

Université de Montréal

**Évaluation de l'efficacité d'un programme d'entraînement
parental pour les parents d'enfants souffrant d'anxiété de
séparation**

par

Sandra Mayer-Brien

Département de psychologie
Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en psychologie recherche intervention
option clinique

Décembre, 2014

© Sandra Mayer-Brien, 2014

Résumé

Le trouble d'anxiété de séparation (TAS) est le trouble anxieux le plus prévalent chez les enfants. Il apparaît tôt et entraîne plusieurs conséquences négatives. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) a été reconnue efficace pour traiter les troubles anxieux. Toutefois, peu d'études ont vérifié son efficacité pour le traitement spécifique du TAS et très peu en ont examiné l'effet auprès d'enfants de moins de 7 ans. Les quelques interventions étudiées visant les moins de 7 ans ont en commun d'inclure le parent dans le traitement ou de l'offrir directement à celui-ci. L'objectif principal de cette thèse est de vérifier l'efficacité d'un programme d'entraînement parental de type TCC, adapté pour les parents d'enfants de 4 à 7 ans souffrant de TAS. Cette étude vise également deux objectifs spécifiques : observer la fluctuation des symptômes de TAS de l'enfant pendant le traitement et examiner l'impact du programme sur les variables parentales.

Un devis à cas unique à niveaux de base multiples a été utilisé. Six familles ont pris part à l'étude. Des entrevues semi-structurées, des questionnaires auto-administrés et des calepins d'auto-observations quotidiennes ont été utilisés auprès des parents pour mesurer les symptômes anxieux des enfants, leurs pratiques parentales, le stress parental et leurs symptômes anxieux et dépressifs. Des questionnaires sur les difficultés de l'enfant incluant l'anxiété ont aussi été envoyés à l'éducatrice ou à l'enseignante. Tous les questionnaires ont été administrés aux trois temps de mesure (prétraitement, post-traitement et relance 3 mois). Les calepins d'auto-observations ont été remplis quotidiennement durant le niveau de base, pour toute la durée de l'intervention et pendant une à deux semaines à la relance.

Les résultats de l'étude indiquent que cinq enfants sur six ne répondent plus au diagnostic de TAS suite au traitement ainsi que trois mois plus tard. Les résultats des calepins d'auto-observations montrent une amélioration claire des manifestations principales de TAS pour la moitié des enfants et plus mitigée pour l'autre moitié, de même qu'une amélioration systématique de la fréquence hebdomadaire totale de manifestations de TAS suite à l'intervention pour quatre enfants. Les résultats aux questionnaires remplis par les parents montrent une amélioration des symptômes d'anxiété et de TAS chez quatre enfants au post-test et/ou à la relance, tandis que les questionnaires de l'éducatrice (ou enseignante) suggèrent que les symptômes anxieux des enfants se manifestaient peu dans leur milieu scolaire ou de garde. L'impact du programme sur le stress parental et les pratiques parentales est également mitigé.

Ces résultats suggèrent que le *Programme d'entraînement parental pour les enfants souffrant d'anxiété de séparation* (PEP-AS) est efficace pour réduire les symptômes de TAS chez les enfants d'âge préscolaire ou en début de parcours scolaire et appuient la pertinence d'offrir le traitement aux parents et d'inclure un volet relationnel. D'autres études seront cependant nécessaires pour répliquer ces résultats auprès d'un plus vaste échantillon. Il serait également intéressant de vérifier les effets indépendants des différentes composantes du traitement et d'évaluer les effets du programme sur davantage de pratiques parentales associées spécifiquement à l'anxiété.

Mots-clés : Trouble d'anxiété de séparation, TAS, enfants, parents, pratiques parentales, entraînement parental, TCC, devis à cas unique

Abstract

Separation anxiety disorder (SAD) is the most prevalent anxiety disorder among children. It appears early in development and has multiple negative consequences. Cognitive-behavioral therapy (CBT) has been shown to be an effective treatment for anxiety disorders. However, few studies have examined the efficacy of CBT to treat SAD in particular, and even fewer have examined the impact of this form of therapy on children younger than 7 years old. The main objective of the present doctoral thesis was to evaluate the efficacy of a CBT parent-training program, that was adapted specifically for parents of children aged 4 to 7 years old suffering from SAD. This study had two specific objectives: to observe any fluctuations in the child's SAD symptoms during the treatment and to examine the impact of the program on parental variables.

A single-case multiple baseline across-subjects design was used. Six families with a child aged 4-7 years old and with a diagnosis of SAD participated. Semi-structured interviews, self-reported questionnaires and daily diaries were used with the parents to assess the child's anxiety symptoms, parental practices, parenting stress, and the parents anxious and/or depressive symptoms. Questionnaires on child problems were also sent to the children's teacher or educator. All questionnaires were administered at three times of measurement (pre-treatment, post-treatment and 3 months follow-up). Daily diaries were also completed by the parents at baseline, throughout the treatment, and during one to two weeks at follow-up.

Results revealed that five of the six children no longer met the criteria of a SAD diagnosis after treatment and three months later. Findings from the daily diaries showed a clear reduction of the principal SAD symptoms for half of the children but mixed results for

the other half of the children and that four of six children presented a systematic favourable change of the total weekly frequency of SAD symptoms after the intervention. The results of parent questionnaires showed an improvement of SAD symptoms for four children at post-treatment and/or follow-up. The teacher/educator questionnaires indicated low impact of anxiety symptoms. The impact of the program on parenting stress and parental practices is mixed with some parents showing improvement and others less so.

The results support the efficacy of the *Programme d'entraînement parental pour les enfants souffrant d'anxiété de séparation* (PEP-AS) to reduce SAD symptoms in preschool age children and support the relevance of directing the treatment towards parents and including a relational component in the intervention. However, more research is needed to replicate these findings with larger samples and randomized control trials. It would also be interesting to dismantle the program and to examine the various components of the treatment in different combinations, and to explore more specifically the program effects on parental variables.

Keywords : Separation anxiety disorder, SAD, children, parents, parental practices, parent training, CBT, single-case design

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	ix
Liste des figures.....	xi
Liste des sigles et abréviations.....	xii
Remerciements.....	xiv
Introduction.....	1
Chapitre 1 : Contexte théorique.....	5
1.1. Anxiété de séparation développementale.....	6
1.2. Trouble d’anxiété de séparation : critères diagnostiques et manifestations.....	6
1.3. Prévalence.....	7
1.4. Comorbidité.....	8
1.5. Conséquences.....	9
1.6. Trajectoire développementale.....	9
1.7. Facteurs de risque.....	10
1.7.1. Facteurs génétiques.....	11
1.7.2. Inhibition comportementale.....	11
1.7.3. Expériences de vie précoces.....	12
1.7.4. Facteurs familiaux.....	12
1.8. Facteurs de protection.....	18
1.9. Importance d’inclure les parents dans le traitement.....	21
1.10. Traitements efficaces des troubles anxieux chez les enfants.....	23
1.11. Études de traitements du trouble d’anxiété de séparation chez les enfants.....	25
1.11.1. Programme d’entraînement parental pour les enfants souffrant d’anxiété de séparation.....	29
1.12. Objectifs et hypothèses.....	32
1.12.1. Objectif principal.....	32

1.12.2.	Objectifs spécifiques.....	32
Chapitre 2 :	Méthodologie	33
2.1.	Participants.....	34
2.1.1.	Critères d'inclusion.....	34
2.1.2.	Critères d'exclusion	35
2.1.3.	Recrutement	35
2.2.	Déroulement de la recherche	36
2.2.1.	Évaluation prétraitement.....	36
2.2.2.	Devis	37
2.2.3.	Niveau de base	38
2.2.4.	Intervention.....	39
2.2.5.	Évaluation post-traitement et relance.....	42
2.3.	Description détaillée des participants	43
2.3.1.	Participant 1	43
2.3.2.	Participant 2	45
2.3.3.	Participant 3	46
2.3.4.	Participant 4	47
2.3.5.	Participant 5	49
2.3.6.	Participant 6	50
2.4.	Mesures.....	52
2.4.1.	Entrevue clinique semi-structurée.....	52
2.4.2.	Calepin d'auto-observations quotidiennes.....	53
2.4.3.	Questionnaires auto-administrés par le parent.....	54
2.4.4.	Questionnaire rempli par l'enseignante ou l'éducatrice.....	57
2.5.	Traitement statistique.....	59
Chapitre 3 :	Résultats	62
3.1.	Calepins d'auto-observations quotidiennes	63
3.1.1.	Benito	65
3.1.2.	Fanny.....	68
3.1.3.	Léa.....	72
3.1.4.	Samuel.....	75

3.1.5.	Édouard	80
3.1.6.	Marc-Antoine	83
3.1.7.	Méthode conservatrice du double critère	86
3.2.	Résultats à l'entrevue d'évaluation diagnostique (ADIS-P).....	90
3.3.	Questionnaires.....	93
3.3.1.	Symptômes anxieux des enfants d'après les parents	95
3.3.2.	Symptômes anxieux des enfants d'après l'éducatrice ou l'enseignante	96
3.3.3.	Pratiques parentales	96
3.3.4.	Stress parental	97
3.3.5.	Autres mesures complétées par l'éducatrice ou l'enseignante	98
3.3.6.	Symptômes anxieux et dépressifs des parents	99
Chapitre 4 : Discussion		100
4.1.	Synthèse des résultats	101
4.2.	Pistes d'explication des résultats	105
4.3.	Comparaison des résultats avec ceux d'études antérieures.....	116
4.4.	Rétroactions des parents sur le programme	118
4.5.	Forces de l'étude.....	121
4.6.	Limites	123
4.7.	Pistes de recherche futures.....	127
Conclusion		129
Bibliographie.....		131
Annexe A: Critères diagnostiques du trouble d'anxiété de séparation d'après le DSM-V		i
Annexe B : Modèle transactionnel du développement du trouble d'anxiété de séparation.....		iii
Annexe C : Liste des lieux de recrutement		v
Annexe D : Affiche du projet.....		vii
Annexe E : Formulaire de consentement		ix
Annexe F : Contenu détaillé des séances du <i>PEP-AS</i>		xiv
Annexe G : Intégrité thérapeutique.....		xxii
Annexe H : Journal de bord d'anxiété de séparation		xxvii
Annexe I : Critères de la méthode CDC		xxxii
Annexe J : Résultats des calepins d'auto-observations.....		xxxiii

Annexe K : Graphiques des autres manifestations d'anxiété de séparation selon les calepins d'auto-observations.....	lii
Annexe L : Résultats aux questionnaires	lviii

Liste des tableaux

Chapitre 2 : Méthodologie

Tableau 1: <i>Résumé des instruments de mesure</i>	59
----------------------------------------------------------	----

Chapitre 3 : Résultats

Tableau 20: <i>Résultats à l'entrevue diagnostique (ADIS-P)</i>	92
-----------------------------------------------------------------------	----

Annexe J

Tableau 2 : <i>Moyennes et écarts-types des principaux symptômes de Benito pour chaque temps de mesure</i>	xxxiv
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------

Tableau 3: <i>Pourcentage d'amélioration des principaux symptômes de Benito entre le niveau de base et chacune des phases</i>	xxxv
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------

Tableau 4: <i>Pentes des principaux symptômes de Benito pour le niveau de base et l'intervention</i>	xxxvi
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------

Tableau 5: <i>Moyennes et écarts-types des principaux symptômes de Fanny pour chaque temps de mesure</i>	xxxvii
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------

Tableau 6: <i>Pourcentage d'amélioration des principaux symptômes de Fanny entre le niveau de base et chacune des phases</i>	xxxviii
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------

Tableau 7: <i>Pentes des principaux symptômes de Fanny pour le niveau de base et l'intervention</i>	xxxix
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------

Tableau 8 : <i>Moyennes et écarts-types des principaux symptômes de Léa pour chaque temps de mesure</i>	xl
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Tableau 9: <i>Pourcentage d'amélioration des principaux symptômes de Léa entre le niveau de base et chacune des phases suivantes</i>	xli
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Tableau 10: <i>Pentes des principaux symptômes de Léa pour le niveau de base et l'intervention</i>	xlii
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	------

Tableau 11 : <i>Moyennes et écarts-types des principaux symptômes de Samuel pour chaque temps de mesure</i>	xliii
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------

Tableau 12 : <i>Pourcentage d'amélioration des principaux symptômes de Samuel entre le niveau de base et chacune des phases</i>	xliv
Tableau 13: <i>Pentes des principaux symptômes de Samuel pour le niveau de base et l'intervention</i>	xlv
Tableau 14: <i>Moyennes et écarts-types des principaux symptômes d'Édouard pour chaque temps de mesure</i>	xlvi
Tableau 15: <i>Pourcentage d'amélioration des principaux symptômes d'Édouard entre le niveau de base et chacune des phases</i>	xlvii
Tableau 16: <i>Pentes des principaux symptômes d'Édouard pour le niveau de base et l'intervention</i>	xlviii
Tableau 17 : <i>Moyennes et écarts-types des principaux symptômes de Marc-Antoine pour chaque temps de mesure</i>	xlix
Tableau 18 : <i>Pourcentage d'amélioration des principaux symptômes de Marc-Antoine entre le niveau de base et chacune des phases suivantes</i>	l
Tableau 19: <i>Pentes des principaux symptômes de Marc-Antoine pour le niveau de base et l'intervention</i>	li

Annexe L

Tableau 21: <i>Symptômes anxieux de l'enfant selon le Questionnaire sur l'anxiété à l'âge préscolaire (QAP)</i>	lix
Tableau 22: <i>Résultats aux questionnaires de l'éducatrice ou enseignante</i>	lxii
Tableau 23: <i>Résultats aux questionnaires sur les pratiques parentales et le stress parental.</i> lxxv	
Tableau 24: <i>Résultats aux questionnaires sur les symptômes anxieux et dépressifs des parents</i>	lxviii

Liste des figures

Chapitre 3 : Résultats

<i>Figure 2.</i> Principales manifestations d’anxiété de séparation présentées par Benito	67
<i>Figure 3.</i> Principales manifestations d’anxiété de séparation présentées par Fanny	71
<i>Figure 4.</i> Principales manifestations d’anxiété de séparation présentées par Léa	74
<i>Figure 6.</i> Principales manifestations d’anxiété de séparation présentées par Samuel	78
<i>Figure 8.</i> Principales manifestations d’anxiété de séparation présentées par Édouard	82
<i>Figure 10.</i> Principales manifestations d’anxiété de séparation présentées par Marc-Antoine. .	85
<i>Figure 11.</i> Fréquence totale des manifestations d’anxiété de séparation de chaque participant	88

Annexe K

<i>Figure 1.</i> Comportements d’anxiété de séparation manifestés par Benito dont la fréquence au niveau de base est d’au moins 3 et/ou dont l’intensité est d’au moins 4	liii
<i>Figure 5.</i> Comportements d’anxiété de séparation manifestés par Samuel dont la fréquence au niveau de base est d’au moins 3 et/ou dont l’intensité est d’au moins 4	lv
<i>Figure 7.</i> Comportement d’anxiété de séparation manifestés par Édouard dont la fréquence au niveau de base est d’au moins 3 et/ou dont l’intensité est d’au moins 4	lvi
<i>Figure 9.</i> Comportements d’anxiété de séparation manifestés par Marc-Antoine dont l’intensité moyenne est d’au moins 4 durant le niveau de base	lvii

Liste des sigles et abréviations

APA	American Psychiatric Association ou American Psychological Association
ADIS	<i>Anxiety Disorders Interview Schedule for Children - Entrevue d'évaluation des troubles anxieux chez les enfants et adolescents pour le DSM-IV</i>
ADIS-P	<i>Anxiety Disorders Interview Schedule for Children - Entrevue d'évaluation des troubles anxieux chez les enfants et adolescents pour le DSM-IV, version parent</i>
BDI	<i>Bravery-Directed Interaction phase - Phase d'entraînement à la bravoure</i>
BDI-II	<i>Beck Depression Inventory II – Inventaire de dépression de Beck II</i>
CAMP	<i>Child Anxiety Multi-Day Program</i>
CBCL	<i>Child Behavior Checklist - Liste de vérification du comportement des jeunes de 6 à 18 ans</i>
CBT	Cognitive-behavioral therapy
CDC	<i>Conservative dual-criterion method – Méthode conservatrice du double critère</i>
CDI	<i>Child-Directed Interaction phase – Phase d'interaction centrée sur l'enfant</i>
CPE	Centre de la petite enfance
CSR	<i>Clinician Severity Rating – Cote de gravité</i>
CUP	Clinique universitaire de psychologie
<i>DSM-IV</i>	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, text revised</i>
<i>DSM-V</i>	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition</i>
EPP	<i>Échelle de protection parentale</i>
IASTA	<i>Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait</i>
ISP/FB	<i>Index de stress parental-Forme Brève</i>
PCIT	<i>Parent-Child Interaction Therapy - Thérapie d'interaction parent-enfant</i>
PDI	<i>Parent-Directed Interaction phase- Phase d'interaction centrée sur le parent</i>
PEP-AS	<i>Programme d'entraînement parental pour les enfants souffrant d'anxiété de séparation</i>
PFAS	<i>Programme familial contre l'anxiété de séparation</i>
PPI	<i>Parenting Practices Interview</i>

PPS	<i>Parent Protection Scale</i>
PSA	<i>Profil socio-affectif</i>
QAP	<i>Questionnaire sur l'anxiété à l'âge préscolaire</i>
RC	<i>Reliable change index</i> - Indice de changement significatif
SAD	<i>Separation anxiety disorder</i>
STAI	<i>State-Trait Anxiety Inventory</i>
TAG	Trouble d'anxiété généralisée
TAS	Trouble d'anxiété de séparation
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TDA	Trouble déficitaire de l'attention
TDA/H	Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité
TRF	<i>Teacher report form - Rapport de l'enseignant pour les jeunes de 6 à 18 ans</i>
TOC	Trouble obsessionnel-compulsif
WRAS	<i>Weekly Record of Anxiety at Separation</i>

Remerciements

Je souhaite d'abord remercier les participants au programme d'intervention évalué dans le cadre de cette thèse. J'ai beaucoup apprécié votre implication et suis reconnaissante pour la confiance que vous m'avez témoignée.

Un immense merci également à Lyse Turgeon, ma directrice de thèse, qui m'a accompagnée à travers toutes les étapes de cette recherche doctorale. Merci, Lyse, pour ton encadrement toujours bien équilibré, ta rigueur, ta compétence et, surtout, ton humanité. Chaque fois que j'ai vécu des moments de découragement au cours de ce long processus, je n'ai jamais craint de t'en faire part et suis toujours ressortie de ton bureau la tête plus haute et avec une confiance renouvelée.

Merci à ceux qui ont contribué à la thèse, soit : aux divers organismes et CPE qui ont été impliqués dans le recrutement, aux professeurs qui ont répondu à mes questions sur l'analyse des résultats, à Catherine Ostiguy pour avoir effectué les entrevues d'évaluation post-traitement et à Martin Labrosse, pour la révision du manuscrit. J'aimerais aussi souligner l'apport financier du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS), de la bourse Jean-Marc-Chevrier, du Département de psychologie de l'Université de Montréal, ainsi que du Fonds d'investissement des cycles supérieurs de l'Université de Montréal (FICSUM).

Je tiens également à remercier de tout cœur ma famille et mes amis pour leur incommensurable soutien qui a pris plusieurs formes et sans qui je n'aurais pu mener à terme ce cheminement long et exigeant, parfois même éprouvant. Je suis fière aujourd'hui de contempler tous mes accomplissements, qui constituent le fruit de mes nombreux efforts. Sachez que c'est beaucoup grâce à vous. Maman, merci de n'avoir jamais cessé de croire en

moi et pour toute ton aide dans la gestion du quotidien (par exemple le service de traiteur, les courses, etc.!) lors des périodes plus difficiles. J'admire ton côté battante et fonceuse, qui m'a montré que toute épreuve peut être franchie; il suffit de ne jamais baisser les bras. Papa, merci pour le soutien chaleureux, le refuge à la campagne et simplement d'être toujours là pour moi. Grand-papa, grand-maman, sans vous je ne serais certainement pas parvenue là où je suis. Merci d'avoir tant pris soin de moi et de me témoigner autant d'amour. Les valeurs que vous m'avez transmises ne sont pas étrangères à mon désir d'aider les autres et vont continuer à me guider dans ma profession et dans ma vie. Dédé, merci pour ta grande générosité et tout ce que tu as fait pour moi. Martin, mon cher ami, merci pour l'acceptation inconditionnelle, ta grande disponibilité et tous les services que tu m'as rendus. Geneviève (Banane), merci pour les « pep-talks », les réponses à mes questions sur la thèse et les soirées de décompression. Marie, Cathy, Caro, merci d'être dans ma vie; vous êtes comme un phare auquel je reviens toujours, c'est infiniment précieux. Jess et Mo, comme je suis contente que le doctorat vous ait mises sur ma route! Merci pour votre belle amitié, pour votre humour, pour le « support group » durant le processus de thèse et pour toute l'aide concrète que vous m'avez apportée. Christian, mon vieil ami, merci de ta présence et de tes encouragements. Julien, merci pour toutes les fois où tu m'as poussée à persévérer.

Je n'ai pu nommer ici tous les membres de ma famille et tous les amis qui ont joué un rôle dans ce parcours doctoral. J'espère que vous saurez vous reconnaître. Je crains également de n'avoir été en mesure d'exprimer ici l'ampleur de ma gratitude envers toutes les personnes concernées; je compte bien continuer à vous la démontrer tout en espérant vous rendre la pareille à ma manière.

Introduction

L'anxiété de séparation est avant tout un phénomène survenant dans le cadre du développement normal de l'enfant, surtout entre 9 mois et 2 ans (Mattis & Pincus, 2004), et qui peut resurgir à l'occasion lors de nouvelles expériences, sous forme de réaction généralement courte et transitoire. Or, chez une proportion importante d'enfants (environ 2 à 5%; Breton et al., 1999; Briggs-Gowan, Horwitz, Schwab-Stone, Leventhal, & Leaf, 2000; Carter et al. 2010; de la Barra, Vicente, Saldivia, & Melipillan, 2014; Lavigne, LeBailly, Hopkins, Gouze, & Binns, 2009; Shear, Jin, Ruscio, Walters, & Kessler, 2006; Vicente et al., 2012), l'anxiété de séparation peut ultérieurement revêtir une forme pathologique, que l'on appelle trouble d'anxiété de séparation (TAS) et qui a comme caractéristique principale la peur excessive et récurrente de quitter sa maison ou d'être séparé d'une (ou plusieurs) figure d'attachement significative, le plus souvent un parent (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Le TAS est le plus fréquent des troubles anxieux chez les enfants, qui eux-mêmes font partie des problèmes de santé mentale les plus souvent rencontrés durant l'enfance (Silverman & Dick-Niederhauser, 2004). Il apparaît typiquement à un plus jeune âge que les autres troubles anxieux, il entraîne une multitude de conséquences négatives dans plusieurs sphères de fonctionnement et il persiste dans de nombreux cas. Pour toutes ces raisons, il apparaît essentiel d'intervenir tôt.

Parmi les facteurs de risque des troubles anxieux, incluant le TAS, souvent cités dans la littérature, on retrouve les variables familiales telles que l'attachement et les pratiques parentales, qui jouent fréquemment un rôle dans le développement et le maintien de l'anxiété chez les enfants. Un patron d'attachement insécurisant, de même que la surprotection maternelle et les comportements d'intrusion de la part du parent sont trois facteurs ayant été

spécifiquement associés à l'anxiété de séparation chez l'enfant (Brumariu & Kerns 2010a; Mofrad, Abdullah et Samah, 2009; Wood, 2006).

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) a été maintes fois reconnue efficace pour traiter les troubles anxieux en général, et les impacts bénéfiques de l'inclusion des parents dans la thérapie ont également été montrés à plusieurs reprises (p. ex. Barrett, Dadds, & Rapee, 1996; Silverman, Pina, & Viswesvaran, 2008; Wood, Piacentini, Southam-Gerow, Chu, & Sigman, 2006). Certains programmes menés exclusivement auprès des parents ont aussi eu des effets favorables (p. ex. Cartwright-Hatton et al., 2011; Waters, Ford, Wharton, & Cobham, 2009). Or, à l'heure actuelle, peu d'études ont examiné l'efficacité de programmes d'intervention de type TCC visant spécifiquement le TAS, peu ont inclus des enfants de moins de 7 ans dans leur échantillon, peu ont examiné l'effet de programmes destinés aux parents seulement, et l'effet des traitements sur les variables parentales a été rarement étudié. La présente thèse vise donc entre autres à pallier ces lacunes dans la littérature.

Ainsi, l'objectif principal de cette thèse est de tester l'efficacité du *Programme d'entraînement parental pour les enfants souffrant d'anxiété de séparation (PEP-AS)*, s'adressant aux parents d'enfants de 4 à 7 ans souffrant de TAS. Ce programme est une adaptation du programme d'entraînement parental d'approche cognitivo-comportementale de Raleigh, Brien et Eisen (2002), conçu à l'origine pour les parents d'enfants de 6 à 12 ans présentant un TAS. Des modifications ont été apportées pour rendre l'intervention plus adaptée au stade développemental des enfants d'âge préscolaire ou en début de parcours scolaire, et un volet relationnel inspiré de la thérapie d'interaction parent-enfant (PCIT) de Pincus et ses collègues (Pincus, Eyberg, & Choate, 2005) a été ajouté. Les rencontres du PEP-AS portent entre autres sur la nature et les causes de l'anxiété de séparation, le développement

ou le maintien d'une relation parent-enfant harmonieuse, l'apprentissage d'habiletés parentales efficaces et de stratégies pour aider l'enfant à gérer son anxiété (p. ex. techniques de relaxation, exposition, gestion des contingences).

Deux objectifs spécifiques sont également visés. D'une part, il s'agit d'examiner les fluctuations des manifestations de TAS de l'enfant tout au long du niveau de base et de l'intervention, ce que permet le type de devis utilisé, soit un devis à cas unique à niveaux de base multiples en fonction des individus. D'autre part, étant donné que le programme est offert directement aux parents et a entre autres pour but de modifier certains de leurs comportements pouvant renforcer l'anxiété de leur enfant ainsi que de les outiller pour mieux gérer les manifestations anxieuses de l'enfant, le second objectif spécifique consiste à vérifier l'impact de l'intervention sur les pratiques parentales et sur le stress vécu face à leur rôle de parent.

La présente thèse est divisée en quatre chapitres. Le premier est consacré au contexte théorique de la thèse, de même qu'à ses objectifs et hypothèses. Le second expose la méthodologie utilisée, tandis que le troisième décrit les différents résultats de l'étude. Enfin, le quatrième chapitre présente une discussion des résultats, énonce les différentes forces et limites de la thèse, explore certaines pistes de recherche futures et se termine par une conclusion générale.

Chapitre 1 : Contexte théorique

1.1. Anxiété de séparation développementale

L'anxiété liée à la séparation d'avec les parents est un phénomène développemental normal chez les enfants en bas âge, qui apparaît typiquement lors des premiers stades de développement (surtout entre 9 et 13 mois) et qui commence à diminuer graduellement vers 2 ans (Mattis & Pincus, 2004). Par la suite, la majorité des enfants vont, à certains moments, vivre de l'anxiété lorsqu'ils sont séparés de leurs parents, plus particulièrement lorsqu'ils doivent faire face à de nouvelles situations, par exemple lors de l'entrée à la garderie ou à l'école, lorsqu'ils vont dormir la première fois chez un ami ou encore lorsqu'ils partent pour un séjour dans un camp de vacances (Turgeon, Mayer-Brien, & Brousseau, 2012). Ces réactions s'avèrent en général de courte durée et transitoires et on peut alors les qualifier de normales. Par contre, c'est lorsque l'anxiété persiste dans le temps, devient excessive et interfère avec les diverses sphères du fonctionnement quotidien qu'elle devient problématique.

1.2. Trouble d'anxiété de séparation : critères diagnostiques et manifestations

La cinquième édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (*DSM-V*; APA, 2013) stipule que pour poser le diagnostic de trouble d'anxiété de séparation (TAS), la détresse vécue par l'enfant lors de la séparation doit être excessive et inappropriée compte tenu de son stade de développement.

La caractéristique principale du TAS consiste en une peur excessive et récurrente de quitter sa maison ou d'être séparé d'une (ou plusieurs) figure d'attachement significative, le plus souvent un parent. La détresse vécue par l'enfant lors d'une situation de séparation ou lorsqu'il anticipe une telle situation peut se manifester par des pleurs, des cris, des plaintes somatiques (p. ex. maux de tête, maux de ventre, nausées, vomissements), ou encore par des

comportements d'évitement tels que refuser d'aller à l'école ou ailleurs, d'être laissé seul à la maison ou de dormir seul (APA, 2013). L'enfant peut aussi s'agripper au parent au moment du départ ou demander son parent à de nombreuses reprises une fois qu'il est parti (Figueroa, Soutullo, Ono, & Saito, 2012). Lorsqu'il apparaît difficile pour l'enfant d'éviter ce qu'il redoute, ce dernier peut avoir recours à des comportements d'opposition tels que des crises de colère, des supplications ou des menaces (Eisen & Schaefer, 2005).

L'enfant souffrant d'anxiété de séparation peut s'inquiéter qu'un malheur arrive à ses parents (p. ex. qu'ils meurent dans un accident de voiture), que ses parents l'abandonnent ou qu'un événement terrible l'éloigne de ses parents pour toujours (p. ex. qu'il se fasse kidnapper, qu'il tombe gravement malade). Il est très préoccupé par ces inquiétudes et peut aussi faire des cauchemars récurrents qui les mettent en scène (APA, 2013; Eisen et al., 2011). Les jeunes enfants présentant un TAS ont généralement plus de cauchemars mettant en scène des thèmes de séparation que les enfants plus vieux et manifestent plus souvent une détresse intense ainsi que des comportements d'opposition lors des situations de séparation (Figueroa et al., 2012). (Voir l'annexe A pour la liste complète des critères diagnostiques du DSM-V.)

1.3. Prévalence

Le TAS est l'un des problèmes d'adaptation les plus communs au cours de l'enfance (Silverman & Dick-Niederhauser, 2004). Il constitue le trouble anxieux le plus fréquent chez les enfants et représente environ la moitié des références dans les cliniques spécialisées en troubles anxieux (Bell-Dolan, 1995; Cartwright-Hatton, McNicol, & Doubleday, 2006; Hammerness et al., 2008). Sa prévalence varie entre 2% et 5% dans la population générale (Breton et al., 1999; Briggs-Gowan, Horwitz, Schwab-Stone, Leventhal, & Leaf, 2000; Carter et al. 2010; de la Barra, Vicente, Saldivia, & Melipillan, 2014; Lavigne, LeBailly, Hopkins,

Gouze, & Binns, 2009; Shear, Jin, Ruscio, Walters, & Kessler, 2006; Vicente et al., 2012). Récemment, une étude américaine a rapporté un taux de prévalence de 10,5% chez des enfants d'âge préscolaire (2-5 ans) recrutés au sein de services pédiatriques de première ligne (Franz et al., 2013). Toutefois, une proportion beaucoup plus élevée d'enfants sont aux prises avec des symptômes sous-cliniques (Jurbergs & Ledley, 2005). Or, il a été observé que même à un niveau sous-clinique, les symptômes de TAS peuvent entraîner une perturbation significative du fonctionnement de l'enfant (Foley et al., 2008).

L'âge d'apparition typique de ce trouble se situe entre 6 et 9 ans (Albano & Kendall, 2002), soit sensiblement plus tôt que l'âge d'apparition moyen des autres troubles anxieux, qui varie généralement entre le milieu de l'enfance et le début de l'âge adulte (Rapee, Schniering, & Hudson, 2009). Par ailleurs, la plupart des chercheurs s'entendent sur le fait qu'il est très fréquent même chez les enfants très jeunes (dès 3 ans) de vivre une anxiété de séparation assez importante pour qu'elle interfère significativement avec le fonctionnement familial, social et scolaire (Mattis & Pincus, 2004). De plus, les jeunes enfants souffrant de TAS rapportent davantage de symptômes cliniques associés au trouble comparativement aux plus vieux (8-12 ans contre 13-19 ans : Compton, Nelson, & March, 2000; 5-8 ans contre 9-12 ans : Francis, Last, & Strauss, 1987).

1.4. Comorbidité

Les troubles anxieux se présentent souvent en concomitance. En effet, 79% des enfants ayant un trouble anxieux en présenteraient au moins un autre (Kendall, Brady, & Verduin, 2001). Le TAS ne fait pas exception à cette règle. Les troubles anxieux souvent en concomitance avec le TAS incluent le trouble d'anxiété généralisée (comorbidité la plus fréquente, soit environ un tiers des cas), les phobies spécifiques, le trouble d'anxiété sociale,

les attaques de panique et le trouble obsessionnel-compulsif (Eisen, et al., 2011; Verduin & Kendall, 2003). De plus, les enfants atteints de TAS sont susceptibles de souffrir également de dépression (Eisen et al., 2011; Foley, Pickles, Maes, Silberg, & Eaves, 2004). Enfin, certains troubles extériorisés, soit le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), le trouble d'opposition et le trouble des conduites, coexistent fréquemment avec le TAS (Eisen et al., 2011; Foley et al., 2004; Verduin & Kendall, 2003).

1.5. Conséquences

En plus de toucher un nombre substantiel d'enfants, le TAS entraîne une multitude de conséquences négatives incluant des perturbations du sommeil (Chase & Pincus, 2011), de la détresse émotionnelle, des tensions au sein de la famille ainsi que des difficultés académiques liées au refus scolaire (Turgeon et al., 2012). De plus, en évitant les situations impliquant une séparation, l'enfant peut manquer des activités importantes pour son développement (p. ex. fête d'amis, activités sportives, camp de vacances, etc.) et limiter ses interactions avec les pairs, ce qui peut conduire à de l'isolement ou nuire à son fonctionnement social (Ehrenreich, Santucci, & Weiner, 2008; Figueroa et al., 2012).

1.6. Trajectoire développementale

Pour plusieurs enfants, les symptômes d'anxiété de séparation vont se dissiper durant l'enfance. Par contre, d'autres enfants vont connaître une trajectoire plus chronique et persistante (Jurbergs & Ledley, 2005). Broeren, Muris, Diamantopoulou et Baker (2013) ont exploré les différentes trajectoires développementales selon le type de trouble anxieux sur une période de deux ans (enfants âgés de 4 à 9 ans au temps 1) et ont observé que pour le TAS, le niveau d'anxiété demeurerait stable à travers le temps. Par ailleurs, une étude longitudinale de

Kearney, Sims, Pursell et Tillotson (2003) montre que des enfants présentant un TAS clinique à l'âge de 3 ans, comparativement à ceux ayant un TAS sous-clinique ou une absence de symptômes, ont plus de diagnostics concomitants et présentent significativement plus de symptômes somatiques, anxieux et intériorisés trois ans et demi plus tard.

Dans une étude épidémiologique, Shear et ses collègues (2006) observent qu'un peu plus du tiers (36,1%) des cas de TAS à l'enfance vont persister jusqu'à l'âge adulte. Toutefois, seulement 21,8% des répondants adultes ayant présenté un TAS dans l'enfance ont reçu un traitement pour des problèmes émotionnels avant l'âge de 18 ans; de ce nombre, 24,3% ont reçu un traitement ciblant le TAS. Dans plusieurs études, la présence du trouble d'anxiété de séparation dans l'enfance a été associée à un risque élevé de développer un trouble psychologique à l'adolescence ou à l'âge adulte, plus particulièrement un trouble panique ou une dépression majeure (p. ex. Biederman et al., 2007; Lewinsohn, Holm-Denoma, Small, Seeley, & Joiner, 2008).

Ainsi, étant donné la prévalence élevée du TAS infantile, sa persistance, de même que les conséquences négatives et les risques qui y sont associés, le dépistage et le traitement précoce et efficace de ce trouble apparaissent essentiels.

1.7. Facteurs de risque

La littérature consacrée aux facteurs liés au développement des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents est substantielle. De nombreux facteurs de risque ont été identifiés pour expliquer leur origine, notamment des facteurs génétiques, psychologiques, familiaux et environnementaux. Quant au TAS en particulier, on en connaît encore peu sur les facteurs spécifiques qui seraient responsables de son apparition.

1.7.1. Facteurs génétiques

Sur le plan génétique, les recherches suggèrent que les troubles anxieux sont partiellement héréditaires. Dans la majorité des études, environ un tiers de la variance à des mesures d'anxiété semble être attribuée à des facteurs génétiques (Eley, 2001). En ce qui a trait aux symptômes plus spécifiques d'anxiété de séparation, certaines études concluent à une héritabilité non significative du TAS et à une influence importante de l'environnement partagé (Eley, Rijdsdijk, Perrin, O'Connor, & Bolton, 2008; Topolski et al., 1997), tandis que d'autres concluent à une influence significative à la fois de l'environnement partagé et de la génétique (Bolton et al., 2006; Feigon, Waldman, Levy, & Hay, 2001). Une méta-analyse récente portant sur 18 échantillons de jumeaux provenant d'Europe, des États-Unis et de l'Australie a conclu à une contribution de la génétique aux symptômes de TAS estimée à 43%, tandis que l'environnement partagé expliquait 17% de la variance (Scaini, Ogliari, Eley, Zavos, & Battaglia, 2012). Mentionnons que l'influence de la génétique serait plus importante chez les filles, tandis que celle de l'environnement partagé apparaît plus importante lorsque les mesures sont prises auprès des parents, ce qui est le cas lorsque les enfants compris dans l'échantillon sont plus jeunes (12 ans et moins). Cela suggère que l'effet de l'environnement partagé peut être plus important chez les enfants plus jeunes.

1.7.2. Inhibition comportementale

Parmi les facteurs de risque souvent cités en lien avec les troubles anxieux, incluant l'anxiété de séparation, on retrouve l'inhibition comportementale, caractérisée par un faible seuil d'activation physiologique face à des situations non familières (Kagan, 1997). Au cours de la petite enfance, les manifestations d'inhibition comportementale ressemblent souvent à celles de l'anxiété de séparation : les jeunes enfants inhibés peuvent se montrer craintifs et

dépendants, fuir les situations ou les personnes nouvelles et chercher du réconfort auprès de leurs parents lorsqu'ils sont perturbés (Eisen & Schaefer, 2005). Les enfants démontrant une inhibition comportementale seraient plus à risque de développer un trouble anxieux, dont le TAS (Broeren et al., 2013; Shamir-Essakow, Ungerer, & Rapee, 2005).

1.7.3. Expériences de vie précoces

Les expériences de vie précoces peuvent influencer le développement du TAS. Bien qu'il soit rare que ce trouble débute à la suite d'un événement traumatique ou d'une séparation réelle d'avec les parents, des événements stressants comme la maladie ou l'hospitalisation d'un parent peuvent agir comme facteur déclencheur (Turgeon et al., 2012). Les événements de vie négatifs ou stressants ont par ailleurs été fréquemment identifiés comme facteurs de risque contribuant au développement d'anxiété (p. ex. Allen, Rapee, & Sandberg, 2008; Kerns, Siener & Brumariu, 2011; Muris, van Brakel, Arntz, & Schouten, 2011).

1.7.4. Facteurs familiaux

1.7.4.1. *Attachement*

L'attachement consiste en un lien émotionnel durable se formant entre le nourrisson et son donneur de soin (parent) qui jette les bases de l'adaptation psychologique, émotionnelle et sociale future de l'individu (Bowlby, 1978). Les premières relations interpersonnelles de l'enfant avec ses figures d'attachement seraient donc déterminantes et influenceraient le sentiment de sécurité qui lui permet d'explorer son environnement et qui va teinter toutes ses relations subséquentes (Bowlby, 1977).

Les théoriciens de l'attachement ont fait la distinction entre deux grands patrons d'attachement, soit l'attachement sécurisant et l'attachement insécurisant, lui-même sous-divisé en trois sous-types : évitant, ambivalent et désorganisé. Les enfants ayant un

attachement sécurisant diffèrent significativement des autres lorsqu'ils sont placés dans une situation nouvelle sans leurs parents (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Ils se montrent généralement à l'aise d'explorer le monde par eux-mêmes, comme s'ils étaient confiants que leurs parents reviendraient, et sont facilement rassurés au retour des parents. Les enfants ayant un patron d'attachement ambivalent deviennent typiquement très perturbés lors de la séparation d'avec les parents et peuvent être très difficiles à consoler même une fois les parents de retour. Cette réaction s'avère très similaire à celle des enfants souffrant de TAS lorsqu'ils sont séparés de leurs parents.

Par ailleurs, la relation entre l'attachement de type insécurisant et les différents troubles anxieux, incluant le TAS, a été montrée de manière relativement constante dans les études (p. ex. Brumariu & Kerns, 2010b; Horvath-Dallaire & Weinraub, 2005; Warren, Huston, Egeland, & Sroufe, 1997). Une méta-analyse récente de Colonesi et al. (2011), incluant 46 études, conclut à une relation significative modérée ($r = 0,30$) entre l'attachement insécurisant et l'anxiété chez les enfants. Certains auteurs ont constaté plus spécifiquement qu'un patron d'attachement ambivalent était associé aux symptômes d'anxiété de séparation en particulier (Brumariu & Kerns, 2010a; Mofrad, Abdullah, & Uba, 2010). À l'inverse, une relation d'attachement sécurisante peut jouer un rôle protecteur et prévenir l'apparition d'un futur TAS chez l'enfant (Bögels & Brechman-Toussaint, 2006).

La théorie de l'attachement suggère également que les comportements adoptés par les parents sont en lien avec le patron d'attachement développé par l'enfant. Ainsi, les parents des enfants ayant un attachement insécurisant n'auraient pas été suffisamment disponibles pour l'enfant ou auraient répondu de manière inconstante à ses besoins et ne lui auraient pas

enseigné les habiletés d'adaptation pouvant l'aider à se sentir en sécurité en leur absence (Jurbergs & Ledley, 2005).

1.7.4.2. *Stress parental*

Certains auteurs ont également mis en évidence le rôle prédictif du stress parental sur les problèmes intériorisés des enfants, incluant l'anxiété (Pahl, Barrett, & Gullo, 2012). Ashford, Smit, van Lier, Cuijpers et Koot (2008) ont montré que le stress parental, mesuré lorsque l'enfant était âgé de 4-5 ans, permettait de prédire la présence de troubles intériorisés lorsque celui-ci atteignait 11 ans. Costa, Weems, Pellerin et Dalton (2006) ont montré quant à eux qu'un des facteurs de stress parental, soit les interactions parent-enfant dysfonctionnelles (telles que mesurées par l'*Index de stress parental*), était spécifiquement lié aux symptômes intériorisés des jeunes, et ce, même lorsqu'on contrôlait pour la psychopathologie des parents.

1.7.4.3. *Anxiété parentale*

L'anxiété parentale a souvent été identifiée comme facteur de risque associé à l'anxiété des enfants dans la littérature (p. ex. Pahl et al., 2012). En effet, les enfants anxieux seraient plus susceptibles d'avoir des parents présentant également un trouble anxieux, avec des taux rapportés dans les études allant de 60 à 80% (Lewin, 2011). La transmission intergénérationnelle de l'anxiété se ferait à la fois par des mécanismes génétiques et par des mécanismes environnementaux, tels que les comportements présentés par les parents (Lewin, 2011). Ces comportements peuvent inclure le modelage et diverses pratiques parentales.

