

L'ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ SOCIALE D'INTERVENTIONS POUR LES JEUNES ENFANTS AYANT UN TROUBLE DU SPECTRE AUTISTIQUE

Annie Paquet¹

Université du Québec à Trois-Rivières (Canada)

Jennifer Ilg²

Université de Strasbourg (France)

Céline Clément³

Université de Strasbourg (France)

1. CONTEXTE

Les troubles du spectre de l'autisme (TSA) sont caractérisés par des difficultés dans les sphères de la communication et des interactions sociales, ainsi que par la présence de comportements répétitifs et d'intérêts restreints (American Psychiatric Association, 2000; Organisation mondiale de la santé, 1992). Le nombre d'enfants ayant reçu un diagnostic de TSA a considérablement augmenté au fil des années (Fombonne, 2009; Haute Autorité de Santé [HAS], 2010). Différents programmes et stratégies d'intervention sont désormais proposés aux enfants, ainsi qu'à leur famille, afin de favoriser leur développement et ainsi améliorer leur participation sociale et leur qualité de vie.

Des organismes gouvernementaux, tant canadiens que français, recommandent l'utilisation d'interventions reposant sur l'analyse appliquée du comportement (AAC) auprès des jeunes enfants ayant un TSA. En France, la HAS (2012) recommande que les interventions auprès des enfants débutent précocement, qu'elles soient intensives, qu'elles visent les apprentissages de comportements adaptés dans plusieurs sphères du développement et qu'elles soient fondées sur une approche éducative, comportementale et développementale, en mettant de l'avant les interventions fondées sur l'AAC, ainsi que le programme développemental de Denver. Ils précisent aussi qu'une partie des interventions devrait être réalisée par les parents, ceux-ci ayant reçu une formation préalable, à travers les activités quotidiennes avec l'enfant. Au Canada, en 2001, l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé conclut que, malgré les limitations au plan méthodologique des études recensées, les enfants bénéficient de l'intervention comportementale intensive (ICI) à raison d'une vingtaine d'heures par semaine (McGahan, 2001). En 2003, au Québec, les orientations ministérielles s'appuyant notamment sur ce rapport précisent que les programmes d'intervention pour les jeunes enfants avec autisme devraient reposer sur les principes de l'AAC et avoir recours à des techniques comportementales.

L'AAC repose sur les principes du conditionnement opérant, c'est-à-dire sur l'idée que l'aménagement systématique de l'environnement permet de modifier les comportements

1 annie.paquet@uqtr.ca

2 jennifer.ilg@etu.unistra.fr

3 celine.clement@unistra.fr

(Malcuit, Pomerleau et Maurice, 1995). En 1968, Baer, Wolf et Risley, dans un article proposant une description des différentes dimensions de l'AAC, expliquent qu'il s'agit de l'application des principes comportementaux à l'analyse et à la modification d'un comportement, tout comme en analyse expérimentale du comportement, mais qu'elle s'en distingue en privilégiant l'étude des comportements et des stimuli en fonction de leur importance sociale (Baer *et al.*, 1968). L'AAC privilégie clairement les données empiriques (Foster et Mash, 1999). Mais alors, comment traiter la question de la modification des comportements qui sont « socialement importants » ? Afin de répondre à cette question, Wolf (1978) développe le concept de validité sociale. Ce concept renvoie, pour une intervention donnée, à la signification sociale des objectifs, à l'adéquation des procédures ainsi qu'à l'importance sociale des effets (Hamilton et Zoitis; Kazdin, 1980, 2003; Schaeffer et Clément, 2010; Wolf, 1978). La signification sociale des objectifs concerne les objectifs visés par l'intervention, leurs pertinences en fonction des attentes des personnes concernées par la situation (Wolf, 1978). L'adéquation des procédures porte sur le jugement des personnes concernées concernant les aspects éthiques et pratiques des moyens d'intervention, ainsi que leur justification au regard de la situation (*Ibid.*), cet élément étant important à considérer lors de la mise en place et du maintien de l'intervention dans l'environnement social. Finalement, l'importance sociale des effets fait référence aux changements entraînés par l'intervention, y compris ceux qui sont inattendus, dans la vie de la personne et de leur importance selon les bénéficiaires (*Ibid.*). Schwartz et Baer (1991) précisent que l'obtention d'informations sur la signification sociale des objectifs, l'adéquation des procédures et l'importance sociale des effets est une façon de permettre à l'intervention d'être maintenue.

