée. Plus tard, quand l'enfant a fait des progrès, la même réponse peut par contre équivoir à une piètre performance. Ainsi par exemple, si l'enfant donne trois fois consécutives des réponses de la catégorie 6 qui sont à chaque fois renforcées et si elle donne ensuite une réponse de la catégorie 5, cette dernière n'est pas renforcée. L'expérimentateur utilise ces catégories pour renforcer graduellement des approximations plus précises d'un son particulier.

TABLEAU 2
Les catégories de réponses

Catégorie	Description
1	Le sujet ne donne pas de réponse d'imitation.
2	Le sujet donne une réponse d'imitation incorrecte. La réponse peut n'avoir aucune ressemblance avec la réponse requise ou elle peut être correcte mais pas pour le stimulus présenté.
3	La réponse est une approximation très grossière. L'examinateur peut identifier la présence de l'un des phonèmes appropriés ou la réponse à une certaine ressemblance avec le son / mot présenté.
4	La réponse est une approximation grossière. L'examinateur peut identifier la présence d'au moins deux des phonèmes appropriés; cependant, ils sont dans un ordre incorrect.
5	La réponse est une approximation qui ressemble davantage au stimulus. Bien que les phonèmes soient dans un ordre incorrect, ils sont clairement audibles.
6	La réponse est une meilleure approximation. Le sujet donne une réponse d'imitation dans laquelle au moins une composante complète consonne - voyelle (ou une composante voyelle - consonne appropriée) est présente.
7	La réponse est une très bonne approximation. Tous les éléments sont présents dans l'ordre correct; cependant, la réponse est qualitativement pauvre et elle manque de naturel.
8	La réponse est une imitation correcte.

Note: Bien que les voyelles seules et les diphtongues n'aient qu'un seul élément, elles ont été notées avec le système de catégories décrit ci-haut. Les approximations grossières sont classées dans les catégories 3 et 4 et les approximations plus précises n'impliquant habituellement que des problèmes de durée sont placées dans les catégories 6 et 7.

RÉSULTATS

Le critère de maîtrise de l'apprentissage d'un son est fixé à dix réponses consécutives, pas nécessairement contiguës et classées dans la catégorie 8. A la fin de la

séance 621, les 30 sons ont atteint ce critère; le temps total de l'entraînement fut de 15 heures et 30 minutes. Au cours de cette période de temps, il y eut 2098 réponses vocales. Il y eut des sons vocaliques et des mots entiers (voir tableau 1). La complexité de ces deux catégories est différente. Il faut donc les considérer séparément. Avant l'intervention chirurgicale, l'appareil vocal de l'enfant lui permettait de prononcer les voyelles contrairement aux consonnes, l'enfant a peut-être déjà prononcé des voyelles.

• L'apprentissage des voyelles

Pour les 11 voyelles, le nombre moyen d'essais est de 18,36, une moyenne d'environ 8 essais de plus que le minimum. La figure 2 présente le nombre d'essais pour chacune des voyelles (courbe inférieure). Cette figure révèle que ce sont surtout les premières voyelles qui ont requis des essais additionnels. Pour apprendre les voyelles suivantes, le nombre d'essais diminue rapidement. Dans la deuxième moitié de l'entraînement, l'enfant atteint habituellement le critère en dix essais c'est-à-dire avec le nombre minimum possible. Le coefficient de corrélation de rang de Kendall calculé entre le nombre d'essais et la position de la voyelle dans l'ordre de présentation est de $-0,66$ ($p < 0,01$). Il y a donc une forte diminution du nombre d'essais au gré de l'apprentissage.

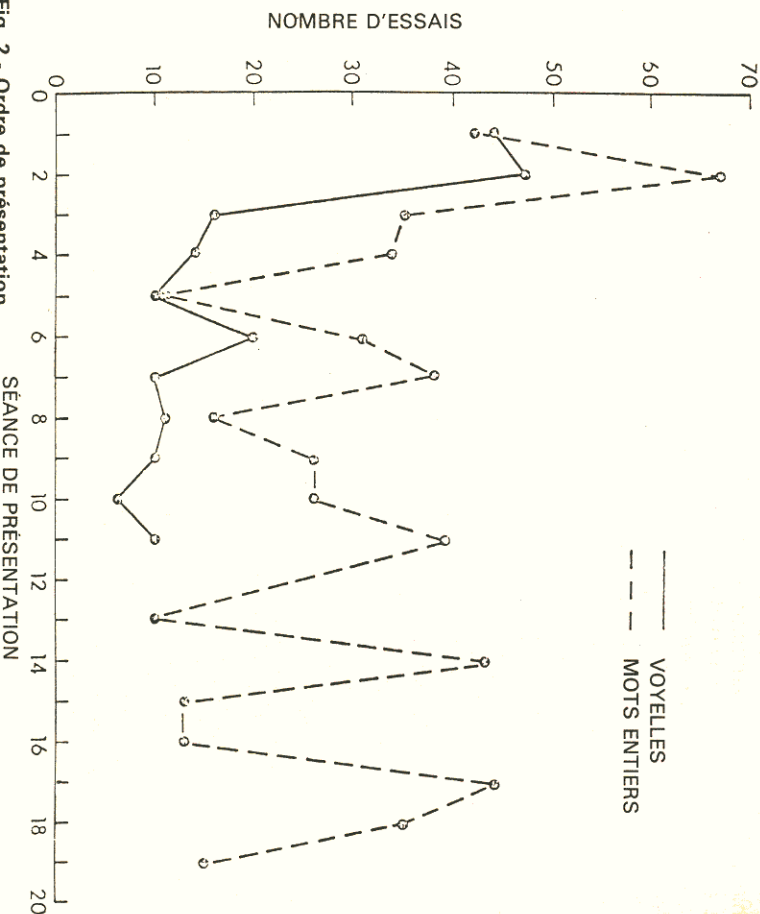


Fig. 2 - Ordre de présentation.

1. Par erreur, l'expérimentateur n'a présenté le phonème /u/ que six fois — chaque fois, la réponse de l'enfant se classe dans la catégorie 8. L'enfant aurait probablement atteint ce critère au cours des dix premiers essais. Pour des fins d'évaluation statistique, ce phonème équivaut à l'atteinte du critère au cours des dix premiers essais.

Cette diminution du nombre d'essais reflète une accélération de l'apprentissage — l'enfant a appris à apprendre — phénomène également retrouvé dans l'apprentissage d'autres tâches cognitives (Staats, 1968a; Staats, Brewer et Gross, 1970). La figure 3 décrit pour chaque voyelle le nombre de réponses dans chacune des catégories. Cette figure révèle que l'enfant a appris à apprendre à imiter sur commande et qu'elle a aussi appris à apprendre des réponses spécifiques. En effet, 49% des réponses qui ne se classent pas dans la catégorie 8 comprennent soit une absence de réponse, soit une réponse phonémique différente. Les autres réponses qui ne se classent pas dans la catégorie 8 représentent des problèmes de durée ou de volume plutôt que de piètres approximations du phonème présenté. Ces résultats montrent comment, au cours de la période d'entraînement, l'enfant a appris à imiter de plus en plus précisément les voyelles présentées pour la première fois.

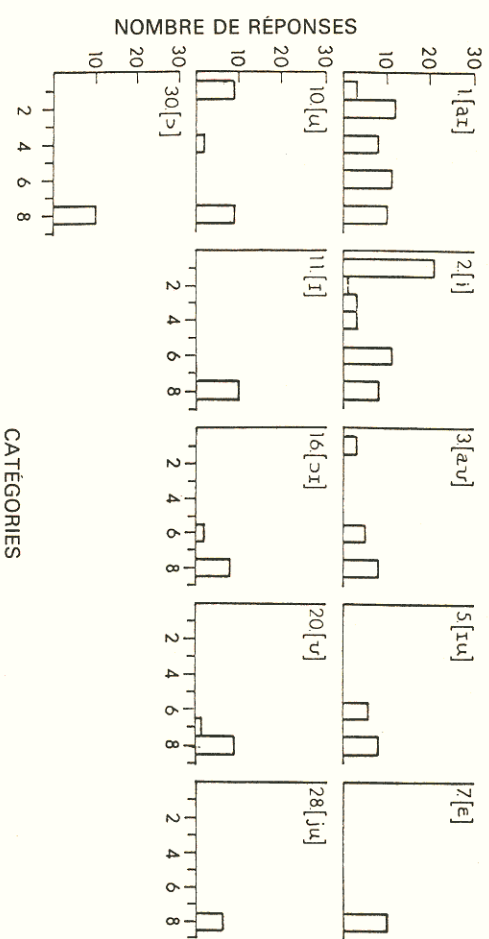


Fig. 3 - Nombre de réponses dans chaque catégorie pour l'apprentissage de chacune des voyelles.

• L'apprentissage de mots entiers

L'apprentissage des 19 mots a requis plus d'efforts que celui des voyelles: en effet, le nombre moyen d'essais est de 29,63. La figure 2 décrit le nombre d'essais pour chacun des mots (courbe supérieure). Le coefficient de corrélation de rang de Kendall calculé entre le nombre d'essais et la position du mot est de $-0,22$; il n'est pas significatif au seuil de 0,05 ($p < 0,10$).

La figure 4 présente le nombre de réponses dans chacune des huit catégories. Cette figure révèle que les mots s'intègrent plus facilement dans le répertoire de l'enfant au gré de l'entraînement. En effet, une plus grande proportion des réponses non classées dans la catégorie 8 est observée dans les catégories les plus élevées (meilleures réponses) pour les mots présentés plus tard. Même s'il n'y a pas diminution significative du nombre d'essais, l'enfant apprend à apprendre puisque les réponses sont, progressivement, de meilleures approximations du mot à imiter. Pour évaluer cet effet, un coefficient de corrélation de rang de Kendall a été calculé entre l'ordre de présentation du mot et la proportion de réponses des catégories 1 à 7 classées dans les catégories 6 et 7. Cette analyse révèle une corrélation significative entre ces deux variables ($r = 0,40$, $p < 0,05$).

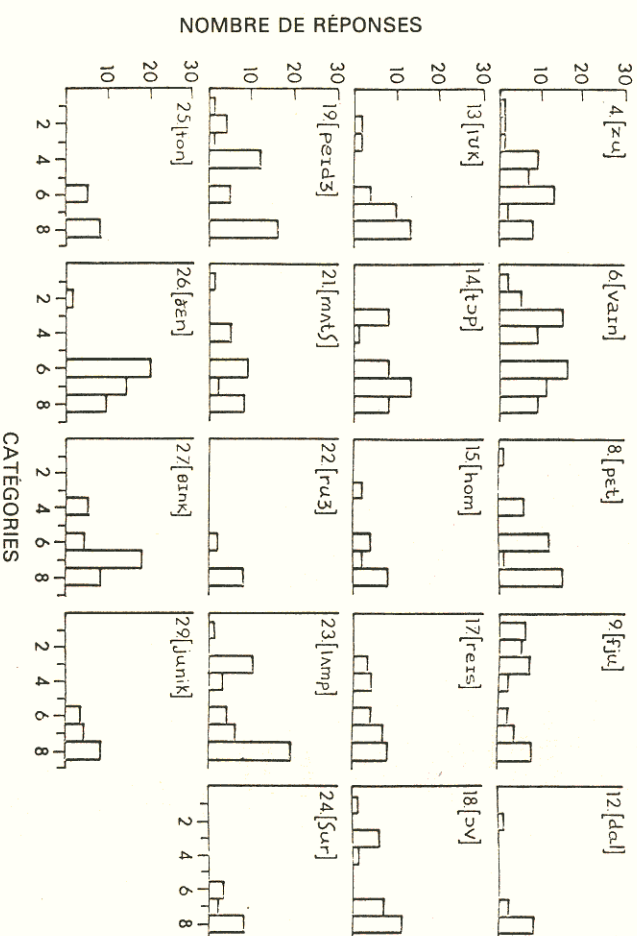


Fig. 4 - Nombre de réponses dans chaque catégorie pour l'apprentissage de chacun des mots entiers.

Il appert que seulement quatre mots faisaient partie du répertoire d'imitation verbale de l'enfant avant l'entraînement. C'est donc dire que quatre mots seulement ont atteint le critère à une ou deux réponses du minimum requis. Dans tous les cas où l'entraînement a été nécessaire, seules les consonnes faisaient problème. L'imitation des voyelles était toujours bonne. Le tableau 3 présente les problèmes rencontrés pour chacun des mots et les procédés spéciaux d'entraînement, le cas échéant, utilisés pour faciliter l'acquisition d'un phonème particulier.

Puisque l'entraînement des consonnes s'est fait dans le contexte de mots entiers, il est intéressant de voir si ces phonèmes étaient acquis. Il est à noter que la liste de mots utilisée pour l'entraînement ne permet pas de répondre à cette question de façon systématique. Toutefois, l'examen de la performance portant sur les mots à consonnes qui se répètent dans deux ou plusieurs mots peut fournir certains éléments de réponse. Le tableau 4 présente la performance relative aux consonnes répétées dans deux ou plusieurs mots. Aucun nouvel entraînement ne fut nécessaire pour les phonèmes qui ont, la première fois, exigé un entraînement et qui se retrouvent plus tard dans la même position (initiale ou finale). Dans un cas cependant, celui du phonème /v/, l'entraînement s'avéra nécessaire lorsqu'intégré dans des mots différents, le phonème répété s'est retrouvé dans une position différente.