1.7.4.4. *Modelage parental anxieux*

Comme les enfants anxieux sont plus susceptibles d'avoir des parents anxieux, il est aussi probable que les parents anxieux démontrent des réactions de peur plus souvent que d'autres parents. Or, le modelage parental de comportements anxieux peut influencer le développement

de l'anxiété chez les enfants (Rapee, 2012). Le modelage parental anxieux fait référence à la tendance du parent à manifester devant l'enfant des émotions et pensées anxieuses, de même que des comportements d'évitement (Drake & Ginsburg, 2012). On estime que les parents qui modèlent des manifestations anxieuses peuvent involontairement enseigner à l'enfant à être lui-même anxieux et évitant (Beidel & Turner, 1997; Bögels & Brechman-Toussaint, 2006). Burnstein et Ginsburg (2010) illustrent ce phénomène de modelage dans une étude expérimentale. Ils ont assigné aléatoirement des dyades parent-enfant (population non clinique) à deux conditions : 1) une condition anxiogène où les parents se comportaient de manière anxieuse avant que l'enfant fasse un test d'épellation (p. ex. exprimer des inquiétudes telles que « ce test semble trop difficile pour toi ! Je m'inquiète que tu ne réussisses pas ») et 2) une condition non anxiogène où les parents se comportaient de manière calme et confiante avant le test d'épellation. Les résultats à un questionnaire administré immédiatement avant le test montrent que les enfants ont rapporté un niveau plus élevé d'anxiété et de cognitions anxieuses et un plus grand désir d'éviter le test dans la condition où les parents exprimaient de l'anxiété.

1.7.4.5. Pratiques parentales

Un volume important d'écrits s'attarde à la relation entre l'anxiété des enfants et les pratiques éducatives des parents. La plupart des études ont montré un lien entre la présence de troubles anxieux chez les enfants et des comportements parentaux caractérisés par deux grandes dimensions : les pratiques parentales négatives d'une part, et le contrôle d'autre part (Bögels & Brechman-Toussaint, 2006; McLeod, Wood & Avny, 2011; Wood, McLeod, Sigman, Hwang, & Chu, 2003), chacune de ces dimensions ayant été étudiée sous plusieurs angles. D'abord, la dimension des pratiques parentales négatives implique un manque de

chaleur émotionnelle et de réceptivité (*responsiveness*), de même qu'un comportement rejetant, critique et désapprobateur envers l'enfant (Drake & Ginsburg, 2012; McLeod et al., 2011). Il a été montré que les mères d'enfants anxieux se montraient plus négatives, moins chaleureuses et plus critiques dans leurs interactions avec leur enfant (Gar & Hudson, 2008; Hudson, Dodd, & Bovopoulos, 2011; Hudson & Rapee, 2001).

Une méta-analyse de McLeod, Wood et Weisz (2007) suggère cependant que le rôle joué par la seconde dimension, soit le contrôle parental, serait plus important que celui des pratiques parentales négatives, et que certaines sous-dimensions du contrôle, telles que l'encouragement à l'autonomie, auraient un effet encore plus important sur l'anxiété des enfants. Dadds, Barrett, Rapee et Ryan (1996) ont d'ailleurs constaté que les parents d'enfants anxieux favorisaient moins l'autonomie de leur enfant que les parents d'enfants non anxieux et qu'ils l'incitaient davantage à éviter de prendre des risques. Lindhout, Markus, Hoojendijk et Boer (2009) ont aussi trouvé un lien entre un faible encouragement à l'autonomie et le risque de présenter un trouble anxieux. En plus de l'encouragement à l'autonomie, le contrôle a aussi été examiné sous plusieurs autres sous-dimensions, telles que la surprotection, le surinvestissement, ainsi que l'adoption de comportements restrictifs ou intrusifs (Drake & Ginsburg 2012; McLeod et al., 2011). Lorsque les parents contrôlent de façon excessive ce que fait l'enfant ou solutionnent les problèmes à sa place, cela a pour effet d'encourager l'évitement chez celui-ci et de limiter ses opportunités d'apprentissage de stratégies d'adaptation efficaces (Rubin, Burgess, Kennedy, & Stewart, 2003). Bon nombre d'études montrent une association significative entre le contrôle et la surprotection de la part du parent et l'anxiété chez l'enfant (p. ex. Gar & Hudson, 2008; de Wilde & Rapee, 2008; van der Bruggen, Stans, & Bögels, 2008; Rapee, 2009). Une étude longitudinale récente menée auprès

de parents d'enfants d'âge préscolaire (3-5 ans) a montré que la surprotection parentale pouvait prédire la présence de symptômes d'anxiété un an plus tard (Edwards, Rapee, & Kennedy, 2010). De plus, lorsqu'on considérait les mesures prises auprès de la mère, l'anxiété de l'enfant mesurée au temps 1 prédisait la surprotection maternelle après un an, ce qui suggère une relation bidirectionnelle entre les deux variables. Ainsi, les comportements anxieux de l'enfant peuvent également susciter certains types de comportements chez le parent. Dans une étude observationnelle d'Hudson, Doyle et Gar (2009), des mères d'enfants anxieux et des mères d'enfants non anxieux ont interagi à tour de rôle avec un autre enfant ayant un trouble anxieux et avec un enfant sans problème pour préparer un exposé oral. Les résultats montrent que les mères en général ont fourni beaucoup plus d'aide à l'enfant anxieux, peu importe le statut clinique de leur propre enfant. De plus, les mères d'enfants anxieux se sont montrées moins négatives dans leurs interactions avec l'enfant sans problème qu'envers l'enfant anxieux.

Deux études se sont attardées à la relation entre certains aspects spécifiques du contrôle parental et les symptômes d'anxiété de séparation en particulier. Mofrad, Abdullah et Samah (2009) ont établi un lien spécifique entre les symptômes d'anxiété de séparation et la surprotection maternelle, telle que perçue par des enfants de première année du primaire. En effet, les enfants qui présentaient des symptômes d'anxiété de séparation percevaient leur mère comme étant plus surprotectrice. Wood (2006) a quant à lui montré l'existence d'une relation spécifique entre les comportements d'intrusion démontrés par le parent et les symptômes d'anxiété de séparation chez l'enfant. Ces comportements peuvent se manifester par une tendance à faire à la place de l'enfant des tâches que celui-ci pourrait accomplir seul, ce qui limite son sentiment d'efficacité personnelle et favorise sa dépendance envers le parent.

Ainsi, dans une étude menée auprès de 40 familles ayant un enfant de 6 à 13 ans présentant un diagnostic de trouble anxieux, Wood a constaté que les comportements parentaux d'intrusion étaient significativement liés aux symptômes spécifiques d'anxiété de séparation et non aux autres types de symptômes anxieux.

L'influence du patron d'attachement et des variables familiales sur le développement et le maintien des troubles anxieux chez les enfants, plus particulièrement du TAS, rapportée dans la littérature souligne toute l'importance de la relation parent-enfant et du rôle que peuvent jouer les parents dans la compréhension et le traitement de ce trouble. Il semble particulièrement pertinent d'inclure dans les programmes d'intervention ciblant l'anxiété de séparation des composantes s'adressant à la relation parent-enfant, visant par exemple à augmenter la qualité du lien d'attachement, à accroître la sensibilité parentale, la chaleur émotionnelle et les interactions positives, et à réduire le contrôle et la surprotection.

1.8. Facteurs de protection

Les facteurs de protection des troubles anxieux en général sont encore très peu étudiés dans la littérature. On ne connaît pas encore ceux spécifiquement liés au TAS. Quelques facteurs pouvant jouer un rôle de protection contre le développement d'un trouble anxieux incluent : de bonnes habiletés de régulation émotionnelle, des expériences où l'enfant sent qu'il a le contrôle sur son environnement, un sentiment d'auto-efficacité élevé, des stratégies d'adaptation (*coping*) efficaces (p. ex. des stratégies axées sur le problème plutôt que sur les émotions ou l'évitement, un discours intérieur positif, la relaxation), du soutien social accessible, un bon contrôle attentionnel, de même que le traitement de l'anxiété parentale (Graczyk & Connolly, 2008; Seehagen, Margraf, & Schneider, 2014; Vasey & Dadds, 2001). De plus, une étude empirique récente menée auprès d'enfants anxieux de 8 à 10 ans a identifié

la chaleur émotionnelle comme jouant un rôle protecteur face aux symptômes d'anxiété généraux des enfants et aux symptômes d'anxiété de séparation en particulier (Raudino et al., 2013). Plus précisément, la chaleur émotionnelle des mères agissait comme un facteur modérateur de l'impact de l'intrusion maternelle (auto-rapportée) sur le niveau d'anxiété générale et d'anxiété de séparation de l'enfant, ainsi que de l'impact de l'intrusion maternelle (observée) sur le niveau d'anxiété générale et de la surprotection maternelle (observée) sur le niveau d'anxiété de séparation de l'enfant.

Il est important de mentionner qu'aucun des facteurs de risque et de protection énumérés ci-haut n'agit de manière isolée. Au contraire, c'est plutôt leur cumul et leur interaction qui va conduire au développement d'un trouble anxieux, dont le TAS (voir l'annexe B pour l'illustration d'un modèle transactionnel des facteurs contribuant au développement de l'anxiété de séparation, inspiré du modèle plus général de Vasey & Dadds, 2001). Le modèle de Vasey et Dadds (2001) illustre certaines relations transactionnelles possibles entre les principaux facteurs (de protection, prédisposants, précipitants, de maintien et d'amélioration) et différentes trajectoires selon lesquelles l'enfant peut soit développer un trouble anxieux qui va se maintenir dans le temps, soit résister à l'apparition du trouble ou soit retourner à une trajectoire développementale plus adaptée. Le risque cumulatif fait référence à l'interaction entre les facteurs de protection et les facteurs prédisposants. La nature dynamique et transactionnelle de cette interaction est illustrée par les flèches qui relient le risque cumulatif aux facteurs prédisposants et de protection. Ainsi, l'impact de chaque type de facteur peut être augmenté ou diminué dépendamment de quels autres facteurs sont à l'œuvre et de l'équilibre entre eux à n'importe quel moment du développement. De plus, les facteurs d'une même catégorie (de protection, prédisposants, d'amélioration, de maintien) interagissent eux-mêmes

entre eux, ce qui est illustré par les flèches qui partent d'une bulle et reviennent à cette même bulle. Par exemple, certains facteurs prédisposants peuvent augmenter la probabilité d'apparition d'autres facteurs prédisposants (p.ex. un enfant au tempérament inhibé peut susciter plus de contrôle et de surprotection de la part du parent).

Le modèle décrit deux trajectoires menant au développement d'un trouble anxieux. La première inclut la présence d'événements précipitants. Dans le cas du TAS, cela peut être un événement stressant impliquant une séparation (p.ex. l'hospitalisation d'un parent). La seconde trajectoire fait plutôt référence à une intensification graduelle des symptômes d'anxiété à travers les relations transactionnelles entre les facteurs prédisposants, jusqu'à ce que les symptômes atteignent un seuil clinique, mais en l'absence de facteurs précipitants clairs, comme c'est plus souvent le cas pour le TAS.

Certains facteurs prédisposants peuvent persister dans le temps et devenir également des facteurs de maintien du trouble (illustré par la flèche liant les deux bulles). Par exemple, des pratiques parentales qui favorisent l'évitement peuvent agir à titre de facteurs prédisposants et de maintien. La même remarque s'applique aux facteurs de protection qui peuvent devenir des facteurs d'amélioration. La flèche reliant la catégorie « début du TAS » et « facteurs de maintien » illustre le fait que l'anxiété de l'enfant ayant développé un TAS peut influencer les facteurs de maintien du trouble. Par exemple, son anxiété peut faire en sorte qu'il cherche à éviter les situations de séparation, ce qui contribue à maintenir cette anxiété. Son anxiété peut aussi susciter certains comportements de la part de son entourage (p.ex. critique, surprotection), ce qui encore une fois participe au maintien de la problématique. Une fois le trouble installé, d'autres facteurs de maintien peuvent émerger et aussi contribuer à sa persistance et d'autres facteurs d'amélioration additionnels peuvent venir favoriser la

rémission du trouble. Les programmes d'intervention, tel que celui évalué dans le cadre de cette thèse, vont surtout agir pour augmenter les facteurs d'amélioration (p.ex. stratégies pour gérer l'anxiété, amélioration des pratiques parentales efficaces) et diminuer les facteurs de maintien (p.ex. l'évitement, certaines pratiques parentales comme la surprotection, la rassurance excessive, etc.).

1.9. Importance d'inclure les parents dans le traitement

De nombreuses études sur l'efficacité des traitements soulignent l'importance d'inclure les parents dans le traitement des enfants présentant des problèmes d'anxiété en général, incluant le TAS. Certaines études ont relevé qu'une thérapie de type familial entraînait une plus grande réduction des symptômes anxieux de l'enfant qu'une thérapie individuelle auprès de l'enfant seulement : un pourcentage supérieur d'enfants ne répondaient plus aux critères diagnostiques d'un trouble anxieux lorsqu'une composante parentale était ajoutée au traitement (84% contre 57%, Barrett et al., 1996; 77% contre 39%, Cobham, Dadds, & Spence, 1998; 78,9% contre 52,6%, Wood et al., 2006). Dans certains cas, les améliorations supérieures observées pour les enfants ayant suivi une thérapie avec participation des parents se maintiennent dans le temps, après un an (Barrett et al., 1996; Wood, McLeod, Piacentini, & Sigman, 2009) et trois ans (Cobham, Dadds, Spence, & McDermott, 2010). Or, certaines études ne décèlent pas de différences significatives entre l'efficacité des modalités individuelles et familiales (Barrett, 1998; Nauta, Scholing, Emmelkamp, & Minderaa, 2003; Silverman, Kurtines, Jaccard, & Pina, 2009).

Il est donc difficile de tirer des conclusions claires quant à la pertinence d'ajouter une composante familiale au traitement des troubles anxieux chez les enfants, puisque la nature et le dosage de la composante parentale ajoutée varie d'une étude à l'autre et que les études

diffèrent aussi grandement en ce qui a trait au contenu et au format des séances, de même qu'aux mesures utilisées pour évaluer les résultats des interventions. Les comportements parentaux ciblés par les interventions sont par ailleurs très rarement mesurés. L'apport spécifique de l'implication des parents au traitement des jeunes enfants souffrant de TAS est également difficile à déterminer, puisque les études portent sur une variété de troubles anxieux et incluent très rarement des enfants de moins de 7 ans dans leur échantillon. Cela dit, l'implication des parents amène un bénéfice additionnel dans une multitude de cas et semble donc prometteuse pour le traitement spécifique du TAS, compte tenu du rôle que jouent fréquemment les processus familiaux dans le développement et le maintien de ce trouble. De plus, une composante d'entraînement parental semble encore plus essentielle dans le cas des enfants de moins de 7 ans, puisque ceux-ci passent typiquement plus de temps avec leurs parents que les enfants plus âgés (Choate, Pincus, Eyberg, & Barlow, 2005) et dépendent davantage de leurs parents pour les habiletés générales (*basic life skills*) et le soutien émotionnel (Carpenter, Puliafico, Kurtz, Pincus, & Comer, 2014). Il apparaît d'ailleurs pertinent de mener l'intervention auprès des parents seulement, surtout chez les jeunes enfants. En effet, quelques études montrent que des programmes d'intervention menés auprès des parents seulement se sont avérés efficaces pour réduire les symptômes d'anxiété des enfants d'âge préscolaire ou en début de parcours scolaire (3 à 9 ans : Cartwright-Hatton et al., 2011, Cartwright-Hatton, McNally, & White, 2005; 3-4 ans : Kennedy, Rapee, & Edwards, 2009, Rapee, Kennedy, Ingram, Edwards, & Sweeney, 2005; 4-7 ans : van der Sluis, van der Bruggen, Brechman-Toussaint, Thissen, & Bögels, 2012), tandis qu'une autre étude a comparé l'efficacité d'une intervention offerte aux parents seulement à d'autres modalités de traitement et a conclu à une efficacité comparable (4 à 8 ans : Waters et al., 2009).

1.10. Traitements efficaces des troubles anxieux chez les enfants

Il existe un consensus dans la littérature identifiant la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) comme le traitement de choix pour les troubles anxieux chez les enfants. Dans un sens plus restrictif, la TCC se centre sur la modification des pensées et des comportements et se base sur les théories de l'apprentissage et sur des modèles cognitifs (Turgeon & Parent, 2012). Dans un sens plus large, la TCC est de plus en plus associée à une approche systémique et développementale des difficultés d'adaptation (Mash, 2006). Les programmes d'intervention sont parfois basés sur un modèle théorique plus restrictif de la TCC (p.ex. les programmes visant la modification des comportements et des cognitions chez le jeune lui-même) alors que d'autres intègrent davantage une perspective systémique en tenant compte de plusieurs interactions familiales (p.ex. les programmes d'entraînement aux habiletés parentales). La TCC inclut typiquement des techniques telles que l'éducation sur les symptômes, la relaxation, la restructuration cognitive, la résolution de problèmes et l'exposition.

La TCC a été montrée efficace tant en format individuel (Kendall, 1994; Kendall et al., 1997) qu'en format de groupe (Barrett, 1998; Flannery-Schroeder & Kendall, 2000; Hudson et al., 2009; Muris, Meesters, & van Melick, 2002; Rapee, 2000; Silverman et al., 1999) et en format favorisant la participation des parents (Barrett et al., 1996; Cobham et al., 1998; Kendall, Hudson, Gosch, Flannery-Schroeder, & Suveg, 2008; Mendlowitz et al., 1999; Shortt, Barrett, & Fox, 2001) (voir Silverman et al., 2008, pour une recension exhaustive des études d'efficacité des traitements visant les troubles anxieux chez les enfants). Une méta-analyse récente incluant les résultats de 55 études conclut à une efficacité modérée (taille d'effet de 0,66) de la TCC lorsque comparée à une condition contrôle (Reynolds, Wilson,

Austin, & Cooper, 2012). Ses bénéfices se maintiendraient à long terme (Kendall, Safford, Flannery-Schroeder, & Webb, 2004; Saavedra, Silverman, Morgan-Lopez, & Kurtines, 2010), et on commence à recueillir des données supportant son efficacité selon divers nouveaux contextes et modalités, tels qu'en milieu scolaire (Bernstein, Bernat, Victor, & Layne, 2008; Galla et al., 2012), sous forme d'interventions basées sur les nouvelles technologies de l'information et de la communication (Khanna & Kendall, 2010; March, Spence, & Donovan, 2009), ou sous forme de bibliothérapie avec contacts téléphoniques réguliers avec le thérapeute (Cobham, 2012).

La majeure partie de ces études sont menées auprès d'échantillons hétérogènes d'enfants présentant une variété de troubles anxieux (le plus souvent : anxiété sociale, anxiété de séparation et trouble d'anxiété généralisée) sans égard à leurs particularités respectives. De plus, le pourcentage de participants présentant un TAS varie d'une étude à l'autre. Bien que ces études aient montré l'efficacité de la TCC tant pour traiter le TAS que pour traiter d'autres types de troubles anxieux, la question demeure de savoir si une intervention de type TCC ciblant spécifiquement le TAS et adaptée aux particularités de ce trouble pourrait être plus efficace qu'un traitement général. Dans cette optique, il serait intéressant d'investiguer la pertinence d'inclure des stratégies ciblant la relation parent-enfant dans le traitement du TAS. Enfin, l'efficacité de la TCC a été montrée surtout pour des échantillons d'enfants d'âge scolaire (7 ans et plus) et d'adolescents. Quelques groupes de chercheurs ont tout de même évalué récemment quelques programmes de type TCC adaptés pour les enfants plus jeunes, avec des échantillons d'enfants dont les âges se situent entre 3 et 8 ans et présentant divers troubles anxieux (Cartwright-Hatton et al., 2011; Comer et al., 2012; Hirshfeld-Becker et al., 2010; Kennedy et al., 2009; Minde, Roy, Bezonsky, & Hashemi, 2010; Monga, Young, &

Owens, 2009; Waters et al., 2009). Les résultats montrent que les symptômes d'anxiété diminuent suite aux divers traitements et, dans plusieurs cas, un pourcentage substantiel d'enfants ne répondent plus aux critères diagnostiques d'un trouble anxieux suite au traitement et ont un meilleur fonctionnement global. Les principaux points communs entre les divers programmes incluent une participation active des parents au traitement, une adaptation des stratégies au stade de développement cognitif des enfants de ce groupe d'âge et des stratégies visant les pratiques parentales. Bien que ce domaine soit en émergence depuis les cinq dernières années, on en connaît encore peu sur l'efficacité des traitements chez les jeunes enfants présentant un trouble anxieux, dont le TAS.

1.11. Études de traitements du trouble d'anxiété de séparation chez les enfants

Les études présentées dans la section qui suit ont été sélectionnées à partir d'une recherche effectuée à l'aide des mots clés : « separation anxiety », « treatment » et « child ». Cette recherche a généré un grand nombre de résultats et seules les études de traitement ciblant exclusivement le TAS ont été retenues. Cette recherche a aussi été complétée par un examen des références citées dans les articles. Somme toute, peu d'études ont porté spécifiquement sur le traitement du TAS. Plusieurs sont des études de cas (p. ex. Dia, 2001; Hagopian & Slifer, 1993; Krain, Hudson, Coles, & Kendall, 2002; Phillips & Wolpe, 1981) qui ont montré que des stratégies d'intervention comportementales ou cognitivo-comportementales permettent de réduire les symptômes d'anxiété de séparation et les comportements associés, tels que le refus scolaire et les peurs nocturnes. Dans une autre étude de cas, Weems et Carrion (2003) ont intégré des stratégies issues de la théorie de l'attachement dans une intervention cognitivo-comportementale pour traiter un garçon de 9

ans aux prises avec un TAS. Les objectifs visaient entre autres à augmenter les interactions positives entre le garçon et ses parents en introduisant des activités conjointes entre les parents et l'enfant (p. ex. jouer en famille au jeu préféré de l'enfant) en guise de récompense pour avoir fait face à des situations de séparation. Suite au traitement, les symptômes d'anxiété de séparation de l'enfant ont connu une réduction de 50% d'après les résultats à *l'Anxiety Disorders Interview Schedule for Children-IV (ADIS-IV; Silverman & Albano, 1996)*.

Afin de traiter spécifiquement les jeunes enfants souffrant d'anxiété de séparation, Pincus et ses collègues ont adapté un programme d'intervention élaboré à l'origine pour traiter les comportements perturbateurs, soit la thérapie d'interaction parent-enfant (*Parent-Child Interaction Therapy; PCIT; Pincus et al., 2005; Pincus, Santucci, Ehrenreich, & Eyberg, 2008*) (voir version originale : Brinkmeyer & Eyberg, 2003). La PCIT standard est constituée de deux phases. La première, la phase d'interaction centrée sur l'enfant (CDI), a pour objectif d'augmenter la chaleur et la sensibilité de la relation parent-enfant et de favoriser l'attachement, et ce afin d'augmenter le sentiment de sécurité de l'enfant et d'ainsi réduire sa détresse lors des situations de séparation. Afin d'atteindre cet objectif, on enseigne diverses habiletés aux parents, (p. ex. fournir de l'attention positive sous forme de félicitations ou de reflets et éviter les critiques et les commandes) (Choate et al., 2005). La seconde, la phase d'interaction centrée sur le parent (PDI), vise à apprendre au parent des habiletés parentales efficaces pour réduire l'anxiété de l'enfant (p. ex. renforcer les comportements de bravoure et ignorer les crises et demandes de rassurance).

Pincus et ses collègues (2005, 2008) ont d'abord mené une étude pilote auprès de 10 familles pour examiner l'efficacité de la PCIT pour traiter le TAS chez des enfants âgés de 4 à 8 ans. Il a été observé que suite au traitement, les parents avaient augmenté l'utilisation de

certaines habiletés parentales positives (p. ex. félicitations précises, reflets émotionnels). Toutefois, bien qu'une réduction des symptômes d'anxiété de séparation des enfants ait été constatée, ceux-ci demeuraient dans des normes cliniques. Les auteurs ont donc ajouté une nouvelle phase de traitement ciblant plus spécifiquement l'anxiété, soit la phase d'entraînement à la bravoure (*Bravery-Directed Interaction*; BDI), consistant principalement en des exercices d'exposition guidés par les parents, jumelés à de l'éducation sur la nature de l'anxiété (Pincus et al., 2008). Une première étude clinique randomisée contrôlée examinant l'efficacité de la PCIT (version modifiée) pour traiter le TAS chez les enfants de 4 à 8 ans a été menée auprès de 38 familles. Les résultats préliminaires s'avèrent prometteurs : comparativement aux enfants placés en liste d'attente qui répondaient encore tous au diagnostic de TAS au post-traitement, 73% des enfants ayant reçu la PCIT modifiée ne répondaient plus au diagnostic, et ce gain était maintenu trois mois plus tard (Carpenter et al., 2014). De plus, les résultats à une mesure observationnelle des interactions parent-enfant suggèrent que les parents ont appris à utiliser les habiletés enseignées au cours du programme lors des épisodes anxieux de leur enfant (p. ex. refléter les émotions de l'enfant, renforcer les comportements braves).

Santucci, Ehrenreich, Trostler, Bennett et Pincus (2009) ont récemment développé un programme d'intervention intensif d'une semaine en format de groupe pour traiter le TAS, le *Child Anxiety Multi-Day Program (CAMP)*. Plusieurs composantes provenant de TCC visant le traitement des troubles anxieux ayant été validées empiriquement auprès d'enfants ont été incluses dans le programme, qui comporte des séances de groupe parent-enfant ainsi que des séances s'adressant séparément aux groupes d'enfants et de parents. Suite à une étude pilote (Santucci et al., 2009) où les cinq participantes de 8 à 11 ans ne répondaient plus au diagnostic

de TAS deux mois après l'intervention, Santucci et Ehrenreich (2013) ont testé l'efficacité de leur programme *CAMP* auprès de 29 filles d'âge scolaire (7 à 12 ans), au moyen d'un devis randomisé contrôlé. Chaque groupe de thérapie contenait quatre à six participantes. Les résultats montrent que six semaines après l'intervention, 50% des participantes ayant pris part aux premiers groupes de thérapie ne répondaient plus au diagnostic de TAS, tandis que 100% de celles sur la liste d'attente répondaient toujours au diagnostic. Une fois le traitement complété par l'ensemble des participantes, 43% ne répondaient plus au diagnostic au post-test et 61% au suivi 6 semaines.

Plus récemment, un groupe de chercheurs européens (Suisse et Allemagne) ont développé le *Programme familial contre l'anxiété de séparation* (PFAS; Blatter-Meunier & Schneider, 2011), destiné aux enfants de 5 à 13 ans souffrant de TAS et leur famille. Le programme comprend plusieurs techniques de la TCC ainsi qu'un volet d'entraînement parental, où le parent apprend entre autres des stratégies pour aider son enfant à gérer son anxiété (p. ex. renforcer les comportements braves). Les enfants et les parents sont d'abord vus individuellement pendant quatre séances chacun, incluant de l'éducation sur les symptômes, des stratégies cognitives (telles que l'utilisation d'auto-instructions pour les enfants, et la restructuration des pensées dysfonctionnelles concernant l'anxiété de l'enfant pour les parents) et l'explication du rationnel de l'exposition. Puis, la deuxième partie de la thérapie comporte huit séances parent-enfant consacrées en majeure partie à planifier et mettre en pratique des situations d'exposition *in vivo*. L'efficacité du PFAS a été testée auprès de 43 enfants de 5 à 7 ans souffrant de TAS et leur famille, assignés au traitement ou à une liste d'attente de 12 semaines (Schneider et al., 2011). Les résultats montrent que 76,2% des enfants ayant participé au traitement ne répondaient plus aux critères diagnostiques du TAS,

comparativement à 13,6% de ceux placés sur la liste d'attente. Schneider et ses collaborateurs (2013) ont ensuite comparé l'efficacité du PFAS, ciblant spécifiquement le TAS et comprenant un volet d'entraînement parental, avec celle du *Coping Cat*, un programme de TCC en format individuel reconnu ciblant plusieurs types de troubles anxieux auprès de 64 enfants de 8 à 13 ans présentant un TAS. Quatre semaines après l'intervention, 87,5% des enfants ayant reçu le PFAS ne répondaient plus aux critères diagnostiques du TAS, comparativement à 82,1% des enfants du groupe ayant participé au *Coping Cat*. Un an plus tard, les taux étaient de 83,3% comparativement à 75%. Ainsi, bien que le PFAS ait été légèrement plus efficace que le programme de TCC habituel, les différences entre les deux groupes n'étaient pas significatives, ce qui suggère que l'addition d'un volet d'entraînement parental n'ajoute pas d'avantages substantiels chez les enfants d'âge scolaire souffrant de TAS. Il est possible que chez les enfants plus jeunes (moins de 8 ans), les résultats auraient été davantage en faveur de l'inclusion des parents.

1.11.1. Programme d'entraînement parental pour les enfants souffrant d'anxiété de séparation

Un dernier programme d'intervention ciblant spécifiquement l'anxiété de séparation chez les enfants a été développé en 2002 par Raleigh, Brien et Eisen. Il s'agit d'un programme d'approche cognitivo-comportementale ciblant les parents d'enfants de 6 à 12 ans présentant un TAS. Ce programme d'entraînement parental consiste en 10 séances hebdomadaires de 90 minutes. Chaque séance suit la même séquence, soit : 1) révision des exercices à la maison et du calepin d'auto-observations quotidiennes, 2) transmission d'informations, 3) exercices pratiques et 4) explication des exercices à faire à la maison durant la semaine. Les deux premières séances constituent la composante éducationnelle du programme et incluent entre

autres : une introduction au programme, de l'information à propos des peurs, des phobies et de l'anxiété de séparation ainsi qu'une description des pièges fréquents dans lesquels tombent les parents (p. ex. la surprotection). Les séances 3 à 6 visent le développement d'habiletés pour gérer l'anxiété des enfants. Plus spécifiquement, la séance 3 met l'accent sur l'importance de l'exposition, la séance 4 est destinée à l'apprentissage de techniques de relaxation, la séance 5 est une introduction aux techniques cognitives, et la séance 6 cible les principes de la gestion des contingences. Les séances 7 à 9 constituent la phase de pratique du programme. Durant ces séances, les parents pratiquent l'application d'expositions en imagination et guident leurs enfants lors d'exercices d'exposition (en imagination et *in vivo*) à l'extérieur des séances. Le contenu de ces rencontres est moins standardisé puisque ce sont les expériences vécues par les parents durant la semaine qui définissent ce qui sera abordé au cours de celles-ci. Les séances 9 et 10 visent la prévention de la rechute : la séance 9 met l'accent sur l'importance de continuer l'exposition et la pratique des habiletés apprises et sur l'utilisation de stratégies de résolution de problèmes, tandis que la séance 10 aborde la fin du traitement, les progrès accomplis et l'importance du « transfert du contrôle » du thérapeute vers le parent.

Eisen, Raleigh et Neuhoff (2008) ont utilisé un protocole à cas unique pour vérifier l'efficacité du *Parent Training Treatment for Separation-Anxious Children* (Raleigh et al., 2002). Le programme a été réalisé auprès de six parents d'enfants de 7 à 10 ans souffrant de TAS. À la suite du programme, cinq enfants sur six ne répondaient plus aux critères diagnostiques du TAS. Les résultats indiquent également que l'intervention a mené à des changements importants dans le fonctionnement de cinq parents sur six (p. ex. augmentation du sentiment d'efficacité et/ou de satisfaction du parent, diminution du niveau de stress vécu par le parent).

À la lumière des études récentes, il est possible de constater que les interventions ciblant spécifiquement le TAS s'avèrent potentiellement efficaces. Toutefois, d'autres recherches sont encore nécessaires pour pouvoir conclure avec certitude à l'efficacité d'une de ces interventions. En effet, la plupart des études d'efficacité des traitements menées jusqu'à maintenant ciblent des échantillons d'enfants présentant une variété de troubles anxieux, la proportion de TAS différant d'une étude à l'autre. Également, la majorité des études de traitements des troubles anxieux chez les enfants et celles sur les traitements spécifiques au TAS ont été menées auprès d'enfants de 7 ans et plus. Certains chercheurs ont par ailleurs montré qu'inclure les parents dans l'intervention entraînait une plus grande amélioration des symptômes anxieux des enfants tandis que d'autres n'ont pas constaté ce bénéfice additionnel. Or, quelques programmes de type TCC menés exclusivement auprès des parents se sont avérés efficaces pour réduire les symptômes d'anxiété (de divers types) des enfants d'âge préscolaire ou en début de parcours scolaire. Ainsi, la présente thèse vise à pallier à ces lacunes dans la littérature en vérifiant l'efficacité d'un programme d'intervention visant spécifiquement le TAS, et offert exclusivement aux parents d'enfants de 4 à 7 ans. Le programme évalué dans le cadre de cette thèse est une version modifiée du programme d'entraînement parental de Raleigh et ses collègues (2002), adaptée pour être applicable au traitement d'enfants âgés de 4 à 7 ans souffrant de TAS. Le choix de ce programme repose sur plusieurs facteurs : (a) il s'agit d'abord d'un programme pour lequel nous avons obtenu l'autorisation des auteurs pour sa traduction et son utilisation dans le cadre de cette étude; (b) comme il s'adresse directement aux parents, il s'avère simple à administrer et entraîne moins de stigmatisation pour les enfants; (c) il contribue à améliorer certaines caractéristiques propres aux parents (p. ex. les pratiques parentales telles que la surprotection) ainsi qu'à favoriser une relation parent-enfant

harmonieuse, plutôt que de viser seulement à l'amélioration des symptômes des enfants, comme le font la majorité des programmes disponibles; (d) il contient plusieurs composantes provenant de programmes déjà validés ayant été montrés efficaces pour traiter l'anxiété chez les enfants.

1.12. Objectifs et hypothèses

1.12.1. Objectif principal

Le premier objectif consiste à évaluer l'efficacité d'un programme d'entraînement parental de type cognitivo-comportemental, adapté pour traiter le trouble d'anxiété de séparation chez des enfants âgés de 4 à 7 ans. Selon la première hypothèse de l'étude, il est attendu que suite à l'intervention, les enfants montreront une réduction cliniquement significative de leurs symptômes d'anxiété de séparation et ne répondront plus aux critères diagnostiques du TAS.

1.12.2. Objectifs spécifiques

- 1) Le premier objectif spécifique consiste à observer la fluctuation des symptômes d'anxiété de séparation de l'enfant tout au long du traitement. Il est attendu que de façon générale, les symptômes d'anxiété de séparation de l'enfant diminueront graduellement au cours du traitement.
- 2) Le second objectif spécifique consiste à examiner l'impact du programme sur les comportements et les caractéristiques du parent (pratiques parentales et stress parental). Selon la dernière hypothèse, il est attendu que le programme entraînera des changements chez le parent (amélioration des pratiques parentales efficaces et diminution du stress).

Chapitre 2 : Méthodologie

2.1. Participants

L'échantillon final est constitué de six familles. Elles ont été recrutées à partir d'un échantillon initial de 15 familles ayant pris part à la première rencontre d'évaluation. Parmi ces 15 familles, 7 ont été exclues de l'étude, soit parce que les symptômes d'anxiété de l'enfant étaient trop faibles, soit parce qu'un autre trouble était prioritaire ou encore parce que la mère ne pouvait remplir les calepins tous les jours étant donné qu'elle avait la garde de son fils une semaine sur deux. Deux familles ont par ailleurs abandonné durant l'intervention, en raison d'un déménagement dans un cas et de plusieurs événements stressants dans l'autre cas. L'échantillon final comprend deux filles et quatre garçons. Dans cinq familles sur six, seule la mère a pris part à l'étude.

2.1.1. Critères d'inclusion

Pour pouvoir participer à l'étude, l'enfant doit avoir entre 4 et 7 ans et présenter un diagnostic primaire ou secondaire de TAS d'après les critères du DSM-IV, tel que mesuré par l'ADIS-P (décrit ci-dessous), avec une cote égale ou supérieure à 4 sur 8 sur l'échelle de gravité de cet instrument. Les enfants présentant les problématiques concomitantes suivantes sont acceptés dans l'étude : un autre trouble anxieux (à l'exception du trouble obsessionnel-compulsif et de l'état de stress post-traumatique compte tenu que ces deux troubles sont souvent exclus dans la littérature en raison de leur nature particulière), un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité traité, un trouble oppositionnel ou un trouble de comportement. De plus, si l'enfant prend une médication, le dosage doit être stable depuis au moins trois mois et le demeurer durant la thérapie. Enfin, le parent doit être en mesure de comprendre et de parler le français.

2.1.2. Critères d'exclusion

Les enfants présentant un trouble du spectre autistique ou une déficience intellectuelle sont exclus de l'étude. Ces critères sont vérifiés lors de l'entrevue d'évaluation (ADIS-P). Les enfants ne doivent pas non plus prendre part à une autre forme d'intervention au moment du programme. Enfin, les parents présentant une condition pouvant les empêcher de bénéficier du programme, par exemple un handicap physique majeur, un trouble de personnalité important ou une toxicomanie, sont exclus.

2.1.3. Recrutement

La première cible de recrutement des familles est la liste d'attente de la Clinique universitaire de psychologie de l'Université de Montréal (CUP). L'expérimentatrice contacte par téléphone les familles qui, lors de l'entrevue téléphonique réalisée par un intervenant de la CUP, consentent verbalement à être appelées pour qu'on leur offre de participer à des projets de recherche clinique et ayant un enfant âgé de 4 à 7 ans. L'expérimentatrice leur présente brièvement le projet impliquant de bénéficier gratuitement d'un nouveau programme ciblant l'anxiété de séparation, et vérifie auprès d'elles si ce projet correspond à leur motif de consultation.

Des affiches expliquant le projet sont également apposées dans trois CLSC, 15 CPE, de même que 24 organismes communautaires œuvrant auprès des personnes anxieuses, des parents et des familles (p. ex. Clé des champs, la Maissonnette des Parents, Familles en action). (Voir l'annexe C pour la liste des lieux de recrutement et l'annexe D pour l'affiche du projet.) Certains de ces organismes (Association des troubles anxieux du Québec, Association de parents de Côte-des-Neiges, Clé des champs) diffusent l'annonce du projet auprès de leurs membres sur leur site internet ou à partir de leur liste de courriels. Des petites annonces sont

finalement publiées à deux reprises dans le journal *Voir* et sur le site internet de petites annonces Kijiji, et une fois sur le site internet Yoopa, qui s'adresse aux parents. Dans l'échantillon final, deux familles sont recrutées par des petites annonces (journal et internet), deux par des affiches dans des organismes communautaires et deux au CPE de leur enfant.

2.2. Déroulement de la recherche

2.2.1. Évaluation prétraitement

Les parents intéressés sont brièvement questionnés au téléphone afin de vérifier s'ils remplissent certains des critères d'inclusion. Le but de l'étude et la participation leur sont présentés de façon sommaire, puis ils sont invités à une première rencontre. Durant la première partie informative de cette rencontre, l'expérimentatrice (auteure de la thèse) leur explique de façon claire et détaillée en quoi consisterait leur participation à l'étude, les assure de la confidentialité de leur participation, leur précise que toutes les séances (d'évaluation et de traitement) seront enregistrées sur bande vidéo, répond à leurs questions et leur fait signer les formulaires de consentement (voir l'annexe E). Lorsque le consentement est donné, on passe à la deuxième partie de la rencontre, qui consiste en une évaluation prétraitement. *L'Entrevue d'évaluation des troubles anxieux chez les enfants et adolescents pour le DSM-IV*, version parent (ADIS-P, voir description de l'instrument section 2.4.1, p.52) est alors administrée au parent afin d'établir le ou les diagnostics présentés par l'enfant et d'en évaluer le degré de gravité. Cette entrevue d'évaluation est enregistrée sur bande vidéo. Suite à l'entrevue, une batterie de questionnaires (voir section « Mesures ») est remise aux parents, qu'ils doivent remplir et rapporter à la rencontre suivante. Même lorsque seule la mère participe à l'intervention, les questionnaires sont aussi remplis par le père aux trois temps de

mesure, à l'exception de Fanny, dont la mère est monoparentale, et de Benito, dont le père les a remplis pour le pré-test et la relance, mais ne l'a pas fait pour le post-test. Les familles qui ne remplissent pas les critères d'inclusion sont référées aux ressources appropriées (à la CUP ou dans un autre service selon le cas).

Environ une semaine après l'évaluation prétraitement, on invite les parents à une deuxième rencontre durant laquelle ils finissent de répondre à l'ADIS-P dans la plupart des cas, puis reçoivent des explications sur la façon de remplir les calepins d'auto-observations quotidiennes (*Journal de bord d'anxiété de séparation*). Il leur est alors proposé de retourner les calepins par courriel ou par la poste afin de recueillir les données du niveau de base (voir ci-après). S'ils choisissent la poste, un nombre de copies des calepins correspondant à la durée de leur niveau de base (déterminée aléatoirement) leur est fourni avec un nombre équivalent d'enveloppes préaffranchies à retourner chaque semaine. Ceux qui choisissent le courriel reçoivent une version informatique du *Journal de bord d'anxiété de séparation*. Les familles sont par ailleurs contactées par téléphone ou par courriel (au choix) une fois par semaine pendant toute la durée du niveau de base afin d'aborder leurs questions et difficultés face aux auto-observations quotidiennes.

2.2.2. Devis

Un devis à cas unique à niveaux de base multiples en fonction des individus est utilisé afin d'examiner l'effet du PEP-AS sur la réduction des symptômes d'anxiété de séparation chez les enfants et les changements observés chez les parents. Malgré l'absence de groupe de comparaison, ce devis permet le contrôle expérimental de certaines variables externes, telles que le passage du temps, les événements de vie et la maturation, en montrant que les améliorations observées chez les participants coïncident avec l'application du traitement

(Barlow, Nock, & Hersen, 2009). Ce type de protocole est fortement recommandé pour l'étude préliminaire d'une nouvelle intervention thérapeutique (Barlow et al., 2009; Nock, Janis, & Wedig, 2008). De plus, il permet un examen détaillé de l'évolution des changements chez chacun des participants à travers la durée du traitement (Nock, Michel, & Photos, 2008; Rivard & Bouchard, 2005) tout en comparant leur fonctionnement avant et après l'intervention. Pour des raisons de recrutement (c.-à-d. que les participants n'étaient pas tous disponibles au même moment), un devis à niveaux de base multiples non concurrents a dû être utilisé (Barlow et al., 2009).