Le concept de validité sociale peut être utilisé dans le cadre de la recherche, tout comme en contexte d'intervention clinique, et ce, dans la poursuite de différents objectifs, soit développer, améliorer ou évaluer une intervention (Foster et Mash, 1999). Les objectifs poursuivis permettent de cibler les moments auxquels l'évaluation de la validité sociale devra être réalisée (*Ibid.*). Plusieurs éléments plaident en faveur de l'utilisation du concept de validité sociale (p.ex., Hawkins, 1991) : l'ajustement des procédures, l'identification des interventions efficaces et bénéfiques, détecter les effets indésirables, etc.

2. ÉTUDE 1 : ÉTAT DE SITUATION DES SERVICES SPÉCIALISÉS OFFERTS AUX ENFANTS AYANT UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME ET DE L'INTÉGRATION EN MILIEU NATUREL : APPORT DES STRATÉGIES NATURALISTES ET ÉVALUATION DE LA VALIDITÉ SOCIALE DE L'INTERVENTION (PAQUET)

Au Québec, des programmes d'ICI sont offerts aux jeunes enfants ayant un TSA par le biais des CRDITED (Gouvernement du Québec, 2003a). Ces programmes sont offerts de façon précoce, avec une certaine intensité et ils peuvent être mis en place dans différents environnements, incluant les milieux de garde (*Ibid.*). Dans le cadre de ces programmes, des choix d'intervention respectant les principes de l'analyse appliquée du comportement peuvent être faits par les intervenants en fonction notamment des caractéristiques des enfants et des milieux, de la connaissance des stratégies ou des procédures ou encore en fonction du modèle privilégié au sein de l'établissement pour lequel ils travaillent. Parmi ces interventions, notons l'enseignement par essais distincts, l'enseignement incident, l'enseignement des comportements pivots, le renforcement différentiel, l'enseignement de comportements verbaux. Considérant que l'ICI peut être appliquée dans un environnement naturel, notamment le milieu de garde, que la perception que les intervenants qui y travaillent ont de l'intervention peut influencer son application et son maintien dans le temps, il s'avère judicieux d'en documenter la validité sociale telle que perçue par les différents intervenants.

2.1 Objectifs de l'étude 1

Cette étude vise à documenter la validité sociale de l'ICI de façon générale ainsi celle de deux stratégies d'intervention comportementale (enseignement par essais distincts et enseignement incident), telles que perçues par différents acteurs, dans la perspective de pouvoir les comparer

entre elles. L'étude est toujours en cours et les résultats sont présentés dans le cadre de cet exposé.

2.2 Méthode de l'étude 1

2.2.1 Participants de l'étude 1

Trois catégories de participants sont invitées à participer à cette étude : 1) des intervenants des CRDITED appliquant l'ICI provenant de trois régions du Québec, 2) des intervenants de milieux de garde ayant intégré un enfant ayant un TSA recevant de l'ICI au sein de leur groupe et 3) des parents d'enfant ayant un TSA recevant ou ayant reçu de l'ICI en milieu de garde. Seules les données provenant de la première catégorie de participants sont présentées dans le cadre de cette communication. À ce jour, 78 intervenants provenant de CRDITED du Québec ont participé à l'étude. De ce nombre, 6 répondants sont exclus de la présente analyse en raison de données manquantes. L'échantillon est composé de 69 femmes et de 3 hommes. Ils proviennent de quatre régions du Québec : Centre du Québec (n=15), Mauricie (n=23), Montérégie (n= 8), Québec (n=26). Parmi ceux-ci, 62 sont des intervenants œuvrant directement auprès des enfants ayant un TSA dans le cadre de l'ICI, 3 sont des gestionnaires au sein de services offrant l'ICI et 7 sont des superviseurs cliniques de ces services. Le nombre d'années d'expérience des participants en ICI varie considérablement, allant de moins d'un an à plus de dix ans.