TABLEAU 3
L'apprentissage des mots entiers: les problèmes et les procédés spéciaux

Mot	Type de problème	Procédé spécial
[zu]	une approximation pauvre du /z/ initial	aucun
[varɪ]	Le phonème initial est omis ; /b/ se substitue à /v/ en position initiale	entraînement à l'imitation d'expressions faciales ; entraînement à l'imitation du /v/ seul
[pɛt]	une approximation pauvre du /p/ initial	aucun
[fju]	Le phonème initial est omis ; [bar] se substitue au mot	aucun
[dal]	aucun	aucun
[lvk]	/ɣ/ se substitue à /l/ en position initiale	aucun
[tɔp]	/p/ se substitue à /t/ en position initiale	aucun
[hɔm]	fermeture insuffisante pour le /m/ final ; le phonème est non sonore	entraînement à imiter le [hɔ] et le [ɔm] séparément
[reɪs]	Le phonème terminal est omis ; il y a une pause avant le /s/ ; la fricative est faible	aucun
[ɔv]	une approximation pauvre du /v/ final	aucun
[pɛɪd]	Le phonème final est omis ; une approximation pauvre de /dʒ/	entraînement à imiter séparément le [dʒus] et le [pɛɪdʒ]
[mvɛ]	Le phonème final est omis ; il n'y a pas de fermeture pour /t/ ; la fermeture est exagérée	entraînement à imiter séparément /tʃ/ et [vɛ]
[rʉ]	aucun	aucun
[lɔmp]	la réponse est /p/, [lɔp], ou [lɔm]	entraînement à imiter [ɔmp] seul
[ʃur]	aucun	aucun
[fɔn]	aucun	aucun
[ðɛn]	en position initiale, /t/ se substitue à /ð/	aucun
[bɔrk]	Le phonème final est omis ; l'approximation de /nk/ est pauvre	entraînement à imiter séparément [bɔɪ] et [ɔrk]
[ʃunɪk]	l'approximation du /k/ final est pauvre	entraînement à imiter séparément [ʃunɪ] et [ɪnk]

TABLEAU 4
Les consonnes qui apparaissent deux fois et plus dans la liste d'entraînement

Phonème	Position à la première présentation	Nature des autres présentations
/v/	initiale*	finale*
/n/	finale	finale finale initiale
/p/	initiale*	finale initiale
/t/	finale	initiale*
/f/	initiale*	initiale
//	finale	initiale* initiale
/k/	finale	finale*
/m/	finale*	initiale
/r/	initiale	initiale finale

* Entraînement nécessaire

A l'exception d'un seul cas, l'imitation correcte d'un phonème placé dans une position donnée dans le premier mot entraînait une imitation ultérieure correcte de ce phonème placé dans la même position. Il y eut une exception pour le phonème /k/ d'abord présenté dans le mot [lvk] puis de nouveau, en position finale, dans le mot [jɪnk]. [jɪnk] étant le seul mot à syllabes composées, cette variable pourrait expliquer l'absence de transfert de l'apprentissage. Le transfert ne s'est pas toujours produit quand le phonème répété était plus tard dans une position différente; bien que l'imitation du phonème // ait été correcte lorsque présenté dans le mot [lvk], il a fallu un entraînement pour que, plus tard, il soit bien imité dans le mot [lvk]. Après cet entraînement, l'enfant a imité correctement ce phonème présenté en position initiale dans le mot [ɔmp]. Ces résultats suggèrent que l'unité de réponse apprise est le phonème et que l'apprentissage se généralise à d'autres combinaisons du phonème. Par ailleurs, si le phonème change de position (initiale, finale), il peut ne pas y avoir de généralisation. Bien que les résultats de la présente étude ne fournissent pas d'information à ce sujet, il est possible que, dans ce dernier cas, il y ait généralisation de l'apprentissage en fonction d'un nombre moindre d'essais d'apprentissage à la seconde présentation.

- Le système de renforçateurs

Quand l'enfant a été entraînée à utiliser la petite ouverture circulaire et le cylindre et qu'elle a pu décider sans aide où placer la bille (au début de la séance 26), elle a utilisé les deux systèmes; 53% des billes obtenues au cours des séances 26 à 62

ont été placées dans le cylindre. Même si elle avait constamment tendance à placer ses billes soit dans le cylindre, soit dans l'ouverture pendant plusieurs séances consécutives, éventuellement, elle changeait. Elle a donc utilisé le cylindre et l'ouverture tout au long de l'expérience.

INTERPRÉTATION ET DISCUSSION

La théorie béhavioriste sociale du langage suggère qu'il y a des répertoires langagiers variés qui sont acquis selon les principes fondamentaux d'apprentissage. Une telle théorie doit présenter des analyses de ces répertoires en termes de principes et de conditions d'apprentissage et, ensuite, démontrer expérimentalement le processus d'apprentissage de ces répertoires. Par conséquent, le progrès de la théorie repose sur l'analyse des différents répertoires langagiers et sur la démonstration des principes en cause dans l'acquisition de ces répertoires. La présente étude offre, pour la première fois, la preuve scientifique que l'un de ces répertoires, le répertoire d'imitation phonémique, s'apprend selon les principes de cette analyse.

Le fait que des études (Staats, 1968; Staats, Brewer et Gross, 1970; Staats, Finley, Minke et Wolf, 1964; Staats, Minke et Butts, 1970; Staats et Warren, 1974) aient démontré que d'autres répertoires langagiers décrits dans la théorie béhavioriste sociale du langage sont appris, vient d'augmenter la "généralisabilité" de cette étude. De plus, la méthodologie des études expérimentales-longitudinales (Staats, 1977) démontre que les résultats d'un seul sujet se généralisent à d'autres.

La théorie du béhaviorisme social souligne l'importance (1) de l'imitation dans l'apprentissage du langage et (2) du renforcement offert par des adultes significatifs, habituellement les parents, dans l'apprentissage du langage. Des théoriciens du développement du langage ont constaté ces deux principes. Ainsi, par exemple, "Mc Neil et Slobin, 1971) affirment que l'enfant utilise des phrases comme *allgone shoe*, *allgone vitamins*, qu'il ne peut pas imiter du langage de l'adulte" (Staats, 1975b, p. 323). De plus, Ervin - Tripp (1971) critique la théorie béhavioriste sociale du langage parce qu'elle assigne un rôle au renforcement offert par les parents dans l'acquisition du langage de l'enfant.

La théorie béhavioriste sociale du langage fait l'hypothèse que Slobin est dans l'erreur quand il dit que les enfants ne peuvent pas imiter le langage des parents parce que ces derniers ne disent pas des choses comme *allgone shoe*, *allgone milk* ou *play blocks*? Les adultes ne s'expriment pas ainsi parlant à d'autres adultes; ils parlent dépendant ainsi à de jeunes enfants. Des recherches récentes (Moerk, 1974 et 1975) démontrent que les parents parlent ainsi à leurs enfants et que l'enfant apprend par imitation.

De plus, la présente étude démontre clairement le rôle fonctionnel du renforcement dans les premières acquisitions de la parole. Le sujet de l'étude a reçu un renforcement systématique. Grâce à ce renforcement, il a été possible de présenter à une jeune enfant une tâche répétitive et difficile et d'obtenir, de façon soutenue, sa coopération, sa participation, ses réponses actives et un apprentissage efficace de la parole. Les résultats corroborent l'hypothèse que le renforcement joue un rôle important dans l'acquisition naturelle du langage de l'enfant.

Le béhaviorisme social distingue deux aspects de l'imitation qui sont importants dans l'acquisition du langage: apprendre par imitation et apprendre à imiter. En plus d'étudier comment l'enfant apprend le langage par imitation, il faut aussi étudier comment l'enfant apprend à imiter le langage. La présente étude démontre que l'enfant apprend à imiter le langage. Ce principe comporte des implications générales dans l'étude de l'acquisition du langage. Avec le sujet de l'étude, un examen détaillé de

l'apprentissage du répertoire d'imitation phonémique révèle qu'il s'agit d'un processus d'apprentissage complexe requérant beaucoup d'essais et une longue période de temps. La durée du processus a été, dans le cas présent, abrégée par l'application d'essais d'apprentissage massés rendus possibles grâce à l'usage d'une source puissante de renforcement.

Un enfant qui n'a pas l'occasion d'apprendre le répertoire d'imitation phonémique ne peut pas imiter et, par conséquent, ne peut pas apprendre de vastes répertoires langagiers qui dépendent de l'imitation. Si un tel enfant reçoit un entraînement à l'imitation phonémique, les déficits du répertoire d'imitation peuvent être comblés. Il est possible d'émettre l'hypothèse que le répertoire d'imitation phonémique du sujet de l'étude est à la base du développement ultérieur du langage. Des données systématiques sont toutefois nécessaires pour corroborer cette hypothèse. Il faut cependant noter que les deuxième et troisième auteurs ont, plus tard, entraîné le sujet de l'étude à l'apprentissage d'un répertoire de réponses d'étiquetage difficiles à partir de son répertoire d'imitation phonémique.

Dans l'étude du langage, il faut combiner les connaissances linguistiques, la théorie béhavioriste sociale du langage et les méthodes expérimentales qui permettent de produire les habiletés verbales (Staats, 1968a, 1974, 1976; voir aussi Sailor, 1971, pour un exemple sur les règles du pluriel en anglais). Une intégration de la linguistique et du béhaviorisme social pourrait constituer la base d'une néo-psycholinguistique. La méthode expérimentale - longitudinale utilisée dans la présente étude suggère qu'une telle intégration pourrait contribuer aux deux approches. En effet, en étudiant une question importante pour l'analyse de l'apprentissage et les principes de la linguistique contemporaine sur l'acquisition et la correction phonologique (Menyuk, 1972; Mc Reynolds et Engmann, 1975; Ingram, 1976), et en utilisant la méthode expérimentale - longitudinale, de nouvelles observations apparaissent; elles élaborent la description linguistique de l'acquisition du langage de même que la théorie de l'apprentissage du langage qu'elles appuient.

Les résultats de cette étude corroborent cette affirmation. En premier lieu, le rôle de l'imitation dans l'acquisition du langage intéresse la linguistique développementale de même que la théorie béhavioriste du langage. Pour le béhaviorisme social, un principe de première importance stipule que l'enfant apprend progressivement à imiter et, qu'après avoir acquis certaines habiletés dans ce domaine, il apprend plus facilement à reproduire des stimuli auditifs nouveaux. Les résultats obtenus illustrent cette accélération de l'apprentissage qui, avec les résultats d'autres études (Staats, Brewer et Gross, 1970) suggère qu'il s'agit d'un phénomène général dans l'acquisition du langage et dans le développement cognitif.

Pour la linguistique qui offre une analyse du développement phonologique en termes de caractéristiques distinctives (Jakobson, 1971; Mc Reynolds et Engmann, 1975; Singh, 1976), la présente étude appuie, de façon expérimentale, l'hypothèse selon laquelle l'acquisition d'une nouvelle caractéristique phonologique augmente la probabilité d'acquisition de nouveaux phonèmes revêtant cette caractéristique. La notion que l'acquisition d'une caractéristique donne à l'enfant la base lui permettant de produire, non pas un phonème, mais une classe de phonèmes, correspond aussi au principe de l'apprentissage cumulatif et hiérarchisé (Staats, 1968a).

Une seconde observation vient également appuyé certains autres énoncés théoriques formulés auparavant énonçant que les phonèmes appris dans le contexte d'un mot spécifique se généralisent à d'autres mots et à d'autres combinaisons phonémiques du moins quand ils sont dans la même position. Un tel mécanisme permet à l'enfant d'imiter de nouveaux mots dès la première présentation du stimulus auditif; il constitue le fondement permettant une expansion rapide du vocabulaire de l'en-

fant (Staats, 1963). Aussi les résultats de cette étude corroborent, de façon expérimentale, les écrits de plus en plus nombreux des caractéristiques distinctives. McReynolds et Bennett (1972) trouvent que les caractéristiques d'un phonème et les autres phonèmes qui l'entourent peuvent influencer le transfert de l'entraînement d'une caractéristique spécifique. En d'autres termes, le fait que les phonèmes appris dans le contexte d'un mot se généralisent ou pas à d'autres mots ou à d'autres combinaisons de phonèmes dépend des comportements transitoires d'articulation requis et du milieu phonétique créé par le mot.

La méthode utilisée pour entraîner un enfant non verbal à imiter la parole a aussi permis de recueillir des données qui correspondent à l'analyse des problèmes d'articulation en termes de caractéristiques distinctives générales (Singh et Frank, 1972). Ainsi, par exemple, les données du tableau 3 révèlent que la substitution de /b/ pour /v/ en position initiale dans le mot (vain) et la substitution de /t/ pour /j/ en position initiale dans le mot (jen) correspond à l'observation de Singh et Frank qui soulignent que ce sont les occlusives qui se substituent le plus souvent à d'autres consonnes; en effet, les fricatives sont remplacées par des occlusives. De façon analogue, le /p/ qui se substitue au /t/ en position initiale dans le mot (top) correspond à l'observation du remplacement d'une caractéristique de position par le phonème frontal le plus proche et de la substitution d'un phonème par un autre qui a été appris plus tôt.

Enfin, cette approche revêt beaucoup d'importance dans le traitement des problèmes de langage. Les analyses linguistiques permettent d'isoler les aspects du langage qui sont pathologiques (Ingram, 1976; Mc Reynolds et Engmann, 1975; Menyuk, 1972). La théorie béhavioriste sociale du langage qui analyse les conditions d'apprentissage nécessaire au développement du langage conduit, en soi, au traitement des problèmes de langage. De plus, la méthode d'entraînement expérimentale - longitudinale offre des moyens pour réaliser cet objectif d'une façon très spécifique. Quand le sujet de l'étude a commencé son entraînement, il n'avait que quelques réponses phonémiques et ne manifestait aucune imitation verbale. A la fin de l'entraînement, l'enfant acquit un important répertoire de réponses d'imitation phonémique. Bien que cette étude ne soit qu'un prototype, elle démontre qu'il est possible de combler les déficits langagiers d'un enfant tout en spécifiant et en étudiant le développement du langage. Plusieurs cas cliniques ont trait à des problèmes de développement du langage. Nous suggérons que l'appareil d'apprentissage peut être utilisé pour traiter différents types de déficits et de déviations des répertoires verbo-cognitifs d'un enfant. La présente étude n'est que la première recherche d'une longue série qui serait nécessaire pour préciser les conditions et les principes de l'apprentissage du langage et pour élaborer des méthodes permettant de traiter les problèmes verbo-cognitifs.