2.2.3. Niveau de base

À la suite de l'évaluation prétraitement, les six familles entreprennent une période d'évaluation durant laquelle les symptômes d'anxiété de séparation de l'enfant sont mesurés de manière répétée (au moyen de calepins d'auto-observations quotidiennes) afin d'établir un niveau de base. Le niveau de base constitue une étape importante puisqu'il permet d'observer les fluctuations des symptômes avant l'intervention, ce qui correspond à leur fréquence naturelle (Barlow et al., 2009). Les durées de niveaux de base prédéterminées (deux, trois ou quatre semaines) sont assignées aléatoirement aux participants. Une fois la durée assignée complétée, le niveau de base doit être à la hausse ou stable, dans la mesure du possible, avant de commencer le traitement, faute de quoi le niveau de base est prolongé. Ainsi, deux familles ont commencé l'intervention après trois semaines, trois après quatre semaines et une après huit semaines (congé de deux semaines durant la période des fêtes).

2.2.4. Intervention

Une fois son niveau de base terminé, chaque famille commence le traitement, le PEP-AS. Il s'agit d'une version traduite et modifiée du *Parent Training Treatment Manual for Separation-Anxious Children* (Raleigh et al., 2002), adaptée pour s'adresser aux parents d'enfants plus jeunes (4-7 ans). Les composantes faisant référence à des techniques cognitives ont été retirées. De plus, des composantes tirées de la PCIT de Pincus et ses collègues (2005), particulièrement celles visant à augmenter la chaleur et la sensibilité de la relation parent-enfant, ont été ajoutées. Le PEP-AS comportait à l'origine 10 séances de 90 minutes en moyenne (durée variant entre 60 et 120 minutes), à raison d'une séance par semaine au cours de la première moitié du programme, puis d'une séance toutes les deux semaines au cours de la seconde. Le déroulement type des séances est le même que dans le programme original, soit : 1) révision du *Journal de bord d'anxiété de séparation* et des exercices de la semaine; 2) transmission d'informations concernant une nouvelle stratégie; 3) exercices pratiques de la stratégie apprise; 4) explication des exercices à faire à la maison durant la semaine et remise de la fiche-résumé. Les séances 1 et 2 du PEP-AS ont pour objectif de fournir de l'information aux parents à propos, entre autres, des peurs et de l'anxiété, de la distinction entre anxiété normale et pathologique, de l'anxiété de séparation selon diverses théories (p. ex. biologiques, de l'apprentissage, de l'attachement) ainsi que des pièges fréquents qui guettent les parents (surprotection, rassurance excessive, coercition). Elles font office d'introduction au programme et représentent la composante éducationnelle de celui-ci. Font également partie de ces séances : des discussions sur les éléments s'appliquant au cas particulier de leur enfant et sur leurs propres attitudes de surprotection, rassurance et coercition; des auto-observations de ces trois attitudes ainsi que des échanges au sujet des émotions et pensées qui les

accompagnent. La séance 3 vise à favoriser une relation parent-enfant harmonieuse. Elle constitue la composante relationnelle du programme et comprend l'apprentissage d'habiletés visant à augmenter la chaleur émotionnelle et la sensibilité des interactions que les parents ont avec leur enfant (p. ex. féliciter, refléter, éviter les critiques). Les habiletés relationnelles, que les parents appliquent à la maison au cours de périodes de jeu privilégiées avec leur enfant, sont d'abord discutées, puis des jeux de rôles sont effectués où l'intervenante joue d'abord le rôle du parent et modèle les diverses habiletés; puis, le parent joue son propre rôle et les mets en pratique. Notons que ces jeux de rôles, enregistrés sur bande vidéo, sont visionnés avec le parent quelques séances plus tard afin que ce dernier puisse s'observer, réfléchir sur ce qu'il a amélioré et trouver de nouvelles idées qu'il pourra mettre à profit avec son enfant. Les séances 4 à 6 visent le développement d'habiletés pour gérer l'anxiété des enfants. Plus spécifiquement, la séance 4 porte sur l'exposition, la séance 5 sur la relaxation, et la séance 6 cible les principes de la gestion des contingences. Voici quelques exemples de ce qui est réalisé lors de ces séances. À la séance 4, une hiérarchie d'exposition aux situations d'anxiété de séparation est élaborée avec le parent et un premier exercice d'exposition est planifié. À la séance 5, la technique de relaxation est expérimentée avec le parent et des stratégies sur comment l'expliquer à l'enfant, à quel moment l'appliquer et d'autres considérations face à l'application de cette stratégie à la maison sont discutées. À la séance 6 sur la gestion des contingences, il est question de l'idée de renforcer les comportements attendus (p.ex. faire face aux situations anxiogènes) et de minimiser l'attention envers ceux qui ne le sont pas (p.ex. les demandes de rassurance) et de manières d'appliquer ces principes (p. ex. renforcement par de l'attention positive, des félicitations, des récompenses). Le parent est aussi incité à réfléchir à des idées de récompenses pour les exercices d'exposition accomplis par l'enfant (p. ex.

activité parent-enfant comme aller au parc ou manger une crème glacée; privilège comme inviter un ami ou plus de temps d'ordinateur; petit jouet). Toutefois, aucune grille d'observation spécifique n'a été développée pour évaluer la mise en place du système de renforcement par les parents. Les séances 7 et 8 constituent la phase de pratique du programme. Durant cette phase, les parents guident leurs enfants lors d'exercices d'exposition *in vivo* à l'extérieur des séances et appliquent l'ensemble des stratégies apprises depuis le début. Le contenu prévu de ces séances est plus bref et moins standardisé comparativement aux autres, puisque ce sont les expériences vécues par les parents (et leurs enfants) durant la semaine qui déterminent le contenu abordé au cours de celles-ci. Les séances 9 et 10 visent le maintien des acquis : la séance 9 met l'accent sur l'importance de continuer l'exposition et la pratique des habiletés apprises et sur l'utilisation de stratégies de résolution de problèmes afin de prévenir et gérer les rechutes, tandis que la séance 10 aborde les progrès accomplis et l'importance du « transfert du contrôle » du thérapeute vers le parent (voir l'annexe F pour le contenu détaillé des séances).

Les trois premiers participants prennent part à 10 séances. Par la suite, de manière exploratoire, deux rencontres sont ajoutées au programme et les trois dernières familles bénéficient de 12 rencontres. Les rencontres additionnelles sont insérées à la suite des séances 7 et 8 portant sur l'application des stratégies apprises et la résolution de problèmes, et ont le même contenu. L'objectif est de vérifier si les impacts du traitement sont plus importants pour la version allongée. La thérapeute (auteure de la thèse) est supervisée par une clinicienne possédant plusieurs années d'expérience en TCC auprès d'enfants présentant un trouble anxieux. Pendant toute la durée de l'intervention, les mêmes mesures qu'au niveau de base sont prises quotidiennement à l'aide des calepins d'auto-observations remplis par les parents.

2.2.4.1. *Intégrité thérapeutique*

Les séances de thérapie sont enregistrées afin de vérifier l'intégrité thérapeutique. Un tableau résumé des objectifs à aborder pour chaque séance est utilisé et les contenus couverts sont cochés à partir de l'enregistrement. L'intégrité thérapeutique est calculée en établissant les pourcentages de l'ensemble des contenus devant être abordés durant les séances. Le pourcentage des contenus abordés varie entre 94% et 99% selon les participants. (Voir l'annexe G pour plus de détails.) Les trois premiers participants assistent aux 10 rencontres prévues. Les mères de Fanny et de Léa annulent chacune deux rencontres et la mère de Benito, trois rencontres. Les rencontres annulées sont toutes reprises par les participantes (entre quelques jours et deux semaines plus tard). Notons que pour la mère de Fanny, la séance 6 est écourtée parce que la mère est malade et est reprise deux semaines plus tard. Les trois autres participants prennent part à la version allongée du programme. Les mères de Marc-Antoine et d'Édouard assistent aux 12 rencontres selon l'horaire prévu. Les parents de Samuel assistent à 11 rencontres. Les contenus prévus des séances 11 et 12 sont combinés en une seule rencontre à la demande des parents en raison de leurs vacances d'été. Ils annulent trois rencontres, qu'ils reprennent toutes la semaine suivante.

2.2.5. *Évaluation post-traitement et relance*

Environ deux semaines après la fin de l'intervention, les familles prennent part à une évaluation post-traitement menée par une évaluatrice indépendante (étudiante au doctorat) ne connaissant ni les buts de l'étude ni la problématique de l'enfant. Cette dernière leur administre une seconde fois l'ADIS-P. Les participants remplissent également la même batterie de questionnaires que lors du pré-test et complètent le calepin d'auto-observations quotidiennes durant au moins une semaine. La mère de Fanny n'ayant pas complété de

calepins suite à l'intervention, l'auteure doit lui administrer l'ADIS-P au téléphone environ deux mois après la fin de l'intervention, ceci en raison de problèmes de disponibilité et d'autres inconvénients. Enfin, les familles sont rencontrées environ trois mois plus tard pour une relance avec l'intervenante ayant administré le programme. Des questions ouvertes leur sont posées concernant les progrès de leur enfant, les difficultés encore présentes (si pertinent) et les moyens d'intervention encore mis en place. Afin de raccourcir la rencontre de relance et de favoriser la participation des parents, seules les sections de l'ADIS-P correspondant aux diagnostics ou symptômes identifiés chez l'enfant au pré-test et/ou au post-test sont administrées à nouveau. Les parents reçoivent au préalable par la poste la même batterie de questionnaires et un *Journal de bord d'anxiété de séparation* d'une à deux semaines qu'ils doivent remplir et rapporter à la rencontre de relance. Les mêmes questionnaires sont également envoyés à l'enseignante ou l'éducatrice à ces deux temps de mesure, sauf pour les deux enfants en vacances scolaires au moment de la fin de l'intervention.

2.3. Description détaillée des participants

Les caractéristiques individuelles et familiales des participants sont présentées de manière très détaillée ci-dessous, compte tenu de la nature de l'étude (protocole à cas unique), dans laquelle la description clinique des participants revêt une importance particulière. Les noms ont été changés pour préserver la confidentialité.

2.3.1. Participant 1

Benito est âgé de 4 ans et 7 mois lorsque sa mère commence la participation à l'étude. Il habite avec ses deux parents et a un frère de 6 ans. La mère, 39 ans, immigrante d'origine latino-américaine, possède un diplôme universitaire équivalent du baccalauréat. Madame est

arrivée au Québec il y a environ 10 ans, mais le reste de sa famille est encore dans son pays d'origine. Benito voit ses grands-parents environ deux fois par année et il s'ennuie beaucoup de sa grand-mère. La mère est principalement à la maison et travaille environ six heures par semaine comme marraine d'allaitement dans un organisme communautaire. Lors de la rencontre de relance, elle a fait un retour aux études à temps plein depuis deux mois. Le père, 40 ans, d'origine québécoise, est charpentier-menuisier et possède un diplôme d'études secondaires. L'emploi du père peut l'amener à quitter la maison pour des durées variables, mais ce n'est pas arrivé durant la présente étude. Madame a reconnu ses deux fils dans la description des participants recherchés pour l'étude, car tous deux vivent de l'anxiété face à la séparation. Suite aux réponses de la mère à l'ADIS-P, Benito est ciblé pour l'étude car ses symptômes se limitent au TAS, tandis que les symptômes anxieux de son frère aîné touchent différents domaines dont certains nuisent davantage à son fonctionnement que l'anxiété de séparation. La famille est par ailleurs référée à la Clinique universitaire de psychologie pour leur fils aîné et une intervention est amorcée entre le moment du post-test et de la relance. La mère se décrit comme une personne anxieuse et souligne que le père aurait déjà vécu un épisode dépressif sans toutefois avoir consulté. Elle rapporte des tensions dans le couple durant la dernière année. Selon les résultats à l'ADIS-P, Benito présente un trouble d'anxiété de séparation. Ses symptômes sont principalement reliés au coucher et au départ à la prématernelle. En effet, Benito dort tous les soirs dans le lit de ses parents. Généralement, les parents tentent d'aller le porter dans son lit lorsqu'ils se couchent, mais Benito se lève pour aller les rejoindre. Il arrive alors fréquemment que l'un des parents aille dormir dans une autre pièce. De plus, Benito s'oppose à se rendre à la prématernelle tous les matins. Avant de partir de la maison ou lorsque sa mère le laisse à l'école, il peut verbaliser qu'il souhaite rester à la

maison, s'accrocher à sa mère, pleurer ou faire une crise. D'autres symptômes d'anxiété de séparation également nommés par la mère incluent des cauchemars à thème de séparation (p. ex. quelqu'un fait mal à la mère), des inquiétudes concernant la mort de la mère et le fait que Benito recherche beaucoup le contact physique avec sa mère lorsqu'il est en sa présence.

2.3.2. Participante 2

Fanny est âgée de 4 ans et 8 mois au moment où sa mère nous contacte pour participer à l'étude. La mère, âgée de 45 ans et monoparentale, possède un diplôme universitaire (baccalauréat). Elle est en recherche d'emploi au moment de l'intervention. Elle indique souffrir de migraines importantes nuisant à son fonctionnement. Elle mentionne également se relever d'une dépression et dit vivre de l'anxiété. Selon Madame, la tendance à l'anxiété s'avère présente dans sa famille (frère, parents). Fanny est enfant unique. Elle a des contacts limités avec son père, qui habite dans une autre province et qu'elle n'a jamais rencontré en personne. Selon Madame, la situation familiale contribue aux difficultés de Fanny. D'après les résultats à l'ADIS-P, le diagnostic principal de Fanny est le trouble d'anxiété de séparation. Elle remplit également les critères diagnostiques de phobies spécifiques des médecins, des injections et du noir. Ses symptômes d'anxiété de séparation concernent principalement le coucher et le départ à la garderie. Fanny dort toutes les nuits dans le lit de sa mère; elle refuse de dormir dans sa chambre, car elle craint d'être seule et dans le noir. Fanny refuse également que sa mère parte lorsqu'elle la laisse à la garderie le matin et ce, au moins trois fois par semaine. Elle peut alors pleurer et s'accrocher à sa mère durant de longues minutes. Il arrive que la mère accepte de la garder à la maison. De plus, la mère rapporte que Fanny la suit fréquemment dans la maison et sollicite beaucoup d'attention (p. ex. en se collant ou en lui demandant sans cesse de jouer avec elle). Fanny s'inquiète aussi de perdre sa mère.

2.3.3. Participante 3

Léa est âgée de 7 ans et 9 mois et est en deuxième année du primaire au début de l'étude. Elle habite avec ses deux parents, d'origine française, et a un demi-frère de 14 ans. La mère et le père sont arrivés au Québec il y a 18 et 12 ans respectivement, tandis que les membres de leur famille élargie demeurent toujours en France. Léa voit ses cousins et ses grands-parents environ trois mois par année. La mère, âgée de 47 ans, travaille dans le domaine du tourisme et a un diplôme universitaire (équivalent du baccalauréat). Le père, 44 ans, est ingénieur commercial et a un diplôme de niveau universitaire. Les emplois respectifs des parents les amènent à quitter ponctuellement la maison pour des voyages, la mère pour des durées de trois ou quatre jours tous les deux mois en moyenne et le père, environ une semaine par mois. Madame se décrit comme étant à tendance anxieuse, ayant déjà vécu de l'anxiété de séparation lorsqu'elle était jeune. Léa a suivi une thérapie l'année précédente (durant 10 mois) en raison de difficultés d'anxiété, de tics et de crises de colère. Madame rapporte que les résultats ont été peu satisfaisants (diminution des crises, mais l'anxiété s'est maintenue et les tics se sont transformés). Elle a donc entrepris des démarches pour que sa fille rencontre une autre psychologue, mais les a interrompues, choisissant de participer au programme d'intervention dans le cadre de notre étude. Selon les résultats de l'ADIS-P, Léa présente un trouble d'anxiété de séparation (diagnostic principal) ainsi qu'une phobie spécifique de vomir. Son anxiété de séparation se manifeste surtout par des tentatives d'éviter d'aller à des endroits sans ses parents. Elle peut s'empêcher de faire certaines activités (p. ex. activité parascolaire, aller dormir chez une amie) ou refuser que les parents partent (p. ex. lors d'une fête d'amis). Elle peut alors pleurer, verbaliser qu'elle veut rester avec ses parents ou même s'agripper à eux. Léa manifeste aussi des inquiétudes qu'un malheur arrive à sa mère (p. ex. un accident)

ou que celle-ci l'abandonne. Elle demande aussi fréquemment que ses parents demeurent près d'elle au moment de s'endormir. L'ADIS-P fait également ressortir chez Léa quelques symptômes d'anxiété sociale (crainte de parler à des adultes ou à des étrangers et des activités en groupe) ainsi que certaines inquiétudes liées à sa santé, à celle de ses proches et au perfectionnisme. Ces derniers symptômes interfèrent modérément avec son fonctionnement.

2.3.4. Participant 4

Samuel est âgé de 6 ans et 6 mois et est en première année du primaire lorsque ses parents commencent leur participation à l'étude. Il habite avec ses deux parents, sa sœur de 8 ans et son frère de 3 ans. Les parents participent tous deux au programme d'intervention, parfois conjointement, parfois individuellement. La mère, 34 ans, est orthopédagogue et a un diplôme de maîtrise. Le père, 35 ans, est gestionnaire en ressources humaines et a un diplôme de baccalauréat. Il quitte la maison trois fois durant le programme pour une à deux journées en raison de son travail. Les parents ont tous deux présenté des symptômes dépressifs par le passé et ont un trouble attentionnel (TDA) pour lequel ils prennent une médication. Ils ont également déjà consulté en psychologie pour leur fille aînée en raison de difficultés multiples (anxiété de performance, symptômes dépressifs, TDA, trouble d'intégration sensorielle). Au moment de l'évaluation, Samuel vient de recevoir un diagnostic de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité/impulsivité (TDAH) suite à une consultation du pédiatre complétée par une évaluation en neuropsychologie et prend une médication (Concerta) dont le dosage est stable depuis un peu plus de 3 mois. Il a bénéficié d'un suivi en ergothérapie durant les cinq mois précédant le début de l'étude pour ses difficultés d'attention et de motricité fine.

Selon les résultats à l'ADIS-P, les diagnostics principaux de Samuel sont le trouble d'anxiété de séparation et le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité/impulsivité

(TDAH). Il remplit également les critères diagnostiques de la phobie spécifique des orages et du trouble d'anxiété généralisée (exemples de domaines d'inquiétudes : la santé des parents, la mort — la sienne et celle des parents —, les catastrophes naturelles, les finances). Ses symptômes d'anxiété de séparation concernent principalement la peur d'être seul et le départ à l'école. D'abord, il refuse d'être seul à un étage de la maison (p. ex. chambre, sous-sol, salle de bain) ou d'aller jouer dehors seul. Si on le force, il peut devenir très nerveux, pleurer et/ou faire une crise. Il a tendance à suivre sa mère dans la maison et s'il ne se trouve pas en sa présence, il l'appelle constamment pour savoir où elle est. Lors du départ à l'école, Samuel devient très nerveux au moment de quitter ses parents ; il insiste pour faire toujours le même rituel d'au revoir. Il lui arrive de verbaliser ne pas vouloir y aller ou de se plaindre de maux de ventre. Il demande aussi à son père d'aller le reconduire car il ne veut pas prendre l'autobus scolaire comme il le faisait auparavant. Il devient également anxieux au moment de quitter ses parents ou la maison pour aller faire des activités ou se faire garder par ses grands-parents sans son frère ou sa sœur, ou lorsque les parents font une sortie. Il peut supplier les parents de rester, leur poser beaucoup de questions et se plaindre de symptômes physiques. Lors du coucher, Samuel tient à répéter le même rituel, demande à ses parents de s'étendre près de lui et tente de repousser leur départ. Enfin, Samuel présente plusieurs inquiétudes liées à la séparation (p. ex. crainte que les parents meurent ou aient un accident, crainte de se faire enlever, attaquer, de se perdre, etc.) et pose énormément de questions aux parents au sujet de ces inquiétudes. L'ADIS-P indique aussi chez Samuel des symptômes d'anxiété sociale (peur des toilettes publiques, de parler à des adultes, de répondre ou parler au téléphone et de poser une question au professeur) ainsi que des manifestations d'opposition (souvent se mettre en

colère, contester ce que disent les adultes et blâmer les autres pour ses erreurs) survenant surtout à l'école et qui découleraient de son TDAH, selon les parents.

2.3.5. Participant 5

Édouard a 4 ans et 4 mois lorsque sa mère nous contacte. Il habite avec ses deux parents et son jeune frère de 1 an et demi. La mère, 30 ans, d'origine québécoise, est résidente en médecine. Le père, 35 ans, d'origine française, est entrepreneur dans le domaine de l'informatique et a un diplôme de maîtrise. Dans le cadre de son travail, le père part environ une fois par mois pour des séjours à l'extérieur durant habituellement moins d'une semaine. Le père est arrivé au Québec il y a une dizaine d'années et la grand-mère paternelle d'Édouard habite toujours en France. Il la voit une ou deux fois par année. Selon la mère, il y a présence de symptômes d'anxiété et de dépression au sein de sa famille. Au moment de l'évaluation, Édouard ne présente aucun diagnostic sauf de l'asthme et ne prend aucune médication à l'exception de pompes au besoin. La famille a reçu de l'aide d'un éducateur spécialisé du CLSC un an auparavant, pour quelques rencontres, en raison des comportements d'opposition et de crises manifestés par Édouard. Les parents n'ont pas été satisfaits par les interventions, car ils avaient l'impression que les méthodes punitives suggérées aggravaient la situation, de même que le sentiment de rejet et d'insécurité d'Édouard. Il est important de souligner qu'environ un mois avant l'évaluation initiale, Édouard a reçu une fessée de la part de son éducatrice, qui a par la suite réintégré ses fonctions après une suspension. La relation avec elle a continué d'être difficile dans les mois suivants et cela semble avoir eu des répercussions sur le fonctionnement d'Édouard, qui se montrait plus agité, fébrile et anxieux les journées où il était en contact avec cette éducatrice.

Selon les résultats à l'ADIS-P, Édouard répond aux critères diagnostiques du trouble d'anxiété de séparation (diagnostic principal) et du trouble d'opposition. Édouard manifeste de l'anxiété lorsqu'il doit se séparer de la mère pour aller à la garderie ou ailleurs ou lorsqu'il doit quitter la maison. Il peut alors refuser, pleurer, tenter de négocier, faire une crise et/ou s'opposer fortement. La mère précise qu'Édouard a tendance à s'opposer dans plusieurs situations liées à la séparation, mais aussi lors de routines ou face à des activités nouvelles. De plus, lorsque la mère doit quitter la maison, il insiste pour la suivre ou peut faire une crise pour qu'elle ne parte pas. La mère le décrit d'ailleurs comme toujours accroché à elle. Édouard recherche constamment la proximité physique avec elle (p. ex. lui fait à répétition des câlins trop fort et ne peut s'empêcher de la renifler) et la suit fréquemment dans la maison. Finalement, il essaie de retenir les parents au moment du coucher et présente des inquiétudes concernant la mort des parents. L'ADIS-P fait également ressortir des symptômes d'anxiété sociale (p. ex. peur d'aller aux toilettes dans des endroits publics, de parler à des adultes, de parler à une nouvelle personne et anxiété lors des fêtes d'enfants) et quelques peurs (p. ex. eau, noirceur).

2.3.6. Participant 6

Marc-Antoine est âgé de 5 ans et 8 mois et fréquente la maternelle. Il habite avec ses deux parents et a une sœur de 2 ans. Les parents sont tous deux nés au Québec, mais une partie de leur famille respective vit au Mexique et en Italie. La mère, 36 ans, est principalement à la maison pour s'occuper de sa fille au moment de l'intervention. Elle travaille également à temps partiel (deux ou trois jours par semaine) comme designer d'intérieur. Elle possède un diplôme universitaire de niveau baccalauréat. Le père, 35 ans, est directeur d'une entreprise de logiciels de gestion et a un diplôme de baccalauréat. Son emploi l'amène à quitter la maison

pour des voyages d'affaires environ trois ou quatre fois par année pour des durées d'une semaine. Madame avoue avoir tendance à être stressée ou inquiète. La tendance à l'anxiété serait également présente dans sa famille. Marc-Antoine est suivi en gastro-entérologie tous les quatre mois depuis qu'il est bébé et prend périodiquement des antihistaminiques afin de stimuler son appétit. Madame dit observer qu'il devient plus irritable lors du début et de l'arrêt de la médication. Les parents ont aussi consulté en ergothérapie lorsque Marc-Antoine avait 17 mois, en raison d'un retard d'acquisition de la marche.

D'après les résultats à l'ADIS-P, le diagnostic principal de Marc-Antoine est le trouble d'anxiété de séparation et il remplit également les critères diagnostiques de phobies spécifiques du sang, des injections et des blessures. Son anxiété de séparation se manifeste lorsque la mère le laisse à l'école ou lorsqu'il doit aller à un endroit sans les parents (p. ex. chez un ami ou ses cousins, à une fête). Il peut alors refuser et tenter d'éviter, pleurer de manière intense et incontrôlable, devenir très nerveux et poser beaucoup de questions sur les allées et venues de la mère. Il adopte également des comportements compulsifs tels que : vouloir replacer ses bas et souliers d'une manière précise et à répétition, vérifier son sac à plusieurs reprises et demander plusieurs fois le contenu de son dîner, répéter les mêmes phrases ou questions au sujet de ses inquiétudes. Il se plaint régulièrement de maux de ventre ou de tête avant le départ à l'école et peut même aller jusqu'à vomir à certaines occasions. Marc-Antoine refuse également de dormir ailleurs, sauf chez sa grand-mère maternelle. L'ADIS-P indique aussi chez Marc-Antoine la présence d'inquiétudes liées aux domaines suivants : l'école, la performance, le perfectionnisme et les sujets mineurs (p. ex. détails du fonctionnement de la journée comme : sa collation est-elle au bon endroit, ses souliers bien

attachés, etc.). Toutefois, selon la mère, ces inquiétudes sont seulement présentes durant les périodes où il doit se séparer des parents (c.-à-d. pas du tout présentes l'été).

2.4. Mesures

Plusieurs auteurs insistent sur l'importance d'utiliser une variété de sources et de méthodes pour mesurer l'efficacité d'un traitement (American Psychological Association [APA], 2002; Rapee et al., 2009). Ainsi, l'impact du *Programme d'entraînement parental pour les enfants souffrant d'anxiété de séparation* (PEP-AS) est évalué à l'aide d'une entrevue clinique semi-structurée, de calepins d'auto-observations quotidiennes et de questionnaires auto-administrés par le parent portant sur l'anxiété de l'enfant, les pratiques parentales et le stress dans la relation parent-enfant. De plus, des mesures visant à vérifier les effets du traitement sur les symptômes d'anxiété, les autres symptômes intériorisés et extériorisés et l'adaptation générale de l'enfant dans son milieu de garde ou scolaire, ainsi qu'à documenter les niveaux d'anxiété et de dépression du parent ont été ajoutées. Le tableau 1 à la fin de la section résume l'ensemble des mesures utilisées.

2.4.1. Entrevue clinique semi-structurée

L'*Entrevue d'évaluation des troubles anxieux chez les enfants et adolescents pour le DSM-IV* (ADIS; Turgeon & Brousseau, 2001; traduction de l'*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*, Silverman & Albano, 1996), version parent, est utilisée afin d'établir le diagnostic de TAS de l'enfant, d'évaluer la présence de diagnostics concomitants et de mesurer la gravité des symptômes liés aux différents troubles identifiés. L'ADIS est l'instrument le plus fréquemment utilisé pour évaluer les troubles anxieux chez les enfants (Silverman, Saavedra, & Pina, 2001). De plus, cet instrument permet de recueillir de

l'information sur le degré d'anxiété et d'évitement vis-à-vis une variété de situations (coté de 0 à 8 par le parent). Une cote de gravité de 0 à 8 est également fournie par l'évaluateur (*Clinician Severity Rating*; CSR) pour chaque diagnostic, indiquant le degré de détresse et d'interférence avec le fonctionnement. Une cote de 4 et plus correspond à une condition cliniquement significative. Les recherches sur les propriétés psychométriques indiquent une excellente fidélité test-retest et une bonne validité convergente de l'ADIS-P (Silverman et al., 2001; Wood, Piacentini, Bergman, McCracken, & Barrios, 2002).

2.4.2. Calepin d'auto-observations quotidiennes

Afin d'obtenir des données sur l'anxiété de séparation vécue par l'enfant et sur son fonctionnement quotidien ainsi que pour documenter la fluctuation des symptômes avant, pendant et après le traitement, le parent est invité à remplir tous les jours le *Journal de bord d'anxiété de séparation* (voir l'annexe H), ce qui permet d'obtenir une mesure quotidienne de la fréquence et de l'intensité des comportements d'anxiété de séparation manifestés par l'enfant dans plusieurs domaines (p. ex. école/garderie, jeu) de même que le degré d'interférence avec le fonctionnement (p. ex. social, scolaire, familial) associé à ces comportements. On y retrouve par exemple des items tels que : « A refusé d'aller à l'école et d'être séparé du parent » et « A dormi dans la chambre des parents ». Les parents doivent coter l'intensité et l'interférence de chaque manifestation selon une échelle de 0 à 8. Cette mesure est une traduction du *Weekly Record of Anxiety at Separation* (WRAS; Choate & Pincus, 2001), une mesure conçue à partir des critères d'anxiété de séparation du DSM-IV. Les parents remplissent leur calepin d'auto-observations quotidiennement durant la période de niveau de base, puis tout au long du traitement ainsi qu'une à deux semaines après. Il leur est également demandé de remplir un calepin d'une durée d'une à deux semaines avant la

rencontre de relance 3 mois. Ce sont les données des calepins qui sont utilisées comme critères afin de déterminer les mesures des niveaux de base et de juger de l'impact de l'introduction de l'intervention. Dans cinq cas sur six, seul le parent qui prenait part aux séances d'intervention (la mère) a rempli le calepin d'auto-observation tandis que dans le cas de Samuel, les parents l'ont rempli parfois ensemble, parfois alternativement.

2.4.3. Questionnaires auto-administrés par le parent

2.4.3.1. *Questionnaire sur l'anxiété à l'âge préscolaire (QAP; Turgeon & Brousseau, 2002; traduction du Preschool Anxiety Scale; Spence & Rapee, 1999)*

Ce questionnaire auto-administré de 34 items évalue les troubles anxieux des enfants d'âge préscolaire. Jusqu'à maintenant, il a été testé auprès de parents d'enfants âgés de 2,5 à 6,5 ans. Le QAP comporte cinq sous-échelles : anxiété de séparation, anxiété généralisée, phobie sociale, peur des blessures physiques et trouble obsessionnel-compulsif. La validité de construit a été étudiée par Spence, Rapee, McDonald et Ingram (2001) et les résultats indiquent une bonne validité de construit lorsque les scores sont comparés au CBCL (*Liste de vérification du comportement des jeunes de 6 à 18 ans : traduction du Child Behavior Checklist; CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001*) : la corrélation entre le score total des mères au QAP et le score à l'échelle des troubles intériorisés du CBCL est de 0,68. De plus, chacune des sous-échelles du QAP est corrélée ($r = 0,37$ à $0,61$) au score à l'échelle des troubles intériorisés du CBCL. Une étude de Broeren et Muris (2008) rapporte une cohérence interne de modérée à élevée selon les échelles (alphas entre 0,59 et 0,86).

2.4.3.2. *Questionnaire sur les pratiques parentales*

Cet instrument est constitué de deux sous-échelles du *Parenting Practices Interview* (PPI; Webster-Stratton, 1998) : « Discipline punitive et inconstante » (16 items) et

« Félicitations et récompenses » (9 items). Le parent répond selon une échelle de Likert de 1 à 7 selon la probabilité qu'il utilise la pratique éducative indiquée dans l'énoncé. Plus le score est élevé, plus cela correspond à une grande utilisation des pratiques décrites par chacune des sous-échelles. Le PPI est un questionnaire destiné aux parents d'enfants âgés de 3 à 8 ans (Lessard, 2010). Il est sensible aux changements des méthodes disciplinaires employées suite à une intervention et aurait donc une bonne validité prédictive (Kim, Cain, & Webster-Stratton, 2008). Sur le plan psychométrique, les coefficients alphas mesurés auprès des parents de 77 enfants québécois de 6 à 9 ans présentant un TDAH (0,83 pour « Discipline punitive et inconstante » et 0,69 pour « Félicitations et récompenses ») indiquent une cohérence interne satisfaisante pour les deux échelles choisies (Lessard, 2010).

2.4.3.3. *Échelle de protection parentale (EPP; traduction du Parent Protection Scale; PPS; Thomasgard, Metz, Edelbrock, & Schonkoff, 1995)*

Il s'agit d'un questionnaire auto-rapporté de 25 items évaluant divers comportements de protection de la part des parents. Cet instrument a été choisi pour vérifier la présence de surprotection parentale. Plus le score est élevé, plus le parent se montre surprotecteur envers son enfant. Ses propriétés psychométriques ont été examinées chez un échantillon de parents d'enfants âgés de 2 à 10 ans (Thomasgard et al., 1995). Les résultats indiquent de bonnes cohérence interne (0,73), fidélité test-retest ($r = 0,86$ après 3 à 5 semaines) et validité de critère (c'est-à-dire que la classification en deux groupes présentant une surprotection élevée ou non selon le questionnaire est en accord avec celle effectuée par des professionnels en santé mentale).

2.4.3.4. *Index de stress parental-Forme Brève (ISP/FB; Bigras, Lafrenière, & Abidin, 1996; traduction du Parenting Stress Index; Abidin, 1995)*

Ce questionnaire auto-rapporté de 36 items évalue les diverses sources de stress affectant la relation parent-enfant ainsi que le degré de stress vécu en ce qui concerne le rôle de parent. Les items de la version brève sont directement issus de la version longue (101 items) et ils sont regroupés en trois sous-échelles : 1) « Détresse parentale », 2) « Interaction parent-enfant dysfonctionnelle » et 3) « Difficultés chez l'enfant ». Un score de stress global est également mesuré de même qu'une échelle d'attitude défensive permettant de vérifier la validité des réponses du parent. L'ISP/FB présente un niveau élevé de cohérence interne (0,91 pour l'échelle de stress total), de même qu'une excellente fidélité test-retest (Abidin, 1995; Bigras et al., 1996). De plus, les scores aux échelles de la forme brève sont très fortement corrélés aux scores de la version longue.

2.4.3.5. *Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait (IASTA; Gauthier & Bouchard, 1993; traduction du State-Trait Anxiety Inventory; STAI; Spielberger, 1983)*

Ce questionnaire comporte deux échelles de 20 énoncés chacune. L'échelle d'anxiété situationnelle mesure le niveau d'anxiété de la personne au moment de la passation et l'échelle d'anxiété de trait évalue plutôt sa tendance habituelle à réagir de manière anxieuse aux situations. Une étude de validation de l'IASTA a été menée auprès de 1080 étudiants francophones ayant entre 19 et 55 ans (Gauthier & Bouchard, 1993). Les résultats indiquent une excellente cohérence interne (0,90) de l'IASTA de même que des propriétés psychométriques comparables à celles du STAI en termes de structure factorielle et de validité de construit.

2.4.3.6. Inventaire de dépression de Beck II (Traduction du Beck Depression Inventory; BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996).

Ce questionnaire auto-administré de 21 items évalue la présence et la gravité de symptômes dépressifs. La version anglaise du BDI-II possède d'excellentes cohérence interne (0,92) et stabilité temporelle (0,93 à une semaine). Cette version possède également une bonne validité discriminante, c'est-à-dire qu'elle permet de distinguer des participants dépressifs d'autres participants anxieux ou provenant d'un groupe contrôle (Beck et al., 1996). Les données psychométriques pour la version française disponibles pour la première version (Beck-I) montrent un bon coefficient de cohérence interne de 0,92 et une bonne stabilité temporelle à quatre mois (0,62) (Bourque & Beaudette, 1982).

2.4.4. Questionnaire rempli par l'enseignante ou l'éducatrice

Afin de documenter les potentiels effets du traitement sur les difficultés d'adaptation des enfants, le *Profil socio-affectif* (PSA; Dumas, LaFreniere, Capuano, & Durning, 1997) est rempli par l'enseignante ou l'éducatrice de l'enfant. Cet instrument permet d'obtenir de l'information provenant d'une source supplémentaire, qui observe l'enfant régulièrement dans des situations où ses difficultés et ses compétences se manifestent (Dumas et al., 1997). Au point de vue psychométrique, le PSA montre une bonne validité discriminante et convergente, une bonne cohérence interne (0,79 à 0,91 selon les sous-échelles), un niveau satisfaisant d'accord inter-juges (0,72 à 0,89 selon les sous-échelles) et une fidélité test-retest élevée (Dumas et al., 1997). Dans la présente étude, les scores à trois des quatre échelles globales (problèmes intériorisés, problèmes extériorisés, adaptation générale) et à deux des sous-échelles de base (anxieux-confiant, dépendant-autonome) sont utilisés.

Un questionnaire adressé à l'enseignante ou l'éducatrice a aussi été ajouté, le *Questionnaire sur les comportements de l'enfant*. Il est constitué des items provenant des sous-échelles « Problèmes d'anxiété » (6 items) du *Rapport de l'enseignant pour les jeunes de 6 à 18 ans* (traduction du *Teacher Report Form*; TRF, Achenbach & Rescorla, 2001) et « Anxiété de séparation » (6 items) du *Preschool Anxiety Scale-Teacher Version* (Spence & Rapee, 1999). Le but est d'obtenir un aperçu des symptômes anxieux de l'enfant, incluant les symptômes d'anxiété de séparation, ailleurs que dans son contexte familial. Le TRF est conçu pour obtenir un portrait du fonctionnement de l'enfant dans son milieu scolaire. L'enseignant doit coter la fréquence de certains comportements problématiques sur une échelle de 0 à 2. L'échelle « Problèmes d'anxiété » du TRF est basée sur les critères du DSM-IV, et présente de bonnes cohérence interne (0,73) et fidélité test-retest ($r = 0,73$ après 16 jours en moyenne) (Achenbach & Rescorla, 2001). Le second questionnaire s'adresse aux enfants de 2 ans et demi à 6 ans et correspond à la traduction de la version enseignant/éducateur du *Questionnaire sur l'anxiété à l'âge préscolaire* (QAP), le questionnaire utilisé auprès des parents pour mesurer les symptômes d'anxiété des enfants dans le cadre de cette étude. La seule étude disponible sur la version enseignant a été effectuée auprès de 115 enfants iraniens de 4-6 ans et indique de bonnes propriétés psychométriques (Ghanbari, Rabieenejad, Ganje, & Khoramzadeh, 2013).

Tableau 1

Résumé des instruments de mesure

Temps de mesure	Diagnostic	Symptômes de TAS	Symptômes de TAS et symptômes anxieux de l'enfant	Variables parentales (pratiques parentales et stress)	Symptômes anxieux et dépressifs du parent	Difficultés d'adapt. milieu scolaire ou de garde
Pré	ADIS-P (P)	Calepin d'auto-obs. (P)	QAP (P, E) TRF (E)	PPI (P) EPP (P) ISP/FB(P)	IASTA (P) BDI-II (P)	PSA (E)
Pendant	-	Calepin d'auto-obs. (P)	-	-	-	-
Post	ADIS-P (P)	Calepin d'auto-obs. (P)	QAP (P, E) TRF (E)	PPI (P) EPP (P) ISP (P)	IASTA (P) BDI-II (P)	PSA (E)
Relance	ADIS-P (P)	Calepin d'auto-obs. (P)	QAP (P, E) TRF (E)	PPI (P) EPP (P) ISP (P)	IASTA (P) BDI-II (P)	PSA (E)

(P) parent; (E) éducatrice ou enseignante

2.5. Traitement statistique

Afin d'examiner l'impact du PEP-AS sur la réduction des symptômes d'anxiété de séparation chez l'enfant et les changements dans les variables parentales, plusieurs stratégies d'analyse sont utilisées.

- 1) Dans un premier temps, les résultats sont analysés à l'aide de l'inspection visuelle des graphiques illustrant les données recueillies à l'aide des calepins d'auto-observations quotidiennes (comme le suggèrent Franklin, Allison, & Gorman, 1996). Cette méthode d'analyse est celle habituellement privilégiée dans les protocoles à cas unique (Kazdin, 2011). L'examen de ces graphiques s'avère utile pour vérifier la fluctuation des symptômes à travers les différentes phases du traitement. La fluctuation des manifestations principales d'anxiété de séparation de chaque participant en termes de fréquence,

d'intensité et d'interférence est examinée. Pour juger d'un impact de l'intervention, au moins un des deux types de changements suivants doivent être notés : soit un changement de moyenne ou de la pente, comparativement au niveau de base. Afin d'augmenter la fiabilité de l'analyse visuelle, d'une part, certains autres éléments sont pris en compte, tels que le pourcentage d'amélioration, la grandeur du changement de moyenne ou de pente et la variabilité des observations durant le niveau de base. D'autre part, la méthode conservatrice du double critère (*conservative dual-criterion method*-CDC; Fisher, Kelley, & Lomas, 2003; Swoboda, Kratochwill, & Levin, 2010) est utilisée pour analyser les représentations graphiques de la fréquence hebdomadaire de l'ensemble des manifestations d'anxiété de séparation de chaque participant. Cette méthode fournit des critères objectifs permettant de déterminer qu'un changement significatif de moyenne et de pente a eu lieu entre le niveau de base et la phase intervention.

- 2) Dans un deuxième temps, une évaluation de l'amélioration clinique est effectuée au post-traitement ainsi qu'à la relance 3 mois au moyen de l'ADIS-P. Cette évaluation permet de vérifier l'absence ou la présence des critères diagnostiques de TAS chez les enfants suite au traitement ainsi que la présence ou l'absence d'autres symptômes et/ou diagnostics. L'ADIS-P est administrée en entier par une évaluatrice indépendante lors du post-traitement tandis qu'à la relance, seules les sections correspondant aux diagnostics ou symptômes identifiés chez l'enfant au pré-test et/ou au post-test sont administrées à nouveau.
- 3) Dans un troisième temps, les résultats aux questionnaires sur les symptômes anxieux des enfants (remplis par les parents et l'éducatrice ou l'enseignante) et sur les variables parentales (auto-administrés) sont analysés pour chaque temps de mesure. L'amélioration

est évaluée de deux façons. Premièrement, l'amélioration clinique est vérifiée en se référant au seuil clinique fourni dans les normes de chaque instrument de mesure afin de déterminer si le score du participant reflète un niveau de fonctionnement correspondant à la population non clinique sur cette variable. Le seuil clinique n'étant pas fourni dans le manuel de l'*Index de stress parental-Forme Brève (ISP/FB)*, un score critère « B » est calculé (Jacobson & Truax, 1991) pour ce questionnaire. Un score se situant au-dessus du score critère B (correspondant à un éloignement de deux écarts-types de la moyenne de la population non clinique) est considéré comme faisant partie de la population clinique. Deuxièmement, afin de mesurer l'ampleur des changements observés chez les parents et les enfants durant le traitement, un indice de changement significatif (*reliable change index-RC*) est calculé pour chacun des questionnaires (d'après la méthode de Jacobson et Truax, 1991). Cet indice permet d'illustrer que la diminution des symptômes ne pourrait être survenue en l'absence de traitement et représente un critère permettant de déterminer que l'amélioration est fiable d'un point de vue statistique. Un indice de changement supérieur à 1,96 montre qu'il y a bel et bien eu un changement au point de vue statistique, et ce, au-delà de la fluctuation qui serait attribuable à l'erreur de mesure.