2.2.2 Instrument de l'étude 1

Un questionnaire est élaboré aux fins de l'étude. Celui-ci contient trois sections. La première porte sur les informations sociodémographiques des répondants, la deuxième sur le sentiment de compétence des intervenants et la troisième sur la validité sociale de l'ICI et de deux stratégies d'intervention (enseignement par essais distincts et enseignement incident). Cette dernière section est constituée des items du *Treatment Evaluation Inventory Short-Form* [TEI-SF] (Kelley, Heffer, Gresham et Elliott, 1989), traduit et adapté en français avec l'accord de l'auteure. Cet outil permet de mesurer l'adéquation des procédures (sont-elles perçues comme appropriées et acceptables), la pertinence sociale des effets (perception d'efficacité de l'intervention et des effets indésirables). Selon Kelley *et al.* (1989), le questionnaire possède une cohérence interne satisfaisante, le coefficient alpha étant de 0,85. Les participants doivent évaluer sur une échelle à 5 points leur degré d'accord ou de désaccord vis-à-vis de 9 affirmations, le score total pouvant ainsi aller de 9 à 45. Plus le score est élevé, plus l'intervention proposée est considérée comme acceptable. Un score total de 27 est considéré comme une acceptabilité modérée.

2.2 Résultats de l'étude 1

Les intervenants qui offrent l'ICI ont une opinion positive de l'adéquation des procédures et de la pertinence des effets de cette intervention de façon globale, tout comme pour les deux stratégies d'intervention évaluées, c'est-à-dire l'enseignement par essais distincts et pour l'enseignement incident. Pour l'ICI de façon globale, le score moyen au TEI-SF de 37,78 (ET = 3,44). Le score minimum étant de 30 et le maximum de 45. Les scores obtenus pour chacune des stratégies d'intervention évaluées sont similaires, soit 36,26 (ET = 4,86) pour l'enseignement par essais distincts et 36,99 (ET = 5,20) pour l'enseignement incident.

Les prochaines étapes de l'étude consisteront, d'une part, à recruter des intervenants de milieux de garde accueillant des enfants ayant un TSA et recevant de l'ICI et, d'autre part, à les interroger sur leurs perceptions de la validité sociale des interventions offertes à l'aide de ce même outil. Ceci permettra une comparaison des résultats avec ceux obtenus auprès des intervenants des CRDITED. Cette comparaison pourrait guider ces derniers dans leur réflexion sur la meilleure façon d'intégrer leurs services au sein des milieux de garde, et pourrait également permettre d'identifier les besoins d'information des intervenants des milieux de garde.

3. ÉTUDE 2 : IMPLANTATION MULTICENTRIQUE D'UN PROGRAMME DE FORMATION AUX HABILITÉS PARENTALES DESTINÉ AUX PARENTS AYANT UN ENFANT PRÉSENTANT UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME (CLÉMENT ET ILG)

Les TSA ont des conséquences, tant sur le développement des enfants atteints, que sur leurs familles. Les parents ayant un enfant avec un TSA rapportent avoir une qualité de vie moindre par rapport au reste de la population, avec un niveau de stress parental et un nombre de symptômes dépressifs plus élevés que la moyenne ou que des parents élevant un enfant avec un autre trouble du développement (Karst et Vaughan Van Hecke, 2012). Afin de soutenir ces familles dans leur quotidien, un programme de formation aux habiletés parentales pour les parents d'enfants avec un TSA a été développé. Ce type de programme a été majoritairement évalué au sein d'une population anglophone. Les principaux résultats observés sont une diminution du stress parental et des symptômes dépressifs ainsi qu'une amélioration du développement de l'enfant et des relations parents-enfant (Brookman-Fraze, Vismara, Drahot, Stahmer et Openden, 2009).

3.1 Objectif de l'étude 2

Le programme proposé vise à outiller les parents francophones d'enfants âgés de moins de 7 ans vers une meilleure compréhension des TSA ainsi que vers des pratiques d'intervention efficaces et conviviales pour la famille.

Le programme a été proposé à un premier groupe pilote de 10 parents (5 couples). La validité sociale du programme a ainsi été évaluée en parallèle de son efficacité. Nous présentons spécifiquement les mesures concernant l'acceptabilité des procédures utilisées au cours du programme, ainsi que celles évaluant la satisfaction par rapport aux effets observés.

3.2 Méthode de l'étude 2

3.2.1 Participants de l'étude 2.

Les résultats présentés concernent 10 parents (5 couples) de 5 enfants (4 garçons et 1 fille) âgés entre 3 ans 4 mois et 5 ans 6 mois en début de programme (moyenne = 4,57; écart-type = 0,82) et diagnostiqués avec un TSA (3 Autisme infantile, 1 Autisme atypique et 1 Syndrome d'Asperger) par un pédopsychiatre à l'aide d'outils standardisés (ADI-R et/ou ADOS).