REFERENCES

- Bloom, L. Why not pivot grammar? *Journal of speech and hearing disorders*, 1971, 6, 40-49.
- Brown, R. *A first language*. Cambridge, Mass.: Harvard university press, 1973.
- Chomsky, N. A review of B. F. Skinner's *verbal behavior*. *Language*, 1959, 35, 219-239.
- Ervin-Tripp, S. An overview of theories of grammatical development dans D. I. Slobin (éd.), *The ontogenesis of grammar: a theoretical symposium*. N.Y., academic press, 1971.
- Ingram, D. *Phonological disabilities in children*. New York: American Elsevier publishing co., Inc., 1976.
- Jakobson, R. *Studies on child language and aphasia*. The Hague: Mouton, 1971.
- Mc Reynolds, L. V., Bennett, S. Distinctive feature generalization in articulation training. *Journal of speech and hearing disorders*, 1972, 37, 462-470.
- Mc Reynolds, L. V. et Engmann, D. L. *Distinctive feature analysis of misarticulations*. Baltimore, Md.: University park press, 1975.
- Menyuk, P. *The development of speech*. New York, N. Y.: Bobbs-Merrill co., inc., 1972.
- Sailor, W. Reinforcement and generalization of productive plural allomorphs in two retarded children. *Journal of applied behavior analysis*, 1971, 4, 305-310.
- Schaetaekens, A. N. *The two-word sentence in child language development*. The Hague: Mouton, 1973.
- Singh, S. *Distinctive features: theory and validation*. Baltimore, Md.: University park press, 1976.
- Singh, S. et Frank, D. C. A distinctive feature analysis of the consonantal substitution pattern. *Language and speech*, 15, 109-218, 1972.
- Skinner, B. F. *Verbal behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1957.
- Slobin, D. I. (ed.) *The ontogenesis of grammar*. New York: Academic press, 1971.
- Staats, A. W. (with contributions by C. K. Staats). *Complex human behavior*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1963.
- Staats, A. W. *Learning, language, and cognition*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1968a.
- Staats, A. W. A general apparatus for the investigation of complex learning in children. *Behavior research and therapy*, 6, 45-50, 1968b.
- Staats, A. W. *Child learning, intelligence and personality*. Harper and Row, 1971.
- Staats, A. W. Behaviorism and cognitive theory in the study of language: a neopsycholinguistics in R. L. Schiefelbusch and L. L. Lloyd (ed.), *Language-perspectives-acquisition, retardation, and intervention*. Baltimore, Md.: university park press, 1974.
- Staats, A. W. *Social behaviorism*. Homewood, Ill.: Dorsey press, 1975a.
- Staats, A. W. Review of Schaetaekens *The two-word sentence in child language development*. *Journal of child language*, 1975b, 2, 322-323.
- Staats, A. W. Social behaviorism and neo-psycholinguistics. *Die neueren sprachen*, 1976, 2, 127-141.
- Staats, A. W. Experimental-longitudinal methods in assessment, research, and treatment. *Journal of abnormal child psychology*, 1977, 5, 323-333.
- Staats, A. W., Brewer, B. A. et Gross, M. C. Learning and cognitive development: representative samples, cumulative hierarchical learning, and experimental-longitudinal methods. *Monographs of the society for research in child development*, 1970, 8, 36.
- Staats, A. W. et Butterfield, W. H. Treatment of nonreading in a culturally deprived juvenile delinquent: an application of learning principles. *Child development*, 1965, 4, 925-942.
- Staats, A. W., Finley, J. R., Minke, K. A. et Wolf, M. M. Reinforcement variables in the control of unit reading responses. *Journal of the experimental analysis of behavior*, 1964, 7, 139-149.
- Staats, A. W. et Minke, K. A. *Complex child learning and behavior modification*. In mimeo, 1968.
- Staats, A. W., Minke, K. A. et Butts, P. A token-reinforcement remedial reading program administered by black therapy-technicians to problem children. *Behavior therapy*, 1970, 1, 331-353.
- Staats, A. W., Minke, K. A., Finley, J. R., Wolf, M. M. et Brooks, L. O. A reinforcer system and experimental procedure for the laboratory study of reading acquisition. *Child development*, 1964, 35, 209-231.
- Staats, A. W., Minke, K. A., Goodwin, R. A. et Landeen, J. Cognitive behavior modification: "Motivated learning" reading treatment with subprofessional therapy-technicians. *Behavior research and therapy*, 1967, 5, 283-299.
- Staats, A. W., Staats, C. K., Schutz, R. E. et Wolf, M. M. The conditioning of textual responses using "extrinsic reinforcers." *Journal of the experimental analysis of behavior*, 1962, 5, 33-40.
- Staats, A. W. et Warren, D. R. Motivation and three-function learning: deprivation-satiation and approach-avoidance to food words. *Journal of experimental psychology*, 1974, 103, 1191-1199.

ENGLISH ABSTRACT

A 3-year-10-month-old child with a very deficient speech repertoire was given imitative phonemic training. Each learning trial was recorded and the process of learning was traced using what are called *experimental-longitudinal methods of research*. Phonemic imitation appeared to be learned and a *learning acceleration* was shown. The methodology was seen to be applicable to other problems of study, as well as to clinical problems. The study demonstrated the productivity of using the *social behavioristic learning theory of language* in combination with linguistically based knowledge of language in what has been called a neo-psycholinguistic approach.

La validation sociale: considérations théoriques et pratiques

JEAN VÉZINA¹ et ROBERT LADOUCEUR

Université Laval, Québec, Canada

Cet article souleve d'abord quelques problèmes reliés à l'utilisation des analyses statistiques comme seul moyen d'évaluation des psychothérapies. Il poursuit en discutant des avantages de la validation sociale comme moyen de préciser l'impact clinique des interventions thérapeutiques. Des exemples tirés d'écrits déjà publiés illustrent la démarche de cette perspective d'évaluation sous ses deux volets principaux: la comparaison sociale et l'évaluation subjective. Les derniers paragraphes traitent de quelques problèmes découlant de cette démarche d'évaluation. Enfin, il importe de souligner que la validation sociale n'est pas considérée comme moyen unique et parfait d'évaluation mais plutôt comme une perspective d'analyse qui devrait s'intégrer dans une démarche systématique et globale d'évaluation.

La principale préoccupation du clinicien est d'offrir à son client une intervention thérapeutique efficace. Il ne suffit pas toutefois de provoquer un changement pour affirmer que l'intervention est réussie, encore faut-il que le changement observé soit suffisamment important pour améliorer de façon très substantielle la qualité de vie de l'individu (Kazdin, 1977). Il est surprenant de constater que cette question cruciale à plusieurs points de vue soit encore relativement nouvelle. En effet, on commence à peine à se donner des stratégies fiables dans le but bien légitime de mesurer l'impact des effets thérapeutiques (Kazdin, 1982; Yeaton, 1982; Yeaton et Seckrest, 1981). Jusqu'à ce jour, il importait surtout de vérifier si le traitement produisait un effet sans se préoccuper de l'impact social de cet effet. Comme le soulignaient Baer, Wolf et Risley (1968): "If the application of behavioral techniques does not produce large enough effects for practical values then application has failed... Its practical importance, specifically its power in the altering behavior enough to be socially important, is the essential criterion (p. 96)". Bref, après toute modification évaluée à l'aide de méthodes statistiques ou graphiques, il importe de préciser l'ampleur du changement pour confirmer l'efficacité du traitement.

Cet article présente un moyen, différent des approches statistiques traditionnelles, de mesurer l'importance du changement. Il s'agit de la validation sociale (Kazdin, 1977; Wolf, 1978) qui sera présentée en deux volets: la comparaison sociale et l'évaluation subjective.

La majorité des recherches cliniques publiées à ce jour semblent finalement contribuer très peu à la connaissance clinique (Goldfried, 1983). A ce sujet, Matarazzo émettait un commentaire troublant: "Even after 15 years, few of my research findings affect my practice. Psychological science per se doesn't guide me one bit... My clinical experience is the only thing that has helped me in my practice to date" (Bergin et Strupp, 1972, p. 340).

Cet écart s'expliquerait par le fait que chercheurs et cliniciens ne se basent pas sur les mêmes critères d'évaluation. Les cliniciens ont vite compris qu'un effet statistiquement significatif peut n'avoir qu'une signification pratique secondaire (Barlow, 1981). L'évaluation statistique d'une intervention peut nous éloigner de la question fondamentale par rapport à l'ampleur du changement observé (Barlow, 1981; Kazdin, 1977, 1982). Si tous nos efforts sont employés à rechercher uniquement des différences statistiques significatives, nous risquons alors de perdre de vue que l'objectif premier de toute intervention clinique est de rendre l'individu fonctionnel et à l'aise pour s'ajuster aux difficultés qu'il rencontre. La signification clinique réfère à la valeur pratique des effets bénéfiques d'une intervention (Lick, 1973). Or cette valeur clinique d'une thérapie ne peut être déterminée uniquement par des évaluations statistiques (Garfield, 1978). Bien que dans certains cas les tests statistiques soient très utiles, ils n'indiquent pas si les changements observés chez le client lui permettraient d'atteindre un niveau optimal de fonctionnement. Soulignons qu'un effet statistiquement significatif n'implique pas d'emblée un changement cliniquement important. Déjà, en 1931, Tyler mettait ses collègues en garde de ne pas confondre ces deux expressions: statistiquement significatif n'est pas synonyme de cliniquement significatif.

Afin d'illustrer cette perspective d'analyse du changement, examinons deux exemples. A la suite d'une intervention, un enfant qui manifestait des comportements d'auto-mutilation a réduit de moitié la fréquence de ses comportements. Une analyse statistique indique une baisse significative. Cependant, peu de cliniciens affirmeront que cette intervention a été efficace, car la présence du comportement incorrect demeure inquiétante pour la vie de l'enfant. Seule une intervention éliminant complètement ces comportements sera efficace.

Bien entendu, l'exemple précéderait représentait un cas où seule la disparition complète du problème serait envisagée comme cliniquement appropriée. Un tel objectif n'est pas toujours utile ou souhaitable comme par exemple dans les cas de bégaïement, d'affirmation de soi, d'anxiété, etc. Voyons le traitement d'une personne dépressive. Suite à une intervention, son score à l'inventaire de dépression de Beck passe de 20 à 12 après le traitement indiquant un changement statistiquement significatif. Cette baisse de 8 points est-elle pour autant cliniquement significative? Certes pas, puisqu'un score de 12 à cet inventaire représente encore un état dépressif (Beck, 1976). Dans ce cas, l'évaluation statistique souligne la présence d'un changement mais n'indique malheureusement pas son ampleur. Pourtant, cette information est nécessaire au clinicien pour décider s'il y a lieu de poursuivre, modifier ou arrêter son intervention (Yeaton et Seckrest, 1981).

En général, les psychologues accordent trop d'importance aux tests statistiques (Bakan, 1966; Garfield, 1978; Smith, 1983). Ils analysent leurs données en terme abstrait de t , de F et ainsi de suite, associés à une certaine valeur " p " qui servira à confirmer ou à infirmer leur hypothèse. Bakan (1966) et Lykken (1968) indiquent, à juste titre d'ailleurs, que deux échantillons suffisamment grands seront presque toujours significativement différents l'un de l'autre. Cette idée fallacieuse de toujours vouloir confirmer son hypothèse est impropre à la recherche clinique (Rozboom, 1960). Beaucoup d'interventions sont jugées, à tort d'ailleurs, cliniquement efficaces à partir de la simple considération des significations statistiques (Lick, 1973). La contrepartie est aussi vraie; plusieurs traitements cliniquement sérieux sont rejetés parce qu'ils ne rencontrent pas une certaine valeur " p " que la tradition a fixé à ,051 (Smith, 1983). Ce fait est d'autant plus troublant qu'il est possible de contrôler la probabilité d'obtenir des résultats statistiquement significatifs en augmentant la taille des échantillons. Plus le nombre de sujets est élevé, plus la probabilité d'obtenir des

1. Les demandes de tiré à part doivent être adressées à Jean Vézina, école de psychologie, université Laval, Ste-Foy, Québec, Canada, G1K 7P4.

effets statistiquement significatifs sera grande (Bakan, 1966; Carver, 1978; Lykken, 1968; Smith, 1983).

Cette valeur devient trop souvent l'indice d'inférence, à partir d'un échantillon, du comportement de la population. Hersen et Barlow (1976) soulevaient le problème inverse en recherche clinique. Ils se demandaient si un procédé efficace basé sur des résultats obtenus par la moyenne d'un groupe de clients deviendrait aussi valable lorsqu'appliqué auprès d'un seul individu. Barlow (1981) et Goldfried (1983) par ailleurs sont réticents à "généraliser" l'effet obtenu dans un groupe à partir d'un seul client. Le procédé peut s'être avéré efficace malgré que certains clients du groupe n'aient pas amélioré leur condition. Lykken (1968) affirmait, de façon humoristique, que "statistical significance is perhaps the least attribute of a good experiment; it is never a sufficient condition." (p. 158)

Cette sympathie des chercheurs pour les analyses statistiques découle en partie des propos de Eysenck (1952) qui critiquait l'efficacité des psychothérapies. Les cliniciens ont depuis lors tenté de démontrer le bien-fondé de leurs interventions en ayant recours aux statistiques afin d'appuyer leurs positions. Dans une certaine mesure, Eysenck, par inadvertance, a contribué à l'essor prodigieux de cette démarche. Selon Gardfield (1978), cette démarche a pour but de se sécuriser au risque d'en oublier la valeur pratique des résultats.

Malheureusement, d'autres facteurs viennent renforcer l'idée qu'un traitement efficace se doit d'être statistiquement significatif. Les périodiques scientifiques reçoivent plus d'articles qu'ils sont en mesure d'en publier; ils doivent être conséquemment très sélectifs. Les manuscrits qui rapportent des résultats hautement significatifs seront privilégiés. Cette attitude est tellement bien ancrée chez les chercheurs que plusieurs ne soumettent pas à ces périodiques leurs travaux dont les résultats ne sont pas statistiquement significatifs (Mahoney, 1976). Ce qui fait dire à Smith (1983, p. 317) "When we overvalue significance-testing to the point that we discourage publication of near-significant results, we are acting as if there is something magical about our arbitrariness".

En résumé donc, les analyses statistiques, bien que nécessaires dans certains cas, ne répondent pas entièrement à toutes les questions qu'un clinicien devrait se poser. Pour une évaluation complète de l'efficacité des interventions, il importe de dépasser ce cadre statistique vers une perspective plus clinique. Les paragraphes qui suivent aborderont un procédé d'évaluation clinique, la validation sociale, où seront également abordées ses deux composantes, la comparaison sociale et l'évaluation subjective. Plusieurs exemples illustreront ce procédé.

1 La validation sociale

La validation sociale se compose de deux méthodes distinctes dont le but commun est de vérifier l'importance des effets de l'intervention. La première de ces méthodes, la comparaison sociale, consiste à préciser l'objectif de la démarche thérapeutique à partir de la performance d'une personne ne présentant pas le comportement problématique. La deuxième, l'évaluation subjective, repose sur l'opinion d'autrui à l'égard de la performance du client.