- 4) Enfin, dans le but de vérifier de manière exploratoire si l'intervention a eu des effets sur certaines dimensions du fonctionnement de l'enfant à l'école ou à la garderie (p. ex. problèmes intériorisés, problèmes extériorisés, autonomie), les mêmes indices sont utilisés pour analyser les résultats au questionnaire *Profil Socio-Affectif* à tous les temps de mesure.

Chapitre 3 : Résultats

L'impact du PEP-AS sur les symptômes d'anxiété de l'enfant a été évalué tout au long du traitement de même qu'en comparant les données du prétraitement avec celles du post-traitement et de la relance 3 mois. Cette évaluation de l'efficacité de l'intervention a été faite à partir des calepins d'auto-observations quotidiennes, des entrevues semi-structurées (ADIS-P) et des questionnaires. Les résultats sont présentés en tenant compte de l'amélioration de chaque participant individuellement.

3.1. Calepins d'auto-observations quotidiennes

Dans un premier temps, l'impact du programme d'intervention a été analysé au moyen de l'inspection visuelle des représentations graphiques des données recueillies par les journaux de bord d'anxiété de séparation (Franklin et al., 1996; Kazdin, 2011). Les variations de la fréquence des manifestations d'anxiété de séparation, de leur intensité et de leur interférence avec le fonctionnement de l'enfant sont les variables représentées à l'aide des graphiques. En raison de la variabilité des manifestations d'anxiété de séparation au quotidien et du grand nombre de données recueillies à l'aide des journaux de bord, les données quotidiennes ont été regroupées par semaine afin de faciliter l'interprétation des graphiques (Kazdin, 2011). Les graphiques montrent donc la fréquence totale des divers symptômes par semaine, leur intensité moyenne par semaine ainsi que leur interférence moyenne. Les pentes des diverses mesures sont également illustrées pour les phases de niveau de base et d'intervention afin de décrire la tendance linéaire du changement. Afin d'illustrer plus spécifiquement la fluctuation des symptômes d'anxiété de séparation propre à chaque participant au cours de l'intervention, une sélection de graphiques représentant l'évolution des principales manifestations d'anxiété de séparation observées chez chaque enfant au début de l'étude est d'abord inspectée visuellement. Le critère pour le choix des manifestations spécifiques analysées était qu'elles

aient une intensité moyenne supérieure à 4 lors du niveau de base et/ou une fréquence moyenne supérieure à 3 par semaine. Afin de rendre compte d'un impact de l'intervention, certains critères doivent être examinés lors de l'analyse visuelle. En effet, il doit y avoir présence d'un changement entre les phases sur le plan de la moyenne, du niveau, de la pente ou tendance des données et/ou de la variabilité (Kazdin, 2011).

Puis, un graphique montrant l'évolution de la fréquence hebdomadaire totale de l'ensemble des manifestations d'anxiété de séparation à travers les différentes phases de l'étude (c.-à-d. niveau de base, traitement, post-traitement et relance) est inspecté visuellement pour chaque participant. La méthode conservatrice du double critère (*conservative dual-criterion method*-CDC; Fisher et al., 2003; Swoboda et al., 2010) est utilisée afin de compléter l'analyse visuelle en fournissant des critères objectifs pour déterminer s'il y a bel et bien eu un changement réel de moyenne et de pente entre les phases de traitement et de niveau de base. Cette façon de faire permet de répondre à la recommandation de certains auteurs (Cohen, Feinstein, Masuda, & Vowles, 2013; Kazdin, 2011) d'utiliser l'inspection visuelle en combinaison avec une autre méthode. Or, un nombre important de techniques statistiques est employé pour les protocoles à cas unique sans consensus clair dans la littérature concernant quelle technique choisir dans quel cas. De plus, les études montrent que pour une même série de données, les différentes techniques statistiques peuvent donner des résultats bien différents et, par le fait même, mener à des conclusions différentes (Cohen et al., 2013; Kazdin, 2011). La méthode CDC est une des méthodes proposées permettant de rehausser la fiabilité de l'inspection visuelle. Cette méthode consiste à calculer des lignes critères à partir de la moyenne et de la tendance de la phase de niveau de base en ajoutant 0,25 écart-type dans la direction de l'effet prédit du traitement (c.-à-d., dans ce cas-ci, la réduction des symptômes

anxieux). Ces lignes critères sont ensuite superposées à la phase de traitement sur le graphique. À partir des probabilités du test binomial, Fisher et ses collègues ont fourni un tableau permettant de déterminer combien de données (*data point*) se retrouvant sous chacune des deux lignes critères sont nécessaires pour conclure qu'un changement significatif est survenu d'une phase à l'autre (voir l'annexe I).

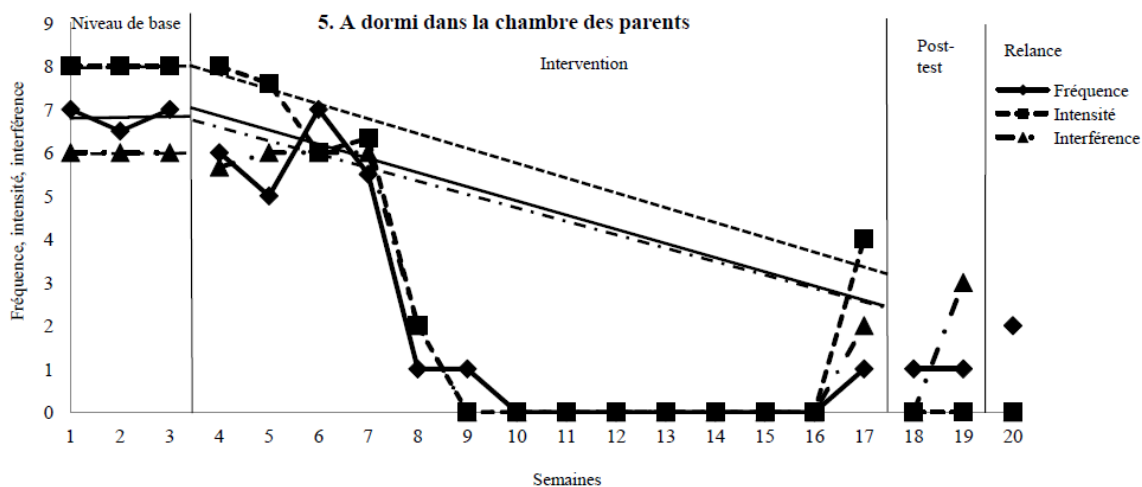
3.1.1. Benito

Pour Benito, trois symptômes d'anxiété de séparation ont été sélectionnés, soit les plus intenses (les deux premiers étant aussi les plus fréquents) : « A dormi dans la chambre des parents », « A refusé de dormir sans qu'un parent ne soit présent », « A refusé d'aller à l'école et d'être séparé du parent ». (Voir la Figure 1 à l'annexe K pour les représentations graphiques de tous les autres symptômes répondant au critère d'une fréquence moyenne par semaine de 3 ou plus avant le traitement et/ou d'une intensité moyenne de 4 ou plus.) Le Tableau 2 à l'annexe J présente les moyennes et les écarts-types pour chacune des manifestations d'anxiété de séparation aux divers temps de mesure. L'inspection visuelle des graphiques laisse entrevoir une diminution de la fréquence, de l'intensité et de l'interférence des différents symptômes entre le niveau de base et l'intervention (à l'exception de l'intensité et de l'interférence du refus d'aller à l'école, qui restent relativement stables) et entre l'intervention et le post-test (à l'exception de la fréquence du refus de dormir sans la proximité du parent, qui demeure aussi relativement stable du niveau de base au post-test). Benito a donc continué à insister pour qu'un parent reste près de lui au moment du coucher, mais le niveau d'anxiété et d'interférence associé à ce comportement a grandement diminué suite à l'introduction de l'intervention. Les trois principaux symptômes ont d'ailleurs complètement disparu à la relance 3 mois. La seule exception est le comportement de dormir avec les parents, qui est

survenu à deux reprises au cours de la période de relance d'une semaine. La mère n'a rapporté ni détresse ni interférence associée à ce comportement, puisque les parents avaient décidé d'autoriser leurs enfants à dormir avec eux la fin de semaine. Benito avait d'ailleurs cessé de dormir avec les parents dès la mi-traitement, mais une réapparition du comportement est survenue à trois reprises : une fois lors de la dernière semaine de traitement et deux fois au cours des deux semaines de post-traitement.

Le Tableau 3 à l'annexe J indique le pourcentage d'amélioration entre le niveau de base et chacune des phases pour les mesures de fréquence, d'intensité et d'interférence des trois principales manifestations d'anxiété de séparation de Benito. Toutes les mesures ont connu une amélioration de 100% entre le niveau de base et la relance 3 mois, à l'exception de la fréquence du comportement « A dormi dans la chambre des parents » qui s'est améliorée de 70,7%. Entre le niveau de base et le post-traitement, l'amélioration se situe entre 66,7% et 100% pour toutes les mesures, sauf la fréquence du comportement « A refusé de dormir sans qu'un parent ne soit présent » qui s'est légèrement améliorée (de 4,8%).

La Figure 2 montre les principales manifestations d'anxiété de séparation présentées par Benito:



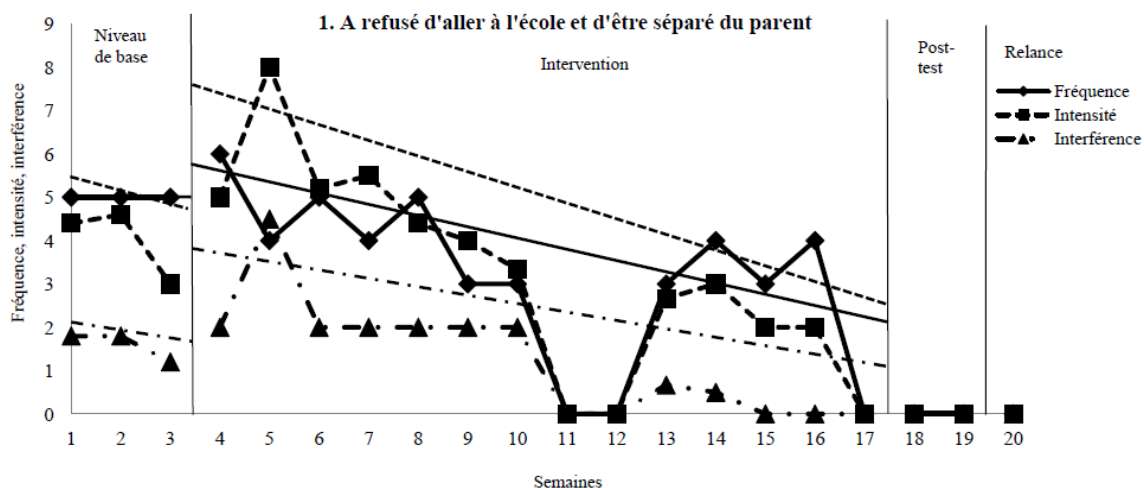
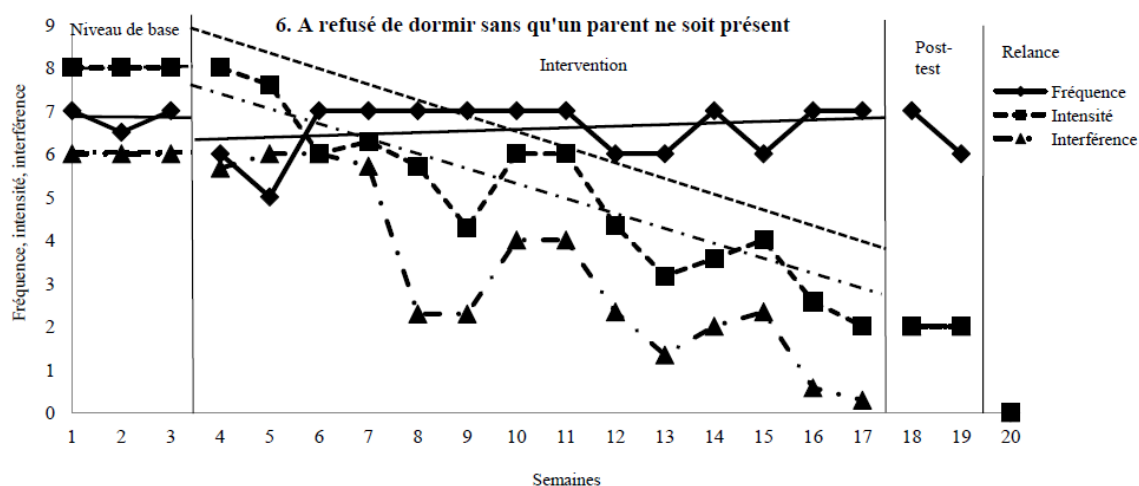


Figure 2. Principales manifestations d'anxiété de séparation présentées par Benito

L'analyse visuelle des graphiques permet également d'observer certains changements de pente. Plus spécifiquement, on dénote un changement de pente de la fréquence de deux symptômes (« A refusé d'aller à l'école et d'être séparé du parent » et « A dormi dans la chambre des parents ») du niveau de base à l'intervention : la tendance était stable lors du niveau de base et est devenue descendante lors de l'intervention, ce qui suggère un impact favorable du traitement. La même observation est à souligner pour les mesures d'intensité et d'interférence des comportements de dormir avec les parents et de refus de dormir sans la

proximité du parent. Or, il n'est pas possible de conclure à un effet de l'intervention sur la base du critère de changement de pente lorsqu'on examine les pentes des mesures d'intensité et d'interférence du comportement de refus d'aller à l'école, puisque celles-ci sont déjà descendantes lors du niveau de base et continuent de l'être lors du traitement. La fréquence du comportement de refus de dormir sans la proximité du parent est quant à elle passée de stable à légèrement à la hausse lors du traitement. Cela suggère que l'intervention a permis de réduire l'intensité de l'anxiété associée au comportement de refus de dormir sans la présence des parents, de même que son interférence, mais n'a pas eu l'impact escompté sur la fréquence de ce comportement. Le Tableau 4 à l'annexe J présente les pentes de chacune des variables pour chacune des manifestations d'anxiété de séparation lors du niveau de base et de l'intervention.

En résumé, il apparaît raisonnable de conclure à un impact favorable du programme sur les symptômes d'anxiété de Benito. L'analyse individuelle montre que la quasi-totalité des mesures liées aux trois manifestations principales d'anxiété de séparation de Benito remplissent le critère de changement de moyenne. Par ailleurs, toutes les manifestations ont disparu à la relance 3 mois (amélioration de 100%), sauf la fréquence du comportement de dormir avec les parents, bien qu'aucune anxiété n'ait été liée au comportement. Enfin, la majorité des mesures respectent le critère de changement de pente.

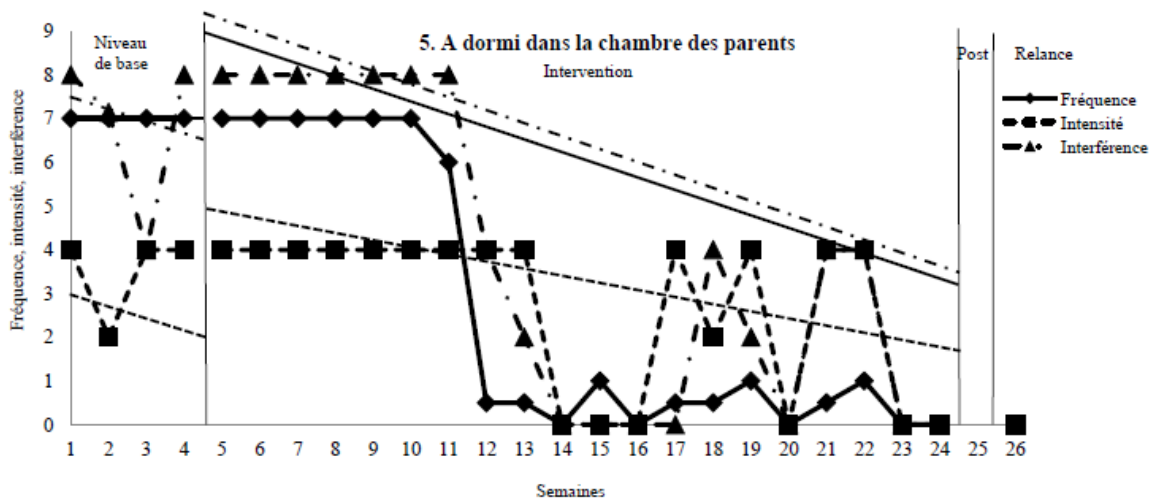
3.1.2. Fanny

Pour Fanny, trois manifestations liées à l'anxiété de séparation ont été sélectionnées, soit les deux plus fréquentes (« A dormi dans la chambre des parents » et « A refusé de dormir sans qu'un parent ne soit présent ») et la plus intense (« A refusé de jouer sans la proximité du parent »). Le Tableau 5 à l'annexe J présente les moyennes et les écarts-types pour chacune

des manifestations d'anxiété de séparation aux divers temps de mesure. L'inspection visuelle des graphiques montre que les moyennes des différentes mesures, tant en termes de fréquence que d'intensité et d'interférence, diminuent entre le niveau de base et l'intervention pour les trois manifestations d'anxiété de séparation sélectionnées. Les deux seules exceptions sont l'intensité du comportement de dormir avec le parent, qui demeure relativement stable, et l'interférence du refus de jouer sans la proximité du parent, qui augmente. Cependant, étant donné que la mère n'a pas rempli le journal de bord de la semaine suivant la fin du traitement, il n'est pas possible de se prononcer sur le changement de moyenne survenu entre la phase d'intervention et le post-test, ni entre le post-test et la relance. Or, entre l'intervention et la relance, on observe une diminution de moyenne de la fréquence, de l'intensité et de l'interférence du comportement de dormir avec le parent. À partir de la mi-traitement environ, Fanny ne dormait pas plus de deux demi-nuits par semaine avec sa mère (c.-à-d. qu'elle allait la rejoindre dans son lit au cours de la nuit), alors qu'au niveau de base et au début de l'intervention, elle le faisait toutes les nuits. Pour ce qui est du refus de dormir sans le parent, ce comportement a connu davantage de fluctuations. Entre l'intervention et la relance, l'interférence a légèrement diminué, tandis que la fréquence et l'intensité ont augmenté. En ce qui concerne la fréquence, elle est même revenue à celle du niveau de base. Une amélioration est survenue entre la 10^e et la 17^e semaine d'intervention, mais elle ne s'est pas maintenue à travers le temps. Enfin, pour ce qui est du comportement de refuser de jouer sans la proximité du parent, une augmentation de l'intensité a aussi été observée entre l'intervention et la relance, alors que la fréquence et l'interférence ont diminué. Ce comportement avait disparu aux deux tiers de l'intervention (soit après la séance 7).

Le Tableau 6 à l'annexe J indique le pourcentage d'amélioration entre le niveau de base et chacune des phases pour les mesures de fréquence, d'intensité et d'interférence des trois principales manifestations d'anxiété de séparation de Fanny. Il n'a pas été possible de calculer l'amélioration entre le niveau de base et le post-traitement en raison du journal de bord manquant. Entre le niveau de base et la relance 3 mois, la fréquence, l'intensité et l'interférence du comportement de dormir dans la chambre des parents ont diminué de 100%. Pour le comportement de refus de dormir sans un parent, l'interférence a diminué de 40,4%, tandis que l'intensité a augmenté de 37,4%; la fréquence est toutefois restée la même. Enfin, pour le comportement de refus de jouer loin du parent, la fréquence a diminué de 81%, tandis que l'intensité et l'interférence ont augmenté respectivement de 29,6% et de 44,9%.

La Figure 3 montre les principales manifestations d'anxiété de séparation présentées par Fanny:



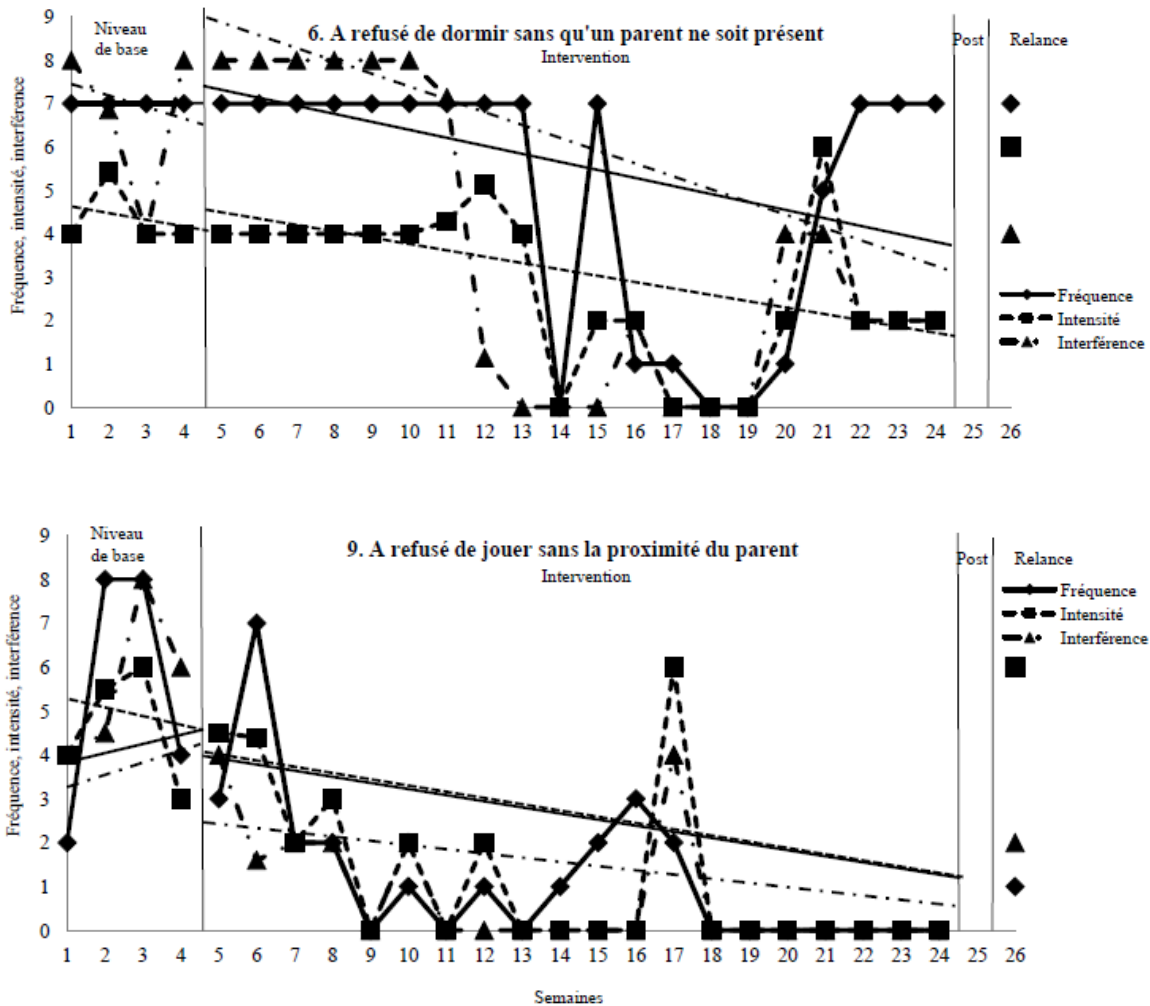


Figure 3. Principales manifestations d’anxiété de séparation présentées par Fanny

L’examen visuel des pentes indique que l’introduction de l’intervention a eu un impact sur les principaux symptômes d’anxiété de séparation de Fanny, surtout en ce qui a trait à leur fréquence. Plus précisément, la fréquence des comportements de dormir avec le parent et de refuser de dormir sans la proximité de celui-ci étaient stables lors du niveau de base, mais diminuent lors du traitement, tandis que la pente de la fréquence du comportement de refuser de jouer sans la proximité du parent, qui était ascendante lors du niveau de base, est devenue descendante une fois l’intervention introduite. Un changement de pente a aussi été observé

pour l'intensité du comportement de dormir avec le parent et l'interférence du comportement de refus de jouer sans la proximité du parent, la tendance à la hausse avant l'intervention devenant à la baisse suite à l'introduction de celle-ci. Toutefois, étant donné que les mesures d'intensité des comportements liés au refus de dormir et au refus de jouer sans la proximité du parent et d'interférence des comportements de dormir avec le parent et de refus de dormir sans la proximité du parent étaient déjà en diminution lors du niveau de base, il n'est pas possible de conclure à un effet de l'intervention sur ces mesures sur la base du critère de changement de pente. Le Tableau 7 à l'annexe J présente les pentes de chacune des variables pour chacune des manifestations d'anxiété de séparation lors du niveau de base et de l'intervention.

En conclusion, pour Fanny, certains éléments appuient l'hypothèse d'un impact favorable de l'intervention sur ses symptômes d'anxiété de séparation. L'analyse individuelle des symptômes principaux répond au critère de changement de moyenne pour les mesures de fréquence, d'intensité et d'interférence du comportement de dormir avec le parent et au critère de changement de pente pour la fréquence des trois symptômes. L'impact est plus mitigé pour les comportements liés au refus de dormir et au refus de jouer sans la proximité du parent, car les critères de moyenne et de pente sont respectés pour une partie des mesures seulement et une réapparition de ces symptômes est survenue lors de la relance.

3.1.3. Léa

Trois manifestations d'anxiété de séparation (les plus intenses) ont été sélectionnées dans le cas de Léa : « A refusé de participer à des activités sans la proximité du parent », « A pleuré/montré de la détresse en anticipation d'un départ du parent » et « A refusé d'être seule ou sans les parents ». Le Tableau 8 à l'annexe J présente les moyennes et les écarts-types pour chacune des manifestations d'anxiété de séparation aux divers temps de mesure. L'inspection

visuelle des graphiques montre que les moyennes des différentes mesures diminuent d'une phase à l'autre pour les trois manifestations d'anxiété de séparation sélectionnées, à l'exception de l'intensité moyenne du comportement de montrer de la détresse en anticipation du départ du parent, qui augmente du niveau de base à l'intervention et de l'intervention au post-test. Ce comportement n'est toutefois plus présent lors de la relance. Les deux autres symptômes sont par ailleurs absents au post-test et à la relance. Le comportement de refus d'être seule ou sans les parents s'est éteint après 11 semaines de traitement, tout en ayant été peu fréquent depuis le niveau de base. Pour ce qui est d'anticiper le départ du parent et de refuser de faire des activités sans les parents, il est à noter qu'une variabilité importante des mesures associées à ces symptômes est présente tout au long de l'intervention, ce qui rend difficile l'interprétation des changements. Cette variabilité est liée à la fluctuation des situations de séparations, c'est-à-dire que les occasions de faire une activité sans les parents n'avaient pas lieu chaque semaine.

Le Tableau 9 à l'annexe J indique le pourcentage d'amélioration entre le niveau de base et chacune des phases pour les mesures de fréquence, d'intensité et d'interférence des trois principales manifestations d'anxiété de séparation de Léa. Les pourcentages d'amélioration entre le niveau de base et le traitement varient entre 4,6% et 41%, à l'exception de la fréquence du comportement de montrer de la détresse en anticipation du départ du parent, qui s'est détériorée de 26%. Celle-ci s'est détériorée de 100% entre le niveau de base et le post-test, tandis que l'intensité et l'interférence de ce comportement se sont détériorées de 50% et que l'ensemble des mesures des deux autres comportements ont connu une amélioration de 100%. Tous les symptômes se sont améliorés de 100% entre le niveau de base et la relance.

La Figure 4 montre les principales manifestations d'anxiété de séparation de Léa:

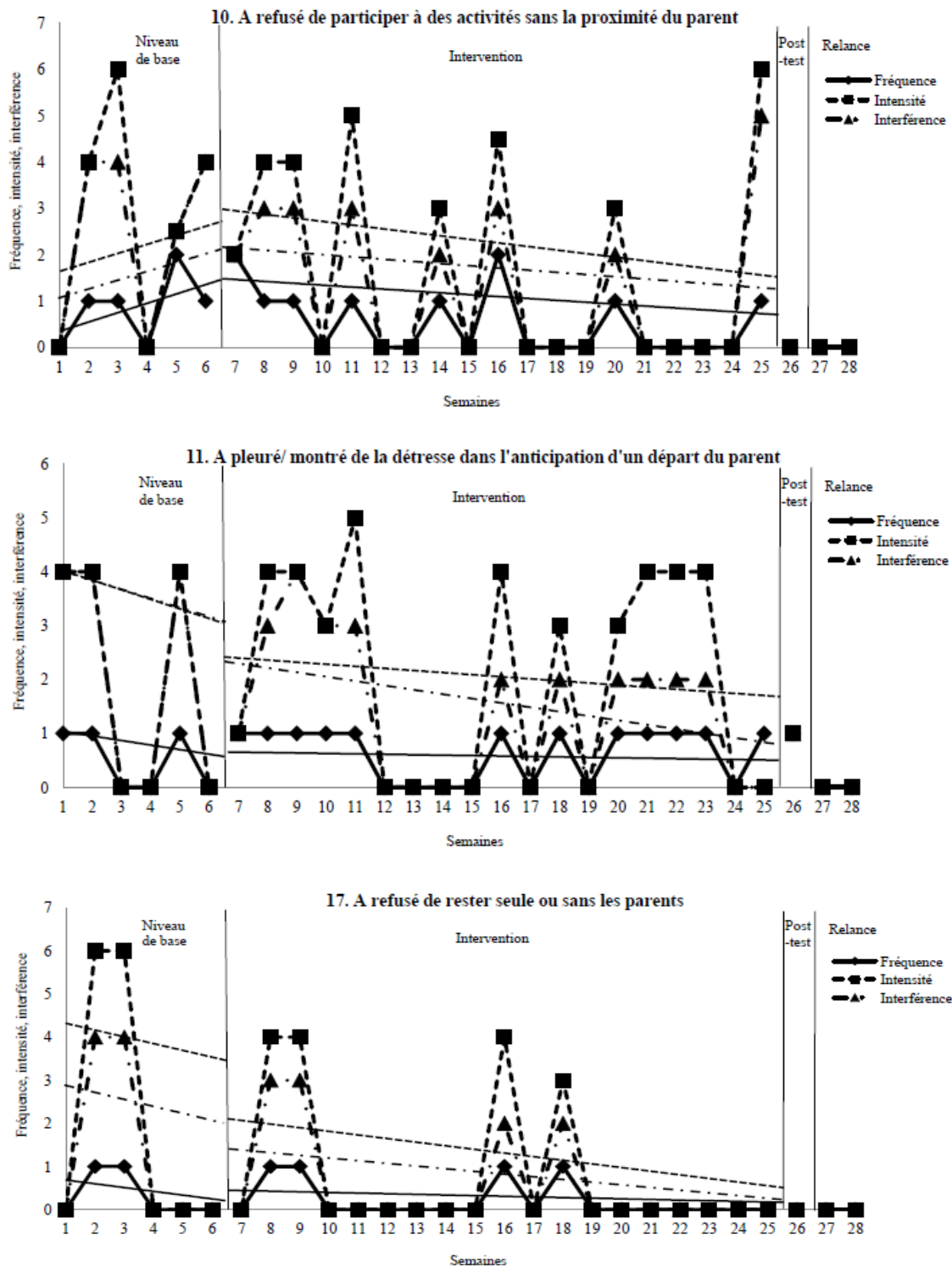


Figure 4. Principales manifestations d'anxiété de séparation présentées par Léa

L'inspection visuelle des graphiques indique un changement de pente en faveur d'un impact positif de l'intervention chez Léa seulement pour le comportement de refus de participer à des activités sans la présence du parent, et ce, tant en termes de fréquence que d'intensité et d'interférence. Les pentes à la hausse lors du niveau de base deviennent à la baisse lors du traitement. Toutefois, pour les comportements de montrer de la détresse en anticipation du départ du parent et de refus d'être seule, il n'est pas possible de conclure à un impact de l'intervention sur la base du critère de changement de pente, puisque l'ensemble des mesures étaient déjà en diminution lors du niveau de base. Le Tableau 10 à l'annexe J présente les pentes de chacune des variables pour chacune des manifestations d'anxiété de séparation lors du niveau de base et de l'intervention.

En somme, l'inspection visuelle des manifestations individuelles de Léa appuie l'impact de l'intervention pour le comportement de refus de participer à des activités sans les parents, puisque celui-ci répond aux critères de changement de moyenne et de pente pour l'ensemble des mesures de fréquence, d'intensité et d'interférence. Cependant, il demeure que la variabilité importante de ce symptôme tout au long des phases de l'étude amène un bémol quant à cette conclusion. L'impact est plus mitigé pour les manifestations de détresse en anticipation du départ du parent et de refus d'être seule ou sans les parents, puisque le critère de changement de pente n'est respecté pour aucune mesure et que la fréquence moyenne de l'anticipation du départ augmente du niveau de base au post-test. Cependant, l'absence des trois symptômes à la relance semble en faveur d'un impact de l'intervention.

3.1.4. Samuel

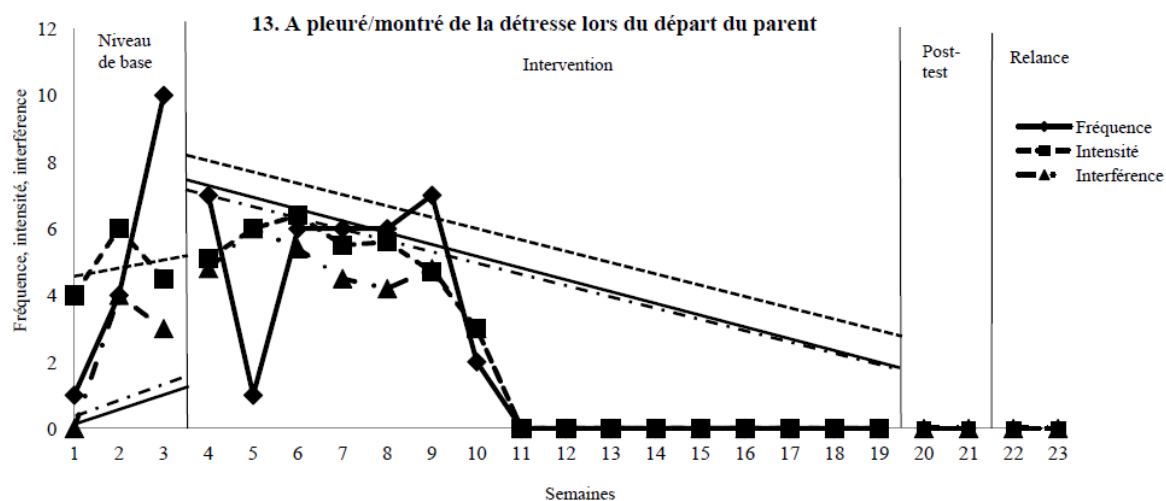
Pour Samuel, quatre manifestations liées à l'anxiété de séparation ont été sélectionnées, soit les deux plus fréquentes (« A pleuré/montré de la détresse lors du départ du

parent », « A vérifié les allées et venues du parent/a demandé le parent de manière incessante ») et les deux plus intenses (« A refusé d'être seul ou sans les parents », « S'est montré inquiet qu'un malheur lui arrive »). (Voir la Figure 5 à l'annexe K pour les représentations graphiques de tous les autres symptômes répondant au critère d'une fréquence moyenne par semaine de 3 ou plus avant le traitement et/ou d'une intensité moyenne de 4 ou plus.) Le Tableau 11 à l'annexe J présente les moyennes et les écarts-types de chacune des variables pour chacune des manifestations d'anxiété de séparation aux divers temps de mesure. L'inspection visuelle des graphiques permet d'observer une diminution des moyennes des fréquences de toutes les manifestations sélectionnées du niveau de base à l'intervention. Or, les mesures d'intensité et d'interférence augmentent pour tous les symptômes, sauf pour celui du refus d'être seul ou sans les parents, dont les mesures diminuent. Il est à noter qu'une variabilité importante des mesures est présente (surtout dans le cas du refus d'être seul) et que celle-ci augmente généralement entre les phases de niveau de base et d'intervention, ce qui peut réduire l'impact du changement de moyenne observé. On dénote par ailleurs une disparition complète de trois des quatre manifestations (« A pleuré/montré de la détresse lors du départ du parent », « A vérifié les allées et venues du parent/a demandé le parent de manière incessante », « S'est montré inquiet qu'un malheur lui arrive ») au cours du traitement (dès la 11^e ou 13^e semaine). Cependant, dans le premier cas (« A pleuré/montré de la détresse lors du départ du parent »), on observe que l'absence de symptômes s'est maintenue à travers le temps, tandis que pour les deux autres, le symptôme est réapparu lors de la phase de relance, soit trois mois après la fin du traitement. Notons que cette disparition est également relevée pour quatre des symptômes illustrés en annexe, dont la moyenne diminue également du niveau

de base à l'intervention. Pour ces symptômes, l'absence de manifestation s'est maintenue dans deux cas et, pour les deux autres, il y a eu réapparition lors de la relance.

Le Tableau 12 à l'annexe J indique le pourcentage d'amélioration entre le niveau de base et chacune des phases pour les mesures de fréquence, d'intensité et d'interférence des quatre principales manifestations d'anxiété de séparation de Samuel. Les pourcentages d'amélioration varient entre 16,7% et 100%. Les manifestations s'étant le plus améliorées au post-traitement sont celles de montrer de la détresse lors du départ du parent et de demander le parent de manière incessante (100%). Le premier gain s'est maintenu à la relance, tandis que la deuxième manifestation est réapparue à la relance avec une amélioration de la fréquence de 73,5% par rapport au niveau de base, mais une détérioration de l'intensité de 25,6% et de l'interférence de 150%. De plus, l'intensité et l'interférence de trois manifestations (« A pleuré/montré de la détresse lors du départ du parent », « A vérifié les allées et venues du parent/a demandé le parent de manière incessante », « S'est montré inquiet qu'un malheur lui arrive ») se sont détériorées entre le niveau de base et l'intervention (pourcentage variant entre 7,5% et 100%).

La Figure 6 montre les principaux symptômes d'anxiété de séparation manifestés par Samuel:



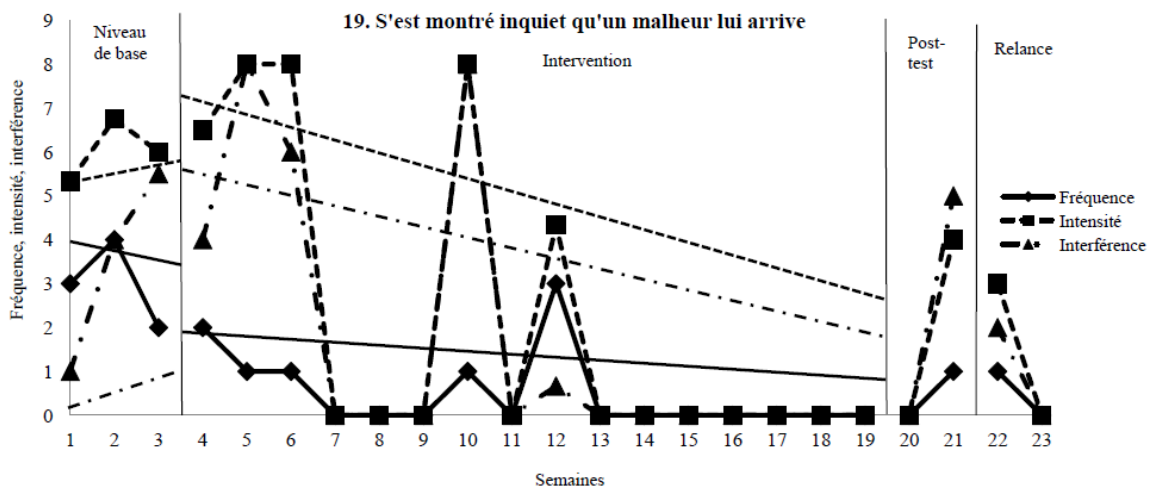
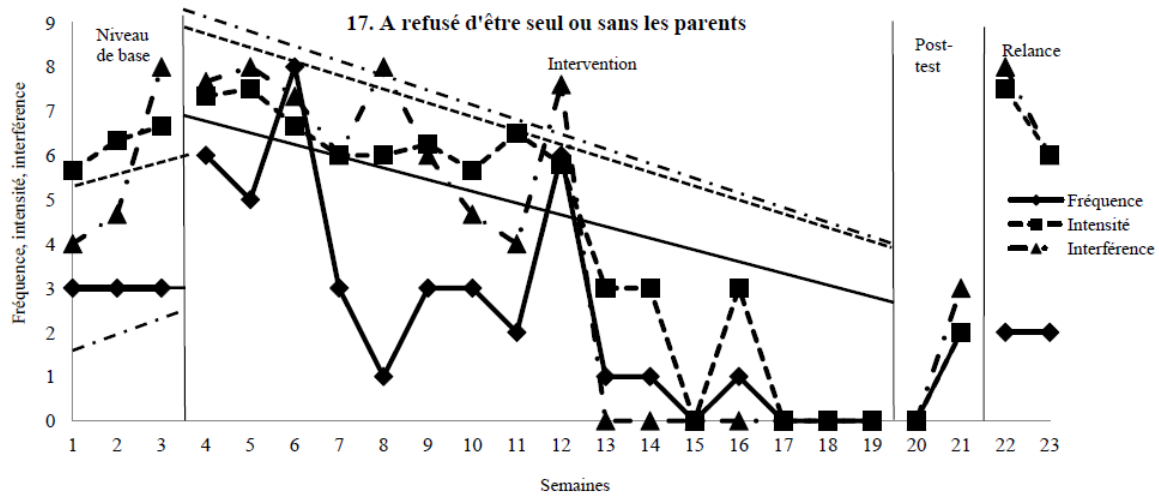
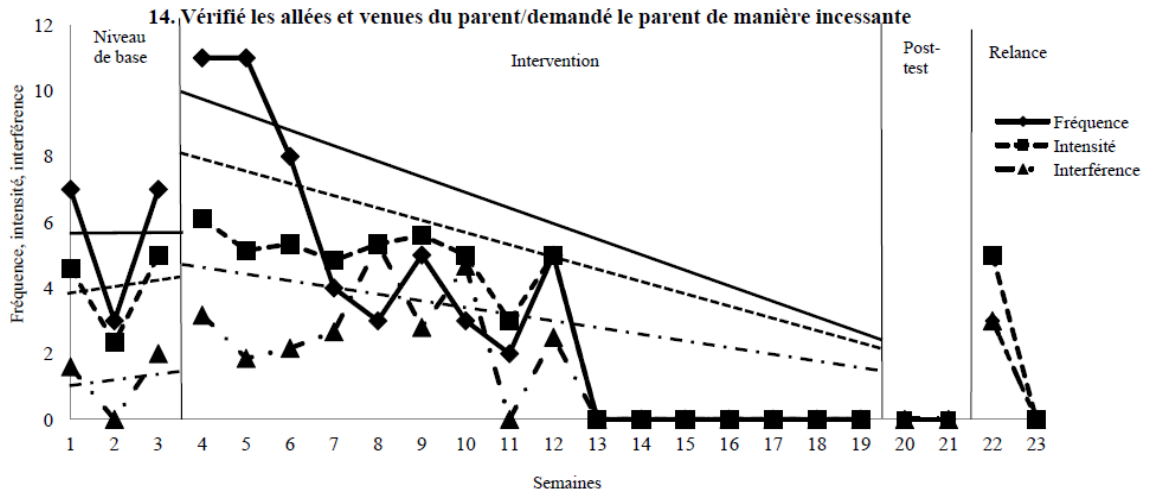


Figure 6. Principales manifestations d'anxiété de séparation présentées par Samuel

L'analyse visuelle des graphiques montre un changement dans la pente de la fréquence, de l'intensité et de l'interférence des trois premières manifestations, si l'on compare le niveau de base avec l'intervention. En effet, on dénote une tendance ascendante des trois mesures lors du niveau de base (sauf pour les fréquences des comportements de demander le parent de façon incessante et de refuser d'être seul, qui sont stables), tandis que la pente devient descendante lors du traitement. La même observation est à souligner pour les mesures d'intensité et de fréquence du comportement de se montrer inquiet qu'un malheur lui arrive. Or, la fréquence est déjà en diminution lors du niveau de base et continue de diminuer lors de l'intervention. Le Tableau 13 à l'annexe J présente les pentes de chacune des variables pour chacune des manifestations d'anxiété de séparation lors du niveau de base et de l'intervention.