3.2.2 Procédure de l'étude 2.

Les participants suivent 12 séances de groupe bimensuelles de 2 heures animées par 2 personnes. Les enseignements ont été développés à partir d'éléments ayant démontré leur efficacité dans la littérature scientifique. Des manuscrits reprenant les points essentiels et contenant des exercices d'application à mettre en place au domicile sont transmis aux parents à chaque fin de séance. De plus, un intervenant se déplace à trois reprises au domicile des participants (au début, au milieu et trois mois après la fin du programme) afin de leur apporter une aide plus individualisée dans l'application des procédures apprises en groupe.

3.2.3 Instruments de l'étude 2.

L'adéquation aux procédures a été évaluée auprès des 10 participants en fin de programme au moyen de l'échelle *Treatment Evaluation Inventory Short-Form* [TEI-SF] (Kelley et al., 1989) traduite et adaptée. Les participants ont identifié leur degré de satisfaction générale en fin de programme en répondant aux 10 items du *Therapy Attitude Inventory* (Eyberg, 1993) traduite et adaptée avec l'autorisation de l'auteure et en répondant notamment à des questions supplémentaires ouvertes et fermées au sujet du format du programme, du nombre de visites à domicile et des améliorations générales à apporter. Après chaque séance, deux questionnaires de quatre questions chacun ont également été distribués aux participants afin d'évaluer sur une échelle de Likert en six points les contenus du programme, la qualité des manuscrits et l'application des exercices au domicile. Un espace était disponible pour des commentaires. Le nombre de questionnaires rendus varie selon les séances.

3.3 Résultats de l'étude 2.

Adéquation aux procédures enseignées. Les scores obtenus au TEI-SF vont de 26 à 44 avec un total moyen de 35,3 (écart-type = 5,33). Un seul participant présente un score inférieur à 27. Le reste des 10 parents obtient des scores entre 33 et 44 montrant ainsi que la grande majorité d'entre eux considèrent les procédures du programme comme un moyen acceptable de gérer le comportement de leur enfant.

Le participant ayant obtenu un score de 26 n'est absolument pas favorable à l'idée d'utiliser ces procédures sans l'accord de son enfant. Dans ce cas précis, l'enfant diagnostiqué avec un Syndrome d'Asperger a effectivement les compétences verbales pour signifier ou non son accord. De même, cette personne considère qu'il n'est pas du tout acceptable d'utiliser ce type de procédures auprès de personnes n'ayant pas la possibilité de choisir par elles-mêmes. Les deux parents de cet enfant restent neutres par rapport à l'efficacité de ces procédures malgré un avis général favorable. Ainsi pour les huit autres parents, les procédures sont perçues comme efficaces et pouvant entraîner des améliorations permanentes. Parmi eux, six parents trouvent acceptable d'utiliser ce type de procédures avec une personne ne pouvant choisir par elle-même et considèrent que l'utilisation de ces procédures ne provoquera pas d'inconfort auprès de leur enfant.

Satisfaction concernant les effets observés et les supports pédagogiques utilisés. À la fin du programme, l'ensemble des 10 parents a le sentiment d'avoir appris de nouvelles procédures. Concernant les progrès de l'enfant en général, six parents se disent très satisfaits ou satisfaits des progrès observés, tandis que trois n'ont pas d'avis à ce sujet et une personne rapporte être insatisfaite des progrès de son enfant. Pour six parents, l'enfant répond mieux aux demandes qu'avant, deux parents n'observent pas de différence et deux parents ont le sentiment que leur enfant répond moins bien aux demandes qu'avant. De même, pour six parents, les problèmes de comportement que présentait l'enfant avant le programme se sont actuellement améliorés, trois n'observent pas de changement et une personne considère qu'ils ont empiré. Cinq parents rapportent avoir davantage confiance en eux pour gérer les comportements de leur enfant, quatre disent avoir un peu moins confiance et le dernier ne ressent pas de différence. Au final, la relation avec l'enfant est considérée comme étant meilleure qu'auparavant pour six parents, n'ayant pas changé pour trois parents et étant moins bonne qu'avant pour un parent.