Ces deux méthodes permedtront au clinicien d'évaluer 1) l'importance des comportements-cibles choisis pour augmenter la qualité de vie du client (voir Keane, Gillier et Scheiner, 1981), 2) la supériorité du traitement privilégié sur les autres interventions disponibles (voir Bunck et Iwata, 1978; Foxx et Shapiro, 1978; Kazdin, 1980, 1982) et finalement 3) la valeur de l'intervention à partir des résultats obtenus. Ce dernier point, l'évaluation thérapeutique, retiendra notre attention.

A. La comparaison sociale

La comparaison sociale exige le jumelage d'une personne au client en fonction de certaines dimensions telles que l'âge, le sexe, le niveau socio-économique, etc. Etant donné que cette personne ou groupe servira de point de comparaison pour le client, elle doit manifester un comportement approprié contrairement aux difficultés présentées par le client. L'évaluation de l'ampleur du changement se fera en rapport avec la performance des pairs: plus elle se rapprochera du niveau des pairs, plus elle sera importante et cliniquement significative. La comparaison sociale suit une démarche inverse à ce qui se rencontre habituellement en recherche. Au lieu d'utiliser un groupe de contrôle qui ne reçoit pas de traitement pour vérifier la signification du changement, elle se sert d'une ou de plusieurs personnes n'éprouvant pas la difficulté cible au point de départ.

Voici quelques exemples illustrant ce procédé. O'Brien et Azrin (1972) veulent développer des comportements appropriés à table chez des déficients mentaux. Ils notent que ces enfants utilisent rarement leurs couverts, échappent la nourriture par terre, volent la nourriture des autres, etc. L'application d'un programme comportemental multidimensionnel réduit significativement ces comportements incorrects. Même s'ils constatent une amélioration tangible, les auteurs s'interrogent sur l'importance clinique des changements observés. Afin d'établir leurs critères de comparaison, ils observent dans un restaurant avoisinant les manières de la clientèle. Ils postulent que ces individus manifestent aussi une certaine part de comportements incorrects. Ayant recueilli la fréquence des comportements incorrects des bénéficiaires et des clients, O'Brien et Azrin analysent leur fréquence respective. Leurs résultats indiquent que les nouveaux comportements des déficients se comparent avantageusement à ceux du groupe de comparaison, confirmant la portée sociale de leurs interventions thérapeutiques. Travaillant aussi avec des déficients mentaux, Azrin et Armstrong (1973) élaborent un programme qui permettrait à ces individus de se servir correctement des couverts pendant les repas. Les auteurs fixent leurs critères de comparaison en observant de façon systématique les habitudes des employés du centre hospitalier. Avant l'intervention, les bénéficiaires manifestaient plus de comportements incorrects que les employés. Après le traitement, ces mêmes comportements se situent près du niveau du groupe de comparaison. Cette démarche indique que les changements observés sont cliniquement et socialement importants. Ces auteurs auraient pu se limiter à une évaluation avant et après le traitement des comportements cibles. Bien qu'ils auraient constaté une diminution des habitudes incorrectes, ils n'auraient pu affirmer que les résultats bénéfiques atteignaient un niveau si élevé.

Matson, Kazdin et Esveldt-Dawson (1980) traitent deux jeunes déficients mentaux ayant des problèmes de conduite (ex: se chamailler). Ces enfants apprennent individuellement certaines habiletés sociales telles que l'émission d'expressions faciales appropriées, l'intonation de la voix, le contact des yeux, etc. Afin de ne pas se fixer un but arbitraire de succès, quatre jeunes garçons d'intelligence normale sont jumelés aux sujets selon l'âge et le sexe. Les résultats démontrent que les comportements cibles des jeunes déficients atteignent le niveau de leurs pairs. Si les habiletés sociales étaient effectivement adéquates pour les pairs, les déficients sont donc parvenus à un niveau de compétence cliniquement acceptable.

Trois jeunes filles également déficientes mentales, refusant d'engager la conversation et même d'être au même endroit qu'un étranger, sont traitées à l'aide du *modeling* de participation (Matson, 1981). Pour établir un critère de performance adéquat, les bénéficiaires sont jumelées à des enfants d'intelligence normale. L'enseignant identifie ces enfants témoins selon leur degré de peur face à un étranger. Les enfants aux plus bas résultats à un test comportemental d'approche servent dès lors de modèles dans l'établissement des normes à atteindre. Après le traitement, les enfants

démontrent qu'ils sont dorénavant en mesure d'approcher sans crainte un étranger et, après un suivi de six mois, leur performance est identique à celle des enfants normaux. Encore une fois, l'auteur aurait pu se contenter de ne comparer que la différence obtenue avant et après l'implantation du traitement. Il aurait sans doute constaté que les enfants traités avaient une crainte moins grande des étrangers qu'à la période précédant l'intervention, mais ces résultats, aussi positifs soient-ils, n'auraient jamais clairement indiqué l'importance du changement. Avant à sa disposition un critère de comparaison, il appuie avec plus de certitude le rendement thérapeutique de son intervention. L'apport de la comparaison sociale est très important lorsqu'il s'agit de réinsérer le déficient mental dans la communauté. Il importe donc de développer des programmes qui facilitent l'apprentissage d'habiletés sociales.

La comparaison sociale s'applique dans de nombreux autres secteurs cliniques. Etzen (1975) l'utilise pour vérifier l'impact thérapeutique d'un programme de réhabilitation pour jeunes. Les résultats suggèrent que les délinquants modifient significativement leurs attitudes pour rejoindre la performance du groupe de comparaison constitué de jeunes garçons venant de la même communauté que les délinquants. Patterson (1974) évalue l'efficacité d'un programme comportemental auprès d'enfants manifestant des problèmes de conduite comme crier, se battre, se chamailler ou pleurnicher. Vingt-sept enfants reçoivent le programme à la maison et 14 le reçoivent simultanément en classe. L'auteur établit la fréquence des comportements ciblés avec ces enfants mais également auprès d'autres enfants qui ne nécessitent pas d'intervention. Les résultats démontrent une augmentation des comportements appropriés de telle sorte qu'après le traitement et au suivi de six mois, les nouveaux comportements sont d'un niveau comparable à celui des enfants-témoins.

Walker et Hops (1976) expérimentent un programme pour faire acquiescer aux élèves des comportements scolaires plus appropriés. Lors de leur première évaluation, certains élèves avaient une fréquence de comportements adaptés (ex.: suivre les instructions, produire un travail assidu, etc.) plus faible que la moyenne. Une fois le programme complété, les auteurs constatent qu'il n'existe plus aucune différence entre ces deux groupes.

Ces exemples indiquent qu'il est relativement facile d'employer cette méthode pour se prononcer sur l'efficacité clinique d'une intervention thérapeutique. Si l'intervention est aussi efficace qu'on le prétend, alors les nouveaux comportements devraient parvenir à un niveau standard de performance. Il importe de préciser que ce standard n'est pas fixé de façon arbitraire mais plutôt obtenu en comparant un aspect comportemental précis d'un pair ou d'un groupe-témoin jugé adéquat dans sa démarche.

B. L'évaluation subjective

L'évaluation subjective est aussi une façon d'apprécier la signification clinique d'une intervention. Elle se distingue de la comparaison sociale selon deux dimensions. D'une part, elle fait appel à un jugement qualitatif plutôt que quantitatif et d'autre part, elle porte davantage sur un aspect global du comportement plutôt que sur un aspect spécifique. Bref, c'est un jugement formulé à partir du fonctionnement global de la personne. Cette évaluation est réalisée par des individus 1) qui sont en interaction quotidienne avec le client (i.e. parents, amis ou enseignants), 2) qui possèdent une expertise particulière concernant le résultat attendu (i.e. agent de placement ou travailleur social) ou 3) qui ne connaissent pas le client et qui n'ont pas nécessairement une connaissance spéciale dans le domaine (ce sont des volontaires). Dans une étude récente, Wallander, Curran et Myers (1983) précisent que les jugements portés par trois groupes différents d'individus (assistants à la recherche, évaluateurs spécialisés en psychologie et personnes sans formation psychologique) sont équivalents pour

évaluer l'efficacité d'une intervention thérapeutique auprès d'individus présentant des lacunes au plan des interactions sociales. Les juges visionnent des rubans magnéto-scopiques pris avant et après l'intervention et mesurent l'importance du changement. Les exemples qui suivent illustreront ce procédé et souligneront quelques domaines d'application.

Furman, Geller, Simon et Kelley (1979) veulent faire acquiescer la compétence de base à trois bénéficiaires psychiatriques afin de réussir une entrevue de recherche d'emploi. Ils insistent sur l'importance de fournir de l'information pertinente sur soi, de poser des questions, d'exprimer de l'enthousiasme face à l'emploi, etc. Les résultats démontrent que ce programme augmente la compétence des patients. Dans le but de vérifier l'ampleur de l'efficacité de ce programme, une thérapeute expérimentée examine les enregistrements de ces patients effectués avant et après le programme. Cette juge cote ensuite la performance de chaque sujet sur une échelle de dix points selon les six dimensions suivantes: l'enthousiasme, l'ambition, la quantité d'information favorable, les qualifications scolaires, l'expérience préalable, la probabilité d'être engagé et l'initiative. Les résultats confirment l'amélioration de la performance des bénéficiaires.

A propos de la compétence sociale, Bornstein, Bach, McFall, Friman et Lyons (1980) entraînent six adultes déficients mentaux à mieux interagir dans les situations sociales. Un psychologue, un travailleur social et un éducateur jugent les progrès réalisés à partir des bandes magnéto-scopiques enregistrées lors des trois premières séances et lors des trois dernières. Les résultats indiquent qu'il y a eu un progrès entre le niveau de base et la fin du traitement. Cependant, les juges considèrent qu'il y a encore place à l'amélioration. Voilà un renseignement indispensable qui n'aurait pu être recueilli sans eux. Les auteurs auraient pu d'emblée croire que, devant des résultats significatifs, leur programme avait pleinement atteint les objectifs, mais grâce aux jugements portés par les évaluateurs, ils pourront améliorer leur programme. Kelly, Urey et Patterson (1980) tentent de développer les habiletés à converser dans des situations hétérosexuelles chez trois bénéficiaires psychiatriques en mettant l'emphase sur la recherche d'information concernant les autres, l'émission des remarques appropriées et la verbalisation de compliments. Afin de mieux articuler leur évaluation, ils demandent à des juges féminins ne connaissant ni le but du projet ni les bénéficiaires, d'apprécier le comportement de ces derniers sur quatre dimensions: la quantité d'intérêt manifesté à autrui, le déroulement de la conversation, l'intérêt de la juge à rencontrer le patient et le degré d'authenticité et de sincérité. Cette évaluation se fait sur une échelle pondérée de sept points. Leurs évaluations attestent de l'efficacité du traitement et de sa valeur sociale.

Fawcett et Miller (1975) forment trois para-professionnels à parler en public. L'entraînement d'une durée de neuf séances porte sur des consignes écrites et des pratiques comportementales pour multiplier les contacts visuels, les gestes et d'autres habiletés comme l'introduction et la conclusion du discours, la façon de poser et de répondre à des questions, etc. Un groupe de 14 personnes en déterminent le rendement global à l'aide d'un questionnaire spécifique. L'évaluation des juges confirme l'impact thérapeutique de l'intervention utilisée. Dans le même secteur d'activité, Reed et Hulbert (1977) enseignent à des adultes handicapés des moyens fonctionnels de communiquer. En faisant appel à l'évaluation subjective de personnes qui ne connaissent pas les patients, les auteurs confirment l'efficacité de leur programme au niveau social. Bref, au niveau de l'évaluation de la compétence sociale chez divers types de population, ce procédé a été utilisé avec succès et a fourni des renseignements précieux aux chercheurs.

Devant l'émergence des recherches sur les programmes communautaires, Whang, Fletcher et Fawcett (1982) développent chez deux bénévoles des habiletés d'aide telles qu'offrir des conseils, faire du reflet ou de la résolution de problème. Après une quarantaine d'heures d'entraînement, les bénévoles sont prêts à proposer leur aide. Dans le but de s'assurer de la pertinence des habiletés acquises, cinq juges possédant une expertise dans ce domaine (i.e. conseiller ou thérapeute) observent leur performance enregistrée sur bande magnétoscopique. Les juges ignoraient alors qu'il s'agissait d'un "vidéo" fait avant ou après l'entraînement. L'évaluation portait sur six dimensions: la qualité générale de l'entrevue, la qualité des interventions, la compréhension du client, etc. L'appréciation des experts met en évidence le bien-fondé des dispositions thérapeutiques de ces personnes.

II Problèmes reliés à la validation sociale

Puisque l'utilisation de la validation sociale est récente et limitée, plusieurs raffinements méthodologiques seraient les bienvenus (Wahler & Fox 1981). Examinons quelques-unes des difficultés rencontrées ainsi que certains moyens possibles pour y remédier.

A. La comparaison sociale

Curieusement, une première difficulté reliée à la comparaison sociale a trait au choix des individus qui serviront à établir les normes ou critères de performance désirés (Kazdin, 1977, 1980). Deux solutions s'offrent au chercheur. Il pourra d'abord définir des normes particulières à chaque cas rencontré. Différents standards seront élaborés en fonction de la population étudiée (ex.: déficients mentaux, bénéficiaires psychiatriques, etc.), et du problème présenté (dépression, bégaïement, affirmation de soi, etc.) (Yeaton, 1982). Dans les recherches décrites ci-haut, le premier procédé était habituellement privilégié. Il était, somme toute, assez facile dans ces conditions de retrouver dans la communauté un individu ou un groupe d'individus servant de comparaison en les associant selon certaines variables telles que l'âge, le sexe, les aspects socio-économiques, etc. Bien que cette démarche soit conforme au postulat de base de la validation sociale (Kazdin, 1977), elle soulève, à notre avis, un problème de généralisation. Comment se comporterait ou s'intégrerait le client placé dans un autre milieu que son milieu d'origine? Prenons l'exemple d'un élève éprouvant des problèmes de mathématique. Après un entraînement approprié, il réussit aussi bien que ses compagnons de classe. Cependant, si cet élève change d'école et se retrouve dans un nouveau milieu, il n'est pas évident que son rendement actuel cadre aussi bien avec celui de ses nouveaux condisciples. Il pourrait se retrouver encore une fois désavantagé par rapport aux autres élèves. Cet exemple illustre bien la relativité des normes ou des critères de comparaisons (Kazdin, 1977, 1980). Il importe donc de bien spécifier les caractéristiques du milieu afin de permettre une interprétation juste et adéquate de l'ampleur du changement, les normes variant beaucoup d'un milieu à l'autre.