En résumé, plusieurs éléments permettent d'appuyer l'impact de l'intervention pour Samuel. D'abord, presque toutes les mesures associées aux symptômes se sont mises à diminuer suite à l'introduction de l'intervention et non pas avant (à l'exception de la fréquence du comportement de s'inquiéter qu'un malheur lui arrive). Le critère de changement de pente est d'ailleurs satisfait pour l'ensemble des mesures des quatre manifestations d'anxiété de séparation principales de Samuel (excluant aussi la fréquence du comportement de s'inquiéter qu'un malheur lui arrive). Cela est plus mitigé pour le critère de changement de moyenne du niveau de base à l'intervention, qui est respecté pour toutes les mesures du comportement de refus d'être seul, mais seulement pour les fréquences des autres manifestations. Par ailleurs, trois symptômes sur quatre ont disparu au cours du traitement. Le bémol qui demeure en ce qui a trait à l'efficacité du programme pour Samuel est lié au maintien des améliorations. En effet, la majorité des manifestations principales étaient réapparues lors de la phase de relance.

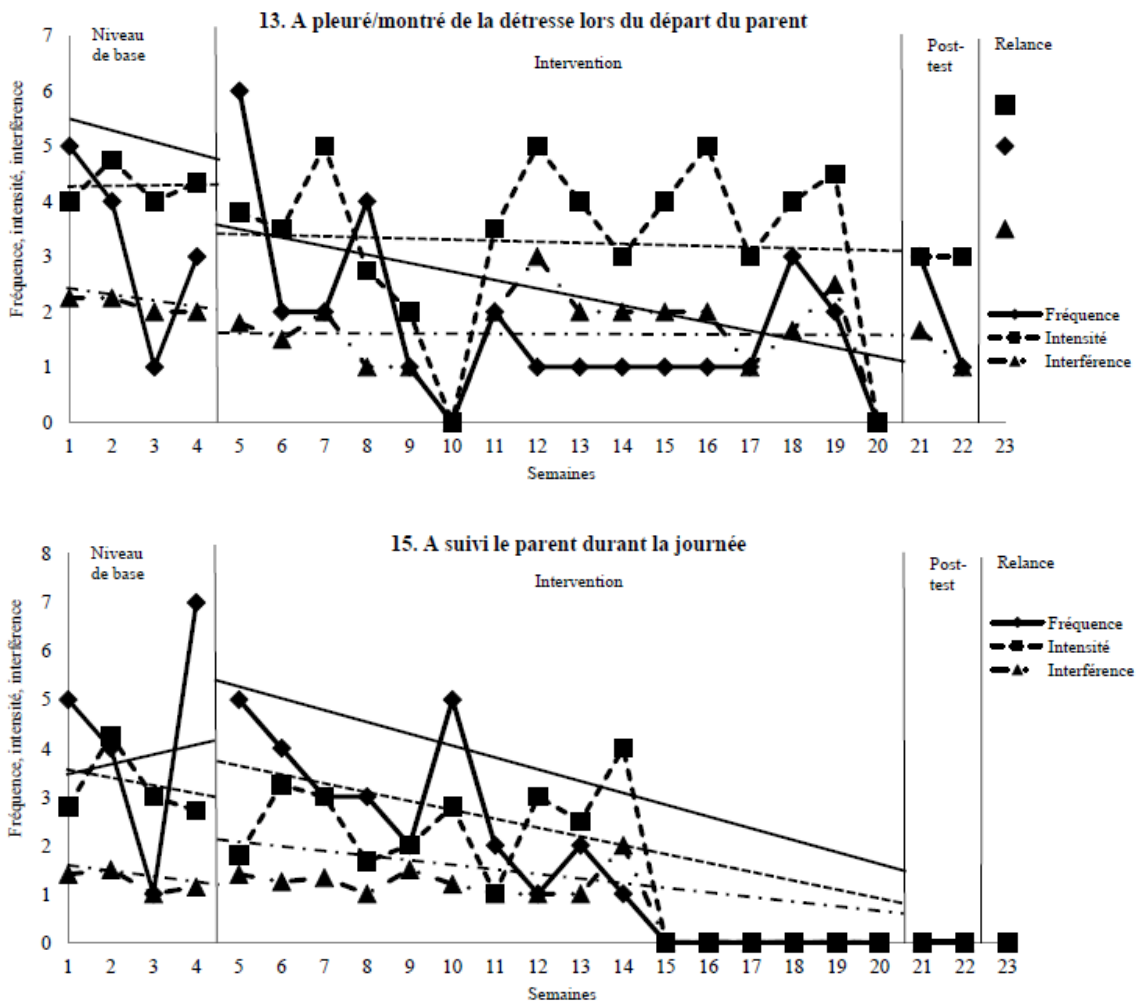
3.1.5. Édouard

Pour Édouard, trois symptômes d'anxiété de séparation ont été sélectionnés, soit le plus fréquent (« A suivi le parent durant la journée ») et les deux plus intenses (« A refusé d'être seul ou sans les parents » et « A pleuré/montré de la détresse lors du départ du parent »). (Voir la Figure 7 à l'annexe K pour la représentation graphique de l'autre symptôme répondant au critère d'une fréquence moyenne par semaine de 3 ou plus avant le traitement et/ou d'une intensité moyenne de 4 ou plus.) Le Tableau 14 à l'annexe J présente les moyennes et les écarts-types pour chacune des manifestations d'anxiété de séparation aux divers temps de mesure. L'inspection visuelle montre que les moyennes de fréquence, d'intensité et d'interférence des trois manifestations sélectionnées diminuent entre le niveau de base et l'intervention (à l'exception de l'interférence du comportement de suivre le parent, qui demeure stable). La diminution de l'ensemble des moyennes se poursuit entre la phase d'intervention et le post-traitement, sauf pour la manifestation de détresse lors du départ du parent, dont la fréquence augmente. Il y a même absence totale de manifestations de suivre le parent et de refuser d'être seul ou sans le parent lors du post-traitement. Notons que ces deux manifestations ont disparu en cours de traitement, la première aux trois quarts du traitement et la deuxième aux environs de la mi-traitement. Un seul de ces deux gains s'est maintenu à la relance, soit pour le comportement de suivre le parent. Le refus d'être seul est réapparu lors de la relance et on note également une augmentation des moyennes de la manifestation de détresse lors du départ du parent entre le post-test et la relance.

Le Tableau 15 à l'annexe J indique le pourcentage d'amélioration entre le niveau de base et chacune des phases pour les mesures de fréquence, d'intensité et d'interférence des trois principales manifestations d'anxiété de séparation d'Édouard. Les pourcentages

d'amélioration varient entre 11,2% et 100%. Le comportement s'étant le plus amélioré est celui de suivre le parent, qui a connu une amélioration de 100% entre le niveau de base et le post-test de même qu'entre le niveau de base et la relance. Par contre, la manifestation de détresse lors du départ du parent a connu une détérioration (tant de la fréquence que de l'intensité et de l'interférence) entre le niveau de base et la relance de l'ordre de 34,7% à 64,3%.

La Figure 8 montre les principales manifestations d'anxiété de séparation présentées par Édouard:



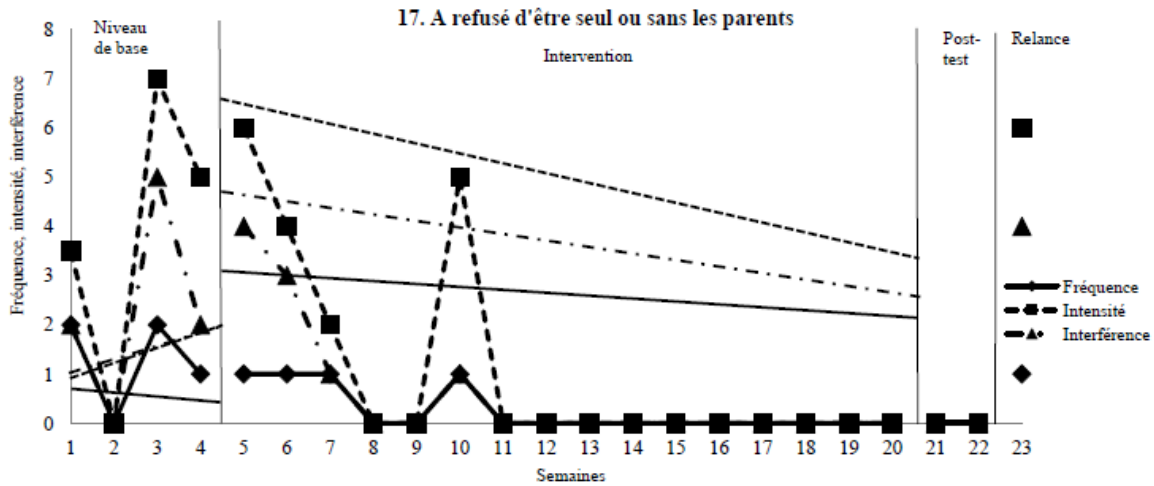


Figure 8. Principales manifestations d'anxiété de séparation présentées par Édouard

L'examen visuel des pentes indique un changement de pente en faveur de l'impact de l'intervention pour l'intensité de deux manifestations, soit « A pleuré/montré de la détresse lors du départ du parent » et « A refusé d'être seul ou sans les parents », pour l'interférence de cette dernière et pour la fréquence du comportement de suivre le parent. Autrement dit, ces variables présentaient toutes une tendance à la hausse lors du niveau de base qui est devenue à la baisse suite à l'introduction de l'intervention. Par contre, comme le reste des mesures (soit la fréquence et l'interférence de la détresse lors du départ, l'intensité et l'interférence du comportement de suivre et la fréquence du refus d'être seul) présentaient déjà une pente descendante lors du niveau de base, il n'est pas possible de conclure à un effet de l'intervention sur ces mesures sur la base du critère de changement de pente. Le Tableau 16 à l'annexe J présente les pentes de chacune des variables pour chacune des manifestations d'anxiété de séparation lors du niveau de base et de l'intervention.

Pour conclure, l'impact de l'intervention semble mitigé dans le cas d'Édouard. D'une part, le critère de changement de moyenne est respecté pour la majorité des mesures du niveau de base à l'intervention et la diminution se poursuit entre l'intervention et le post-test. Or, les

gains ne sont pas maintenus à la relance pour deux symptômes sur trois (« A pleuré/montré de la détresse lors du départ du parent », « A refusé d'être seul ou sans les parents »), pour lesquels on observe une recrudescence. D'autre part, le critère de changement de pente est respecté pour seulement la moitié des mesures.

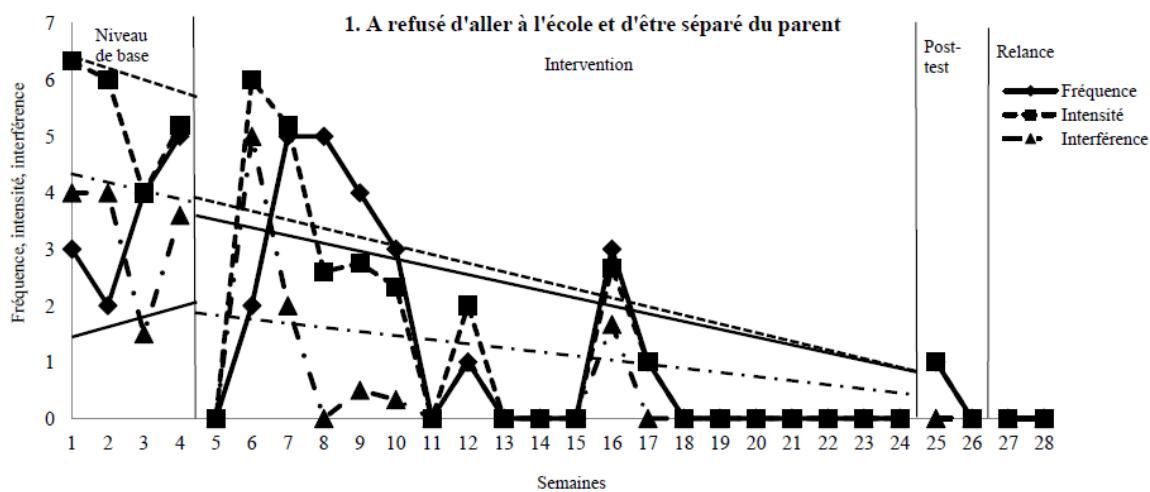
3.1.6. Marc-Antoine

Quatre symptômes d'anxiété de séparation ont été sélectionnés pour Marc-Antoine, soit les deux qui sont à la fois les plus fréquents et les plus intenses (« A refusé d'aller à l'école et d'être séparé du parent » et « A pleuré/montré de la détresse lors du départ du parent ») ainsi que le troisième plus fréquent (« A pleuré/montré de la détresse en anticipation d'un départ du parent ») et le troisième plus intense (« A vérifié les allées et venues du parent/a demandé le parent de manière incessante »). (Voir la Figure 9 à l'annexe K pour les représentations graphiques de tous les autres symptômes répondant au critère d'une fréquence moyenne par semaine de 3 ou plus avant le traitement et/ou d'une intensité moyenne de 4 ou plus.) Le Tableau 17 à l'annexe J présente les moyennes et les écarts-types de chacune des variables pour chacune des manifestations d'anxiété de séparation aux divers temps de mesure. L'inspection visuelle des graphiques permet de constater une diminution des moyennes des différentes mesures (fréquence, intensité et interférence) de l'ensemble des manifestations d'anxiété de séparation entre le niveau de base et l'intervention. De plus, celles-ci continuent à diminuer de la phase d'intervention au post-test, à l'exception de la fréquence des manifestations de détresse lors du départ du parent et de l'anticipation du départ, qui augmentent. Cette augmentation est toutefois temporaire, car une disparition complète des symptômes est notée lors de la phase de relance. La disparition des comportements de refus scolaire et de questions répétitives concernant les allées et venues du

parent est d'ailleurs survenue environ aux deux tiers du traitement. Notons que les deux symptômes illustrés à l'annexe K, qui constituent tous deux des symptômes somatiques associés à l'anxiété de séparation, disparaissent assez tôt après l'introduction de l'intervention, soit environ au tiers de celle-ci. Ce gain s'est maintenu après le traitement ainsi que trois mois plus tard.

Le Tableau 18 à l'annexe J indique le pourcentage d'amélioration entre le niveau de base et chacune des phases pour les mesures de fréquence, d'intensité et d'interférence des quatre manifestations d'anxiété de séparation principales de Marc-Antoine. Entre le niveau de base et le traitement et entre le niveau de base et le post-traitement, les pourcentages de changement varient entre 6,7% et 100%. Le comportement qui s'est le plus amélioré entre le niveau de base et le post-traitement est celui de vérifier les allées et venues du parent (100%). À l'inverse, la fréquence de la manifestation de détresse en anticipation du départ du parent a augmenté de 16,7% entre le niveau de base et le post-traitement. Toutes les mesures ont connu une amélioration de 100% entre le niveau de base et la relance 3 mois.

La figure 10 montre les principales manifestations d'anxiété de séparation présentées par Marc-Antoine :



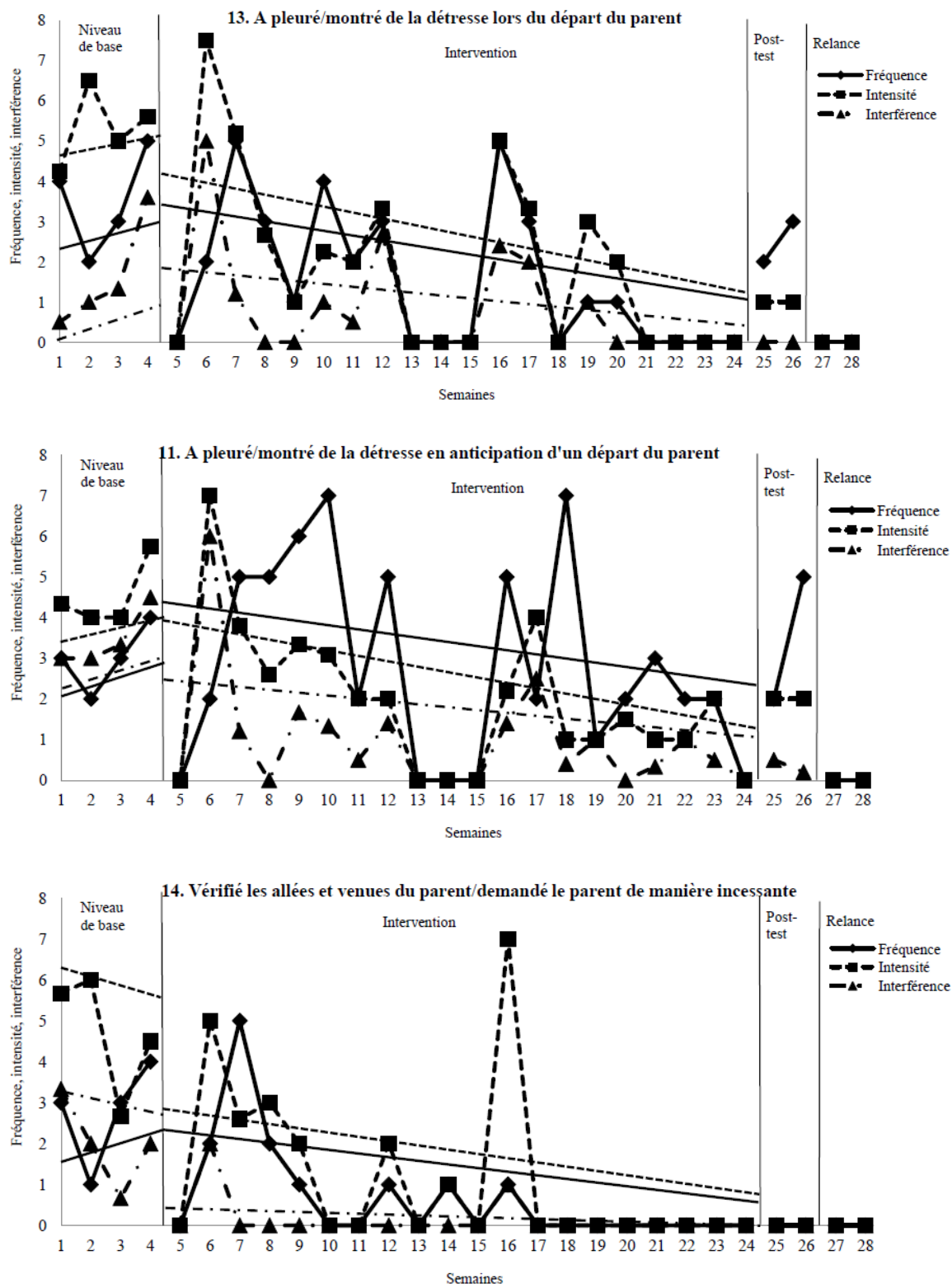


Figure 10. Principales manifestations d'anxiété de séparation présentées par Marc-Antoine

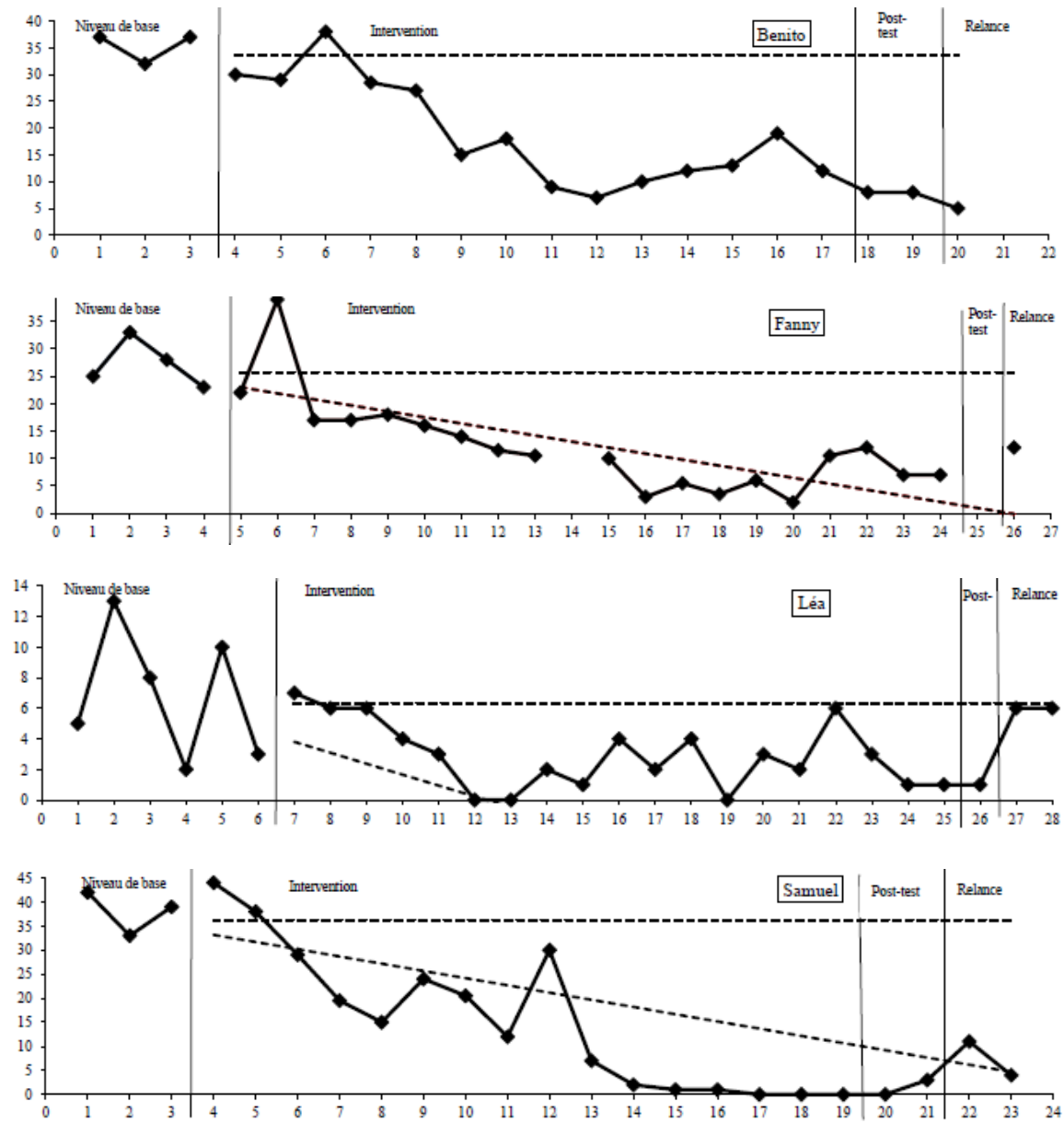
L'examen visuel des pentes montre un changement de pente pour la fréquence, l'intensité et l'interférence des deux manifestations d'anxiété associées au départ du parent (« A pleuré/montré de la détresse lors du départ du parent » et « A pleuré/montré de la détresse en anticipation d'un départ du parent »). En effet, la tendance à la hausse des trois mesures lors du niveau de base devient à la baisse une fois l'intervention introduite, ce qui laisse supposer un impact de l'intervention sur ces symptômes. La même observation est à souligner pour les mesures de fréquence des deux autres manifestations (« A refusé d'aller à l'école et d'être séparé du parent » et « A vérifié les allées et venues du parent/a demandé le parent de manière incessante »). Or, les mesures d'intensité et d'interférence de ces deux manifestations sont déjà en diminution lors du niveau de base et cette diminution se poursuit lors de l'intervention. Le Tableau 19 à l'annexe J présente les pentes de chacune des variables pour chacune des manifestations d'anxiété de séparation lors du niveau de base et de l'intervention.

En conclusion, les critères utilisés lors de l'inspection visuelle appuient l'impact de l'intervention sur les manifestations d'anxiété de séparation de Marc-Antoine. D'une part, le critère de changement de moyenne d'une phase à l'autre est satisfait pour la quasi-totalité des mesures des quatre manifestations principales d'anxiété de séparation. D'autre part, le critère de changement de pente est atteint pour la majorité des mesures. Ajoutons également que les améliorations se sont poursuivies suite à la fin du traitement, puisque trois mois plus tard, Marc-Antoine ne présentait plus aucun symptôme d'anxiété de séparation. Ainsi, le PEP-AS semble avoir été particulièrement efficace pour ce participant.

3.1.7. Méthode conservatrice du double critère

La méthode CDC décrite précédemment a été appliquée au graphique illustrant la fréquence hebdomadaire de l'ensemble des symptômes d'anxiété de séparation manifestés par

chaque participant à travers les différentes phases de l'étude (voir la Figure 11 ci-dessous). Des lignes critères ont été calculées à partir de la moyenne et de la pente des fréquences lors du niveau de base, puis juxtaposées aux phases subséquentes. Il est à noter que pour Benito, les deux lignes critères représentant la moyenne et la pente des fréquences hebdomadaires de symptômes lors du niveau de base se fondent en une seule puisque la pente est nulle.



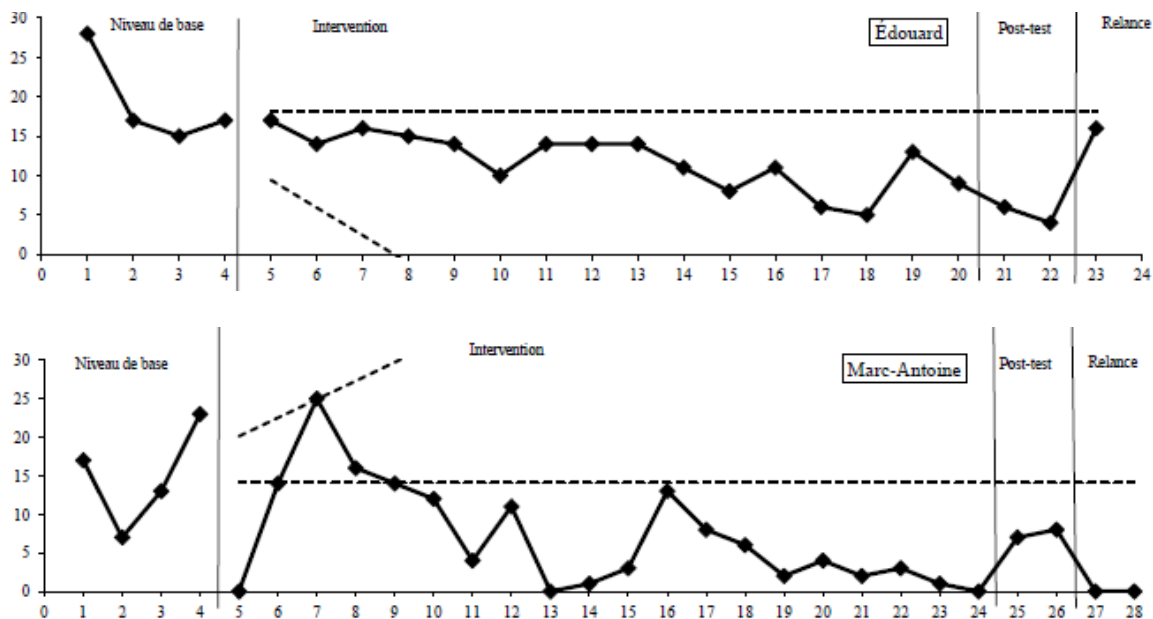


Figure 11. Fréquence totale des manifestations d’anxiété de séparation de chaque participant

D’après le tableau de Fisher et al. (2003) (voir l’annexe I), pour pouvoir conclure à un changement systématique entre le niveau de base et l’intervention, il faut, pour Benito, qu’au moins 11 données de la phase d’intervention sur 14 se situent sous les deux lignes critères. Ainsi, comme 13 données se trouvent sous les deux lignes critères, il est possible de conclure à un changement systématique de la fréquence totale de symptômes entre le niveau de base et l’intervention pour Benito. La même conclusion est possible pour Fanny, puisqu’on dénombre 14 données sur 20 sous les deux lignes, ce qui correspond exactement au seuil nécessaire d’après le tableau. Pour Léa, le seuil requis est de 13 données sur 19. Bien que presque la totalité des données de la phase intervention se situent sous la ligne critère calculée à partir de la fréquence hebdomadaire moyenne de manifestations d’anxiété de séparation présentée par Léa lors du niveau de base, aucune donnée ne se situe sous la ligne critère représentant la tendance des fréquences du niveau de base. Nous n’avons donc pas assez de preuves pour conclure à un changement systématique de la fréquence totale des symptômes de Léa entre le

niveau de base et l'intervention. Pour Samuel, il est possible de conclure qu'un changement systématique a eu lieu entre le niveau de base et l'intervention, puisque 13 données se trouvent sous les deux lignes critères et que le seuil requis est de 12 sur 20. Du côté d'Édouard, un nombre de 12 données sur 16 sous les deux lignes critères était nécessaire. Bien que l'ensemble des données de la phase d'intervention se situent sous la ligne critère de moyenne, aucune donnée ne se trouve sous la ligne critère de pente. Il n'y a donc pas suffisamment de preuves pour conclure à un changement systématique de la fréquence totale des symptômes d'Édouard entre le niveau de base et l'intervention. Finalement, un changement systématique est survenu chez Marc-Antoine, puisque 16 données sur 20 se trouvent en deçà des deux lignes critères et que le seuil nécessaire est de 14 sur 20 selon le tableau. Il est à noter qu'une tendance à la baisse est déjà présente au niveau de base chez quatre participants. Or, l'intervention avait tout de même été débutée, soit parce que le niveau de base des manifestations individuelles de TAS avait été globalement jugé comme suffisamment stable ou à la hausse ou soit parce qu'il n'était plus possible de prolonger davantage le niveau de base pour des raisons éthiques. Cette tendance déjà en baisse n'a pas permis de détecter de changement systématique à la phase d'intervention pour Léa et Édouard. Cependant, les critères de changement systématique sont remplis pour Fanny et Samuel, malgré la tendance décroissante du niveau de base.

En résumé, la méthode CDC permet de conclure à un changement systématique de la fréquence hebdomadaire de l'ensemble des symptômes entre le niveau de base et l'intervention chez quatre participants sur six. Selon les critères de Kratochwill et al. (2010), puisqu'au moins trois répliquations parmi les divers participants de ce devis à cas unique à

niveaux de base multiples répondent aux critères montrant un changement systématique suite au traitement, on peut conclure à un effet global de l'intervention (*overall systematic change*).

3.2. Résultats à l'entrevue d'évaluation diagnostique (ADIS-P)

L'entrevue semi-structurée, l'ADIS-P, a été administrée en entier au prétraitement ainsi qu'au post-traitement. Lors de la relance 3 mois, seulement les sections de l'ADIS-P correspondant aux diagnostics ou symptômes identifiés chez l'enfant au pré-test et/ou au post-test ont été administrées à nouveau. Au pré-test, bien que leurs symptômes spécifiques d'anxiété de séparation variaient, tous les enfants présentaient un TAS dont la gravité se situait entre 6 et 8 selon l'ADIS-P. Tous sauf un avaient au moins un autre diagnostic concomitant, le plus fréquent étant un autre trouble anxieux. Le tableau 20 à la fin de cette section présente les résultats à l'ADIS-P aux divers temps de mesure pour chaque participant. Les résultats montrent que suite au traitement, aucun enfant ne répondait au diagnostic de TAS sauf une (Léa). En effet, Léa répondait toujours aux critères diagnostiques du TAS après l'intervention, mais le niveau de gravité de celui-ci avait diminué de 6 à 4, du prétraitement au post-traitement. Les gains se sont maintenus à la relance 3 mois, cinq participants sur six ne présentant toujours pas de diagnostic de TAS et Léa ayant toujours un TAS d'un niveau de gravité équivalent à 4. Benito et Marc-Antoine ne présentaient plus aucun symptôme d'anxiété de séparation trois mois après la fin du traitement selon l'ADIS-P, Samuel en présentant un seul, mais d'intensité faible.

Le programme d'intervention a également eu des effets positifs sur d'autres diagnostics et manifestations à l'ADIS-P. Fanny refusait d'aller à la garderie au prétraitement et au post-traitement, mais ne manifestait pas de refus scolaire à la relance. Léa présentait des symptômes d'anxiété sociale au prétraitement ainsi qu'au post-traitement qui n'étaient plus

rapportés lors de la relance 3 mois. Au prétraitement, Samuel répondait au diagnostic de TDAH, de phobie spécifique des orages et de trouble d'anxiété généralisée (TAG). De plus, il présentait des verbalisations de refus scolaire, des symptômes d'anxiété sociale et certaines compulsions (rituels d'au revoir et de bonne nuit). Aucun symptôme de phobie ni d'inquiétudes liées au TAG et aucune compulsion ni verbalisations de refus scolaire n'étaient rapportés aux deux temps de mesure subséquents. Les symptômes d'anxiété sociale, toujours présents au post-test, avaient disparu au moment de la relance 3 mois. Le diagnostic de TDAH est resté au même niveau. Édouard présentait un diagnostic de trouble d'opposition au pré-test (interférence : 6). Au post-test, l'interférence de ses symptômes avait diminué à un niveau sous-clinique (3), pour revenir à un niveau clinique lors de la relance, mais inférieur à celui de départ (4). De plus, il présentait des manifestations de refus d'aller à la garderie lors de l'évaluation initiale et suite à l'intervention, mais ne refusait pas d'aller à l'école à la relance. Marc-Antoine répondait au diagnostic de trouble d'anxiété généralisée (TAG) au prétraitement, tandis qu'au post-traitement et à la relance la gravité de ses symptômes avait diminué et il ne remplissait plus les critères diagnostiques du TAG. De plus, des compulsions de répétition (p. ex. serrer ses souliers, vérifier le contenu de son sac, etc.) rapportées au premier temps de mesure n'étaient plus notées lors de l'entrevue faisant suite au traitement.

Tableau 20

Résultats à l'entrevue diagnostique (ADIS-P)

Participants	Pré-traitement		Post-traitement		Relance 3 mois	
	Gravité du TAS	Autres diagnostics	Gravité du TAS	Autres diagnostics	Gravité du TAS	Autres diagnostics
Benito	8	-	-	-	-	-
Fanny	6	PS(6)	3	PS(4)	3	PS(4)
Léa	6	PS(4)	4	PS(4)	4	PS (6)
Samuel	8	TDAH (8), PS(4), TAG(4)	-	TDAH (8)	-	TDAH (8)
Édouard	7	TOP(6)	1	TOP(3)	3	TOP(4)
Marc-Antoine	6	PS(4), TAG (5)	3	PS(4)	-	-

Note : Les scores à l'ADIS-P réfèrent au niveau d'interférence avec le fonctionnement selon une échelle de 0 à 8. Une cote de 4 est nécessaire pour pouvoir conclure à un diagnostic. L'absence de diagnostic est marquée par un tiret (-). PS= phobie spécifique; TDAH= Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité; TAG= trouble d'anxiété généralisée; TOP = Trouble d'opposition

3.3. Questionnaires

L'impact du programme PEP-AS a aussi été évalué d'après les scores obtenus aux divers questionnaires remplis par les parents et l'enseignante (ou l'éducatrice). Un changement significatif réfère d'une part à un score correspondant à un niveau de fonctionnement non clinique au post-traitement et à la relance 3 mois (déterminé par un seuil clinique) et d'autre part à un changement dont la taille est assez grande pour qu'il soit peu probable qu'il soit dû à l'erreur de mesure (déterminé par un indice *RC-reliable change*) (Thomas & Truax, 2008). Les résultats aux questionnaires ont d'abord été analysés afin de déterminer si les participants se retrouvaient ou non dans une étendue de gravité cliniquement significative. Pour ce faire, le seuil clinique indiqué dans les normes de chaque instrument a été utilisé pour l'ensemble des questionnaires sauf un. Pour l'*Index de stress parental-Forme brève* (ISP/FB), comme le manuel ne fournissait pas de seuil clinique pour les sous-échelles, un score critère « B » a été calculé (Jacobson & Truax, 1991) qui correspond à un éloignement de deux écarts-types de la moyenne de la population non clinique, ce qui implique qu'un score qui franchit ce seuil est considéré comme ne faisant pas partie de la population non clinique. Dans le cas des pratiques parentales (discipline punitive et inconstante, félicitations et récompenses, surprotection), le seuil clinique fourni pour chaque instrument correspond à un éloignement marqué par rapport à la moyenne de l'échantillon normatif. Ainsi, les termes « clinique » ou « sous-clinique » sont utilisés en référence à ces seuils critère. Ainsi, un score « clinique » fait référence à un usage nettement plus fréquent de discipline punitive inconstante ou de surprotection comparativement à la moyenne ou un usage nettement moins fréquent de félicitations et récompenses. En plus de vérifier si le résultat de chaque participant a changé significativement du pré-test au post-test et à la relance, l'ampleur de ce changement a été calculée à l'aide de

l'indice de changement significatif de Jacobson et Truax (1991) (*reliable change index-RC*). Cet indice est un critère fiable permettant de déterminer que le changement observé dans les divers paramètres mesurés par les questionnaires n'aurait pu survenir en l'absence de traitement. Voici la formule permettant de le calculer : $RC = (x_2 - x_1) / S_{diff}$, où x_1 représente le score du participant au pré-test, x_2 représente le score du participant au post-test ou à la relance et S_{diff} correspond à l'erreur standard de la différence entre deux scores. L'erreur standard de la différence entre deux scores se calcule ainsi : $S_{diff} = \sqrt{2(S_E)^2}$ tandis que l'erreur standard de mesure (S_E) se calcule de cette façon : $S_E = s\sqrt{1 - r_{xx}}$, où s représente l'écart-type et r_{xx} , le coefficient test-retest de l'instrument de mesure. Un indice RC supérieur à 1,96 montre qu'il y a bel et bien eu un changement au point de vue statistique, au-delà des fluctuations qui pourraient être attribuables à l'instrument de mesure (erreur de mesure). L'indice RC n'a pu être calculé pour le *Questionnaire sur l'anxiété à l'âge préscolaire* (QAP) version parent et enseignant, car un des éléments nécessaires au calcul, soit le coefficient test-retest, n'était pas disponible dans les études sur les propriétés psychométriques de ces instruments. L'amélioration selon ces mesures a donc été quantifiée en écarts-types (d'après l'échantillon normatif). Les coefficients test-retest des deux échelles du *Parenting Practices Interview* (PPI) n'étant pas non plus disponibles dans les études sur les normes de cet instrument, ces coefficients ont été calculés à partir des données du groupe contrôle d'une étude portant sur des parents d'enfants ayant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) (Normandeau, Letarte, Robaey, & Allard, 2009).

3.3.1. Symptômes anxieux des enfants d'après les parents

Le Tableau 21 à l'annexe M présente les scores pour le questionnaire QAP version parent à tous les temps de mesure. Sur le plan des symptômes de TAS et du total de symptômes anxieux, trois enfants (Benito, Samuel et Marc-Antoine) ont connu une amélioration cliniquement significative jusqu'à un score se situant sous le seuil clinique au post-test et à la relance. Pour ces trois enfants, les améliorations des symptômes de TAS notées du pré-test au post-test et à la relance représentent des améliorations de 1,8 à 5,6 écarts-types, tandis que celles du total de symptômes anxieux sont de 1 à 3,3 écarts-types (voir le Tableau 21 à l'annexe M). Pour l'un de ces trois enfants (Benito), le père a toutefois une perception inverse de sa conjointe, c'est-à-dire que le score total obtenu au QAP et celui à la sous-échelle « Anxiété de séparation » est inférieur au seuil clinique au pré-test et supérieur à celui-ci à la relance. Mentionnons qu'il n'a pas rempli les questionnaires au post-test. Une enfant (Fanny) a connu une amélioration du total de symptômes anxieux jusqu'à un niveau sous-clinique à la relance seulement (correspondant à 1,2 écarts-types), tandis que ses symptômes d'anxiété de séparation sont demeurés cliniques à tous les temps de mesure (tout en présentant une amélioration d'un écart-type à la relance). Les symptômes d'anxiété de séparation des deux autres enfants (Édouard et Léa) sont aussi demeurés cliniques au post-test et à la relance, tandis que le total de symptômes anxieux est demeuré clinique à tous les temps de mesure pour Édouard (selon ses deux parents) et sous-clinique à tous les temps de mesure pour Léa (selon ses deux parents, sauf au post-test, où la mère obtient un score clinique). Ainsi, les résultats à ce questionnaire corroborent les résultats obtenus au moyen des calepins d'auto-observations. Les résultats aux autres sous-échelles du QAP mesurant les autres types

de symptômes anxieux (anxiété généralisée, anxiété sociale, peur des blessures physiques et trouble obsessionnel-compulsif) se trouvent dans le Tableau 21 à l'annexe M.

3.3.2. Symptômes anxieux des enfants d'après l'éducatrice ou l'enseignante

Le Tableau 22 à l'annexe M présente les scores obtenus aux échelles « Problèmes d'anxiété » du TRF et « Anxiété de séparation » du QAP version enseignant et au PSA. Selon les réponses de l'éducatrice ou enseignante aux échelles sur les symptômes anxieux généraux (sous-échelle « Problèmes d'anxiété » du TRF) et les symptômes d'anxiété de séparation (sous-échelle « Anxiété de séparation » du QAP version enseignant), seul Marc-Antoine a présenté une amélioration clinique aux deux échelles : ses scores étant passés d'un niveau au-dessus du seuil clinique au pré-test à un niveau inférieur au seuil clinique au post-test et à la relance. L'amélioration des symptômes anxieux généraux de Marc-Antoine est également fiable statistiquement selon l'indice RC. Pour tous les autres enfants, les scores étaient sous le seuil clinique et même très faibles à tous les temps de mesure.