L'ensemble des parents rapporte avoir apprécié leur participation au programme (neuf disent l'avoir beaucoup apprécié). Tous le recommanderaient à d'autres parents (sept le recommanderaient fortement) et tous comptent utiliser ultérieurement les connaissances apprises (dont six très certainement). Pour huit parents, la participation au programme n'a pas eu d'effet particulier sur les problèmes personnels ou familiaux non directement liés à leur enfant avec un TSA. Deux parents rapportent cependant que leur participation au programme a eu un effet positif sur ces problèmes. De façon générale, le programme a été évalué comme très bon ou bon pour sept parents. Trois parents l'ont trouvé insuffisant pour répondre aux difficultés rencontrées. Parmi eux, une personne considère qu'il faudrait davantage de visites à domicile. Les deux autres parents précisent en commentaires que ce programme n'est pas adapté aux difficultés de leur enfant diagnostiqué avec un Syndrome d'Asperger. À noter que pour l'un des deux parents, la participation au programme semble avoir eu un effet négatif avec un sentiment de confiance en soi diminué, une moins bonne relation avec son enfant, des problèmes de comportement supplémentaires, des progrès considérés comme insatisfaisants et le sentiment que l'enfant répond moins bien aux demandes. Pour le second parent de l'enfant avec un Syndrome d'Asperger, la participation au programme semble avoir également eu un effet négatif sur le niveau de confiance en soi, avec le sentiment que l'enfant répond moins bien aux demandes. Ce dernier considère que la participation au programme a eu cependant un effet bénéfique sur les problèmes personnels et familiaux non liés à son enfant. Les deux parents suggèrent donc la création d'un groupe de formation aux habiletés parentales spécifique aux parents d'enfants ayant un Syndrome d'Asperger.

Les parents mentionnent dans leurs commentaires les bienfaits du format de groupe. Tous, sans exception, rapportent apprécier le soutien d'un groupe et les échanges entre parents vivant des difficultés similaires. Certains parents précisent que le partage d'expériences d'autres parents, tout particulièrement sur la mise en place des procédures, leur a donné des idées pour leur propre enfant. La disponibilité des deux professionnels qui ont animé le groupe a également été fréquemment mentionnée. Les parents apprécient les conseils donnés par l'équipe professionnelle. Les améliorations générales suggérées concernent un meilleur contrôle du temps de parole (le retour d'expérience de chaque famille était considéré comme étant trop long), des manuscrits plus courts et agrémentés d'exemples, l'ajout de résumés des notions abordées, davantage de visites à domicile et une durée plus longue entre les séances lors des mises en application.

Des commentaires et suggestions concernant chacune des séances ont également été proposés par les parents. Bien que les notions présentées lors de chacune des séances semblent avoir été comprises (tableau 1), les parents regrettent le manque de temps pour les aborder adéquatement. Ce manque de temps est régulièrement mis en lien avec un partage d'expérience considéré comme étant trop long. De plus, un certain nombre de commentaires ciblent tout particulièrement la densité de la première séance. Les manuscrits semblent être, quant à eux, suffisamment clairs pour les parents (tableau 1), bien que trop longs d'après les commentaires. Enfin, la difficulté des exercices d'application a été mise en avant que ce soit au niveau des évaluations (tableau 1) ou des commentaires. Le manque de temps pour la mise en application a été également mentionné.

Tableau 1

Scores moyens (écarts-types) aux questions évaluant après chaque séance la compréhension des notions abordées, la clarté du manuscrit et la difficulté de la mise en application des exercices au domicile

Séances	Compréhension des notions abordées		Clarté du manuscrit		Difficulté des exercices	
Séance 1	5,43 (0,53)	n = 7	5,38 (0,74)	n = 8	4,00 (0,89)	n = 8
Séance 2	5,60 (0,52)	n = 10	5,50 (0,71)	n = 10	3,50 (1,27)	n = 10
Séance 3	5,90 (0,32)	n = 10	5,50 (0,71)	n = 10	3,80 (0,92)	n = 10
Séance 4	6,00 (0,00)	n = 10	6,00 (0,00)	n = 10	3,60 (1,43)	n = 10
Séance 5	5,50 (0,76)	n = 8	5,38 (0,74)	n = 8	4,25 (1,67)	n = 8
Séance 6	5,50 (0,53)	n = 8	6,00 (0,00)	n = 2	5,00 (0,00)	n = 2
Séance 7	6,00 (0,00)	n = 10	5,63 (0,52)	n = 8	3,50 (1,41)	n = 8
Séance 8	5,7 (0,48)	n = 10	5,75 (0,46)	n = 8	3,63 (1,77)	n = 8
Séance 9	5,75 (0,46)	n = 8	5,63 (0,52)	n = 8	4,00 (1,41)	n = 8
Séance 10	6,00 (0,00)	n = 7	5,75 (0,50)	n = 4	4,25 (0,96)	n = 4
Séance 12	6,00 (0,00)	n = 6				