Van Houten (1979) suggère que les critères définis à partir de la comparaison sociale soient universels, c'est-à-dire établis en fonction des individus jugés les plus aptes dans la société. Dans l'exemple précédent, les objectifs du traitement n'auraient pas été fixés à partir d'un élève de la même classe ou, à la rigueur, de la même école mais plutôt en fonction de l'ensemble du réseau scolaire. Ainsi, le rendement des meilleurs élèves en mathématique constituerait le standard à atteindre. Bien que ce critère universel de compétence s'avère un objectif louable, il apparaît sans doute prématuré à l'heure actuelle. Van Houten avoue que les techniques actuelles ne nous permettent pas d'atteindre dans bien des cas ces idéaux. Toujours selon cet auteur, il pourrait par contre s'avérer utile de conserver ces objectifs, ce qui aurait pour avantage de stimuler justement le développement de nouvelles techniques d'intervention

plus efficaces devant cette tâche ardue. Bref, la comparaison sociale force le chercheur à prendre conscience des compétences, des niveaux de performance plus élevés et certes mieux adaptés (Van Houten, 1979). Cette méthode d'évaluation pourrait servir de guide au chercheur sans pour autant devenir un standard absolu (Kazdin & Matson, 1981).

Si la comparaison sociale définit une zone permettant de mieux juger et d'évaluer la performance des clients, Yeaton et Seckrest (1981) soulignent qu'il ne faut pas rechercher un niveau de compétence idéale presque utopique. Par exemple, un enfant apprend à formuler plus de demandes pour satisfaire ses besoins. Il atteint un niveau adapté et fonctionnel. Cependant, s'il dépasse un certain niveau optimal et tolérable aux yeux de son milieu immédiat, il peut devenir source d'ennuis et de frustration (Van Houten, 1979). Jusqu'à quel point doit-on se rapprocher des critères avant de conclure au bien-fondé de l'intervention? Le jugement du chercheur-clinicien servira de base à l'évaluation car il apparaîtrait inacceptable et peu utile d'établir à l'avance une série de normes à toujours respecter (Kazdin, 1979). D'ailleurs, dans certains cas, il peut arriver que ce soit la base comparative qu'il faille modifier. Kazdin (1980) cite l'exemple de la consommation de cigarettes, de médicaments, de boissons alcooliques, d'énergie, etc. C'est dire qu'il importe d'établir avec nuance et jugement la pertinence, la justesse et le caractère souhaitable des normes ou des critères tout en respectant la spécificité propre à chaque classe d'individus (Yeaton et Seckrest, 1981).

Précisons que ces standards ou normes ne sont pas synonymes de conformité sociale (Kazdin et Matson, 1981). Ils serviront plutôt de critère pour déterminer si le nouveau profil comportemental se situe à un niveau cliniquement acceptable. Cette perspective se distingue nettement de la normalisation qui définit un comportement conventionnel à partir de la notion statistique dont parle Wolfensberger (1972). A notre avis, cette précision est importante car elle diffère d'une certaine forme de normalisation morale sujette aux désirs des individus. Par exemple, Winnett et Winkler (1972) trouvent que la majorité des programmes comportementaux appliqués en milieu scolaire veulent inciter aux écoliers des comportements reflétant la tranquillité, l'obéissance, le silence, etc. Cette perspective s'appliquerait aussi aux bénéficiaires psychiatriques, aux personnes âgées et à une multitude d'autres catégories d'individus, de problèmes et de milieux. Il importe donc de nuancer ses objectifs thérapeutiques.

B. L'évaluation subjective

L'évaluation subjective soulève aussi certains problèmes, le plus délicat étant de se fier à l'opinion d'autrui pour déterminer l'efficacité thérapeutique. Il faut être conscient que l'évaluation subjective est susceptible d'être la source de biais de la part des juges (Kazdin, 1977, 1980, 1982). Par exemple, lorsque vient le temps de faire évaluer leur recherche, Barnick et Winkler (1981) obtiennent des résultats différents selon le groupe de juges. Les employeurs par exemple attachaient beaucoup d'importance aux qualités relatives à l'emploi alors que les parents des bénéficiaires insistaient sur les responsabilités personnelles. Afin d'éviter les discordances, les chercheurs auraient intérêt à spécifier clairement leurs objectifs et à choisir les évaluateurs en conséquence. Schnelle (1979) note un écart très grand entre l'évaluation des parents et le comportement manifeste de leurs enfants. Après une intervention dans le but de diminuer l'absentéisme en classe, l'auteur demande aux parents de se prononcer sur le progrès réalisé. Ces derniers affirment que le comportement de leurs enfants s'est nettement amélioré alors que les fiches de présence indiquent que dans la majorité des cas, l'absentéisme pose toujours un problème. Greenwood, Hops et Walker (1979) demandent aux enseignants et aux élèves de noter la fréquence des interactions verbales de condisciples. Les auteurs remarquent, en comparant l'éva-

luation subjective des enseignants et des pairs que l'évaluation des enseignants est plus proche de la réalité.

Il faut admettre à la rigueur que certains juges sont plus compétents que d'autres à évaluer la pertinence du changement. Ce degré de compétence à admettre une appréciation juste n'est pas reliée, selon Yeaton *et al.* (1981), au fait d'être un professionnel. Puisque l'évaluation subjective est orientée vers l'aspect global du comportement, il est possible que les juges mesurent des facettes différentes du comportement du client. Romano et Bellack (1980) demandent à 26 juges d'évaluer l'affirmation de soi de leurs sujets. Ils rapportent que les hommes, non seulement cotent plus haut que les femmes, mais que ces dernières semblent être beaucoup plus conscientes dans leur estimation. De plus, il ressort que les hommes et les femmes n'utilisent pas les mêmes indices. Dans certains cas, les objectifs du chercheur et des évaluateurs seront différents. Lorsque les auteurs insistent sur l'importance de défendre adéquatement ses droits, les juges accordent un plus grand poids à cette dimension comportementale qu'aux autres.

Conclusion

L'évaluation des psychothérapies est une démarche complexe et difficile (voir Kazdin et Wilson, 1980). Le chercheur-clinicien doit choisir les moyens les plus pertinents pour préciser et quantifier les effets tangibles de son intervention. Une multitude de moyens s'offrent à lui pour atteindre cet objectif. Ce travail a tenté d'illustrer les aspects bénéfiques d'une méthode nouvelle et économique pour évaluer les interventions thérapeutiques dans une perspective clinique, à savoir la validation sociale. Nous croyons qu'il serait téméraire de considérer cette méthode comme réponse à toutes les questions du clinicien ou du chercheur. Il serait plus juste et plus fonctionnel d'intégrer la validation sociale dans une évaluation multi-dimensionnelle. Nous obtenons alors des indices sensibles et nuancés de la mesure d'un phénomène complexe, alimentant la discussion autour de notre travail clinique.

RÉFÉRENCES

- Arzin, N.H. et Armstrong, P.M. The "mini-meal": a method for teaching eating skills to the profoundly retarded. *Mental retardation*, 1973, 11, 9-13.
- Baer, D.M., Wolf, M.M. et Risley, T.R. Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of applied behavior analysis*, 1968, 1, 91-97.
- Bakan, D. The test of significance in psychological research. *Psychological bulletin*, 1966, 66, 423-440.
- Barlow, D.H. On the relation of clinical research to clinical practice: current issues, new directions. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1981, 49, 147-155.
- Bartnick, E. et Winkler, R.C. Discrepant judgments of community adjustment of mentally retarded adults: the contribution of personal responsibility. *American Journal of mental deficiency*, 1981, 86, 260-266.
- Beck, A.T. *Cognitive therapy and the emotional disorder*. New York: International universities press, 1976.
- Bergin, A. et Strupp, H. *Changing frontiers in the science of psychotherapy*. Chicago: Adline-Atherton, 1972.
- Bornstein, P.H., Bach, P.J., McFall, M., Fennan, P.C. et Lyons, P.D. Applications of a social skills training program in the modification on interpersonal deficits among retarded adults: A clinical replication. *Journal of applied behavior analysis*, 1980, 13, 171-176.
- Bunck, T. et Iwata, B.A. Increasing senior citizen participation in a community-based nutritious meal program. *Journal of applied behavior analysis*, 1978, 11, 75-86.
- Carver, R.P. The case against statistical significance testing. *Harvard educational review*, 1978, 48, 378-399.
- Eitzen, D.S. The effects of behavior modification on the attitudes of delinquents. *Behaviour research and therapy*, 1975, 13, 295-299.
- Eysenck, H.J. The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of consulting psychology*, 1952, 16, 319-324.
- Fawcett, S.B. et Miller, L.K. Training public speaking behavior: An experimental analysis and social validation. *Journal of applied behavior analysis*, 1975, 8, 125-135.
- Fox, R.M. et Shapiro, S.T. The timeout ribbon: a nonexclusionary timeout procedure. *Journal of applied behavior analysis*, 1978, 11, 125-136.
- Furman, W., Geller, M., Simon, S.J. et Kelly, J.A. The use of a behavior rehearsal procedures for teaching job interviewing skills to psychiatric patients. *Behavior therapy*, 1979, 10, 157-167.
- Garfield, S. Research problems in clinical diagnosis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1978, 46, 596-607.
- Goldfried, M.R. The behavior therapist in clinical practice. *The Behavior therapist*, 1983, 6, 45-46.
- Greenwood, C.R., Hops, H. et Walker, M.H. Standardized classroom management program: social validation and replication studies in Utah and Oregon. *Journal of applied behavior analysis*, 1979, 12, 235-253.
- Hersen, M. et Barlow, D.H. *Single case, experimental designs: strategies for studying behavior change*. New York: Pergamon press, 1976.
- Kazdin, A.E. Assessing the clinical or applied importance of applied change through social validation. *Behavior modification*, 1977, 4, 427-452.
- Kazdin, A.E. Acceptability of alternative treatments for deviant child behavior. *Journal of applied behavior analysis*, 1980a, 13, 259-273.
- Kazdin, A.E. *Research design in clinical psychology*. New York: Harper and Row, 1980b.
- Kazdin, A.E. *Methodological strategies in behavior therapy research in Terence Wilson and Cyril M. Franks (éd.) Contemporary behavior therapy: conceptual and empirical foundations*. New York: Harper and Row, 1982.
- Kazdin, A.E. et Matson, J.L. Social validation in mental retardation. *Applied research in mental retardation*, 1981, 2, 39-51.
- Kazdin, A.E. et Wilson, G.T. *Evaluation of behavior therapy: issues evidence and research strategies*. Cambridge: Lippincott, 1978.
- Keane, T.M., Geller, S. et Scherer, C.J.A. *parametric investigation of eating styles in obese and nonobese children*. *Behavior therapy*, 1981, 12, 280-286.
- Kelly, J.A., Urey, J.R. et Patterson, S.T. Improving heterosocial conversational skills of male psychiatric patients through a small group training procedure. *Behavior therapy*, 1980, 17, 179-188.
- Lick, S. Statistical versus clinical significance in research on the outcome of psychotherapy. *International Journal of mental health*, 1973, 2, 26-37.
- Lykken, D.T. Statistical significance in psychological research. *Psychological bulletin*, 1968, 70, 151-159.
- Mahoney, M.J. *Scientist as subject: the psychological imperative*. Cambridge: Ballinger pub. co., 1976.
- Matson, J.L. Assessment and treatment of clinical fears in mentally retarded children. *Journal of applied behavior analysis*, 1981, 14, 287-294.
- Matson, J.L., Kazdin, A.E. et Ernseltd-Dawson, K. Training interpersonal skills among mentally retarded and socially dysfunctional children. *Behavior research and therapy*, 1980, 18, 419-427.
- O'Brien, F. et Azrin, N.H. Developing proper mealtime behavior of the institutionalized retarded. *Journal of applied behavior analysis*, 1972, 5, 389-399.
- Patterson, G.R. Interventions for boys with conduct problems: multiple settings, treatments and criteria. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1974, 42, 471-481.
- Reed, D.H. et Hulbert, B. Teaching nonvocal communication skills to multihandicapped retarded adults. *Journal of applied behavior analysis*, 1977, 10, 591-603.
- Romano, J. et Bellack, A.S. Social validation of a component model of assertive behavior. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1980, 48, 478-490.
- Rozboom, W.W. The fallacy of the null-hypothesis significance test. *Psychological bulletin*, 1960, 57, 416-428.
- Schnelle, J.F. A brief report on invalidity of parent evaluations of behavior change. *Journal of applied behavior analysis*, 1979, 7, 341-343.
- Smith, K. Test of significance: Some frequent misunderstandings. *American Journal of orthopsychiatry*, 1983, 53, 315-321.
- Tyler, R.W. What is statistical significance? *Educational research bulletin*, 1931, 10, 115-118, 142.
- Van Houten, R. Social validation: the evaluation of standard of competency for target behaviors. *Journal of applied behavior analysis*, 1979, 12, 581-591.
- Walker, H.M. et HOPS, U. Use of normative data as a standard for evaluating classroom treatment effects. *Journal of applied behavior analysis*, 1976, 9, 159-168.
- Wahler, R.G. et Fox, J.J. Setting events in applied behavior analysis: toward a conceptual and methodological expansion. *Journal of applied behavior analysis*, 1981, 14, 327-338.
- Wallander, J.L., Curran, J.P. et Myers, P.E. Social calibration of the SSIT: evaluating social validity. *Behavior modification*, 1983, 7, 423-445.
- Whang, P.L., Gletcher, R.K. et Fawcett, S. Training counseling skills: an experimental analysis and social validation. *Journal of applied behavior analysis*, 1982, 15, 325-334.