3.3.3. Pratiques parentales

Le Tableau 23 à l'annexe M présente les scores obtenus aux sous-échelles « Discipline punitive et inconstante » et « Félicitations et récompenses » du *Parenting Practices Interview* (PPI) et au questionnaire *Échelle de protection parentale* (EPP). Une amélioration cliniquement et statistiquement significative est notable du pré-test au post-test et à la relance pour la mère de Fanny par rapport à l'usage de discipline punitive et inconstante. Le père d'Édouard montre quant à lui une amélioration clinique au post-traitement seulement, tandis que la mère d'Édouard montre une amélioration statistiquement significative au post-traitement et à la relance selon l'indice RC (alors que ses scores demeurent au-dessus du seuil

clinique). Le score de tous les autres parents est demeuré d'ampleur clinique à tous les temps de mesure à l'échelle « Discipline punitive et inconstante », sauf le père de Léa dont le score était sous le seuil clinique à tous les temps de mesure. En ce qui a trait à l'usage de félicitations et de récompenses, les mères de Fanny et de Benito ont montré une amélioration clinique du pré-test au post-test et à la relance, et le père de Marc-Antoine entre le pré-test et le post-test. L'amélioration est significative statistiquement pour ces trois parents du pré-test au post-test, et l'est à la relance pour la mère de Benito seulement. Quant à elles, les mères de Léa, Marc-Antoine et Samuel présentaient des scores sous-cliniques à tous les temps de mesure pour l'échelle « Félicitations et récompenses », tandis que le père de Samuel présentait des scores sous-cliniques au pré-test et au post-test, mais clinique à la relance. Le score de tous les autres parents est demeuré d'ampleur clinique à tous les temps de mesure (père de Léa, père de Benito et parents d'Édouard). Du côté de la surprotection, les résultats montrent que tous les parents se situaient dans l'intervalle de la population non clinique à tous les temps de mesure quant à cette pratique parentale. Or, quatre mères ont tout de même présenté une réduction statistiquement significative de leur surprotection suite au traitement selon l'indice RC, soit les mères de Fanny, d'Édouard, de Benito et de Marc-Antoine. Pour ces deux dernières mères, l'amélioration était également fiable statistiquement entre le pré-test et la relance.

3.3.4. Stress parental

Le Tableau 23 à l'annexe M présente les scores obtenus à l'*Index de stress parental-Forme brève* (ISP/FB) : score global et sous-échelles « Détresse parentale », « Interaction parent-enfant dysfonctionnelle » et « Difficultés chez l'enfant ». La mère de Benito a présenté une amélioration clinique de son niveau de stress global au post-traitement et à la relance.

Deux parents ont présenté une amélioration clinique à l'échelle « Détresse parentale », soit les mères de Fanny et de Benito au post-traitement et à la relance. Les améliorations présentées par la mère de Benito à cette échelle sont significatives sur le plan statistique selon l'indice RC. Seule la mère d'Édouard a présenté une amélioration clinique à l'échelle « Interaction parent-enfant dysfonctionnelle » et seul le père de Samuel a montré une amélioration clinique à l'échelle « Difficultés de l'enfant » du pré-test au post-test et à la relance. Le père de Samuel a toutefois présenté une amélioration statistiquement significative du pré-test au post-test et à la relance de son niveau global de stress et aux échelles « Difficultés chez l'enfant » et « Interaction parent-enfant dysfonctionnelle ». Une détérioration clinique a toutefois été observée pour le niveau de stress global du père de Benito et de la mère de Samuel à la relance, du score à l'échelle « Interaction parent-enfant dysfonctionnelle » à la relance pour le père de Benito et du score à l'échelle « Difficultés de l'enfant » à la relance pour la mère de Samuel.

3.3.5. Autres mesures complétées par l'éducatrice ou l'enseignante

Le *Profil socio-affectif* (PSA) a aussi été administré à l'éducatrice ou l'enseignante afin de vérifier de manière exploratoire si le programme a eu des impacts sur certains aspects du fonctionnement de l'enfant à l'école ou à la garderie. Les échelles retenues sont les suivantes : « Adaptation générale », « Problèmes intériorisés », « Problèmes extériorisés », « Anxieux-Confiant » et « Dépendant-Autonome » (voir le Tableau 22 à l'annexe M). Les résultats montrent des scores inférieurs au seuil clinique à toutes les échelles sélectionnées du PSA pour tous les enfants à quelques exceptions près. Seul Marc-Antoine a connu une amélioration clinique aux échelles « Problèmes intériorisés », « Anxieux-Confiant » et « Dépendant-Autonome » du pré-test au post-test et à la relance. Les améliorations sont statistiquement

fiables selon l'indice RC pour les échelles « Problèmes intériorisés » et « Dépendant-Autonomie ». De son côté, Samuel a connu une détérioration clinique à la relance à l'échelle « Anxieux-Confiant » qui est également significative sur le plan statistique. Il a aussi connu une détérioration statistiquement significative aux échelles « Adaptation générale » et « Problèmes intériorisés ». Mentionnons que l'enseignante qui a répondu au questionnaire à la relance n'était pas la même qu'au pré-test, ce qui a pu influencer ce résultat. Une personne différente a également rempli les questionnaires à la relance dans le cas de Léa, Benito et Édouard.

3.3.6. Symptômes anxieux et dépressifs des parents

Afin de documenter les niveaux de symptômes anxieux et dépressifs des parents dans le but de vérifier si ceux-ci pouvaient avoir eu un impact sur l'effet du traitement, les parents ont complété l'*Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait* (IASTA) et l'*Inventaire de dépression de Beck II* (BDI-II) (voir le Tableau 24 à l'annexe M). Au prétraitement, deux mères (celles de Fanny et de Benito) présentaient un niveau d'anxiété (de trait et/ou situationnelle) élevé et un niveau modéré de symptômes dépressifs. Cinq parents présentaient un niveau modéré d'anxiété (parents d'Édouard, parents de Samuel et mère de Marc-Antoine) à l'évaluation prétraitement. Il est à noter que le niveau d'anxiété présenté par les parents d'Édouard, les parents de Samuel et la mère de Fanny est resté le même suite au programme, tandis que celui des mères de Benito et de Marc-Antoine a diminué. Par ailleurs, la mère de Fanny présentait toujours un niveau modéré de symptômes dépressifs après l'intervention, tandis que la mère de Benito avait connu une diminution jusqu'à un niveau minimal. Les autres parents présentaient des symptômes anxieux faibles ou très faibles au prétraitement et des symptômes dépressifs minimaux.

Chapitre 4 : Discussion

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité d'un nouveau programme de traitement de l'anxiété de séparation, le PEP-AS, qui a la particularité de s'adresser aux parents seulement, de cibler des enfants d'âge préscolaire ou en début de parcours scolaire (4 à 7 ans) et de combiner des stratégies de type cognitivo-comportementales avec des composantes relationnelles. La présente discussion est divisée en cinq sections. Dans un premier temps, une synthèse des résultats sera présentée en fonction des différentes hypothèses de l'étude. Dans un deuxième temps, les éléments pouvant expliquer pourquoi certains enfants ont bien répondu au traitement et d'autres moins seront discutés. Ensuite, une comparaison des résultats obtenus avec ceux d'études antérieures sera effectuée. Puis, les forces et limites de l'étude seront énoncées. En terminant, certaines pistes de recherche futures seront envisagées.

4.1. Synthèse des résultats

Les résultats confirment la première hypothèse concernant la réduction cliniquement significative des symptômes d'anxiété de séparation au point de ne plus présenter le diagnostic de trouble d'anxiété de séparation (TAS) suite au programme. En effet, les résultats à l'entrevue semi-structurée (ADIS-P) montrent que cinq participants sur six ne répondent plus au diagnostic de TAS suite à l'intervention ainsi que trois mois plus tard. Quant à la participante qui répondait toujours au diagnostic, le degré de gravité de celui-ci avait diminué de 6 à 4 entre le pré-test et le post-test.

Pour ce qui est de la deuxième hypothèse concernant la fluctuation des symptômes d'anxiété de séparation au cours du traitement, celle-ci a été examinée au moyen des calepins d'auto-observations quotidiennes et de certains questionnaires. D'une part, les résultats de l'analyse visuelle des graphiques illustrant les principales manifestations de séparation de

chaque participant montrent que pour deux participants, soit Benito et Marc-Antoine, les critères de changement de moyenne et de pente d'une phase à l'autre de l'étude sont respectés pour la majorité des mesures de fréquence, d'intensité et d'interférence de leurs principaux symptômes. Ceux-ci sont même entièrement disparus à la relance (sauf le comportement de dormir avec le parent qui survient encore parfois pour Benito, mais sans anxiété ni interférence). Pour Samuel, le critère de changement de pente est respecté pour la quasi-totalité des mesures de même que le critère de changement de moyenne entre le niveau de base et l'intervention et entre la phase d'intervention et le post-test. Toutefois, deux symptômes sur trois sont réapparus à la relance. Pour les autres participants, l'analyse des graphiques montre un impact plus mitigé. Pour Léa et Fanny, une seule de leurs manifestations principales d'anxiété de séparation respecte les critères de changement de moyenne et de pente (Fanny : « A dormi dans la chambre des parents »; Léa : « A refusé de participer à des activités sans la proximité du parent »), tandis que pour les autres manifestations (deux autres pour Fanny et une pour Léa), le critère de changement de pente n'est pas rempli dans le cas de Léa et l'est pour une partie des mesures seulement dans le cas de Fanny. Ces manifestations sont réapparues à la relance chez Fanny, mais pas chez Léa. Du côté d'Édouard, le critère de changement de pente est respecté seulement pour la moitié des mesures, tandis que le critère de changement de moyenne l'est du niveau de base à l'intervention et de l'intervention au post-test. Une recrudescence de deux symptômes sur trois est toutefois observée lors de la relance.

Ensuite, la méthode conservatrice du double critère (CDC) a permis de conclure à un changement systématique (de moyenne et de pente) de la fréquence hebdomadaire de l'ensemble des manifestations d'anxiété de séparation entre le niveau de base et l'intervention

pour quatre participants sur six (tous sauf Édouard et Léa). Ainsi, puisqu'au moins trois répliques parmi les différents participants de ce devis à cas unique à niveaux de base multiples montrent un changement systématique entre les phases de niveau de base et d'intervention, il est possible de conclure à un effet global du traitement (Kratochwill et al., 2010).

D'autre part, les questionnaires remplis par les parents portant sur les symptômes anxieux des enfants ont montré une amélioration cliniquement significative jusqu'à un score se situant sous le seuil clinique au post-test et à la relance pour trois enfants (Marc-Antoine et Samuel : selon leurs deux parents; Benito : selon sa mère seulement) et à la relance seulement pour une enfant (Fanny) aux échelles « Anxiété de séparation » et « Total de symptômes anxieux » du QAP version parent. Les scores à l'échelle d'anxiété de séparation sont demeurés cliniques à tous les temps de mesure pour les deux autres enfants, tandis que le total de symptômes anxieux est demeuré clinique à tous les temps de mesure pour Édouard, et sous-clinique à tous les temps de mesure (sauf le score de la mère au post-test) pour Léa. Les résultats aux questionnaires de l'éducatrice ou enseignante sur les symptômes anxieux (sous-échelle « Problèmes d'anxiété » du TRF) et d'anxiété de séparation (sous-échelle « Anxiété de séparation » du QAP version enseignant) montrent une amélioration cliniquement significative du pré-test au post-test et à la relance pour Marc-Antoine seulement, les autres enfants présentant des scores faibles à tous les temps de mesure. L'amélioration présentée par Marc-Antoine est aussi statistiquement significative selon l'indice RC. En somme, la deuxième hypothèse est confirmée pour quatre enfants, tandis que pour les deux autres, cela est un peu plus mitigé.

La troisième hypothèse de l'étude portait sur les changements observés chez les parents au cours du traitement, soit sur le plan du stress et des pratiques parentales. L'hypothèse est partiellement confirmée dans le cas du stress parental, puisque quatre parents ont montré une amélioration clinique du pré-test au post-test et à la relance à une ou deux échelles de l'ISP/FB. Une amélioration statistiquement significative a eu lieu pour une mère à l'échelle « Détresse parentale » et pour un père aux échelles « Difficultés chez l'enfant », « Interaction parent-enfant dysfonctionnelle » et « Stress total ». Mentionnons toutefois qu'une détérioration clinique a été observée à la relance pour deux parents à l'échelle de stress total et à une autre échelle pour deux parents. L'hypothèse est également partiellement appuyée dans le cas des pratiques parentales. Trois parents ont montré une réduction cliniquement et/ou statistiquement significative de l'usage de discipline punitive et inconstante au post-test et, pour deux de ces trois parents, à la relance également. Trois parents ont montré une amélioration cliniquement et statistiquement significative entre le pré-test et le post-test de l'usage de félicitations et récompenses. L'amélioration est cliniquement significative à la relance également pour les deux mères et statistiquement significative pour l'une d'elles. Quatre mères ont présenté une réduction statistiquement significative de leur usage de surprotection du pré-test au post-test et, pour deux de ces mères, à la relance également, et ce, malgré le fait que les scores de tous les parents se situaient en-deçà du seuil clinique à tous les temps de mesure à l'EPP. Bref, la troisième hypothèse est partiellement confirmée, certains parents montrant des changements sur le plan du stress et des pratiques parentales suite à l'intervention, tandis que d'autres non.

L'impact du PEP-AS sur certains aspects du fonctionnement des enfants dans leur milieu scolaire ou de garde a également été vérifié de manière exploratoire au moyen du

questionnaire *Profil socio-affectif* (PSA, sous-échelles : « Adaptation générale », « Problèmes intériorisés », « Problèmes extériorisés », « Anxieux-Confiant », « Dépendant-Autonomie ») rempli par l'éducatrice ou l'enseignante. Il semble que les manifestations anxieuses des enfants aient eu à la base peu d'impact sur leur fonctionnement, comme en témoignent les scores sous le seuil clinique au pré-test pour tous les participants sauf un. Le seul enfant (Marc-Antoine) qui présentait des difficultés d'ampleur clinique au pré-test (aux échelles « Problèmes intériorisés », « Anxieux-Confiant », « Dépendant-Autonomie ») a connu une diminution jusque sous le seuil clinique suite au programme et à la relance. L'amélioration était même statistiquement significative pour deux des trois échelles selon l'indice RC. Il est probable que dans son cas, l'amélioration de ses difficultés liées au TAS entraînée par l'intervention ait également eu des répercussions positives sur son anxiété, ses problèmes de type intériorisé et son autonomie à l'école. Un enfant (Samuel) a toutefois montré une détérioration cliniquement et statistiquement significative entre le pré-test et la relance à l'échelle « Anxieux-Confiant » et statistiquement significative aux échelles « Adaptation générale » et « Problèmes intériorisés ». Il se peut que cette détérioration soit due à la perception différente de l'enseignante qui a répondu au PSA à la relance, qui n'était pas la même qu'au pré-test, ou à une détérioration des manifestations anxieuses à la relance comme en témoignent les calepins d'auto-observations de Samuel.

4.2. Pistes d'explication des résultats

Certaines hypothèses peuvent être envisagées afin d'expliquer pourquoi le programme a été plus efficace pour certains participants que pour d'autres. La première piste d'explication a trait au degré de gravité des symptômes au prétraitement. Léa est celle qui démontrait le moins de manifestations d'anxiété de séparation au total par semaine lors du niveau de base,

soit de 2 à 13 par semaine, tandis que pour les autres participants, on en dénombrait entre une vingtaine et une quarantaine. De plus, lorsqu'on regarde les manifestations principales pour chaque participant, Fanny, Léa et Édouard présentaient seulement trois ou quatre symptômes dont la fréquence moyenne au niveau de base était au moins de 3 sur 8 et/ou l'intensité moyenne d'au moins 4 sur 8 (critère de sélection des manifestations principales), tandis que pour Benito, Marc-Antoine et Samuel, entre six et neuf symptômes satisfaisaient ces critères. Dans la littérature sur les TCC auprès des enfants souffrant d'un trouble anxieux, on rapporte plutôt qu'une plus grande gravité des symptômes au prétraitement prédit de moins bons résultats suite à celui-ci (p. ex. Compton et al., 2014; Hudson et al., 2013; Liber et al., 2010). Trois hypothèses peuvent être avancées pour expliquer pourquoi le phénomène inverse s'est produit dans la présente étude. Premièrement, les critères attestant la gravité des symptômes divergent d'une étude à l'autre; plus fréquemment, on se base sur la gravité du diagnostic ou encore des scores à un questionnaire sur l'anxiété, alors que dans la présente étude, il est question du nombre de symptômes (ainsi que de leur fréquence et de leur intensité). De plus, dans cette étude, on compare une faible gravité avec une gravité modérée, tandis que dans les autres études recensées, il est question d'une gravité élevée comparativement à une gravité faible ou modérée. Deuxièmement, sur le plan des mesures, le fait de présenter des niveaux plus faibles de symptômes au pré-test a laissé moins de place à l'amélioration et a donc limité la capacité à détecter des effets significatifs de l'introduction du traitement. De surcroît, le total de manifestations d'anxiété de séparation était plus variable d'une semaine à l'autre lors du niveau de base pour Édouard et Léa que pour les autres participants. Troisièmement, sur le plan clinique, lorsque les symptômes sont plus nombreux et envahissants au quotidien, cela peut d'une part créer un effet « boule de neige » des stratégies thérapeutiques, c'est-à-dire que

lorsque la mise en place d'une stratégie amène une amélioration pour un symptôme, cela peut entraîner un impact sur les autres. Par exemple, pour Samuel, lors de l'introduction de l'exposition, le fait d'avoir réussi avec succès les premiers exercices d'exposition à sa peur d'être seul dans sa chambre lui a donné confiance et a fait en sorte qu'il soit plus enclin à aller seul au sous-sol ou à sortir de la voiture seul à l'école. D'autre part, le côté envahissant des symptômes peut accroître la motivation du parent et de l'enfant à changer et ainsi augmenter l'investissement dans la mise en pratique des stratégies proposées.

La motivation des parents ainsi que le dosage dans l'application des stratégies sont d'ailleurs deux autres pistes d'explication pouvant être avancées pour expliquer l'efficacité différentielle du PEP-AS. En effet, les parents qui se sont montrés davantage motivés et investis dans leur participation au programme sont également ceux dont les enfants ont montré les bénéfices les plus clairs. Par exemple, ces mères se sont montrées réceptives envers toutes les stratégies proposées et participaient activement aux rencontres (p. ex. en prenant des notes). Dans le cas de Samuel, le père s'est également beaucoup impliqué et est le seul père à avoir pris part aux rencontres d'intervention. L'intensité et l'interférence des symptômes de ces enfants au quotidien a sûrement accentué leur motivation; par exemple, le fait que Benito dormait quotidiennement avec ses parents nuisait à leur sommeil et à leur couple. Ce sont aussi les parents dont le dosage de stratégies appliquées à la maison était le plus élevé. Cela est cohérent avec ce qui a été rapporté par Podell et Kendall (2011), qui ont mesuré l'assiduité et l'engagement des parents envers l'intervention dans le cadre d'une TCC familiale ciblant l'anxiété chez leurs enfants et ont trouvé que des niveaux plus élevés d'assiduité et d'engagement de la part des parents étaient associés à une meilleure réponse au traitement de la part des enfants.

Dans le cas de Léa, malgré une bonne participation de la mère aux rencontres, l'application de la technique d'exposition par les parents a été peu régulière (moins d'une fois par semaine avec 4 semaines au total où aucune exposition n'a eu lieu). Comme Léa était portée à éviter les activités sans ses parents et que ceux-ci étaient habitués de s'accommoder à cet évitement, ils ont eu tendance à attendre les occasions propices à mettre en pratique les exercices d'exposition, qui étaient peu fréquentes, plutôt que de provoquer activement ces situations en les organisant (p. ex. pour l'étape de dormir chez une amie, la mère a attendu que toute la famille soit en visite chez cette autre famille pour proposer à sa fille d'y rester dormir; puis, le mois suivant, les seules expositions ont eu lieu lorsque la mère d'un ami emmenait Léa à son activité parascolaire, comme toutes les deux semaines, selon un arrangement pris entre les parents; aucune autre activité avec un ami ou une amie n'a été organisée par les parents). Or, l'importance de la pratique continue et répétée de l'exposition dans le traitement des troubles anxieux a été maintes fois soulignée par les auteurs (Blatter-Meunier & Schneider, 2011; Hirshfeld-Becker et al., 2010; Pincus et al., 2008). De plus, certaines difficultés sociales survenues chez Léa en cours de route (conflits avec certains amis et/ou rejet de la part de ceux-ci) ont limité les possibilités d'organiser des activités sans les parents. Il se peut aussi que le fait que les manifestations d'anxiété de Léa ne survenaient pas au quotidien ait joué un rôle quant à la motivation de la famille envers les stratégies proposées.

Quant à la mère d'Édouard, elle a émis plusieurs fois des réticences envers des stratégies proposées. Il semble que ce soit en partie dû à la nature de la problématique de son fils, qui présente aussi des symptômes d'opposition importants se confondant fréquemment avec ses symptômes anxieux. Cela faisait en sorte qu'elle ne reconnaissait pas toujours son fils dans les exemples fournis ou trouvait certaines interventions moins applicables à son cas

particulier. Par exemple, il a été difficile de trouver une façon d'appliquer l'exposition qui convienne à la mère, ce qui a retardé de deux semaines l'introduction de cette stratégie. De plus, celle-ci n'a pas été appliquée de la manière prévue, c'est-à-dire en ciblant des situations anxiogènes selon une gradation du niveau d'anxiété associé à chacune d'elle et en association avec une récompense pour avoir accompli chaque exercice. Il a été plutôt entendu de diminuer en premier lieu la fréquence hebdomadaire de situations où Édouard devait se séparer de sa mère (p. ex. quand la mère quittait la maison pour une sortie la fin de semaine, quand le père l'emmenait à une activité sans la mère) pour augmenter à nouveau graduellement les exigences en termes de séparations hebdomadaires tout en respectant le rythme de l'enfant. De plus, les parents se sont montrés réfractaires à l'utilisation des récompenses, car cela entraînait en contradiction avec leurs valeurs. Ils n'ont donc pas appliqué cet aspect de la gestion des contingences et ont plutôt opté uniquement pour les renforcements verbaux. Or, l'utilisation de récompenses fait partie intégrante des programmes TCC de traitement des troubles anxieux justement pour faciliter la motivation de l'enfant et l'encourager à faire les efforts nécessaires pour se confronter aux situations redoutées et à mettre en pratique les stratégies d'adaptation acquises en dépit de l'anxiété ressentie. C'est une étape vue comme particulièrement importante, compte tenu que ce qui est exigé dans le traitement fait grimper le niveau de détresse ressentie par l'enfant (Simpson, Suarez, & Connolly, 2012).

Finalement, la mère de Fanny a également présenté des fluctuations sur le plan de sa motivation au cours du programme ainsi que dans son assiduité envers l'application des stratégies. D'abord, les problèmes de santé de Madame (migraines chroniques, insomnie) ont parfois nui à sa participation lors des séances. Il est arrivé que lors des périodes où la mère éprouvait davantage d'ennuis de santé, celle-ci soit plus fatiguée, plus découragée, perçoive

plus négativement les difficultés de sa fille lors des rencontres et montre plus de résistance envers les conseils donnés. De plus, durant ces mêmes périodes, la mère se montrait aussi moins assidue dans l'application des stratégies à la maison. Par exemple, durant une période de migraines d'environ deux semaines, elle a cessé de faire des périodes de jeu avec sa fille pour ensuite les reprendre.

Bref, étant donné que le PEP-AS s'adresse exclusivement aux parents et que par le fait même l'enfant n'est pas présent lors des rencontres, le succès de la thérapie repose entièrement sur l'application des stratégies à la maison. Il n'est donc pas étonnant que les parents ayant mis en pratique les interventions de la façon la plus intensive et constante soient aussi ceux dont les enfants ont obtenu le plus de changements. Dans cette optique, l'ajout d'une composante motivationnelle au programme pourrait s'avérer pertinente. Des stratégies de type motivationnel se sont d'ailleurs déjà montrées bénéfiques dans le cadre d'un programme de TCC visant le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) chez les adolescents (Simpson, 2009). Par exemple, il peut s'agir d'identifier avec le parent les avantages qu'il retire de l'anxiété de son enfant (p. ex. se sentir valorisé par les demandes de réconfort), de l'aider à peser les pour et les contre liés à l'introduction d'un changement, de reconnaître son ambivalence, et de voir avec le parent comment les changements proposés dans l'intervention pourraient entraîner davantage de bénéfices pour lui-même et pour son enfant.

Il est possible que la présence de symptômes anxieux et dépressifs chez les parents puisse influencer leur motivation, leur engagement dans la thérapie et leur application efficace des stratégies. Par exemple, il semble que la détresse que vivait la mère de Fanny ait pu à certains moments nuire à sa participation. Des études antérieures ont montré qu'une moins bonne réponse au traitement était associée aux symptômes anxieux (Cobham et al., 1998; Gar

& Hudson, 2009; Rapee, 2000) et dépressifs (Liber et al., 2008) des parents ainsi qu'au stress parental (Crawford & Manassis, 2001); toutefois, d'autres études n'ont pas montré un tel lien (Compton et al. 2014; Southam-Gerow, Kendall & Weersing, 2001; Victor, Bernat, Bernstein, & Layne 2007). La mère de Fanny présentait effectivement des niveaux élevés d'anxiété à l'IASTA, de même que des niveaux cliniques de stress global à l'ISP et des niveaux de dépression modérés au BDI-II au pré-test. Toutefois, la mère de Benito présentait également les mêmes niveaux élevés au pré-test alors que le programme a été clairement efficace pour son fils. Le stress et les symptômes anxieux et dépressifs de la mère de Benito avaient cependant diminué à des niveaux non cliniques et faibles suite au traitement, tandis qu'ils étaient restés semblables pour la mère de Fanny. De plus, il semble que le stress et les symptômes anxieux et dépressifs des parents n'aient pas été un facteur déterminant en ce qui concerne la faible réponse au traitement de Léa, les parents présentant des niveaux sous-cliniques et faibles à tous les temps de mesure. En somme, il est difficile de tirer des conclusions quant à l'impact du stress et de l'anxiété du parent sur l'efficacité du PEP-AS, d'autant plus que les parents d'Édouard, qui a eu une réponse plus mitigée au traitement, avaient des symptômes anxieux modérés et un niveau de stress global clinique avant l'intervention qui se sont maintenus après celle-ci, tandis que d'autres parents dont les enfants ont mieux répondu à l'intervention avaient aussi une anxiété modérée (parents de Samuel, mère de Marc-Antoine) et un niveau global de stress d'ampleur clinique (père de Samuel).

Il est cependant possible que la diminution plus importante des symptômes anxieux de leur enfant ait pu contribuer à réduire les niveaux de symptômes dépressifs et anxieux ainsi que le niveau de stress de certains parents suite à l'intervention, comme ce fut le cas pour la mère de Benito (symptômes dépressifs, anxieux et stress), de Marc-Antoine (symptômes anxieux) et du

père de Samuel (stress). La réponse plus mitigée d'Édouard au traitement ainsi que ses difficultés liées à l'opposition ont pu participer à maintenir les niveaux d'anxiété et de stress des parents dans le temps. Dans le cas de la mère de Fanny, il est possible que des facteurs extérieurs à l'intervention tels que son statut de mère monoparentale à la recherche d'un emploi et ses migraines chroniques aient participé à maintenir ses symptômes anxieux et dépressifs ainsi que son niveau de stress. Du côté des parents de Samuel, malgré l'amélioration qu'a connu leur fils suite au programme, le fait que celui-ci présente également un TDAH et qu'ils aient une autre enfant aux prises avec diverses problématiques peuvent également constituer des facteurs ayant contribué à maintenir leur niveaux d'anxiété et de stress.

La nature de l'exposition est un autre facteur ayant pu influencer l'impact du programme d'intervention chez les différents participants. En effet, les situations ciblées par l'exposition différaient d'un participant à l'autre en fonction du type de problématique liée à l'anxiété de séparation que les parents désiraient régler en priorité. Certains exercices d'exposition étaient donc plus faciles à mettre en pratique régulièrement, car ils étaient plus pratiques et nécessitaient moins d'organisation. En effet, l'exposition visant à dormir seul dans sa propre chambre plutôt qu'avec les parents pouvait être réalisée sur une base quotidienne, comme ç'a été le cas pour Fanny et Benito. Le fait de rester seul à divers endroits de la maison, qui a été la cible de l'exposition pour Samuel, a pu également être facilement accompli presque à tous les jours et même parfois plusieurs fois au cours d'une même journée, ce qui a grandement favorisé l'impact de l'exposition. La nature même de l'exposition (participation à des activités sans les parents) la rendait plus difficile à appliquer régulièrement dans le cas de Léa, car elle nécessitait plus d'organisation et impliquait d'autres personnes.

Cela a pu entraver la constance des parents dans l'application de cette stratégie, comme mentionné précédemment. Cependant, le même type de situations était ciblé pour Marc-Antoine, dont la mère a été en mesure de soutenir un rythme d'environ une exposition par semaine.

Enfin, il est possible que certaines caractéristiques personnelles des participants et certains facteurs contextuels spécifiques à chacun, comme des événements stressants survenus, puissent avoir influencé la réponse au traitement. D'abord, relativement aux caractéristiques personnelles, il importe de se questionner sur le rôle de l'âge de l'enfant. La seule qui présentait toujours un diagnostic clinique de TAS suite au programme ainsi que trois mois plus tard, Léa, était aussi la plus âgée. Elle avait 7 ans 10 mois lors de l'évaluation initiale et a eu 8 ans au cours de l'intervention, alors que les autres enfants avaient entre 4 ans 6 mois et 6 ans 10 mois lors de l'évaluation prétraitement. Peut-être que certaines composantes cognitives ayant été retirées lors de l'adaptation du programme pour les enfants d'âge préscolaire ou en début de parcours scolaire (p. ex. exposition en imagination) ou typiques des TCC (p. ex. restructuration cognitive) auraient été utiles pour réduire davantage les symptômes de Léa étant donné son âge et son stade de développement cognitif. L'ensemble des programmes TCC pour traiter les troubles anxieux chez les enfants qui se sont montrés efficaces auprès des enfants de 7 ans et plus incluent des stratégies cognitives (p. ex. Barrett et al., 1996; Hudson et al., 2009; March et al., 2009; Silverman et al., 1999; Wood et al., 2006). D'après ce que rapportait la mère, Léa était très réticente à s'exposer et son discours laissait transparaître un biais cognitif exagérant dans son esprit la possibilité qu'un événement négatif survienne si elle se rendait à des endroits sans ses parents. La tendance des enfants anxieux à interpréter négativement les situations ambiguës et à surestimer la probabilité que des événements

catastrophiques leur arrivent a été largement documentée (p. ex. Creswell, Schniering, & Rapee, 2005; Dodd, Hudson, Morris, & Wise, 2012; Muris & Field, 2008). Dans l'étude de Comer et ses collaborateurs (2012) évaluant l'efficacité d'un programme d'intervention parent-enfant pour traiter l'anxiété auprès de sept enfants de 4 à 8 ans, le seul enfant dont le diagnostic n'est pas disparu suite au programme était également le plus âgé. Ils ont suggéré que les enfants de cet âge (8 ans) pourraient bénéficier davantage d'une thérapie ciblant directement l'enfant. Il est donc possible qu'une intervention impliquant directement Léa ait été plus efficace dans son cas.

Un autre participant ayant obtenu des résultats plus mitigés, Édouard, présentait des manifestations importantes d'opposition. Il remplissait même les critères diagnostiques du trouble d'opposition selon l'ADIS-P. Il est possible que cette problématique concomitante ait interféré avec le traitement dans son cas. L'inclusion d'un plus grand nombre de stratégies ciblant l'opposition (p. ex. apprendre à mieux discerner l'anxiété de l'opposition, à intervenir face à l'opposition) aurait probablement pu entraîner de meilleurs résultats chez ce participant. Comme on sait que le trouble d'opposition survient fréquemment en concomitance avec le TAS (Shear et al., 2006), il est possible qu'un traitement adapté spécifiquement pour ce profil de comorbidité soit plus profitable. Fraire et Ollendick (2013) ont d'ailleurs mis en lumière trois processus communs à l'anxiété et à l'opposition et ont proposé un traitement qui ciblerait ces processus. Une autre possibilité à envisager serait d'adopter une approche modulaire (Chorpita, 2007; Chorpita, Daleiden, & Weisz, 2005) et, lorsqu'un enfant présente de l'opposition importante en plus de son diagnostic de TAS, d'ajouter un module ciblant cette problématique au programme.

Ensuite, en ce qui a trait aux facteurs contextuels, les difficultés sociales qu'a rencontrées Léa ainsi que le stress important que vivait Édouard face à sa relation difficile avec l'une de ses éducatrices de garderie ont pu nuire à l'efficacité du traitement dans leur cas. Un autre événement ayant pu affecter les résultats obtenus est la rentrée scolaire qui, pour plusieurs, a coïncidé avec la période de relance. Rappelons que ces variables constituent des hypothèses sur ce qui a pu influencer la réponse des participants au PEP-AS.

En ce qui concerne la durabilité des effets du traitement, il n'est pas possible de statuer avec certitude sur le maintien des gains à long terme suite au programme. En effet, chez certains participants (Fanny, Édouard, Samuel), une recrudescence des manifestations d'anxiété de séparation est observée lors de la relance 3 mois. Or, pour ces trois participants, la période de relance (d'une durée d'une à deux semaines) a coïncidé avec la rentrée scolaire. Pour Fanny et Édouard, il s'agissait même de leur entrée à la maternelle. Or, on sait que l'entrée à l'école est une transition importante dans la vie des enfants qui peut entraîner une réaction anxieuse transitoire normale chez la plupart d'entre eux (Turgeon et al., 2012). Il était prévisible que des enfants ayant déjà présenté un TAS soient plus susceptibles d'éprouver de l'anxiété face à une telle transition. Il aurait été souhaitable d'effectuer les mesures sur une plus longue période afin de vérifier si les manifestations anxieuses persistaient et représentaient donc une perte de gains, ou si elles étaient plutôt passagères et réactionnelles à l'entrée à l'école. Dans le cas de Samuel, bien que celui-ci entrait en deuxième année, il est également possible que la réapparition des manifestations anxieuses soit une rechute temporaire due au retour à l'école après les mois de vacances d'été où les situations de séparation étaient moins fréquentes. D'ailleurs, les parents de ces trois participants ont mentionné que les symptômes d'anxiété de séparation notés dans les journaux de bord lors de

la période de relance n'étaient pas représentatifs de ce qu'ils avaient observé dans les trois mois suivant le traitement. La relance de Léa a également eu lieu lors de la rentrée scolaire (3^e année). Bien que le total de manifestations d'anxiété de séparation par semaine ait légèrement augmenté comparativement au niveau présenté lors des deux dernières semaines de traitement et la semaine suivant celui-ci, ses trois principaux symptômes n'étaient pas réapparus. Dans le cas de Benito et de Marc-Antoine, l'amélioration s'est poursuivie durant les trois mois suivant le traitement.

En ce qui concerne la durée du programme, deux versions de celui-ci, soit la version originale de 10 séances et la version allongée de 12 séances, ont été testées afin de vérifier de manière exploratoire si la version allongée entraînerait davantage de bénéfices que la version originale. Les résultats portent à croire que l'efficacité est comparable. Par exemple, l'analyse de la fréquence hebdomadaire totale de manifestations d'anxiété de séparation selon la méthode CDC montre un changement significatif chez deux participants sur trois pour chacune des deux durées de traitement.

4.3. Comparaison des résultats avec ceux d'études antérieures

Les résultats de la présente étude montrent globalement que le PEP-AS entraîne une amélioration cliniquement significative des symptômes d'anxiété de séparation chez les enfants participants. Ces résultats concordent avec ceux de multiples autres études dans la littérature montrant l'efficacité de la TCC pour traiter les troubles anxieux chez les enfants, incluant le TAS (Reynolds et al., 2012; Silverman et al., 2008). Ils sont également cohérents avec les résultats de l'étude de Eisen et ses collègues (2008), montrant les effets prometteurs du programme d'entraînement parental à l'origine du PEP-AS, et avec les effets positifs rapportés dans les études sur la thérapie d'interaction parent-enfant (PCIT) auprès d'enfants

souffrant de TAS, source dont provient la composante relationnelle du PEP-AS (Carpenter et al., 2014; Pincus et al., 2008). De plus, les résultats appuient la pertinence de mener l'intervention exclusivement auprès des parents dans le but de réduire les symptômes anxieux des enfants d'âge préscolaire ou en début de parcours scolaire, comme cela a déjà été montré lors d'études antérieures (p. ex. Cartwright-Hatton et al., 2011; Waters et al. 2009).

Très peu d'études ont mesuré les changements survenus chez les parents suite à l'intervention. Il est donc difficile d'interpréter les résultats obtenus dans la présente étude à la lumière des études antérieures. Tout récemment, Esbjørn et ses collègues (2014) ont comparé les changements des pratiques parentales chez deux groupes de traitement ciblant l'anxiété de l'enfant, l'un avec implication du parent dans le traitement et l'autre sans implication. Ils ont mesuré à l'aide d'un questionnaire auto-rapporté les pratiques parentales suivantes : le contrôle psychologique, l'acceptation comparativement au rejet, l'encouragement à l'autonomie comparativement à la surprotection, de même que la négativité et le surinvestissement à l'aide d'une mesure par observation. Ils ont découvert que chez les deux groupes, l'encouragement à l'autonomie et le surinvestissement se sont améliorés à travers le temps, mais pas la négativité. Wood, McLeod et Piacentini (2009) ont également relevé que les mères ayant participé à une TCC de type familial ciblant l'anxiété de leur enfant avaient diminué significativement leur usage de comportements intrusifs, comparativement aux mères des enfants ayant reçu une TCC individuelle. Cela peut être mis en parallèle avec les résultats de la présente étude concernant la surprotection, c'est-à-dire que quatre mères ont montré une diminution statistiquement significative de leur surprotection suite au traitement. Du côté du stress parental, Eisen et ses collègues (2008) ont vérifié l'impact de leur programme d'entraînement parental sur le niveau global de stress des parents (tel que mesuré à l'échelle

« Total de stress » de l'ISP/FB). Ils ont remarqué une amélioration de plus d'un écart-type chez un parent sur six, ce qui est semblable à ce qui a été observé dans cette étude, soit 2 parents sur 11 dont le niveau de stress global s'est amélioré d'au moins un écart-type suite au PEP-AS.

4.4. Rétroactions des parents sur le programme

Lorsque les parents ont été invités à nommer les composantes du programme qu'ils ont trouvées le plus utiles, la grande majorité a fait mention des périodes de jeu spéciales et des habiletés relationnelles qui y sont rattachées, la technique d'exposition graduelle aux situations anxiogènes ainsi que la gestion des contingences. À propos des périodes de jeu spéciales, la mère de Marc-Antoine mentionne avoir senti leur impact sur sa relation avec son fils et qu'elles l'ont rendue elle-même moins directive. La mère de Fanny indique que les périodes de jeu accordées ont permis de doser les demandes d'attention de sa fille, qui était ensuite davantage capable de jouer seule. La mère de Léa a non seulement apprécié l'application des habiletés relationnelles, mais a également trouvé très aidant de pouvoir s'auto-observer en train de les mettre en pratique sur bande vidéo. Elle suggère par ailleurs d'intégrer davantage de jeux de rôles et de mises en situation et de permettre de les visionner par la suite. En ce qui concerne l'exposition, la mère de Benito explique que cette stratégie lui a inculqué la notion qu'il pouvait être bénéfique de viser de petits objectifs, ce qui permettait à l'enfant de voir qu'il pouvait réussir un petit défi à la fois. Auparavant, elle aurait souhaité que son fils change immédiatement et l'exposition l'aurait amené à devenir plus patiente. Sur le plan de la gestion des contingences, la mère de Fanny a fait mention que cette composante lui a permis d'augmenter le degré d'encouragement et de renforcement positif qu'elle mettait en pratique auprès de sa fille et d'améliorer la clarté de ses demandes. En plus des stratégies déjà

mentionnées, la mère de Marc-Antoine a indiqué avoir apprécié la partie sur les pièges guettant les parents, ce qui l'a sensibilisée à l'effet néfaste de la rassurance excessive, de la surprotection et de l'évitement sur l'anxiété de l'enfant. Le fait de diminuer la rassurance aurait entraîné la diminution graduelle des questions répétitives que lui posait son fils les matins d'école. Enfin, les parents de Samuel ont ajouté avoir beaucoup aimé que le programme s'adresse seulement aux parents, d'abord pour le côté pratique, mais surtout parce qu'ainsi les parents ont pu mieux intégrer les stratégies à leur routine familiale.

L'ensemble des participants s'entendent également sur la pertinence de l'éducation sur l'anxiété reçue en début de programme, qui a facilité la compréhension de la problématique. Cela a permis aux parents d'Édouard de conceptualiser certaines manifestations d'opposition de leur fils sous l'angle de l'anxiété, ce qui a fait en sorte qu'ils diminuent par la suite l'usage de techniques telles que les retraits et punitions et tentent de réduire les confrontations en gardant davantage leur calme et en tolérant certains comportements. Par contre, certains ont trouvé la partie informative un peu trop longue. Afin d'y remédier, la mère de Marc-Antoine propose l'idée de fournir cette partie sous forme de lecture afin de pouvoir revenir brièvement sur les questions du parent et ainsi passer plus rapidement aux stratégies concrètes. Elle mentionne par ailleurs que dès le début de la mise en application des stratégies, elle a vu rapidement des résultats concrets et que cela lui a donné confiance. La mère de Léa affirme aussi avoir davantage apprécié la portion application du programme dont le contenu s'élaborait à partir des situations vécues à la maison, qu'elle a trouvée plus pratique.

Pour ce qui est du rythme et de la durée du programme, certains se sont dit satisfaits, d'autres moins. La mère de Fanny a apprécié que les cinq premières rencontres aient lieu une fois par semaine et que les cinq suivantes aient lieu toutes les deux semaines; par contre, elle a

eu l'impression qu'à la quatrième ou cinquième rencontre, le contenu est devenu tout à coup très chargé. La mère de Benito, quant à elle, souligne avoir aimé le rythme des rencontres : la partie plus intensive du début lui a permis d'apprendre les stratégies de manière graduelle, puis elle a aimé avoir le temps de les mettre en pratique et de revenir chaque semaine sur toutes les stratégies afin de les intégrer. La mère de Marc-Antoine a trouvé exigeant le fait de devoir intégrer l'ensemble des stratégies à sa routine, mais reconnaît que cela a été bénéfique, car elle en a constaté les résultats. Les parents de Samuel et d'Édouard, qui ont participé à la version allongée du programme (12 séances), ont trouvé le nombre de séances un peu trop élevé. Dix séances leur aurait suffi et ils ont émis la même suggestion, soit d'espacer davantage les dernières séances afin de laisser plus de temps à l'application des stratégies, notamment l'exposition.