4. DISCUSSION

Concernant l'étude 1, l'évaluation de la validité sociale réalisée permet de constater que les intervenants qui ont le mandat d'effectuer les interventions au quotidien auprès des enfants ayant un TSA ont une perception favorable de l'adéquation des procédures et de la pertinence des effets de l'ICI. Or, cette information est importante à considérer puisque la perception des parties prenantes quant à la validité sociale de l'ICI et aux stratégies d'intervention peut influencer les choix qu'ils feront lors de sa mise en application auprès des enfants, ainsi que de son maintien dans le temps (Machalicek *et al.*, 2008). De plus, puisque l'ICI est souvent offerte en milieu de garde au Québec, il faut s'interroger sur la perception qu'ont les intervenants de ces milieux pour qui le mandat premier diffère de celui des établissements de 2^e ligne (Paquet, Dionne, Clément, Balmy et Rivard, 2013). L'utilisation de cet outil quantitatif permettra une comparaison des perceptions de différentes catégories d'acteurs impliqués auprès de l'enfant

recevant l'ICI. Ceci pourrait permettre d'identifier des besoins d'informations et d'explications concernant les objectifs ou les procédures.

En ce qui concerne l'étude 2, d'après les résultats du groupe pilote, le programme développé est perçu par la majorité des participants comme étant acceptable et efficace dans son ensemble. Pour favoriser l'adhésion au programme et l'appropriation des procédures, quelques modifications ont été effectuées en tenant compte des commentaires émis par les parents et en lien avec les retours des deux intervenants. Les contenus ont ainsi été revus. La première séance a été tout particulièrement allégée et un récapitulatif de la séance a été rajouté dans les manuscrits. Ces derniers ont été retravaillés pour être plus simples et pour faciliter le travail d'application au domicile. En lien avec les résultats retrouvés au niveau du stress parental et des symptômes dépressifs (Ilg, Clément, Hauth-Charlier, Dutray et Wolgensinger, 2012), un 12^e manuscrit a été créé afin de permettre aux parents de se projeter jusqu'à la visite à domicile trois mois après la fin du programme, rendant ainsi la transition moins abrupte. Il a également été décidé de ne plus proposer ce programme aux parents ayant un enfant avec un Syndrome d'Asperger, ces parents nécessitant un accompagnement plus spécifique. Le programme, avec ses différentes modifications, continue d'être évalué auprès de nouveaux participants.

Bien que le concept de validité sociale soit ancien (Wolf, 1978), il a été relativement peu utilisé en ce qui concerne les recherches auprès des personnes ayant un TSA (Clément et Schaeffer, 2010). La documentation de l'efficacité des interventions a-t-elle sans doute été priorisée dans un premier temps. De fait, la question de l'instrumentation reste posée. Or, il apparaît important de comparer des interventions entre elles, non seulement du point de vue de leur stricte efficacité, mais aussi du point de vue de leur validité sociale. En effet, cela peut permettre aux décideurs de choisir de promouvoir l'une ou l'autre des interventions en fonction du degré d'acceptabilité des procédures ou encore de leur pérennité potentielle. De même, l'analyse des causes d'appréciation et de dépréciation de ces programmes pourrait être utilisée en amont lors de la construction des programmes d'intervention. Cependant, peu d'études révélant une faible validité sociale sont publiées (Finney, 1991), alors que celles-ci apportent des informations tout à fait pertinentes et qui, si elles étaient diffusées, permettraient aux chercheurs et cliniciens d'éviter des écueils antérieurement rencontrés par leurs collègues.

Si l'un des défis majeurs est sans doute de poursuivre la standardisation de questionnaires sur l'acceptabilité des procédures ou la pertinence sociale des effets, ces questionnaires ne sont pas toujours suffisants car ils ne permettent pas de documenter les éléments propres à chaque programme (p.ex. le nombre de séances d'un programme, son format). Il nous semble donc pertinent d'utiliser, dans la mesure du possible, à la fois des instruments standardisés pour effectuer des comparaisons entre les interventions et à la fois des instruments créés spécialement pour affiner l'intervention elle-même.

CONCLUSION

Si l'objectif de telles recherches est de favoriser l'élaboration de meilleures interventions cliniques concernant des clients et toute la société, il reste indispensable de prendre en compte la validité sociale dans l'élaboration de ces interventions, et ce, pour favoriser leur diffusion et une plus grande reconnaissance des professionnels (Hawkins, 1991).