- Winnert, R.A., et Winkler, R.C. Current behavior modification in the classroom: be still, be quiet, be docile. *Journal of applied behavior analysis*, 1972, 5, 499-504.
- Wolf, M. Social validity: the case for subjective measurement or how applied behavior analysis is finding its heart. *Journal of applied behavior analysis*, 1978, 11, 203-214.
- Wolfensberger, W. *The principle of normalization in human services*. Toronto: NIMR, 1972.
- Yeaton, W.H. A critique of the effectiveness of applied behavior analysis research. *Advancement of behavior research and therapy*, 1982, 4, 75-96.
- Yeaton, W.H., et Seckrest, L. Critical dimensions in choice and maintenance of successful treatments: Strength integrity and effectiveness. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1981, 49, 156-157.

ENGLISH SUMMARY

The present article discusses problems associated with the use of statistical analysis as sole means of psychotherapeutic evaluation. It also discusses social validation as a way of clarifying the clinical impact of therapeutic interventions. Examples drawn from published studies illustrate this evaluation process based upon social comparison and subjective evaluation. The last paragraphs of this text deal with problems associated with the use of this evaluation process. Finally social validation should not be considered as the only and perfect means of evaluation but should rather be viewed as an analysis perspective to be integrated into a systematic and global mode of evaluation.

L'exposition par immersion (*flooding*) et l'entraînement aux habiletés de débrouillardise (*coping*) pour modifier la peur des soins dentaires¹

JANEL GAUTHIER², FRANCE SAVARD,
JEAN-PIERRE HALLÉ et LAURENT DUFOUR³

Université Laval

Les effets de l'exposition par immersion (*flooding*) et de l'entraînement aux habiletés de débrouillardise (*coping*) dans le but de réduire la peur des traitements dentaires sont examinés à l'aide d'un plan expérimental contrebalancé. Les résultats démontrent que l'immersion et l'entraînement aux habiletés de débrouillardise sont également efficaces pour augmenter le comportement d'approche, pour réduire l'anxiété subjective et enfin pour augmenter le niveau et la force de l'efficacité personnelle perçue. La combinaison de ces traitements apporte une amélioration clinique additionnelle qui se maintient tout au long d'un suivi de quatre mois. Par ailleurs, les rendez-vous chez le dentiste semblent plus nombreux et mieux respectés lorsque l'entraînement aux habiletés de débrouillardise précède plutôt que suit l'exposition aux stimuli dentaires. La possibilité que l'efficacité personnelle perçue revête un caractère prédictif de la prise et du maintien des rendez-vous dentaires est soulevée.

La peur reliée aux visites chez le dentiste menant souvent à l'évitement des soins dentaires, tout effort dirigé vers le développement de traitements efficaces pour contrer ce problème doit être considéré attentivement afin d'améliorer la santé des individus. Au cours des 15 dernières années, plusieurs études ont démontré l'efficacité des traitements traditionnels basés sur l'exposition tels que la désensibilisation systématique et l'immersion pour réduire la peur des soins dentaires et pour promouvoir l'habitude de visites régulières chez le dentiste (Melamed, 1979). Cependant, certains rapports d'études assez récentes portant sur l'application de techniques de gestion de la douleur et du stress associées aux visites chez le dentiste (Beck *et al.*, 1978; Horan *et al.*, 1976; Klepac, 1975) concluent également à l'efficacité de ces méthodes. En ce domaine, il importerait de comparer l'efficacité relative de l'enseignement de techniques spécifiques de débrouillardise pour contrer l'expérience de la peur et de l'inconfort physique associés aux visites chez le dentiste à celle des traitements basés sur l'exposition.

Les individus manifestant une grande peur des soins dentaires se perçoivent moins capables de tolérer la douleur et moins confiants de contrôler le stress inhérent à certains traitements dentaires que ceux qui ont moins peur des soins dentaires (Klepac *et al.*, 1982). Il importe également de s'interroger sur la façon dont ces deux approches thérapeutiques peuvent interagir pour amener un changement comportemental.

1. Cette recherche a été rendue possible grâce à une subvention du ministère de l'Éducation (Programme de formation de chercheurs et d'action concertée).
2. Les demandes de tiré à part doivent être adressées au Dr Janel Gauthier, Ecole de psychologie, Université Laval, Sainte-Foy, Québec, G1K 7P4.
3. Les auteurs désirent exprimer leur reconnaissance au professeur Albert Bandura pour ses commentaires et ses suggestions à l'occasion de la présentation d'un texte préparatoire à celui-ci.

Le but de cette étude est d'examiner ces deux questions. Ainsi, l'efficacité relative de l'immersion et de l'entraînement aux habiletés de débrouillardise dans la gestion des comportements de peur dentaire est évaluée à l'aide d'un plan expérimental contrebalancé. On choisit l'immersion plutôt que la désensibilisation parce qu'un relevé des écrits scientifiques indique que l'immersion est une technique de réduction de peur plus économique (en temps et démarches) que la désensibilisation systématique (Marshall *et al.*, 1979). De plus, des travaux antérieurs ont déjà démontré que l'immersion s'avère une méthode efficace pour réduire la peur de la dentisterie (Mathews et Rezin, 1977).

MÉTHODE

Sujets et démarche

Trente individus ont répondu à une invitation dans les journaux à participer à un programme d'intervention contre la peur des soins dentaires. Chaque personne fut interviewée pour déterminer si elle pouvait participer au programme. Cette entrevue fut faite à l'aide d'un questionnaire semi-structuré incluant une histoire de la peur des soins dentaires du sujet, un compte rendu de ses tentatives antérieures pour contourner le problème, l'impact de ce problème sur les soins dentaires reçus et enfin une histoire de ses premières expériences de visites chez le dentiste. Chaque personne compléta aussi le questionnaire concernant la peur des soins dentaires de Kleinkecht *et al.* (1973). Les sujets furent acceptés dans l'étude selon les critères suivants: (a) ne pas avoir visité le dentiste pendant au moins deux ans à cause de la peur ou (b) avoir refusé de recevoir une injection d'anesthésie locale lors des deux pré-tests d'approche comportementale. Quinze volontaires (10 femmes et 5 hommes) ont rencontré les critères de sélection. Toutefois, parce qu'un sujet a retiré sa candidature avant le début du traitement, seulement 14 sujets ont de fait participé à l'étude. Leurs âges variaient entre 17 et 51 ans (moyenne: 31,8) et ils avaient en moyenne 13,5 années de scolarité. Leur dernière visite chez le dentiste remontait à 9,4 ans plus tôt en moyenne.

Les scores au test comportemental et les évaluations subjectives de la peur obtenus lors du deuxième pré-test ainsi que la durée de l'évènement de la dentisterie servent de critère au jumelage de sept couples de sujets. Ce jumelage, réalisé par ordonnateur, aida à répartir les membres de chaque paire à l'intérieur d'un plan expérimental contre-balancé. Les variables manipulées pour assurer cette équivalence furent l'immersion suivie d'un entraînement aux habiletés de débrouillardise (immersion-habiletés) ou vice versa (habiletés-immersion). L'ordonnateur fut programmé afin d'identifier les caractéristiques des sujets. Avec ces mesures, on observa des différences minimales entre les groupes expérimentaux, des différences maximales entre les paires ainsi qu'une homogénéité de variance à l'intérieur des diverses conditions.

Un sujet a quitté après le traitement initial à cause de son insatisfaction des progrès réalisés et de son désir de ne plus recevoir d'aide. Tous les sujets ont signé une formule d'autorisation pour participer à l'étude.

Instruments et démarches

• Mesure

Les sujets furent évalués selon trois mesures de la peur de la dentisterie*. Un test d'approche comportementale demandait aux sujets de se prêter à un examen oral et à une restauration par un dentiste praticien. Par ailleurs, le patient était encouragé à réaliser le plus d'étapes possible de l'échelle de mesure (voir Tableau 1). On ne

* La peur fut aussi évaluée physiologiquement par l'enregistrement du rythme cardiaque, du volume du pouls, de la durée et de l'amplitude de la respiration lors de la présentation de diapositives montrant les diverses étapes d'une démarche de restauration dentaire. Cette forme d'évaluation fut choisie parce que des problèmes pratiques rendaient impossible l'enregistrement des réponses physiologiques durant le test de l'approche comportementale. Cependant, à cause de problèmes répétés d'équipement, plusieurs données ont été perdues. Par conséquent, les analyses des données physiologiques ont été abandonnées.

procédait à une nouvelle étape qu'après l'avoir décrite au sujet et aussi après avoir obtenu sa permission d'exécution. Au moment du pré-test, même si la permission d'injection était accordée, cette dernière n'était jamais donnée puisqu'un tel accord devenait critère d'exclusion. Pour tous les autres tests cependant, chacune des étapes avec permission accordée fut exécutée. Fait à noter, aucun véritable traitement de restauration ne fut administré. En effet, seulement 0,2 ml de xylocaïne était injecté (le dosage normal se situant entre 0,9 et 1,8 ml). De plus, le forage de la dent était simulé par une fraise qui fonctionnait tout comme une fraise régulière sauf qu'elle était complètement inefficace. Le score obtenu à ce test indiquait l'étape où s'était rendu le sujet avant son refus d'aller plus loin.

TABLEAU 1
Description du test d'approche comportementale

Score	Item
00	S'asseoir dans la salle d'attente.
01	Entrer dans le cabinet du dentiste.
02	S'asseoir sur la chaise dentaire.
03	Apporter les instruments dentaires et effectuer la préparation pour l'examen.
04	Ouvrir la bouche pour l'examen.
05	Introduire un miroir dans la bouche.
06	Introduire un instrument exploratoire dans la bouche.
07	Explorer les dents pour voir s'il y a des cavités.
08	Placer l'instrument rotatoire dans la bouche.
09	Nettoyer les dents avec un instrument rotatoire.
10	Utiliser l'eau et la succion pour nettoyer la bouche.
11	Introduire un autre instrument dans la bouche pour enlever les dépôts calcaires.
12	Enlever les dépôts calcaires qui se trouvent sur une dent.
13	Préparer les gencives ou la bouche pour l'injection.
14	Placer la seringue dans la bouche pour donner une injection.
15	Donner l'injection.
16	Mettre en place la digue de caoutchouc.
17	Introduire la fraise dans la bouche pour forer la dent.
18	Forer la dent.
19	Obturer la dent.

Immédiatement après le test comportemental, on demandait aux sujets de compléter une échelle d'anxiété subjective qui décrivait chacune des étapes du test d'approche comportementale. Les sujets avaient pour consigne d'évaluer le niveau d'anxiété ou d'inconfort expérimenté (0 = pas d'inconfort ou d'anxiété, 100 = inconfort ou anxiété extrême) dans chacune des situations décrites à l'échelle comporte-

mentale. Le score d'anxiété subjective était tout simplement la somme des résultats obtenus aux différents items.

Juste avant l'administration du test d'approche comportementale, on demandait aux sujets d'indiquer sur une échelle d'efficacité personnelle jusqu'à quelle étape ils anticipaient se rendre avant d'abandonner. Le nombre d'étapes qu'ils anticipaient franchir représentait le *niveau* d'efficacité personnelle perçue (Bandura, 1977). Pour chacune des étapes qu'ils anticipaient franchir, on leur demandait d'indiquer, à l'aide d'une échelle de pourcentages variant entre complètement incertain (0%) à complètement certain (100%), leur degré de confiance dans l'exécution. La somme de ces évaluations représentait la *force* de leur efficacité personnelle perçue (Bandura, 1977). Chacune des évaluations de la peur des soins dentaires fut réalisée par des juges indépendants à deux reprises: avant le début du traitement, trois jours après la fin du deuxième (inter-traitement) et de la quatrième séance de traitement (post-traitement) et, enfin, lors d'un suivi quatre mois plus tard. Les évaluations furent faites à deux reprises au pré-traitement afin de mieux identifier les sujets qui avaient une peur constante de la dentisterie et afin d'éliminer les autres.

Lorsque les quatre séances de traitement furent complétées, les sujets reçurent comme consigne de prendre rendez-vous avec un dentiste de leur choix qui n'était pas rattaché à l'étude. Afin de les aider dans cette tâche, on leur donna une liste de noms, d'adresses et de numéros de téléphone de dentistes de leur localité. On interrogea tous les sujets sur les résultats de leur démarche en vue d'obtenir un traitement dentaire lors du test de rappel. Bien entendu, les visites chez le dentiste rapportées par les sujets firent l'objet de vérifications indépendantes par les auteurs. Ces derniers communiquèrent avec le dentiste que les sujets dirent avoir visité (l'aurorisation à recevoir une telle information de la part du dentiste ayant préalablement été accordée par chacun des sujets). Ainsi, les relevés de ces rendez-vous réalisés entre la fin du traitement et le test de rappel servirent de mesure additionnelle aux résultats thérapeutiques.

• Traitements

Tous les sujets reçurent deux séances d'immersion et deux séances d'entraînement aux habiletés de débrouillardise suivant un ordre contrebalancé. La moitié donc des sujets reçut l'immersion suivie de l'entraînement aux habiletés de débrouillardise alors que l'autre moitié reçut ces mêmes traitements mais selon un ordre de présentation inversé.

L'immersion consistait à exposer les sujets à des stimuli auditifs enregistrés durant de véritables traitements dentaires. La première cassette décrivait un examen oral, une prophylaxie et une injection; la deuxième, une injection et une restauration et, enfin, la troisième cassette décrivait une injection et une extraction. L'injection consistait le centre d'attention de chaque des cassettes parce que les sujets avaient identifié cette procédure comme étant la plus détestable. Chaque cassette durait 15 minutes. Lors de l'audition des cassettes, on pouvait entendre le dentiste décrivant ses actions, les demandes faites à la patiente et à l'assistante dentaire, et le bruit occasionné par les différentes démarches. En aucun temps, cependant, la patiente n'était entendue. Les enregistrements furent présentés comme suit: la première séance comprenait deux présentations de la cassette 1 et de la cassette 2 (au préalable, on avait donné aux sujets une justification du traitement basée sur la théorie d'Eysenck (1976); la deuxième séance comprenait deux présentations de la cassette 2 et quatre présentations de la cassette 3. Avant la présentation de chaque cassette, les sujets étaient encouragés à s'imaginer que la situation décrite sur cassette leur arrivait réellement à eux plutôt qu'à un autre. On leur demandait aussi de s'impliquer le plus possible sur le plan émotif pendant l'écoute de la cassette. A la fin de chacune des

cassettes, on interrogeait les sujets afin d'identifier et de résoudre toute difficulté pouvant surgir dans l'exécution de leur tâche.