Lorsqu'ils ont été questionnés sur les composantes qu'ils ont jugées le moins utiles, la majorité des parents ont nommé la technique de relaxation. En effet, plusieurs ont abandonné la mise en application de la relaxation en raison du manque de réceptivité de leur enfant envers celle-ci. La mère de Fanny souligne qu'elle trouvait la technique pertinente, mais aurait préféré que celle-ci soit introduite plus tôt. Notons à cet effet que bien que l'ensemble des programmes visant les troubles anxieux chez les enfants incluent un volet relaxation, l'efficacité de cette technique est encore mal connue dans la littérature (Richter, 1984). Parmi ce qu'ils ont le moins aimé, la plupart des parents ont souligné avoir trouvé contraignant de remplir les journaux de bord durant toute la durée du programme. Certains ont d'ailleurs mentionné avoir été moins assidus vers la fin. Les suggestions recueillies incluaient de retirer du journal de bord les sections non pertinentes au cas particulier de la personne afin de gagner un peu de temps pour le remplir, ou encore de le remplir seulement à certains moments clés de

l'intervention, par exemple au début, à mi-parcours et à la fin. Finalement, expliquer l'escalier d'exposition et solliciter la collaboration de l'enfant à celui-ci a été ardu pour quelques parents. Les mères de Fanny et d'Édouard n'ont pas expliqué l'escalier à l'enfant par crainte de rencontrer de l'opposition, et d'autres parents ont d'abord fait face à une résistance de la part de leur enfant qui s'est estompée par la suite (Samuel, Marc-Antoine, Benito) ou qui est demeurée (Léa).

4.5. Forces de l'étude

La présente étude comporte plusieurs forces. D'abord, dans une perspective clinique, le programme de thérapie examiné est novateur à plusieurs points de vue. Il cible une tranche d'âge (4 à 7 ans) peu étudiée jusqu'à maintenant dans le domaine des traitements pour les troubles anxieux chez les enfants. Il vise spécifiquement le TAS alors que les études dans le domaine appliquent généralement les programmes indistinctement à une variété de troubles anxieux. Il s'agit d'un des seuls programmes qui combinent à la fois des stratégies de type TCC à des composantes relationnelles. Toujours sur le plan clinique, le fait que le programme s'adresse exclusivement aux parents entraîne plusieurs avantages, soit moins de stigmatisation pour l'enfant, un meilleur coût-bénéfice, et possiblement un meilleur maintien des acquis à long terme puisque le parent modifie certaines pratiques et intègre les stratégies à sa routine familiale. Cela facilite également la généralisation des acquis et une meilleure adhérence au traitement. De plus, comme le parent est au cœur de la problématique d'anxiété de séparation puisque c'est justement de lui que l'enfant craint de se séparer, il semble que ce soit un agent de changement essentiel. Enfin, le PEP-AS pourrait entraîner des impacts favorables sur l'harmonie familiale, le bien-être de l'enfant et la prévention à plus long terme des difficultés liées à l'anxiété, puisque le parent et l'enfant ont appris des stratégies utiles.

Du point de vue méthodologique, l'utilisation d'un devis à niveaux de base multiples en fonction des individus a l'avantage de permettre d'inférer de façon fiable sur la relation entre le changement observé et le traitement. Il est possible de conclure à l'effet du traitement lorsque l'amélioration survient seulement après l'introduction du traitement pour les différents niveaux de base (Barlow et al., 2009). Par ailleurs, l'utilisation de la méthode conservatrice du double-critère (CDC) a permis de procéder avec davantage de rigueur à l'inspection visuelle des graphiques en fournissant un critère objectif permettant de conclure à un changement systématique entre le niveau de base et l'intervention. Un autre avantage d'avoir utilisé un devis à niveaux de base multiples est la richesse des données cliniques obtenues par l'examen détaillé de l'évolution des symptômes de chaque enfant à travers la durée complète de la participation (Nock, Michel, & Photos, 2008). L'utilisation de mesures quotidiennes (*Journaux de bord d'anxiété de séparation*) est d'ailleurs une force supplémentaire de cette étude à ce niveau. Ces informations sont intéressantes non seulement pour connaître la variabilité de la réponse au traitement propre à chaque participant, mais aussi pour l'élaboration et l'amélioration de ce nouveau programme (Nock, Janis, & Wedig, 2008). C'est un devis qui assure également une plus grande flexibilité, ce qui est justement utile dans ce cas. De plus, c'est un devis qui exige moins de coûts et de ressources qu'une étude randomisée contrôlée. Ajoutons que le fait d'avoir eu six participants a augmenté la force de ce devis, puisque l'on conseille minimalement trois niveaux de base différents (Barlow et al., 2009) et que la plupart des études du même type ont trois ou quatre participants. En ce qui a trait à l'échantillon, le petit nombre de critères d'exclusion et l'inclusion des diagnostics concomitants a permis d'augmenter la validité externe de l'étude et son application éventuelle à divers contextes en assurant une bonne représentativité de la population aux prises avec un

TAS, chez qui la présence d'un trouble concomitant est la norme plutôt que l'exception (Eisen et al., 2011). De plus, l'échantillon présente des caractéristiques variées pour ce qui est de la nature du ou des troubles concomitants présentés, du sexe, de l'âge et de l'origine ethnique, ce qui favorise également la généralisation des résultats et la validité externe.

Une dernière contribution de cette étude est l'ajout de mesures ciblant les changements chez les parents, plus spécifiquement sur les pratiques parentales et le stress, ainsi que l'ajout de mesures auprès des éducatrices et enseignantes, ce qui avait rarement été fait dans les études antérieures.

4.6. Limites

Bien que les résultats soient prometteurs, il importe de les interpréter prudemment en raison des différentes limites de l'étude. D'abord, même si le nombre de six participants augmente la force du devis utilisé, il demeure que, plus globalement, la petite taille de cet échantillon de même que la méthodologie utilisée limitent la validité externe des résultats. Autrement dit, cette étude ne permet pas à elle seule de généraliser les conclusions à l'ensemble de la population et de déterminer par exemple, pour quelle proportion de la population le PEP-AS pourrait être efficace. Bien que l'utilisation de niveaux de base multiples permette de constater qu'il est plus probable que les améliorations observées soient dues à l'effet direct du traitement et non à des variables confondantes telles que la maturation ou le simple passage du temps (en montrant un changement systématique seulement après l'introduction de l'intervention pour les différents niveaux de base), deux éléments limitent cette conclusion. Premièrement, pour des raisons pratiques liées au recrutement, un devis à niveaux de base multiples non concurrents a dû être utilisé. Cette approche est moins rigoureuse que l'approche standard, puisque, étant donné que les participants ne sont pas

évalués de façon concurrente, ils ne sont pas exposés au même environnement au même moment, et cela limite le contrôle de la variable temporelle. Autrement dit, il y a un risque accru qu'un événement ponctuel ait un effet sur la variable dépendante. Par ailleurs, la période de l'année à laquelle chaque participant a pris part au programme pourrait avoir influencé la réponse au traitement (p. ex. début ou fin de l'année scolaire, temps des fêtes, été). Par exemple, pour certains participants, la relance a coïncidé avec la rentrée scolaire, ce qui a rendu difficile de tirer des conclusions sur le maintien des acquis. Deuxièmement, en observant les graphiques illustrant le total de manifestations d'anxiété de séparation par semaine, on constate que pour quatre participants, une tendance à la baisse était déjà présente au niveau de base. L'intervention avait tout de même été débutée, soit parce que le niveau de base des manifestations individuelles de TAS avait été globalement évalué comme stable ou à la hausse ou soit parce qu'il n'était plus possible de prolonger davantage le niveau de base pour des raisons éthiques. Une plus grande stabilité du niveau de base (ou une tendance à la hausse) aurait permis une meilleure confiance dans l'attribution des améliorations au traitement plutôt qu'à des variables confondantes. Précisons que le type d'analyses utilisées (inspection visuelle et méthode CDC) ne permet justement pas de détecter des changements significatifs lorsque les niveaux de base présentent des tendances décroissantes et/ou une variabilité importante dans les données. Cependant, la méthode CDC a montré que pour Fanny et Samuel, la diminution des symptômes observée au cours de l'intervention était supérieure à ce que prévoyait la tendance du niveau de base. En outre, le grand nombre de mesures prises a complexifié l'évaluation de la stabilité du niveau de base et le choix du moment où débiter l'intervention. C'est en partie pour cette raison également que les durées prévues des différents niveaux de base n'ont pas pu être entièrement respectées (il était prévu que deux participants

soient assignés à chaque durée de deux, trois et quatre semaines, alors que dans les faits deux participants ont un niveau de base de trois semaines, trois de quatre semaines et une de huit semaines). Le grand nombre de mesures prises a aussi conduit à l'inspection visuelle d'un grand nombre de graphiques pour chaque participant, ce qui a pu augmenter la probabilité de conclure erronément à un impact favorable de l'intervention (faux positif). Ainsi, cela a pu mener à une inflation de l'erreur de type I.

Quelques limites sont aussi à souligner sur le plan des mesures. En premier lieu, à l'exception des questionnaires remplis par l'éducatrice ou l'enseignante, tous les instruments de mesure s'adressent seulement aux parents et sont tous auto-rapportés. Ils peuvent donc être en partie biaisés par la perception du parent. De plus, de nombreux obstacles ont été rencontrés lors de la recherche de mesures adaptées à l'âge préscolaire et de mesures ciblant les pratiques parentales pouvant participer au développement ou au maintien de l'anxiété des enfants. Peu d'instruments existent et les normes de ceux-ci sont souvent incomplètes. Le manque de normes a fait en sorte que l'indice de changement clinique (RC) n'a pu être calculé pour certains questionnaires. En dernier lieu, il n'a malheureusement pas été possible que les ADIS-P soient révisées par un autre évaluateur afin d'arriver à un accord inter-juge, faute de ressources, et, lors de la relance, l'ADIS-P a été administrée seulement partiellement par la personne ayant administré le traitement. Par contre, au post-test, l'entrevue a été effectuée par une évaluatrice externe qui ne connaissait pas les hypothèses de l'étude.

Une dernière limite a trait à la rare participation des pères et aux caractéristiques des mères participantes. En effet, un seul père a pris part aux rencontres d'intervention. Certains pères se seraient toutefois impliqués à la maison, tandis que d'autres étaient plus résistants. La participation des pères est malheureusement encore rare dans les études de traitements de type

familial ciblant les troubles anxieux chez les enfants, et leur rôle spécifique est encore peu connu. Podell et Kendall (2011) ont mesuré indépendamment l'impact de l'implication de la mère et du père dans le traitement de leur enfant anxieux. L'implication des deux parents prédisait une meilleure réponse au traitement de la part de l'enfant, tandis que l'implication du père était associée à une plus grande diminution des problèmes intériorisés au post-traitement selon ce qui a été rapporté par la mère. De plus, Bögels et Phares (2008) ont avancé que les pères et les mères jouent un rôle différent et unique dans le développement de l'anxiété de leurs enfants, ce qui constitue un autre argument en faveur d'une plus grande implication des pères dans les programmes d'intervention. Il est possible que la participation limitée des pères dans la présente étude soit en partie due à la problématique, c'est-à-dire que la cible de l'anxiété de séparation des enfants était soit exclusivement la mère, soit surtout celle-ci. Il n'est d'ailleurs pas rare que l'enfant souffrant de TAS développe un lien étroit avec un seul donneur de soin, le plus souvent la mère, ce qui peut entraîner un dysfonctionnement dans la famille si ce lien étroit a pour conséquence un comportement d'exclusion envers le père (Bernstein & Borchardt, 1996). Il semble que la difficulté pour les deux parents de se rendre simultanément disponibles (p. ex. s'absenter du travail, faire garder les enfants) soit aussi en cause dans le cas présent. D'ailleurs, la grande disponibilité de la majorité des mères participantes (en raison du fait qu'elles travaillaient peu ou pas) semble avoir influencé le fait qu'elles se sont montrées volontaires pour participer à l'étude. Ainsi, la nature du recrutement (petites annonces) peut avoir fait en sorte que les participantes partagent certaines caractéristiques qui distinguent cet échantillon de l'ensemble de la population ciblée. Par ailleurs, les parents qui ont participé à l'étude ont presque tous une scolarisation universitaire, ce qui laisse supposer qu'ils pourraient avoir davantage de facilité à appliquer les stratégies

que d'autres parents moins scolarisés. Il serait important d'évaluer comment l'implantation d'un tel programme serait possible par exemple en CLSC avec des populations plus défavorisées.

4.7. Pistes de recherche futures

La présente étude a permis de montrer des effets favorables du PEP-AS afin de réduire les symptômes de TAS d'enfants de 4 à 7 ans. Elle appuie également la pertinence d'offrir l'intervention exclusivement au parent et de cibler un trouble anxieux spécifique. Cependant, d'autres études randomisées contrôlées avec davantage de participants seront nécessaires afin de répliquer les résultats et ainsi de valider l'efficacité du programme. De plus, des études avec relances à plus long terme permettraient d'évaluer la portée du programme à travers le temps. Dans le même esprit, il serait intéressant de tester un format où les séances de la deuxième moitié du programme seraient davantage espacées dans le temps, ou un format où on ajouterait des relances (*booster sessions*) afin de vérifier si cela faciliterait le maintien des gains. Il serait également pertinent de procéder au démantèlement du programme afin de cibler les composantes les plus efficaces. En effet, les études sur les traitements comprenant un amalgame de stratégies rendent les conclusions sur les composantes particulières plus difficiles, en raison de leur effet combiné. Entre autres possibilités, les effets du programme pourraient être comparés avec ou sans la composante relationnelle afin d'en confirmer la plus-value, ou encore avec ou sans la technique de relaxation afin de vérifier s'il serait justifié de la retirer. Différents ordres d'introduction des stratégies pourraient également être testés de même que l'ajout de certains modules (p. ex. ciblant l'aspect cognitif, l'opposition, la motivation) en fonction des caractéristiques des participants selon une approche modulaire

(Chorpita, 2007). Ces études permettraient ainsi une amélioration des coûts-bénéfices du programme.

De futures études pourraient également évaluer l'effet modérateur ou médiateur de certaines variables, telles que l'âge de l'enfant, la nature des troubles concomitants, le statut de l'enfant dans la famille (p. ex. enfant unique ou présence de fratrie), le statut conjugal des parents (p. ex. monoparentalité, parents ensemble ou séparés), etc. En outre, il serait souhaitable de mesurer plus largement et précisément les pratiques parentales associées à l'anxiété (incluant l'anxiété de séparation) dans la littérature, soit, en plus de la surprotection : la chaleur émotionnelle, les pratiques négatives comme la critique et le rejet, le contrôle, l'encouragement à l'autonomie et les comportements d'intrusion (qui, eux, ont été liés spécifiquement à l'anxiété de séparation; Wood, 2006), afin d'attester les changements qui s'effectuent dans ces pratiques et d'ajouter des mesures spécifiques de la relation parent-enfant et de l'attachement. L'ajout de mesures observationnelles (p. ex. de l'anxiété de l'enfant dans des situations de séparation, de la relation parent-enfant, des pratiques parentales) serait également pertinent. Dans la mesure où les parents ont rapporté des améliorations de ces variables, il serait aussi intéressant d'explorer le rôle de l'autonomie, du sentiment de compétence et de la capacité à verbaliser les émotions en tant que mécanismes de changement chez les enfants.

Conclusion

Comme il a été mentionné précédemment, le TAS est le trouble anxieux le plus fréquent chez les enfants. Il apparaît tôt dans le développement et il persiste dans de nombreux cas (environ un tiers). Il est par ailleurs susceptible d'entraîner de multiples conséquences négatives, tant sur le plan familial que sur les plans scolaire ou relationnel. Pour toutes ces raisons, il s'avère essentiel d'effectuer un dépistage et un traitement précoces de ce trouble. Il faut aussi développer des programmes d'intervention efficaces dont les effets se maintiendront à long terme. Cette étude a montré les effets prometteurs du PEP-AS pour traiter le TAS chez les enfants d'âge préscolaire ou en début de parcours scolaire en s'adressant exclusivement aux parents. D'autres recherches permettant de perfectionner ce programme et d'améliorer son efficacité devront être poursuivies pour le valider et par la suite le diffuser plus largement dans les milieux de pratique.

Bibliographie

- Abidin, R. R. (1995). *Parenting stress index: Professional manual* (3rd ed.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, E. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Albano, A. M., & Kendall, P. C. (2002). Cognitive behavioural therapy for children and adolescents with anxiety disorders: Clinical research advances. *International Review of Psychiatry, 14*, 129-134. doi:10.1080/0954026022013264 4.
- Allen, J. L., Rapee, R., & Sandberg, S. (2008). Severe life events and chronic adversities as antecedents to anxiety in children: A matched control study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36*, 1047-1056. doi:10.1007/s10802-008-9240-x
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC : Author.
- American Psychological Association. (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines, *American Psychologist, 57*, 1052–1059. doi: 10.1037//0003-066X.57.12.1052
- Ashford, J., Smit, F., van Lier, P. A., Cuijpers, P., & Koot, H. M. (2008). Early risk indicators of internalising problems in late childhood: A 9-year longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*, 774–780. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01889.x
- Barlow, D. H., Nock, M. K., & Hersen, M. (2009). *Single case experimental designs: Strategies for studying behavior change* (3rd ed.). Boston: MA, Pearson Education.

- Barrett, P. M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology, 27*, 459-468. doi:10.1207/s15374424jccp2704_10
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 333-342. doi:10.1037/0022-006X.64.2.333
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory manual* (2nd ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bell-Dolan, D. (1995). Separation anxiety disorder. In R. T. Ammerman & M. Hersen (Eds.), *Handbook of child behavior therapy in the psychiatric settings* (pp. 217-298). New York, NY: John Wiley.
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (1997). At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 918-924. doi:10.1097/00004583-199707000-00013
- Bernstein, G. A., Bernat, D. H., Victor, A. M., & Layne, A. E. (2008). School-based interventions for anxious children: 3-, 6-, and 12-months follow-ups. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47*, 1039-1047. doi:10.1097/chi.0b013e31817eccc0
- Bernstein, G. A., & Borchardt, C. M. (1996). School refusal: Family constellation and family functioning. *Journal of Anxiety Disorders, 10*, 1-19. doi:10.1016/0887-6185(95)00031-3.
- Biederman, J., Petty, C. R., Hirshfeld-Becker, D. R., Henin, A., Faraone, S. V., Fraire, M., Henry, B., ... Rosenbaum, J. F. (2007). Developmental trajectories of anxiety disorders

- in offspring at high risk for panic disorder and major depression, *Psychiatry Research*, 143, 245-252. doi:10.1016/j.psychres.2007.02.016
- Bigras, M., LaFreniere, P. J., & Abidin, R. R. (1996). *Indice de stress parental: Manuel francophone en complément à l'édition américaine*, New York, NY : Multi-Health Systems.
- Blatter-Meunier, J., & Schneider, S. (2011). Thérapie comportementale-cognitive des troubles émotionnels liés à l'anxiété de séparation. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 21, 84-89. doi : 10.1016/j.jtcc.2011.07.011
- Bögels, S. M., & Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26, 834-856. doi:10.1016/j.cpr.2005.08.001
- Bögels, S. M., & Phares, V. (2008). Fathers' role in the etiology, prevention and treatment of child anxiety: A review and new model. *Clinical Psychology Review*, 28, 539-558. doi:10.1016/j.cpr.2007.07.011
- Bolton, D., Eley, T. C., O'Connor, T. G., Perrin, S., Rabe-Esketh, S., Rijdsdijk, F., & Smith, P. (2006). Prevalence and genetic and environmental influences on anxiety disorders in 6-years-old twins. *Psychological Medicine*, 36, 335-344. doi:10.1017/S0033291705006537
- Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 14, 211-218.

- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds: Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. *British Journal of Psychiatry*, *130*, 201-210. Retrieved from <http://bjp.rcpsych.org>
- Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte : Vol 1. L'attachement*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Breton, J-J., Bergeron, L., Valla, J-P., Berthiaume, C., Gaudet, N., Lambert, J., ... Lépine, S. (1999). Quebec child mental health survey: Prevalence of DSM-III-R mental health disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *40*, 375-384. doi:10.1111/1469-7610.00455
- Briggs-Gowan, M. J., Horwitz, S. M., Schwab-Stone, M. E., Leventhal, J. M. & Leaf, P. J. (2000). Mental health in pediatric settings: Distribution of disorders and factors related to service use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*, 841-849. Retrieved from <http://journals.lww.com/jaacap>
- Brinkmeyer, M. Y., & Eyberg, S. M. (2003). Parent-child interaction therapy for oppositional children. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-Based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 204-223). New York, NY: Guilford Press.
- Broeren, S., & Muris, P. (2008). Psychometric evaluation of two new parent-rating scales for measuring anxiety symptoms in young Dutch children. *Journal of Anxiety Disorders*, *22*, 949-958. doi:10.1016/j.janxdis.2007.09.008
- Broeren, S., Muris, P., Diamantopoulou, S., & Baker, J. R. (2013). The course of childhood anxiety symptoms: Developmental trajectories and child-related factors in normal children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *41*, 81-95, doi:10.1007/s10802-012-9669-9

- Brumariu, L. E., & Kerns, K. A. (2010a). Mother-child attachment patterns and different types of anxiety symptoms: Is there specificity of relations? *Child Psychiatry and Human Development, 41*, 663-674. doi: 10.1007/s10578-010-0195-0
- Brumariu, L. E., & Kerns, K. A. (2010b). Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. *Development and Psychopathology 22*, 177-203. doi:10.1017/S0954579409990344
- Burnstein, M., & Ginsburg, G. S. (2010). The effect of parental modeling of anxious behaviors and cognitions in school-aged children: An experimental pilot study. *Behavior Research and Therapy, 48*, 506-515. doi:10.1016/j.brat.2010.02.006
- Carpenter, A. L., Puliafico, A. C., Kurtz, S. M. S., Pincus, D. B., & Comer, J. S. (2014). Extending Parent-child interaction therapy for early childhood internalizing problems: New advances for an overlooked population. *Clinical Child and Family Psychology Review, 17*, 340-356. doi:10.1007/s10567-014-0172-4
- Carter, A.S., Wagmiller, R. J., Gray, S. A. O., McCarthy, K. J., Horwitz, S. M., & Briggs-Gowan, M. J. (2010). Prevalence of DSM-IV disorders in a representative, healthy birth cohort at school entry: Socio-demographic risks and social adaptation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 49*, 686-698. Retrieved from www.jaacap.org
- Cartwright-Hatton, S., McNally, D., Field. A. P., Stewart, R., Laskey,. B., Dixon, C., ... Woodham, A. (2011). A new parenting-based group intervention for young anxious children: Results of a randomized control trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 50*, 242-251.e6. doi:10.1016/j.jaac.2010.12.015

- Cartwright-Hatton, S., McNally, D., & White, C. (2005). A new cognitive behavioural parenting intervention for families of young anxious children: A pilot study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 33, 243-247. doi:10.1017/S1352465804002036
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in preadolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26, 817-833. doi:10.1016/j.cpr.2005.12.002
- Chase, R. M., & Pincus, D. B. (2011). Sleep-related problems in children and adolescent with anxiety disorders. *Behavioral Sleep Medicine*, 9, 224-236. doi:10.1080/15402002.2011.606768
- Choate, M. L., & Pincus, D. B. (2001). *The Weekly Record of Anxiety at Separation: A home monitoring measure for parents*. Manuscript non publié, Boston University Center for Anxiety and Related Disorders.
- Choate, M. L., Pincus, D. B., Eyberg, S. M., & Barlow, D. H. (2005). Parent-child interaction therapy for treatment of separation anxiety disorder in young children: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 126-135. doi:10.1016/S1077-7229(05)80047-1
- Chorpita, B. F. (2007). *Modular cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders*. New York, NY: Guilford Press.
- Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., & Weisz, J. R. (2005). Modularity in the design and application of therapeutic interventions. *Applied and Preventive Psychology*, 11, 141-156. doi:10.1016/j.appsy.2005.05.002

- Cobham, V. E. (2012). Do anxiety disordered children need to come into the clinic for efficacious treatment? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 465-476. doi:10.1037/a0028205
- Cobham, V. E., Dadds, M. R., & Spence, S. H. (1998). The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 893-905. doi:10.1037/0022-006X.66.6.893
- Cobham, V. E., Dadds, M. T., Spence, S. H., & McDermott, B. (2010). Parental anxiety in the treatment of childhood anxiety: A different story three years later, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 39*, 410-420. doi:10.1080/15374411003691719
- Cohen, L., Feinstein, A., Masuda, A., & Vowles, K. E. (2013). Single-case research design in pediatric psychology: Considerations regarding data analysis. *Journal of Pediatric Psychology, 1-14*. doi:10.1093/jpepsy/jst065
- Colonnesi, C., Draijer, E. M., Stams, G. J. J. M., Van der Bruggen, C. O., Bögels, S. M., & Noom, M. J. (2011). The relation between insecure attachment and child anxiety: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40*, 630-645. doi:10.1080/15374416.2011.581623
- Comer, J. S., Puliafico, A. C., Aschenbrand, S. G., McKnight, K., Robin, J. A., Goldfine, M. E., & Albano, A. (2012). A pilot feasibility evaluation of the CALM Program for anxiety disorders in early childhood. *Journal of Anxiety Disorders, 26*, 40-49. doi:10.1016/j.janxdis.2011.08.011
- Compton, S. N., Nelson, A. H., & March, J. S. (2000). Social phobia and separation anxiety symptoms in community and clinical samples of children and adolescents. *Journal of*

- the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1040-1046.
doi:10.1097/00004583-200008000-00020
- Compton, S. N., Peris, T. S., Almirall, D., Birmaher, B., Sherrill, J., Kendall, P. C., ... & Albano, A. M. (2014). Predictors and moderators of treatment response in childhood anxiety disorders: Results from the CAMS trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 212-224. doi:10.1037/a0035458
- Costa, N. M., Weems, C. F., Pellerin, K., & Dalton, R. (2006). Parenting stress and childhood psychopathology: An examination of specificity to internalizing and externalizing symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28, 113-122. doi:10.1007/s10862-006-7489-3
- Crawford, A. M., & Manassis, K. (2001). Familial predictors of treatment outcome in childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 1182-1189. doi:10.1097/00004583-200110000-00012
- Creswell, C., Schniering, C. A., & Rapee, R. M. (2005). Threat interpretation in anxious children and their mothers: Comparison with nonclinical children and the effects of treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1375-1381. doi:10.1016/j.brat.2004.10.009
- Dadds, M. R., Barrett, P. M., Rapee, R. M., & Ryan, S. (1996). Family process and child anxiety and aggression: An observational analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 715-734. doi:10.1007/BF01664736
- de la Barra, F., Vicente, B., Saldivia, S., & Melipillan, R. (2014). Separation anxiety, social phobia and generalized anxiety disorders in the Chilean epidemiological study of

- children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Behavior*, 2, 1-7.
doi:10.4172/jcalb.1000133
- de Wilde, A., & Rapee, R. M. (2008). Do controlling maternal behaviors increase state anxiety in children's response to a social threat? A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 526-537. doi:10.1016/j.jbtep.2007.10.011
- Dia, D. A. (2001). Cognitive-behavioral therapy with a six-year-old boy with separation anxiety disorder: A case study. *Health & Social Work*, 26, 125-128.
- Dodd, H. F., Hudson, J. L., Morris, T. M., & Wise, C. K. (2012). Interpretation bias in preschool at risk for anxiety: A prospective study. *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 28-38. doi:10.1037/a0024589
- Drake, K. L., & Ginsburg, G. S. (2012). Family factors in the development, treatment and prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15, 144-162. doi:10.1007/s10567-011-0109-0.
- Dumas, J. E., LaFreniere, P. J., Capuano, F., & Durning, P. (1997). *Profil Socio-Affectif (PSA) : Évaluation des compétences sociales et des difficultés d'adaptation des enfants de 2 ans ½ à 6 ans*. Paris, France : Éditions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Edwards, S. L., Rapee, R. M., & Kennedy, S. (2010). Prediction of anxiety symptoms in preschool-aged children: Examination of maternal and paternal perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 313-321. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02160.x.
- Ehrenreich, J. T., Santucci, L. C., & Weiner, C. L. (2008). Separation anxiety disorder in youth: Phenomenology, assessment and treatment. *Psichologia Conductual*, 16, 389-412. doi:10.1901/jaba.2008.16-389.

- Eisen, A. R., Raleigh, H., & Neuhoff, C. C. (2008). The unique impact of parent training for separation anxiety disorder in children. *Behavior Therapy, 39*, 195-206. doi:10.1016/j.beth.2007.07.004
- Eisen, A. R., & Schaefer, C. E. (2005). *Separation anxiety in children and adolescents: An individualized approach to assessment and treatment*. New York, NY: Guilford Press.
- Eisen, A. R., Sussman, J. M., Schmidt, T., Mason, L., Hausler, L. A., & Hashim, R. (2011). Separation anxiety disorder. In D. McKay & E. A. Storch (Eds.) *Handbook of child and adolescent anxiety disorders* (pp. 245-259). doi:10.1007/978-1-4419-7784-7_17
- Eley, T. C. (2001). Contributions of behavioral genetics research: Quantifying genetic, shared environmental and nonshared environmental influences. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 45-59). New York, NY: Oxford University Press.
- Eley, T. C., Rijdsdijk, F. V., Perrin, S., O'Connor, T. G., & Bolton, D. (2008). A multivariate genetic analysis of specific phobia, separation anxiety and social phobia in early childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36*, 839-846. doi:10.1007/s10802-008-9216-x
- Esbjörn, B. H., Sømhøvd, M. J., Nielsen, S. K., Normann, N., Leth, I., & Reinholdt-Dunne, M. (2014). Parental changes after involvement in their anxious child's cognitive behavior therapy. *Journal of Anxiety Disorders, 28*, 664-670. doi:10.1016/j.janxdis.2014.07.008
- Feigon, S. A., Waldman, I. D., Levy, F., & Hay, D. A. (2001). Genetic and environmental influences on separation anxiety disorder symptoms and their moderation by age and sex. *Behavior Genetics, 31*, 404-411. doi:10.1017/S0033291705006537

- Fisher, W. W., Kelley, M. E., & Lomas, J. E. (2003). Visual aids and structured criteria for improving visual inspection and interpretation of single-case designs, *Journal of Applied Behavior Analysis*, *36*, 388-406. doi:10.1901/jaba.2003.36-387
- Foley, D. L., Pickles, A., Maes, H., Silberg, J., & Eaves, L. (2004). Course and short-term outcomes of separation anxiety disorder in a community sample of twins. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *43*, 1107-1114. doi:10.1097/01.chi.0000131138.16734.f4.
- Foley, D. L., Rowe, R., Maes, H., Silberg, J., Eaves, L., & Pickles, A. (2008). The relationship between separation anxiety and impairment. *Journal of Anxiety Disorders*, *22*, 635-641. doi:10.1016/j.anxdis.2007.06.002
- Figueroa, A., Soutullo, C., Ono, Y., & Saito, K. (2012). Separation anxiety. In Rey, J. M. (Ed), *IACACAP e-Textbook of child and adolescent mental health*. (pp.1-24). Retrieved from: <http://iacapap.org/wp-content/uploads/F.2-SEPARATION-ANXIETY-300812.pdf>
- Flannery-Schroeder, E. C., & Kendall, P. C. (2000). Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Cognitive Therapy and Research*, *24*, 251-278. doi:10.1023/A:1005500219286
- Fraire, M. G., & Ollendick, T. H. (2013). Anxiety and oppositional defiant disorder : A transdiagnostic conceptualization. *Clinical Psychology Review*, *33*, 229-240. doi:10.1016/j.cpr.2012.11.004
- Francis, G., Last, C. G., & Strauss, C. C. (1987). Expression of separation anxiety disorder: The roles of age and gender. *Child Psychiatry and Human Development*, *18*, 82-89. doi:10.1007/BF00709952

- Franklin, R. D., Allison, D. B., & Gorman, B. S. (1996). *Design and analysis of single-case research*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Franz, L., Angold, A., Copeland, W., Costello, E. J., Towe-Goodman, N., & Egger, H. (2013). Preschool anxiety disorders in pediatric primary care: Prevalence and comorbidity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *52*, 1294-1303. doi:10.1016/j.jaac.2013.09.008
- Galla, B. M., Wood, J. J., Chiu, A.W., Langer, D. A., Jacobs, J., Ifekwunigwe, M., & Larkins, C. (2012). One year follow-up to modular cognitive-behavioral therapy for the treatment of pediatric anxiety disorders in an elementary school setting. *Child Psychiatry and Human Development*, *43*, 219-226. doi:10.1007/s10578-011-0258-x
- Gar, N. S., & Hudson, J. L. (2008). An examination of the interaction between mothers and children with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *46*, 1266-1274. doi:10.1016/j.brat.2008.08.006
- Gar, N. S., & Hudson, J. L. (2009). The association between maternal anxiety and treatment outcome for childhood anxiety disorders. *Behavior Change*, *26*, 1-15. doi:10.1375/behc.26.1.1.
- Gauthier, J., & Bouchard, S. (1993). Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State-trait Anxiety Inventory de Spielberger. *Revue canadienne des sciences du comportement*, *25*, 559-578.
- Ghanbari, S., Rabieenejad, R., Ganje, P., & Khoramzadeh, S. (2013). Psychometric properties of Preschool children anxiety scale (teacher form). *Developmental Psychology (Journal of Iranian Psychologists)*, *10*, 29-37. Abstract retrieved from <http://en.journals.sid.ir/ViewPaper.aspx?ID=353571>

- Graczyk, P. A., & Connolly, S. D. (2008). Anxiety disorders in childhood. In T. P. Gullotta & G. M. Blau (Eds.), *Handbook of childhood behavioral issues: Evidence-based approaches to prevention and treatment* (pp. 215-238). New York, NY: Taylor & Francis.
- Hagopian, L. P., & Slifer, K. J. (1993). Treatment of separation anxiety disorder with graduated exposure and reinforcement targeting school attendance: A controlled case study. *Journal of Anxiety Disorders, 7*, 271-280. doi:10.1016/0887-6185(93)90007-8
- Hammerness, P., Harpold, T., Petty, C., Menard, C., Zar-Kessler, C., & Biederman, J. (2008). Characterizing non-OCD anxiety disorders in psychiatrically referred children and adolescent. *Journal of Affective Disorders, 105*, 213-219. doi:10.1016/j.jad.2007.05.012
- Hirshfeld-Becker, D. R., Masek, B., Henin, A., Blakely, L. R., Pollock-Wurman, R. A., McQuade, J., ... & Biederman, J. (2010). Cognitive behavioral therapy for 4-to 7-year-old children with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 498-510. doi:10.1037/a0019055
- Horvath-Dallaire, D., & Weinraub, M. (2005). Predicting children's separation anxiety at age 6: The contributions of infant-mother attachment security, maternal sensitivity, and maternal separation anxiety. *Attachment and Human Development, 7*, 393-408. doi:10.1080/14616730500365894
- Hudson, J. L., Dodd, H. F., & Bovopoulos, N. (2011). Temperament, family environment and anxiety in preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 39*, 939-951. doi:10.1007/s10802-011-9502-x

- Hudson, J. L., Doyle, A. M., & Gar, N. (2009). Child and maternal influence on parenting behavior in clinically anxious children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 38*, 256-262. doi:10.1080/15374410802698438
- Hudson, J. L., Lester, K. J., Lewis, C. M., Tropeano, M., Creswell, C., Collier, D. A., ... & Eley, T. C. (2013). Predicting outcomes following cognitive behaviour therapy in child anxiety disorders: The influence of genetic, demographic and clinical information. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54*, 1086-1094. doi:10.1111/jcpp.12092
- Hudson, J. L. & Rapee, R. M. (2001). Parent-child interactions and anxiety disorders: An observational study. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 1411-1427. doi:10.1016/S0005-7967(00)00107-8
- Hudson, J. L., Rapee, R. M., Deveney, C., Schniering, C. A., Lyneham, H. J., & Bovopoulos, N. (2009). Cognitive-behavioral treatment vs an active control for children and adolescent with anxiety disorders: A randomized control trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 48*, 533-544. doi:10.1097/CHI.0b013e31819c2401
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12-19. doi:10.1037/0022-006X.59.1.12
- Jurbergs, N., & Ledley, D. R. (2005). Separation anxiety disorder. *Pediatric Annals, 34*, 108-115.
- Kagan, J. (1997). Temperament and reactions to unfamiliarity. *Child Development, 68*, 139-143. Retrieved from <http://www.jstor.org>

- Kashani, J. H., & Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, *147*, 313-318. Retrieved from <http://proquest.umi.com>
- Kazdin, A. E. (2011). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Kearney, C. A., Sims, K. E., Pursell, C. R., & Tillotson, C. A. (2003). Separation anxiety disorder in young children: A longitudinal and family analysis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *32*, 593-598. doi:10.1207/S15374424JCCP3204_12
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*, 100-110. doi:10.1037/0022-006X.62.1.100
- Kendall, P. C., Brady, E. U., & Verduin, T. L. (2001). Comorbidity in childhood anxiety disorders and treatment outcome. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *40*, 787-794. doi.org/10.1097/00004583-200107000-00013
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E. C., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65*, 366-380. doi:10.1037/0022-006X.65.3.366
- Kendall, P. C., Hudson, J. L., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E., & Suveg, C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: A randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*, 282-297. doi: 10.1037/0022-006x.76.2.282

- Kendall, P. C., Safford, S., Flannery-Schroeder, E., & Webb, A. (2004). Child anxiety treatment: Outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 276-287. doi:10.1037/0022-006X.72.2.276
- Kennedy, S. J., Rapee, R. M., & Edwards, S. L. (2009). A selective intervention program for inhibited preschool aged children of parents with an anxiety disorder: Effects on current anxiety disorders and temperament. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 48*, 602-609. Retrieved from www.jaacap.com
- Kerns, K. A., Siener, S., & Brumariu, L. E. (2011). Mother-child relationships, family context, and child characteristics as predictors of anxiety symptoms in middle childhood. *Development and Psychopathology, 23*, 593-604. doi:10.1017/S0954579411000228.
- Khanna, M. S., & Kendall, P. C. (2010). Computer assisted cognitive-behavioral therapy for child anxiety: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 737-745. doi:10.1037/a0019739
- Kim, E., Cain, K. C., & Webster-Stratton, C. (2008). The preliminary effect of a parenting program for Korean American mothers: A randomized controlled experimental study. *Journal of Nursing Studies, 45*, 1261-1273. doi:10.1016/j.ijnurstu.2007.10.002
- Krain, A., Hudson, J., Coles, M., & Kendall, P. (2002). The case of Molly L.: Use of a family cognitive-behavioral treatment for childhood anxiety. *Clinical Case Studies, 1*, 271-298. doi: 10.1177/153465002236505

- Kratochwill, T. R., Hitchcock, J., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M., & Shadish, W. R. (2010). *Single-case design technical documentation*. Retrieved from What Works Clearinghouse website: http://ies.ed.gov/ncee/wwc/pdf/wwc_scd.pdf
- Lavigne, J. V., LeBailly, S. A., Hopkins, J., Gouze, K. R., & Binns, H. J. (2009). The prevalence of ADHD, ODD, depression and anxiety in a community sample of 4-years-old. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *38*, 315-328. doi:10.1080/15374410902851382
- Lessard, J. (2010). *Les pratiques éducatives parentales : Le point de vue des parents et d'un observateur* (Thèse doctorale, Université de Montréal, Montréal, Canada). Retrieved from <https://papyrus.bib.umontreal.ca>
- Lewin, A. B. (2011). Parent training for childhood anxiety. In D. McKay & E. A. Storch (Eds.) *Handbook of child and adolescent anxiety disorders* (pp. 405-417), doi:10.1007/978-1-4419-7784-7_27
- Lewinsohn, P. M., Holm-Denoma, J. M., Small, J. W., Seeley, J. R., & Joiner, T. E. (2008). Separation anxiety disorder in childhood as a risk factor for future mental illness. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *47*, 548-555. doi:10.1097/CHI.0b013e31816765e7
- Liber J. M., van Widenfelt, B. M., Utens, E. M. W. J., Ferdinand, R. F., van der Leeden, A. J. M, Van Gastel, W., & Treffers, P. D. A. (2008). No differences between group versus individual treatment of childhood anxiety disorders in a randomised clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*, 886–893. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01877.x

- Liber, J. M., van Widenfelt, B. M., van der Leeden, A. J. M., Goedhart, A. W., Utens, E. M. W. J., & Treffers, P. D. A. (2010). The relation of severity and comorbidity to treatment outcome with cognitive behavioral therapy for childhood anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 38, 683-694. doi:10.1007/s10802-010-9394-1
- Lindhout, I. E., Markus, M. T., Hoojendijk, T. H. G., & Boer, F. (2009). Temperament and parental child-rearing style: Unique contributions to clinical anxiety disorders in childhood. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 439-446. doi:10.1007/s00787-009-0753-9
- March, S., Spence, S. H., & Donovan, C. L. (2009). The efficacy of an internet-based cognitive-behavioral therapy approach to the treatment of child anxiety disorders. *Journal of Pediatric Psychology* 34, 474–487. doi:10.1093/jpepsy/jsn099
- Mash, E. J. (2006). Treatment of child and family disturbance : A behavioral-system perspective. In E J. Mash et R. A. Barkley (dir.), *Treatment of childhood disorders* (pp. 3-64). New York : Guilford Press.
- Mattis, S. G., & Pincus, D. B. (2004). Treatment of SAD and panic disorder in children and adolescents. In P. M. Barrett & T. H. Ollendick (Eds.), *Handbook of interventions that work with children and adolescents: Prevention and treatment* (pp. 145-169). New York, NY: John Wiley.
- McLeod, B. D., Wood, J. J., & Avny, S. B. (2011). Parenting and child anxiety disorders. In D. McKay & E. A. Storch (Eds), *Handbook of child and adolescent anxiety disorders* (pp. 213-228). doi:10.1007/978-1-4419-7784-7_15

- McLeod, B. D., Wood, J. J., & Weisz (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychological Review, 27*, 155-172. doi:10.1016/j.cpr.2006.09.002
- Mendlowitz, S. L., Manassis, K., Bradley, S., Scapillato, D., Miezitis, S., & Shaw, B. F. (1999). Cognitive-behavioral group treatment in childhood anxiety disorders: The role of parental involvement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*, 1223-1229. Retrieved from <http://ovidsp.tx.ovid.com>
- Minde, K., Roy, J., Bezonsky, R., & Hashemi, A. (2010). The effectiveness of CBT in 3-7 year old anxious children: Preliminary data. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 19*, 109-115. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2868557/>
- Mofrad, S., Abdullah, R., & Samah, B. A. (2009). Perceived parental overprotection and separation anxiety: Does specific parental rearing serve as specific risk factor? *Asian Social Science, 5*, 109-119. Retrieved from www.ccsenet.org/ass
- Mofrad, S., Abdullah, R., & Uba, I. (2010). Attachment patterns and separation anxiety symptom. *Asian Social Science, 6*, 148-153. Retrieved from www.ccsenet.org/ass
- Monga, S., Young, A., & Owens, M. (2009). Evaluating a cognitive behavioral therapy group program for anxious five to seven year old children: A pilot study. *Depression and Anxiety, 26*, 243-250. doi:10.1002/da.20551
- Muris, P., & Field, A. P. (2008). Distorted cognitions and pathological anxiety in children and adolescents, *Cognition & Emotion, 22*, 395-421. doi:10.1080/02699930701843450
- Muris, P., Meesters, C., & van Melick, M. (2002). Treatment of childhood anxiety disorders: A preliminary comparison between cognitive-behavioral group therapy and a

- psychological placebo intervention. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33, 143-158. doi:10.1016/S0005-7916(02)00025-3
- Muris, P., van Brakel, A. M. L., Arntz, A., & Schouten, E. (2011). Behavioral inhibition as a risk factor for the development of childhood anxiety disorders: A longitudinal study. *Journal of Child Family Studies*, 20, 157-170. doi:10.1007/s10826-010-9365-8
- Nauta, M., Scholing, A., Emmelkamp, P. M. G., & Minderaa, R. B. (2003). Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: No additional effect of a cognitive parent training. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1270-1278. doi:10.1097/01.chi.0000085752.71002.93
- Nock, M. K., Janis, I. B., & Wedig, M. M. (2008). Research designs. In A.M. Nezu & M. Nezu (Eds.), *Evidence-based outcome research: A practical guide to conducting randomized controlled trials for psychosocial interventions* (pp. 201–218). New York, NY: Oxford University Press.
- Nock, M. K., Michel, B. D., & Photos, V. I. (2008). Single-case research designs. In D. McKay (Ed.), *Handbook of research methods in abnormal and clinical psychology* (pp.337-350). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Normandeau, S., Letarte, M.-J., Robaey, P., & Allard, J. (2009, Juin). *Efficacy of two interventions for parents of ADHD children*. Communication présentée à l'International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology, Seattle, WA.