L'entraînement aux habiletés de débrouillardise comprenait un entraînement à la relaxation pour contrôler les réactions physiologiques associées à la peur, un entraînement à la restructuration cognitive pour contrecarrer les images et les auto-verbalisations négatives liées à la dentisterie et, enfin, la pratique de certains comportements pour améliorer l'habileté des sujets à communiquer avec le dentiste durant le traitement dentaire. L'acquisition de ces habiletés de débrouillardise avait été choisie à cause des données empiriques concluant à leur efficacité ou en raison de leur pertinence pour contrer certains problèmes identifiés par les sujets et les auteurs. Spécifiquement, la première séance se déroula de la façon suivante: (a) les sujets reçurent une justification du traitement basée sur la théorie des émotions de Schachter (Schachter, 1964) et le rôle des facteurs cognitifs et des réponses physiologiques dans le développement et le maintien de la peur dentaire; (b) ils reçurent une initiation à la relaxation en insistant sur la respiration régulière et profonde et jumelant la relaxation à certains mots stimuli tels que "calme" et "relaxé"; (c) ils furent entraînés à déclencher délibérément leur peur en concentrant brièvement leur attention sur une scène dentaire de leur choix et à la contrôler à l'aide de la relaxation; (d) les sujets furent entraînés à détecter, à critiquer et à corriger toute image ou auto-évaluation négative perçue reliée à certaines démarches de dentisterie spécifiques. La deuxième séance comprenait les étapes suivantes: (a) les sujets reçurent un bref entraînement additionnel à la relaxation comme technique de débrouillardise; (b) ils reçurent aussi un autre entraînement de restructuration cognitive (au moins équivalent à la première séance); et (c) les sujets furent entraînés par le jeu de rôle et le *modeling* à poser des questions ou à s'adresser plus clairement et avec plus d'assurance au dentiste, plusieurs sujets ayant rapporté une aggravation de leur état faute d'habileté à s'informer ou contrôler adéquatement leur destinée lors de la visite chez le dentiste. Entre chaque exercice, on questionnait le sujet afin d'identifier et de résoudre toute difficulté occasionnée lors des traitements.

L'exposition par immersion et l'entraînement aux habiletés de débrouillardise furent présentés au sujet comme partie intégrante d'un cours les préparant à recevoir des traitements dentaires. Le cours se donnait de façon hebdomadaire en groupes de trois ou de quatre sujets. Chaque séance durait deux heures. Ces dernières étaient administrées par deux étudiants diplômés (un homme et une femme) en psychologie clinique. Chacun d'eux avait suivi un cours sur les approches cognitive et comportementale visant à réduire l'anxiété. De plus, ils avaient reçu un entraînement intensif sur l'utilisation des méthodes décrites dans le cadre d'un stage clinique de quatre mois. Ils ont également bénéficié d'une séance d'orientation de 3 heures traitant de la dentisterie et de ses techniques d'usage. Chaque thérapeute a rencontré la moitié des sujets pour chacune des conditions expérimentales et tous les sujets ont reçu leurs quatre séances de traitement du même thérapeute.

RÉSULTATS

• Test d'approche comportementale

Une analyse de variance sur les données du test d'approche comportementale au pré-traitement fut opérée en utilisant la variable "thérapeute" comme facteur de groupe. Cette dernière ne révéla aucune différence entre les deux groupes ($F < 1$). Par la suite, une autre analyse de variance à deux facteurs fut menée en utilisant toutes les données comportementales, ce qui révéla un effet "temps" significatif ($F(3,33) = 11,20, p < 0,001$). Aucun effet "groupes" ou "groupes \times temps" (les deux $F_s < 1$), ne fut découvert prouvant ainsi que les deux thérapeutes étaient d'effica-

cité égale dans l'utilisation de l'immersion et de l'entrainement aux habilités de débrouillardise pour apporter un changement thérapeutique.

Les données comportementales au pré-traitement, à l'inter-traitement, au post-traitement et au test de rappel pour chacun des groupes expérimentaux sont présentes dans la Figure 1. Une analyse de variance à facteur unique a démontré qu'il n'y avait aucune différence significative entre les groupes en ce qui a trait à la mesure d'approche comportementale avant le traitement ($F < 1$). Une analyse de variance à deux facteurs avec mesures répétées pour un facteur a révélé un effet "temps" significatif ($F(3,33) = 11,48, p < 0,001$). Aucun effet significatif pour les facteurs "groupes" ou "groupes \times temps" sur la mesure comportementale ne fut découvert. Une analyse des effets "temps" significatifs démontra que le comportement d'approche avait augmenté significativement du pré-traitement à l'inter-traitement (i.e., après le traitement initial) ($F(1,12) = 8,60, p < 0,001$) et de l'inter-traitement au post-traitement (i.e., après le traitement contre-balancé) ($F(1,12) = 10,45, p < 0,01$). Aucune différence significative entre le post-traitement et le test de rappel ne fut observée, ce qui indique que les gains thérapeutiques s'étaient bien maintenus dans le temps.

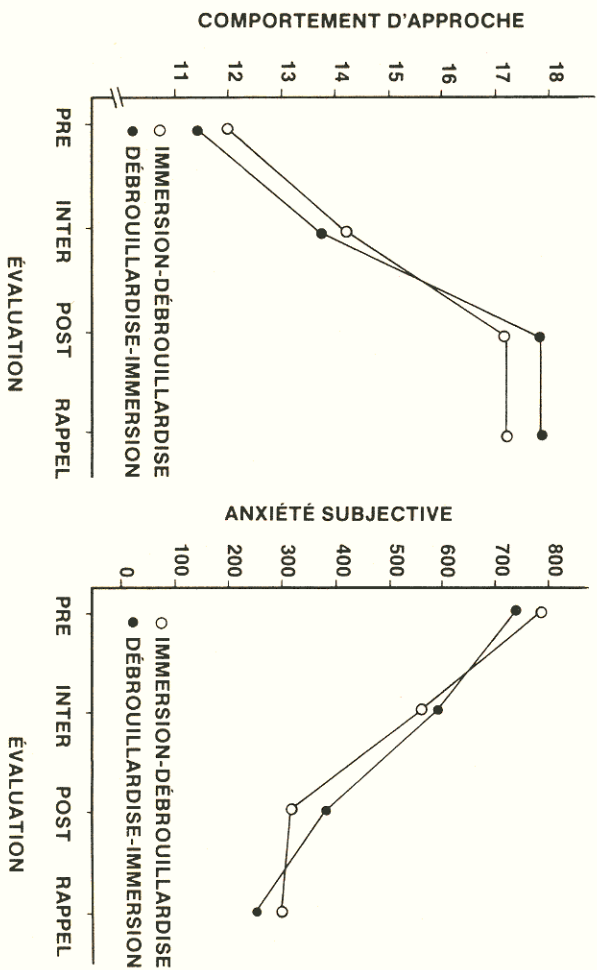


Fig. 1. Moyenne des scores d'approche comportementale et des évaluations de l'anxiété subjective avant tout traitement (pré), après le traitement initial (inter), après le traitement contre-balancé (post) et au test de rappel de 4 mois pour chacune des conditions expérimentales.

Par ailleurs, la performance des sujets lors du test d'approche comportementale indique qu'aucun des sujets n'a accepté de recevoir une injection d'anesthésie locale au moment de l'inter-traitement. Cependant, dans chacun des groupes, trois sujets ont reçu une injection au post-traitement et les seuls sujets ayant complété toutes les étapes du test d'approche comportementale lors du test de rappel étaient ceux qui avaient reçu l'injection au post-traitement.

• Anxiété subjective

Les résultats obtenus pour l'anxiété subjective s'apparentaient à ceux touchant au comportement d'approche. Une analyse de variance des scores d'anxiété subjective obtenus au pré-traitement en utilisant la variable "thérapeute" comme facteur de groupe n'a en effet révélé aucune différence entre les groupes. L'analyse subséquente des données complètes a montré que seul l'effet "temps"  tait significatif ($F(3,33) = 11,32, p < 0,001$). Ainsi, aucun indice ne permettait de penser que la variable "thérapeute" avait influencé le niveau de l'anxiété subjective des sujets lors de l'étude.

Les données se rapportant à l'anxiété subjective à chacune des étapes de l'évaluation pour chacun des groupes expérimentaux sont présentes graphiquement dans la Figure 1. Une analyse de variance à facteur unique a indiqué que la différence entre les niveaux d'anxiété subjective des groupes avant le traitement n'était pas significative. Une analyse de variance à deux facteurs a révélé que le seul effet à atteindre le niveau de signification statistique fut le "temps" ($F(3,33) = 10,76, p < 0,001$). Les analyses de l'effet "temps" ont révélé que l'anxiété subjective avait diminué de façon significative du pré à l'inter-traitement ($F(1,12) = 13,12, p < 0,005$) et de l'inter-traitement au post-traitement ($F(1,12) = 8,88, p < 0,01$). Aucune différence significative entre les données du post-traitement et celles du test de rappel ne fut observée.

• Efficacité personnelle perçue

Lorsque la variable "thérapeute"  tait utilisée comme facteur de groupe, les analyses de variance à facteur unique n'ont révélé aucune différence significative entre les groupes avant le traitement. Les analyses de variance à facteur unique n'ont révélé aucune différence significative entre les groupes avant le traitement. Les analyses de variance à deux facteurs ont indiqué que le niveau ($F(3,33) = 8,71, p < 0,001$) et la force de l'efficacité personnelle ($F(3,33) = 11,12, p < 0,001$) augmentaient significativement au cours de la période de traitement. Cependant, aucun effet significatif n'était associé aux facteurs "groupes" ou "groupes \times temps", ce qui signifie qu'il y eut contrôle satisfaisant de la variable "thérapeute".

La Figure 2 représente les données de l'efficacité personnelle au pré-traitement, à l'inter-traitement, au post-traitement, et au test de rappel pour chacun des groupes expérimentaux. Les analyses des évaluations de l'efficacité personnelle avant le traitement ont montré qu'il n'y avait pas de différence significative entre les groupes (les deux $F < 1$). Les analyses de variance pour mesures répétées ont révélé des effets "temps" significatifs à la fois pour le niveau ($F(3,33) = 8,71, p < 0,001$) et la force de l'efficacité personnelle ($F(3,33) = 11,12, p < 0,001$). Aucun effet de "groupes" ou de "groupes \times occasions" significatif ne fut découvert. Les analyses des effets "temps" ont montré que les augmentations de l'efficacité personnelle à partir du pré-traitement à l'inter-traitement étaient significatives pour le niveau ($F(1,12) = 11,96, p < 0,005$) et la force de l'efficacité ($F(1,12) = 14,68, p < 0,005$). Les comparaisons entre les données de l'inter-traitement et du post-traitement ont aussi révélé que le niveau ($F(1,12) = 5,57, p < 0,05$) et la force de l'efficacité personnelle ($F(1,12) = 14,81, p < 0,005$) avaient augmenté de façon significative. Aucun changement significatif dans le niveau ou la force de l'efficacité personnelle à partir du post-traitement au test de rappel ne fut observé.

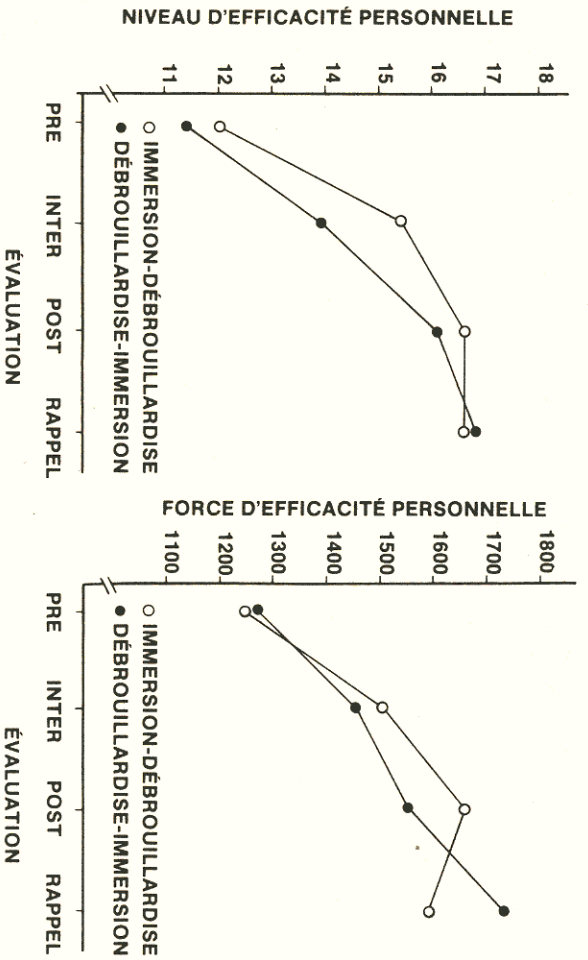


Fig. 2. Moyennes des évaluations du niveau et de la force de l'efficacité personnelle perçue avant toute intervention (pré), après le traitement initial (inter), après le traitement contre-balancé, et au test de rappel de 4 mois pour chacune des conditions expérimentales.

La relation entre l'approche personnelle perçue et l'approche comportementale

Des analyses additionnelles ont été effectuées afin de déterminer le type de relation pouvant exister entre la performance comportementale et l'efficacité personnelle perçue. Ces résultats sont résumés au Tableau 2. Essentiellement, le comportement d'approche était significativement relié au niveau et à la force de l'efficacité personnelle pour chacune des évaluations dans le temps à l'exception d'une seule. Le coefficient de corrélation mettant en rapport les scores d'approche comportementale et ceux de la force d'efficacité personnelle immédiatement après la phase contrebalancée fut en effet le seul à ne pas s'avérer statistiquement significatif pour expliquer ce manque de relation, les données ayant trait à la force de l'efficacité personnelle au pré-traitement, à l'inter-traitement, au post-traitement et au test de rappel ont été représentées séparément par un point dans un espace à deux dimensions sur un graphique en fonction des scores au test d'approche comportementale. Ce graphique a abouti à des nuages de points. L'examen de ces nuages a révélé que le post-test affichait la plus grande homogénéité de points. En effet, tous les sujets sauf un seul montraient de hauts niveaux de confiance dans leur habileté à exécuter les diverses étapes du test d'approche comportementale après le traitement contre-balancé. Ainsi, une trop grande homogénéité des scores pouvait expliquer ce coefficient de corrélation non significatif observé au post-test.

TABLEAU 2

Coefficient de corrélation de Pearson entre les évaluations de l'efficacité personnelle et les scores d'approche comportementale au pré-traitement, à l'inter-traitement, au post-traitement et au test de rappel

	Pré-traitement	Inter-traitement	Post-traitement	Rappel
Efficacité personnelle (Force)/	0.82***	0.69**	0.32	0.65*
Comportement d'approche				
Efficacité personnelle (Niveau)/	0.97***	0.58*	0.72**	0.96***
Comportement d'approche				

$d/1 = 12.$

* $p < 0.01$; ** $p < 0.005$; *** $p < 0.001$.

Visite chez le dentiste

L'examen des relevés de visites chez le dentiste des sujets au cours des 4 mois suivant la fin du programme de traitement visant à réduire la peur des soins dentaires a révélé que 62% d'entre eux avaient pris et respecté leur rendez-vous chez le dentiste. Ce pourcentage était de 42,8 pour la condition "immersion-débrouillardise" et de 100 pour la condition "débrouillardise-immersion". L'application du test d'exactitude de Fisher a montré que la différence inter-groupes en ce qui a trait aux visites chez le dentiste était statistiquement significative ($p < 0,05$).

Les réactions personnelles des sujets lors du test de rappel ont apporté une dimension additionnelle aux résultats des traitements. Onze des 13 sujets se dirent satisfaits de leurs progrès, un n'était pas satisfait et l'autre était incertain. Alors que 5 sujets rapportaient avoir bénéficié également de l'immersion et de l'entraînement aux habiletés de débrouillardise, 5 autres ont trouvé l'entraînement aux habiletés de débrouillardise d'une plus grande aide que l'immersion et enfin 3 sujets ont opté pour l'inverse. Les sujets ont affirmé que l'entraînement à chacune des habiletés de débrouillardise fut "d'une très grande aide" et que l'exposition aux stimuli auditifs fut d'une "aide moyenne" pour parvenir à un meilleur contrôle de leur peur des traitements dentaires. Observation assez intéressante, seulement 2 sujets ont affirmé qu'ils auraient préféré que les traitements soient administrés individuellement plutôt qu'en groupe, ce qui signifie que l'approche thérapeutique par petits groupes a été très populaire.

Interprétation et discussion

Les résultats présents indiquent que chacun des traitements, l'immersion et l'entraînement aux habiletés de débrouillardise, s'avère efficace pour réduire la peur des traitements dentaires. Ceci vient corroborer les résultats venant d'autres chercheurs (Beck *et al.*, 1978; Horan *et al.*, 1976; Klepac, 1975; Matthews & Rezin, 1977). Fait à noter, cette expérience ne comprenait pas de groupe contrôle pour évaluer les effets des facteurs non spécifiques, des études antérieures (e.g., Beck *et al.*, 1978; Matthews & Rezin, 1977) ayant déjà démontré, à l'aide de contrôles pertinents, que les effets thérapeutiques observés après l'administration de l'immersion et de l'entraînement aux habiletés de débrouillardise étaient spécifiques à ces traitements.

Les deux traitements furent donc d'efficacité égale pour modifier la peur et le comportement d'évitement. Cependant, l'ordre d'administration de ces traitements vint influencer sur les résultats. Les rendez-vous pris chez le dentiste étaient plus nombreux chez les sujets qui ont d'abord reçu l'entraînement aux habiletés de débrouillardise avant de recevoir l'exposition aux stimuli dentaires anxiogènes que chez les autres. Ce résultat est plutôt surprenant en considérant que les conditions "immersion-débrouillardise" et "débrouillardise-immersion" avaient influencé au même degré la performance comportementale, la détresse subjective et l'efficacité personnelle durant l'évaluation suivant immédiatement la phase contrebalancée. Ce résultat suggère que la probabilité des visites chez le dentiste n'est pas déterminée uniquement par la quantité de progrès thérapeutiques réalisée dans un traitement. Afin d'expliquer ce phénomène, certaines différences intergroupes auraient pu exister au préalable sans pouvoir être décelées à cause d'effets de plafonnement.

En effet, les deux ordres dans lesquels les traitements furent administrés étaient très efficaces pour réduire la peur du traitement dentaire et pour augmenter l'efficacité personnelle perçue au post-traitement. De plus, deux faits expliquent pourquoi le test comportemental était plus vulnérable aux effets de plafonnement que le test de visite d'un dentiste pour recevoir des soins dentaires. Premièrement, prendre un rendez-vous chez un dentiste et le respecter suppose des démarches qui doivent être entreprises *par* le sujet lui-même; par contre, dans le test d'approche, les demandes sont systématiquement adressées *au* sujet par une autre personne. Deuxièmement, la répétition du test comportemental a sans doute donné aux sujets l'occasion de se familiariser avec le contexte des évaluations dentaires. Par contre, les sujets qui devaient prendre et respecter un rendez-vous entre le post-traitement et le test de rappel n'ont pas eu l'occasion de se familiariser avec le contexte du traitement dentaire.

Pourquoi l'administration de l'entraînement aux habiletés de débrouillardise avant plutôt qu'après l'immersion a-t-elle engendré plus de visites chez le dentiste? Cette question est ouverte aux débats. L'administration de l'entraînement aux habiletés de débrouillardise comme traitement initial a peut-être permis aux sujets d'appliquer ces stratégies venant contre l'anxiété durant le traitement par exposition, leur permettant ainsi de pratiquer exactement ce qu'ils auraient à faire plus tard dans le cabinet du dentiste. Par contre, quand l'immersion précédait l'entraînement aux habiletés de débrouillardise, les sujets n'ont probablement pas eu l'occasion de pratiquer ou de vérifier l'efficacité de leurs habiletés de débrouillardise. Les témoignages de sujets sont favorables à cette hypothèse. En effet, plusieurs de ces derniers ont affirmé que les habitets de débrouillardise avaient été d'une plus grande aide que l'immersion. Pourquoi en comparant les deux groupes, l'avantage thérapeutique en question ne s'est-il pas traduit en différences significatives (immersion-débrouillardise et débrouillardise-immersion) au post-traitement? Nul ne saurait dire. Cependant, tel que relaté antérieurement, les différences entre les traitements ont pu être obscurcies par des effets de plafonnement.

Comme tous les sujets ont reçu les deux traitements, les effets respectifs de l'immersion et de l'entraînement aux habiletés de débrouillardise aux résultats finaux ne peuvent être tirés au clair. Cependant, les effets de l'ordre différentiel déjà abordés indiquent que l'entraînement aux habiletés de débrouillardise s'avère peut-être efficace pour amener les gens à demander et à recevoir des traitements dentaires. En effet, la présence de stimuli aversifs au cours de divers traitements dentaires n'est pas sans créer de problèmes pour le maintien des bénéfices thérapeutiques obtenus par les traitements basés seulement sur l'exposition. Ceci implique que les individus ayant surmonté leur peur des traitements dentaires à l'aide de l'exposition seule seraient plus vulnérables à la "re-sensibilisation" que ceux qui ont acquis des habile-

tés bien spécifiques pour contrer ces stimuli. De toute évidence, d'autres recherches s'avèrent nécessaires pour déterminer la façon dont la généralisation peut être la mieux assurée.

L'efficacité personnelle perçue s'est avérée un bon prédicteur du comportement d'approche aux visites chez le dentiste dans chacune des phases de l'étude. Cependant, la force de l'efficacité personnelle obtenue à la fin de la phase contre-balancée n'a pas atteint le niveau de signification statistique. Il importe de se rappeler à ce propos que la plupart des sujets étaient très confiants dans leur habileté face aux diverses étapes du traitement dentaire. Un certain niveau de confiance s'avère nécessaire pour qu'un sujet se mette à l'oeuvre ou émette un comportement. Toutefois, au-delà de ce niveau, une confiance supplémentaire ne peut être associée avec un plus grand niveau de rendement de la part de ce même sujet. La probabilité donc d'observer un plus haut degré de corrélation entre les deux variables en cause serait donc minime selon cette hypothèse. Cependant, la force de l'efficacité personnelle à prédire le comportement d'approche pour traitement dentaire lors des trois autres évaluations joue à l'encontre d'une différence fondamentale dans la façon suivant laquelle le niveau et la force de l'efficacité personnelle influencent le comportement. Fait à remarquer, la corrélation non significative allait dans la direction prédite. Sans aucun doute, le très petit échantillon n'a pas facilité l'atteinte du niveau de signification statistique.

L'efficacité personnelle perçue pouvant bien prédire la performance durant le test comportemental, il importe de se demander si les mesures de l'efficacité personnelle à prendre et à respecter des rendez-vous chez le dentiste ne peuvent aussi bien servir à prédire les visites chez le dentiste (cette question fait présentement l'objet d'une étude dans notre laboratoire)? Dans l'affirmative, de nouvelles recherches pourraient nous aider à établir s'il y a avantage thérapeutique à utiliser l'efficacité personnelle perçue par rapport aux visites chez le dentiste comme critère pour terminer un traitement contre la peur des soins dentaires.

RÉFÉRENCES

- Bandura, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological review*, 1977, 84, 191-215.
- Beck, F.M., Kaul, T.J., and Russel, R.K. Treatment of dental anxiety by cue-controlled relaxation. *Journal of counseling psychology*, 1978, 25, 591-594.
- Eysenck, H.J. The learning theory model of neurosis: A new approach. *Behavior research and therapy*, 1976, 14, 251-267.
- Horan, J.J., Layng, F.C., and Pursell, C.H. Preliminary study of effects of "in vivo" emotive imagery on dental discomfort. *Perceptual and motor skills*, 1976, 42, 105-106.
- Kleinkecht, R.A., Klepac, R.K., and Alexander, L.D. Origins and characteristics of fear of dentistry. *Journal of the american dental association*, 1973, 86, 842-848.
- Klepac, R.K. Successful treatment of avoidance of dental work by desensitization or increasing pain tolerance. *Journal of behavior therapy and experimental psychology*, 1975, 6, 307-310.
- Klepac, R.K., Dowling, J., and Haugé, G. Characteristics of clients seeking therapy for the reduction of dental avoidance: Reactions to pain. *Journal of behavior therapy and experimental psychology*, 1982, 13, 293-300.
- Marshall, W.L., Gauthier, J. and Gordon, A. Current status of flooding therapy. Dans M. Hersen, R.M., Eisler, et P.M. Miller (Ed.), *Progress in behavior modification* (Vol. 7), New York: Pergamon Press, 1977.
- Mathews, A. and Rezin, V. Treatment of dental fears by imaginal flooding and rehearsal of coping behaviour. *Behavior research and therapy*, 1977, 15, 321-328.
- Melamed, B.G. Behavioral approaches to fear in dental settings. Dans M. Hersen, R.M., Eisler, et P.M. Miller (Ed.), *Progress in behavior modification* (Vol. 7), New York: Pergamon Press, 1977.
- Schachter, S. (1964) The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional state. Dans M.L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 1), New York: Academic Press, 1964.

ENGLISH ABSTRACT

The effects of flooding and coping skills training in reducing fear and avoidance of dental treatment were examined by using a crossover design. Results showed that flooding and coping skills training were equally effective in increasing approach behavior, reducing subjective anxiety, and increasing level and strength of perceived self-efficacy. The combination of these treatments resulted in further clinical improvement which was maintained at 4-month follow-up. It was observed that dental appointments were more effectively promoted when coping skills training preceded rather than followed exposure to dental stimuli. The possibility that perceived self-efficacy could be a useful predictor of making and keeping dental appointments is raised.

DEBITE

LA GESTION ÉCOLOGIQUE DES INTERVENTIONS: LE DÉFI BEHAVIORAL

16^e CONGRÈS ASMC: 15-16-17 MAI 1985

GESTION ----- ORGANISATIONNELLE

EDUCATION-AFFAIRES SOCIALES
AFFAIRES-ÉCOLOGIE-CLINIQUE-TRAVAIL"LA PLACE DE L'INTERVENANT
COMME FRISANT PARTIE
D'UN SYSTÈME GLOBAL"

LA GESTION ÉCOLOGIQUE
DES INTERVENTIONS:
LE DÉFI BEHAVIORAL

16^e CONGRÈS ASMC: 15-16-17 MAI 1985

CONFÉRENCE D'OUVERTURE

LA PLACE DE L'INTERVENANT COMME FAISANT PARTIE D'UN SYSTÈME GLOBAL. Luc Granger, Ph.D.

A confirmer

Bandura

Dr Frederikson: la communication dans la structure organisationnelle.

Rolland Foucher: sciences administratives.

Michel Grant: F.T.O.

Pannell: comment gérer l'écologie de mon intervention clinique - les problèmes, les solutions.

Centre Charlevoix: modèle de gestion clinique d'un programme de communication en milieu naturel (M.A.S.). Marc Piedaloue, André Soulières et Yvon L'Abbé.

Ecole Peter Hall: la gestion globale d'un plan d'éducation individualisé assisté par ordinateur (s'adresse au gestionnaire, directeur d'école, directeur général, conseiller en enfance inadaptée ou professionnel du secteur).

Les prix indiqués comprennent:

- Le congrès
- L'affiliation
- La revue
- 3 couchers
- 8 repas
- 1 banquet
- Service et pourboires
- Toute une gamme d'activités sportives et de loisirs seront disponibles:

Exemple: Golf 9 trous - \$9
Tennis - \$37/hre.

• • • • • ÉTUDIANT • • • • •

Après le 15 octobre: \$250
\$195

• • • • • MEMBRE • • • • •

OCC: DOUBLE — SIMPLE
Après le 15 octobre: \$410 \$375
\$435

• • • • • NON-MEMBRE • • • • •

OCC: DOUBLE — SIMPLE
Après le 15 octobre: \$420 \$385
\$445

Comme ce congrès est présenté avec une nouvelle formule, vous devez comprendre l'importance de réserver à l'avance. Vous êtes donc priés d'effectuer votre dépôt avant le 15 octobre.

COUPON RÉPONSE

NOM: _____ OCCUPATION: _____

ADRESSE: _____ TEL.: _____

DÉPÔT: \$50
CHÈQUE A L'ORDRE DE: CONGRÈS ASMC-85Ecole Peter Hall
10748, rue Saint-Vital
Montréal-nord, Québec
H1H 4T3