- Pahl, K. M., Barrett, P. M., & Gullo, M. J. (2012). Examining potential risk factors for anxiety in early childhood. *Journal of Anxiety Disorders, 26*, 311-320. doi:10.1016/j.janxdis.2011.12.013
- Phillips, D., & Wolpe, S. (1981). Multiple behavioral techniques in severe separation anxiety of a twelve-year-old. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 12*, 329-332. doi:10.1016/0005-7916(81)90073-2
- Pincus, D. B., Eyberg, S. M., & Choate, M. L. (2005). Adapting Parent-Child Interaction Therapy for young children with separation anxiety disorder. *Education and Treatment of Children, 28*, 163-181. Retrieved from <http://www.phhp.ufl.edu>
- Pincus, D. B., Santucci, L. C., Ehrenreich, J. T., & Eyberg, S. M. (2008). The implementation of Modified Parent-Child Interaction Therapy for youth with separation anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice, 15*, 118-125. doi:10.1016/j.cbpra.2007.08.002
- Podell, J. L., & Kendall, P. C. (2011). Mothers and fathers in family cognitive-behavioral therapy for anxious youth. *Journal of Child and Family Studies, 20*, 182-195. doi:10.1007/s10826-010-9420-5
- Raleigh, H., Brien, L. K., & Eisen, A. R. (2002). *Parent training treatment manual for separation anxious children*. Manuscript non publié, Fairleigh Dickinson University, Teaneck, NJ.
- Rapee, R. M. (2000). Group treatment of children with anxiety disorders: Outcome and predictors of treatment response. *Australian Journal of Psychology, 52*, 125-129. doi:10.1080/00049530008255379

- Rapee, R. M. (2009). Early adolescents' perceptions of their mother's anxious parenting as a predictor of anxiety symptoms 12 months later. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *37*, 1103-1112. doi:10.1007/s10802-009-9340-2.
- Rapee, R. M. (2012). Family factors in the development and management of anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*. *15*, 69-80. doi:10.1007/s10567-011-0106-3
- Rapee, R. M., Kennedy, S., Ingram, M., Edwards, S., & Sweeney, L. (2005). Prevention and early intervention of anxiety disorders in inhibited preschool children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*, 488-497. doi:10.1037/0022-006x.73.3.488
- Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, *5*, 311-341. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153628
- Raudino, A., Murray, L., Turner, C., Tsampala, E., Lis, A., De Pascalis, L., & Cooper, P. J. (2013). Child anxiety and parenting in England and Italy: The moderating role of maternal warmth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *54*, 1318-1328. doi: 10.1111/jcpp.12105
- Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J., & Cooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *32*, 251-262. doi:10.1016/j.cpr.2012.01.005
- Richter, N. C. (1984). The efficacy of relaxation training with children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *12* (2), 319-344.

- Rivard, V., & Bouchard, S. (2005). Les protocoles à cas uniques. Dans S. Bouchard & C. Cyr (Eds.), *Recherche psychosociale : Pour harmoniser recherche et pratique* (2^e éd.) (pp.195-228). Sainte Foy, Canada: Presses de l'Université du Québec.
- Rubin, K. H., Burgess, K. B., Kennedy, A. E., & Stewart, S. L. (2003). Social withdrawal in childhood. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child Psychopathology* (pp. 372-406). New York, NY: Guilford Press.
- Saavedra, L., Silverman, W. K., Morgan-Lopez, A. A., & Kurtines, W. M. (2010). Cognitive behavioral treatment for childhood anxiety disorders: Long-term effects on anxiety and secondary disorders in young adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *51*, 924–934. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02242.x
- Santucci, L. C., & Ehrenreich-May, J. (2013). A randomized control trial of the Child anxiety multi-day program (CAMP) for separation anxiety disorder. *Child Psychiatry & Human Development*, *44*, 439-461. doi:10.1007/s10578-012-0338-6
- Santucci, L. C., Ehrenreich, J. T., Trostler, S. E., Bennett, S. M., & Pincus, D. B. (2009). Development and preliminary evaluation of a one-week summer treatment program for separation anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, *16*, 317-331. doi:10.1016/j.cbpra.2008.12.005
- Scaini, S., Ogliari, A., Eley, T. C., Zavos, H., & Battaglia, M. (2012). Genetic and environmental contributions to separation anxiety: A meta-analytic approach to twin data. *Depression and Anxiety*, *00*, 1-8. doi:10.1002/da.21941
- Schneider, S., Blatter-Meunier, J., Herren, C., Adornetto, C., In-Albon, T., & Lavalley, K. (2011). Disorder-specific cognitive-behavioral therapy for separation anxiety disorder

- in young children: A randomized waiting-list-controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *80*, 206-215. doi:10.1159/000323444
- Schneider, S., Blatter-Meunier, J., Herren, C., In-Albon, T., Adornetto, C., Meyer, A., & Lavallee, K. (2013). The efficacy of a family-based cognitive-behavioral treatment for separation anxiety disorder in children aged 8–13: A randomized comparison with a general anxiety program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *81*, 932-940. doi: 10.1037/a0032678
- Seehagen, S., Margraf, J., & Schneider, S. (2014). Developmental psychopathology. In P. M. G. Emmelkamp & T. Ehring (Eds.), *The Wiley handbook of anxiety disorders* (pp.148-171). doi: 10.1002/9781118775349.ch10
- Shamir-Essakow, G., Ungerer, J. A., & Rapee, R. M. (2005). Attachment, behavioral inhibition, and anxiety in pre-school children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *33*, 131-143. doi:10.1007/s-10802-005-1822-2
- Shear, K., Jin, R., Ruscio, A. M., Walters, E. E., & Kessler, R. C. (2006). Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 1074-1083. doi: 10.1176/appi.ajp.163.6.1074
- Shortt, A. L., Barrett, P. M., & Fox, T. L. (2001). Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child Psychology*, *30*, 525-535. doi:10.1207/S15374424JCCP3004_09
- Silverman, W. K., & Albano, A. M. (1996). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and parent versions*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

- Silverman, W. K., Dick-Niederhauser, A. (2004). Separation anxiety disorder. In T. L. Morris & J. S. March (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (2nd ed.) (pp.164-188). New York, NY: Guilford Press.
- Silverman, W. K., Kurtines, W. M., Ginsburg, G. S., Weems, C. G., Lumpkin, P. W., & Carmichael, D. H. (1999). Treating anxiety disorders in children with group cognitive behavioral therapy: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 995-1003. doi:10.1037/0022-006X.67.6.995
- Silverman, W. K., Kurtines, W. M., Jaccard, J., & Pina, A. A. (2009). Directionality of change in youth anxiety treatment involving parents: An initial examination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 474-495. doi:10.1037/a0015761
- Silverman, W. K., Saavedra, L. M., & Pina, A. A. (2001). Test-retest reliability of anxiety symptoms and diagnoses with the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and parent versions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 937-944. Retrieved from <http://journals.lww.com/jaacap>
- Silverman, W. K., Pina, A. A., & Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*, 105-130. doi:10.1080/15374410701817907
- Simpson, D. (2009). Adolescents with OCD: An integration of the transtheoretical model with exposure and response prevention. *Best Practices in Mental Health, 5*, 14-28. Retrieved from: <http://essential.metapress.com>

- Simpson, D., Suarez, L., & Connolly, S. (2012). Treatment and outcomes for anxiety disorders among children and adolescents: A review of coping strategies and parental behaviors. *Current Psychiatry Reports, 14*, 87-95. doi:10.1007/s11920-012-0254-2
- Southam-Gerow, M. A., Kendall, P. C., & Weersing, V. R. (2001). Examining outcome variability: Correlates of treatment response in a child and adolescent anxiety clinic. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*, 422-436. doi:10.1207/S15374424JCCP3003_13
- Spence, S. H., & Rapee, R. (1999). *Preschool Anxiety Scale (Parent Report and Teacher Version)*. Retrieved from <http://www.scaswebsite.com/docs/scas-preschool-scale.pdf>
- Spence, S. H., Rapee, R., McDonald, C., & Ingram, M. (2001). The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 1293-1316. doi:10.1016/S0005-7967(00)00098-X
- Spielberger, C. D. (1983). *State-Trait Anxiety Inventory for Adults Manual*, Redwood City, CA: Mind Garden.
- Swoboda, C. M., Kratochwill, T. R., Levin, J. R. (2010). *Conservative dual-criterion for single-case research: A guide for visual analysis of AB, ABAB, and multiple-baselines designs*. (WCER Working Paper No. 2010-13), Retrieved from University of Wisconsin–Madison, Wisconsin Center for Education Research website: <http://www.wcer.wisc.edu/publications/workingPapers/papers.php>
- Thomas, J. C., & Truax, P. (2008). Assessment and analysis of clinically significant change. *Handbook of reasearch methods in abnormal and clinical psychology*, 317-335. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Thomasgard, M., Metz, W. P., Edelbrock, C., & Shonkoff, J. P. (1995). Parent-child relationship disorders. Part I. Parental overprotection and the development of the Parent Protection Scale. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 16*(4), 244-250.
- Topolski, T. D., Hewitt, J. K., Eaves, L. J., Silberg, J. L., Meyer, J. M., Rutter, M., ... Simonoff, E. (1997). Genetic and environmental influences on child reports of manifest anxiety and symptoms of separation anxiety and overanxious disorders: A community-based twin study. *Behavior Genetics, 27*, 15–28. doi:10.1023/A:1025607107566
- Turgeon, L., & Brousseau, L. (2001). *Entrevue d'évaluation des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents pour le DSM-IV (ADIS-C-P)*. Manuscrit non publié. Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal, Québec, Canada.
- Turgeon, L., & Brousseau, L. (2002). *Questionnaire sur l'anxiété à l'âge préscolaire*. Manuscrit non publié. Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal, Québec, Canada.
- Turgeon, L., Mayer-Brien, S., & Brousseau, L. (2012). Intervention cognitivo-comportementale auprès d'enfants présentant un trouble d'anxiété de séparation. In L. Turgeon & S. Parent (Eds), *Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et adolescents, Tome 1 : Troubles intériorisés* (pp. 61-86). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Turgeon, L., & Parent, S. (2012). Une approche contemporaine de la thérapie cognitivo-comportementale auprès des enfants et des adolescents. In In L. Turgeon & S. Parent

- (Eds), *Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et adolescents, Tome 1 : Troubles intériorisés* (pp. 2-11). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- van der Bruggen, C. O., Stans, G. J. J., & Bögels, S. M. (2008). Research review: The relation between child and parent anxiety and parental control: A meta-analytic review, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*, 1257-1269. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01898.x.
- van der Sluis, C. M., van der Bruggen, C. O., Brechman-Toussaint, M. L., Thissen, M. A. P., & Bögels, S. M. (2012). Parent-directed cognitive behavioral therapy for young anxious children: A pilot study. *Behavior Therapy*, *43*, 583-592. doi:10.1016/j.beth.2011.10.002
- Vasey, M. W. & Dadds, M. R. (2001). *The developmental psychopathology of anxiety*. New York, NY: Oxford University Press.
- Verduin, T. L., & Kendall, P. C. (2003). Differential occurrence of comorbidity within childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *32*, 290-295. doi.org/10.1207/S15374424JCCP3202_15
- Vicente, B., Saldivia, S., de la Barra, F., Kohn, R., Pihan, R., Valdivia, M., ... Melipillan, R. (2012). Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: A community epidemiological study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *53*, 1026-1035. doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02566.x
- Victor, A. M., Bernat, D. H., Bernstein, G. A., & Layne, A. E. (2007). Effects of parent and family characteristics on treatment outcome of anxious children. *Journal of anxiety disorders*, *21*, 835-848.

- Warren, S. L., Huston, L., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 637-644. Retrieved from <http://journals.lww.com/jaacap>
- Waters, A. M., Ford, L. A., Wharton, T. A., & Cobham, V. E. (2009). Cognitive-behavioural therapy for young children with anxiety disorders: Comparison of a child + parent condition versus a parent only condition. *Behaviour Research and Therapy*, *47*, 654-662. doi:10.1016/j.brat.2009.04.008
- Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*, 715-730.
- Weems, C. F., & Carrion, V. G. (2003). The treatment of separation anxiety disorder employing attachment theory and cognitive behavior therapy techniques. *Clinical Case Studies*, *2*, 188-198. doi:10.1177/1534650103002003002
- Wood, J. J. (2006). Parental intrusiveness and children's separation anxiety in a clinical sample. *Child Psychiatry of Human Development*, *37*, 73-87.
- Wood, J. J., McLeod, B. D., Sigman, M., Hwang, W.-C., & Chu, B. C. (2003). Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *44*, 134-151. doi:10.1111/1469-7610.00106
- Wood, J.J., McLeod, B. D., Piacentini, J. C., & Sigman, M. (2009). One-year follow-up of family versus child CBT for anxiety disorders: Exploring the roles of child age and parental intrusiveness. *Child Psychiatry and Human Development*, *40*, 301-316. doi:10.1007/s10578-009-0127-z.

Wood, J. J., Piacentini, J. C., Bergman, L., McCracken, J., & Barrios, V. (2002). Concurrent validity of the anxiety disorders section of the Anxiety Disorders Schedule for DSM-IV: Child and parent versions. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *31*, 335-342. doi:10.1207/S15374424JCCP3103_05

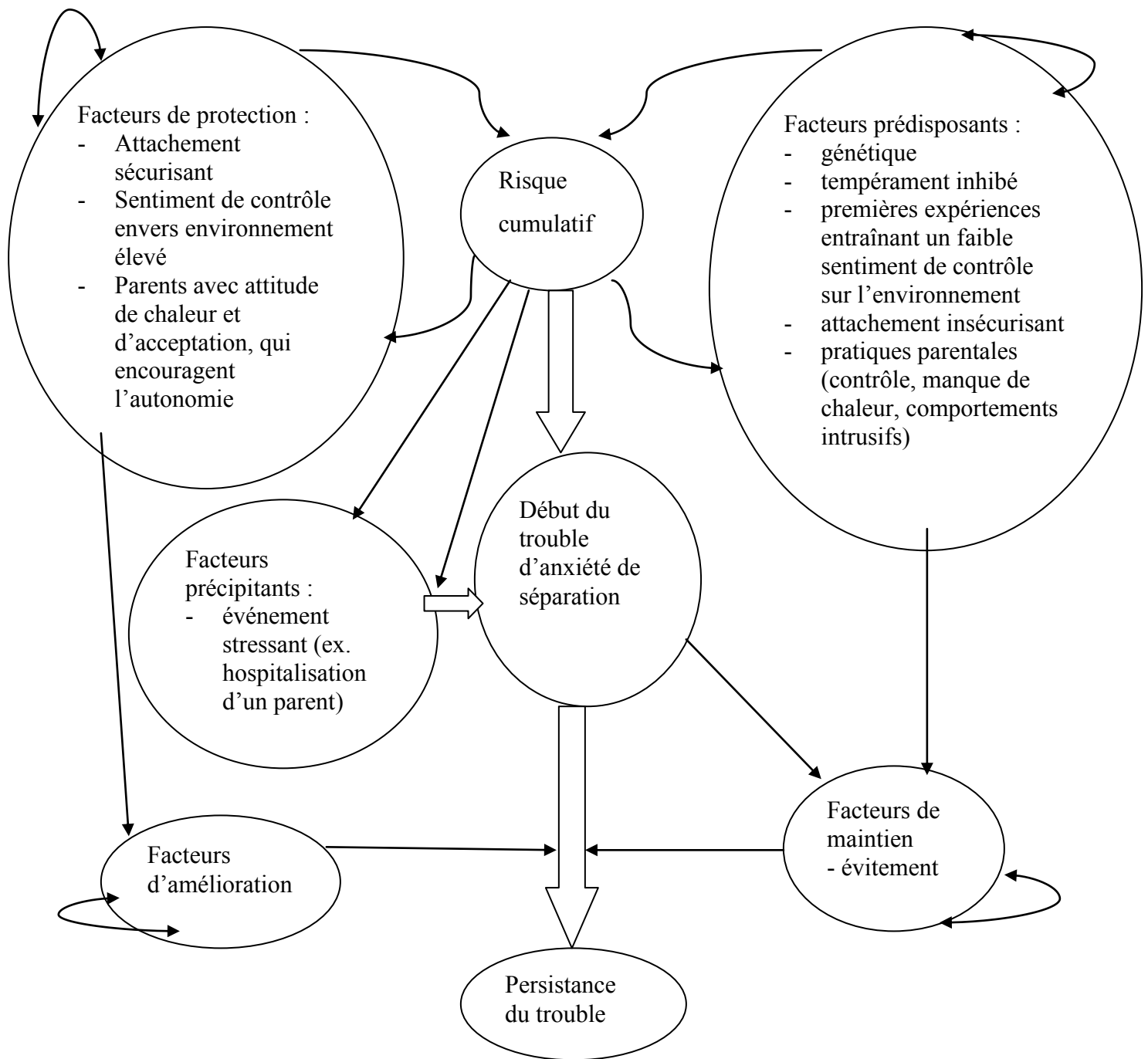
Wood, J. J., Piacentini, J. C., Southam-Gerow, M., Chu, B. C., & Sigman, M. (2006). Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *45*, 314-321. doi:10.1097/01.chi.0000196425.88341.b0

Annexe A: Critères diagnostiques du trouble d'anxiété de séparation d'après le DSM-V

Critères diagnostiques du trouble d'anxiété de séparation d'après le DSM-V

- A. Anxiété excessive et inappropriée au stade du développement concernant la séparation d'avec la maison ou les personnes auxquelles l'enfant est attaché, comme en témoignent au moins trois des manifestations suivantes :
- 1) détresse excessive et récurrente lors des situations de séparation d'avec la maison ou les principales figures d'attachement, ou en anticipation de telles situations
 - 2) crainte excessive et persistante concernant la disparition des principales figures d'attachement ou un malheur pouvant leur arriver (p. ex., maladie, blessure, catastrophe, mort)
 - 3) crainte excessive et persistante qu'un événement malheureux ne vienne séparer l'enfant de ses principales figures d'attachement (p. ex., se perdre, être kidnappé, avoir un accident, devenir malade)
 - 4) réticence persistante ou refus d'aller à l'école, ou ailleurs, en raison de la peur de la séparation
 - 5) appréhension ou réticence excessive et persistante à rester à la maison seul ou sans l'une des principales figures d'attachement, ou bien dans d'autres environnements sans des adultes de confiance
 - 6) réticence persistante ou refus d'aller dormir sans être à proximité de l'une des principales figures d'attachement, ou bien d'aller dormir en dehors de la maison
 - 7) cauchemars répétés à thèmes de séparation
 - 8) plaintes somatiques répétées (telles que maux de tête, douleurs abdominales, nausées, vomissements) lors des séparations d'avec les principales figures d'attachement, ou en anticipation de telles situations
- B. Durée du trouble : au moins 4 semaines (chez les enfants et adolescents; au moins 6 mois chez les adultes)
- C. Le trouble entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, scolaire ou dans d'autres domaines importants.
- D. Le trouble n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental tel que : refuser de quitter la maison en raison d'une résistance excessive au changement dans le cas d'un trouble du spectre de l'autisme ; des délires/hallucinations concernant la séparation dans le cas de troubles psychotiques; le refus de sortir sans un compagnon de confiance dans le cas de l'agoraphobie; des inquiétudes liées à la santé ou d'autres malheurs pouvant survenir à des personnes significatives dans le cas d'un trouble d'anxiété généralisée ou des craintes d'avoir une maladie dans le cas de l'hypocondrie.

Annexe B : Modèle transactionnel du développement du trouble d'anxiété de séparation



Modèle inspiré de celui de Vasey & Dadds, 2001.

Annexe C : Liste des lieux de recrutement

Organismes communautaires pour les personnes souffrant de troubles anxieux :

- La Clé des champs
- La ressource ATP
- Groupe d'entraide GEME
- Association des troubles anxieux du Québec – ATAQ

Organismes communautaires pour les parents et les familles :

- Assistance d'enfants en difficulté – AED
- Maison à petits pas
- Maisonnée des parents
- La Relance Jeunes et Familles
- Carrefour des Petits Soleils
- Groupe d'entraide maternelle de La Petite Patrie
- Association des parents de Côte-des-Neiges
- Baobab familial
- Maison des familles de Mercier-Est
- Carrefour familial Les Pitchou
- Maison de la famille Cœur à Rivière
- Entre Parents de Montréal-Nord
- Familles en action
- Maison des familles de LaSalle
- Maison de la famille Pierre Bienvenu Noailles
- Maison des familles de Verdun
- Interaction famille Hochelaga
- Les enfants de l'espoir de Maisonneuve
- Carrefour familial Hochelaga
- Association Cigogne

Centres de la petite enfance (CPE) et garderies :

- Le Baluchon
- Centre de la petite enfance HEC
- Garderie et Maternelle Petits bouts de choux
- Centre de la petite enfance Champagneur
- École Buissonnière
- Centre de la petite enfance Le coin des enfants de l'Avenue du Parc
- Centre à la petite enfance Villeneuve
- Centre de la petite enfance Les Ateliers
- Roche, papier, ciseaux, Garderie du Plateau
- Centre de la petite enfance Harmonie
- Centre de la petite enfance Soleil du quartier
- Centre de la petite enfance Le Sablier
- Centre de la petite enfance St-Édouard
- CPE Alexis le Trotteur
- CPE Au Petit-Talon

CLSC :

- CLSC d'Hochelaga-Maisonneuve
- CLSC de Rosemont
- CLSC d'Ahuntsic

Clinique Universitaire de Psychologie de l'Université de Montréal

Annexe D : Affiche du projet



ÉTUDE SUR L'EFFICACITÉ D'UN NOUVEAU TRAITEMENT DE L'ANXIÉTÉ DE SÉPARATION

Votre enfant a entre 4 et 7 ans et semble manifester des difficultés reliées à l'anxiété de séparation?
Par exemple :

- Il ou elle a peur d'être séparé-e de sa maison ou de ses parents.
- Il ou elle manifeste de la détresse (p. ex. pleurs, crises, maux physiques) lors des séparations ou quand il ou elle anticipe une séparation.
- Il ou elle a des inquiétudes excessives par rapport à ce qui pourrait lui arriver (p. ex. s'inquiète d'être enlevé-e) ou ce qui pourrait arriver à ses parents (p. ex. s'inquiète qu'ils aient un accident) lors des séparations.
- Il ou elle résiste ou s'oppose à : aller à l'école ou à tout autre endroit à cause de la peur d'être séparé.
- Il ou elle résiste ou s'oppose à : être seul-e (p. ex. dans une pièce), dormir sans ses parents (p. ex. seul-e dans son lit ou chez un ami) et/ou se faire garder.

Si vous reconnaissez votre enfant dans l'une des descriptions ci-dessus, vous êtes invité à participer à notre étude visant à vérifier l'efficacité d'un programme d'intervention ciblant l'anxiété de séparation chez les enfants de 4 à 7 ans.

La participation implique de participer gratuitement au programme d'intervention ainsi que prendre part à une évaluation (entrevue, questionnaires, journal de bord) avant et après celui-ci.

- Le programme s'adresse exclusivement aux parents.
- Durée : 10 séances d'environ 75 à 90 minutes (1/semaine, puis aux 2 semaines)
- Lieu : Clinique Universitaire de Psychologie de l'Université de Montréal
- Le programme est d'approche cognitivo-comportementale et contient plusieurs techniques déjà validées pour traiter les problèmes d'anxiété chez les enfants.
- Aperçu du contenu :
 - Informations sur les peurs, l'anxiété et l'anxiété de séparation
 - Stratégies pour renforcer la relation parent-enfant
 - Stratégies pour aider votre enfant à gérer son anxiété de séparation (p. ex. techniques de relaxation, confrontation graduelle aux situations de séparation)

Si la participation à cette étude vous intéresse, vous pouvez me contacter par téléphone au **514-343-6111 poste 2534** OU par courriel à l'adresse suivante :

Merci et au plaisir de vous rencontrer!

Sandra Mayer-Brien, Étudiante au doctorat en psychologie clinique (sous la direction de Dre Lyse Turgeon), Université de Montréal

Sandra Mayer-Brien 514-343-6111 #2534	Sandra Mayer-Brien 514-343-6111 #2534	Sandra Mayer-Brien 514-343-6111 #2534	Sandra Mayer-Brien 514-343-6111 #2534	Sandra Mayer-Brien 514-343-6111 #2534	Sandra Mayer-Brien 514-343-6111 #2534	Sandra Mayer-Brien 514-343-6111 #2534	Sandra Mayer-Brien 514-343-6111 #2534	Sandra Mayer-Brien 514-343-6111 #2534	Sandra Mayer-Brien 514-343-6111 #2534
------------------------------------------	------------------------------------------	------------------------------------------	------------------------------------------	------------------------------------------	------------------------------------------	------------------------------------------	------------------------------------------	------------------------------------------	------------------------------------------

Annexe E : Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR L'ÉVALUATION ET L'INTERVENTION

Titre du projet : Efficacité d'un programme d'intervention s'adressant aux parents d'enfants de 4 à 7 ans présentant un trouble d'anxiété de séparation.

Expérimentatrice : Sandra Mayer-Brien, étudiante au doctorat en psychologie

Chercheure responsable : Dr. Lyse Turgeon, Ph. D., psychologue, chercheure, Université de Montréal

A) RENSEIGNEMENTS

Objectif de la recherche

L'objectif de ce projet est d'étudier l'efficacité d'un programme d'intervention de type cognitivo-comportemental s'adressant aux parents pour traiter les problèmes d'anxiété de séparation des enfants francophones âgés entre 4 et 7 ans.

Description du programme d'intervention

Le programme a pour but principal de réduire la fréquence des comportements liés à l'anxiété de séparation de votre enfant (p. ex. refuser de quitter la maison, crise lorsque vous devez le faire garder) et diminuer la détresse qu'il vit lorsqu'il doit se séparer de vous. Pour y arriver, le programme utilise plusieurs stratégies telles que : 1) Informations sur les peurs et l'anxiété de séparation de même que leurs causes, 2) Apprentissage d'habiletés pour favoriser une relation parent-enfant harmonieuse et pour mieux gérer l'anxiété de séparation de votre enfant, 3) Techniques de relaxation pouvant aider votre enfant à se calmer, 4) Accompagnement dans une démarche (exposition) visant à guider votre enfant vers la confrontation graduelle des situations de séparation qu'il évitait auparavant.

Par votre participation, aucun inconvénient notable n'est prévu. Il est cependant possible qu'une légère augmentation de l'anxiété soit notée chez votre enfant lors de la confrontation graduelle aux situations de séparation. Cette augmentation de l'anxiété est normale et diminue lors de la période d'exposition.

Participation à la recherche

- 1) La première phase de la recherche consiste à évaluer la problématique. Lors de la rencontre d'aujourd'hui, vous rencontrerez une évaluatrice. Cette phase d'évaluation se déroulera comme suit :
 - a. Nous vous demanderons d'abord de participer à une entrevue d'environ 1h30 où on vous posera des questions sur les symptômes d'anxiété de votre enfant et sur la présence d'autres difficultés psychologiques.
 - b. Par la suite, nous vous remettons quelques questionnaires sur vous et votre enfant. Ces questionnaires portent sur les comportements de votre enfant, ses symptômes d'anxiété ainsi que sur vos symptômes d'anxiété, de dépression et vos pratiques

éducatives. Nous vous demanderons de les remplir durant la semaine et de les rapporter à la prochaine rencontre.

- c. Nous vous demanderons finalement les coordonnées de l'enseignant(e) de votre enfant afin de lui envoyer un questionnaire portant sur l'adaptation et les comportements de l'enfant à l'école.

Cette étape d'évaluation est essentielle pour bien cerner les difficultés vécues par votre enfant et afin de déterminer si elles correspondent à celles traitées par le programme. Si tel est le cas, vous prendrez part à la deuxième phase de l'étude.

- 2) La deuxième phase consiste à observer les symptômes quotidiens de votre enfant. En voici le déroulement :
 - a. Environ une semaine plus tard, vous serez invités à une deuxième rencontre où l'on vous remettra des calepins d'auto-observations quotidiennes (*Journal de bord d'anxiété de séparation*) et où on vous fournira des explications sur la façon de les remplir. Globalement, on vous demandera d'y noter la fréquence des situations où votre enfant montre une anxiété de séparation, son degré d'anxiété durant ces situations et à quel point son anxiété interfère avec vos occupations quotidiennes. Des enveloppes préaffranchies vous seront fournies pour le retour des calepins à chaque semaine.
 - b. Durant une période pouvant varier de 2 à 4 semaines, nous vous inviterons à poursuivre l'auto-observation quotidienne des symptômes de votre enfant à l'aide des calepins. L'expérimentatrice vous contactera une fois par semaine durant cette période pour s'assurer que les calepins sont remplis sans difficulté et répondra à vos questions, le cas échéant. La durée de la période d'auto-observation dépend de critères spécifiques, établis pour les besoins de la recherche.
- 3) Vous passerez ensuite à la troisième phase de l'étude, c'est-à-dire au programme d'intervention, qui se déroulera comme suit :
 - a. Le programme comporte 10 rencontres d'environ 90 minutes. Les séances sont hebdomadaires pour la première moitié du programme, puis se déroulent aux deux semaines pour la deuxième partie.
 - b. Tout au long du programme d'intervention, nous vous demanderons d'effectuer des exercices à la maison avec votre enfant et de poursuivre l'auto-observation quotidienne expliquée précédemment.

Tout au long du programme, il est important de suivre les recommandations cliniques, d'assister aux rencontres et de ne pas suivre d'autres formes de thérapie.

- 4) Finalement, immédiatement après le programme ainsi que 3 mois plus tard, nous vous demanderons de répondre à la même entrevue et aux mêmes questionnaires que lors de la rencontre d'évaluation. Un second questionnaire sera également envoyé à l'enseignant(e).

Confidentialité

Tous les renseignements que vous nous fournirez sont confidentiels à moins que la Loi n'exige un bris de la confidentialité. Seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès à vos données. De plus, toutes les données seront conservées dans un endroit sous clé. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. Ces données personnelles seront détruites 7 ans après la fin du projet. Seules les données ne permettant pas de vous identifier seront conservées après cette période, le temps nécessaire à leur utilisation dans le cadre de cette recherche.

Notre équipe de recherche s'engage à assurer la confidentialité des **enregistrements vidéo**.

Ces enregistrements seront réalisés dans le seul but de s'assurer de la qualité de l'entrevue d'évaluation et des interventions thérapeutiques et de vérifier l'application du protocole de recherche. Le contenu des bandes vidéo demeurera confidentiel.

Seuls les membres de notre équipe de recherche auront accès aux bandes vidéo. Elles ne seront ni copiées ni diffusées d'aucune façon. Elles seront conservées dans un endroit sous clé. L'équipe de recherche s'engage à effacer le contenu des bandes dès que les vérifications mentionnées ci-dessus auront été faites.

Droit de retrait

Votre participation est entièrement volontaire. Vous être libre de cesser votre participation en tout temps sur simple avis verbal, et ce sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Les responsables de l'étude se réservent aussi le droit d'interrompre votre participation s'ils jugent que vous tirez peu de bénéfices du programme. Si tel est le cas, nous vous proposerons d'autres ressources pertinentes. En cas d'abandon, les données recueillies seront tout de même utilisées pour fins de résultats.

B) CONSENTEMENT

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et comprendre le but, la nature, le déroulement, les avantages et les inconvénients de cette recherche. Après réflexion, je consens librement à participer à ce projet de recherche. Je sais que je peux me retirer en tout temps sur simple avis verbal et sans devoir justifier ma décision.

Je consens à ce qu'un questionnaire soit rempli par l'enseignant(e) de mon enfant.

J'ai lu l'engagement à la confidentialité concernant les bandes vidéo et j'accepte que l'entrevue d'évaluation et les rencontres d'interventions soient enregistrées.

Prénom et nom du parent répondant en lettres moulées : _____

Signature du parent répondant : _____ Date : _____

Prénom et nom en lettres moulées de l'autre parent (s'il y a lieu) : _____

Signature de l'autre parent (s'il y a lieu): _____ Date : _____

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, le déroulement, les avantages et les inconvénients de l'étude et avoir répondu au meilleur de ma connaissance et en toute honnêteté aux questions posées.

Prénom et nom en lettres moulées : _____

Signature de l'expérimentatrice : _____ Date : _____

Prénom et nom en lettres moulées : _____

Signature de la chercheuse principale: _____ Date : _____

Pour toute question relative à l'étude ou pour vous retirer du projet, vous pouvez communiquer avec l'expérimentatrice, Sandra Mayer-Brien, au 514-343-6111 poste 2534 ou à l'adresse courriel : _____ en indiquant les plages horaires où elle peut vous rappeler ou encore avec la chercheuse responsable, Lyse Turgeon, au 514-343-6111 poste 2559 ou à l'adresse courriel _____.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca (l'ombudsman accepte les appels à frais virés).

Annexe F : Contenu détaillé des séances du *PEP-AS*

Séances	Contenus abordés	
	Version originale de 10 rencontres	Version allongée de 12 rencontres
Séance 1 Peurs, phobies et anxiété de séparation	I. Bienvenue <ul style="list-style-type: none"> a) Brève introduction au programme b) Discussion à propos des raisons qui ont amené les parents à vouloir participer, de leurs préoccupations et leurs attentes et établissement de l'alliance c) Révision du <i>Journal de bord d'anxiété de séparation</i> et renforcement des efforts des parents II. Introduction : étapes du programme III. Éducation <ul style="list-style-type: none"> a) Introduction aux rôles respectifs du tempérament de l'enfant et des attitudes du parent face aux symptômes b) Objectif du programme : gérer l'anxiété de séparation c) Définition et exemples des concepts de : peur, phobie, anxiété et anxiété de séparation d) Rationnel du programme (centré sur le parent) IV. Exercices à la maison <ul style="list-style-type: none"> a) Rationnel b) Remise et explication du calepin d'auto-observations quotidiennes, le <i>Journal de bord d'anxiété de séparation</i> c) Discussion à propos des difficultés potentielles quant à la complétion des calepins et solutions à envisager d) Remise de la fiche-résumé de la séance 	Même contenu
Séance 2 Causes de l'anxiété et l'anxiété de séparation	I. Révision du <i>Journal de bord d'anxiété de séparation</i> et renforcement des efforts des parents II. Distinguer l'anxiété normale de l'anxiété excessive III. Présentation des différentes perspectives théoriques sur l'anxiété <ul style="list-style-type: none"> a) Théories de l'apprentissage : conditionnement classique, conditionnement opérant, apprentissage par observation 	Même contenu

	<ul style="list-style-type: none"> b) Théorie cognitive c) Théories biologiques d) Théorie de l'attachement e) Développement de l'anxiété de séparation <p>IV. Introduction au rationnel du programme, basé sur l'apprentissage et la théorie de l'attachement</p> <p>V. Discussion à propos des pièges dans lesquels peuvent tomber les parents</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Piège de la rassurance excessive b) Piège de la surprotection c) Piège de la coercition <p>VI. Reformulation de l'objectif : gérer plutôt qu'éliminer l'anxiété</p> <p>VII. Exercices à faire à la maison et remise de la fiche-résumé</p>	
<p>Séance 3 Importance d'une relation harmonieuse</p>	<p>I. Révision du <i>Journal de bord d'anxiété de séparation</i> et renforcement des efforts des parents</p> <p>II. Révision de l'exercice de la semaine et retour sur les pièges dans lesquels peuvent tomber les parents (d'après leur expérience)</p> <p>II. Retour sur la théorie de l'attachement</p> <p>IV. Objectif de la séance sur la relation et rationnel (importance de favoriser une relation parent-enfant harmonieuse)</p> <p>V. Apprentissage d'habiletés visant à augmenter la chaleur émotionnelle et la sensibilité de leurs interactions avec leur enfant (à pratiquer dans des périodes de jeu spéciales)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Règle de base des périodes de jeu spéciales: laisser l'enfant diriger b) Habiletés relationnelles à employer : enthousiasme, féliciter de manière précise et refléter; puis jeu de rôle c) Comportements à éviter : les directives, les questions et les critiques d) Jeux de rôle pour pratiquer l'ensemble des habiletés 	<p>Même contenu</p>

	IV. Exercices à faire à la maison et remise de la fiche-résumé	
Séance 4 Importance de l'exposition	<p>I. Révision du <i>Journal de bord d'anxiété de séparation</i> et renforcement des efforts des parents</p> <p>II. Révision de l'exercice de la semaine (retour sur le déroulement des périodes de jeu spéciales) et renforcement des efforts des parents</p> <p>III. Utilisation des habiletés relationnelles durant les situations de séparation</p> <p>IV. Exposition</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Rationnel b) Description <p>V. Escalier d'exposition</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Trois niveaux de situations anxiogènes : degré d'anxiété faible, modéré et élevé b) Exemples d'escaliers d'exposition (de base : phobie des chiens; spécifique : anxiété de séparation) c) Critères pour le choix des exercices d'exposition d) Construction d'un escalier d'exposition pour leur enfant : étapes à suivre et pratique <p>IV. Planification du premier exercice d'exposition</p> <p>V. Exercices à faire à la maison et remise de la fiche-résumé et des autres fiches-parent (exemples d'escaliers)</p>	Même contenu
Séance 5 Apprendre à votre enfant à relaxer	<p>I. Révision du <i>Journal de bord d'anxiété de séparation</i> et renforcement des efforts des parents</p> <p>II. Introduction</p> <p>III. Révision des exercices de la semaine et renforcement des efforts des parents : suite de la construction de l'escalier d'exposition et premier exercice d'exposition</p> <p>IV. Planification des deux prochains exercices d'exposition</p>	Même contenu

	<p>V. Retour sur le déroulement des périodes de jeu spéciales et habiletés relationnelles</p> <p>VI. Entraînement à la relaxation</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Description b) Buts <p>VII. Utilisation d'un script d'entraînement à la relaxation avec les parents</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Description de la procédure b) Écoute du script c) Application de l'exercice avec l'enfant <p>VIII. Conclusion et importance de la pratique</p> <p>IV. Exercices à faire à la maison, remise de la fiche-résumé, des autres fiches-parent et de l'enregistrement audio du script de relaxation</p>	
<p>Séance 6 Gestion des contingences</p>	<p>I. Révision du <i>Journal de bord d'anxiété de séparation</i> et renforcement des efforts des parents</p> <p>II. Introduction</p> <p>III. Révision des exercices de la semaine : Premiers exercices d'exposition et pratique de la relaxation</p> <p>IV. Retour sur les périodes de jeu spéciales, les habiletés relationnelles et les pièges dans lesquels peuvent tomber les parents</p> <p>V. Gestion des contingences</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Renforcer les comportements appropriés tels que la relaxation et les comportements de bravoure (p. ex. faire face à de nouvelles situations) b) Minimiser l'attention accordée aux comportements inappropriés tels que : la rassurance excessive et les crises <p>VI. Utilisation des récompenses</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Raisons pour utiliser les récompenses b) Réticences des parents à utiliser des récompenses c) Quelle ampleur doit prendre la récompense d) Liste de récompenses possibles e) Quand donner et arrêter les récompenses? 	<p>Même contenu</p>

	<p>VII. Communication efficace</p> <p>a) Description</p> <p>b) Consignes appropriées (p. ex. claires) vs inappropriées (p. ex. vagues)</p> <p>VIII. Exercices à faire à la maison et remise de la fiche-résumé</p>	
<p>Séance 7 Pratique de l'exposition et résolution de problèmes</p>	<p>I. Révision du <i>Journal de bord d'anxiété de séparation</i> et renforcement des efforts des parents</p> <p>II. Introduction</p> <p>III. Retour sur les périodes de jeu spéciales, les habiletés relationnelles et les pièges dans lesquels peuvent tomber les parents.</p> <p>IV. Exposition</p> <p>a) Retour sur les exercices d'exposition faits</p> <p>b) Planification de la suite de l'exposition</p> <p>c) Récompenses associées aux exercices d'exposition</p> <p>d) Gestion des contingences lors de l'exposition</p> <p>V. Relaxation</p> <p>a) Retour sur la pratique de relaxation de la semaine</p> <p>b) Transition de la pratique de la relaxation avec l'enregistrement à l'utilisation de la technique lors des situations de séparation</p> <p>c) Utilisation des techniques de relaxation dans les situations anxiogènes (*si prêt)</p> <p>VI. Importance de la pratique</p> <p>VII. Attentes réalistes</p> <p>VIII. Exercices à faire à la maison et remise de la fiche-résumé</p>	<p>Séance 7</p> <p>Même contenu que la séance 7 de la version originale</p>
		<p>Séance 8</p> <p>Même contenu que la séance 7 de la version originale en omettant les points suivants: VI. Importance de la pratique et VII. Attentes réalistes</p>

<p>Séance 8 Pratique de l'exposition et résolution de problèmes</p>	<p>I. Révision du <i>Journal de bord d'anxiété de séparation</i> et renforcement des efforts des parents</p> <p>II. Introduction</p> <p>III. Retour sur les périodes de jeu spéciales, les habiletés relationnelles et les pièges dans lesquels peuvent tomber les parents.</p> <p>IV. Exposition</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Retour sur les exercices d'exposition faits b) Planification de la suite de l'exposition c) Récompenses associées aux exercices d'exposition d) Gestion des contingences lors de l'exposition <p>V. Relaxation</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Retour sur la pratique de relaxation de la semaine b) Transition de la pratique de la relaxation avec l'enregistrement à l'utilisation de la technique lors des situations de séparation c) Utilisation des techniques de relaxation dans les situations anxiogènes <p>VI. Retour sur l'importance de la pratique</p> <p>VII. Exercices à faire à la maison et remise de la fiche-résumé</p>	<p>Séance 9</p> <p>Même contenu que la séance 8 de la version originale</p>
<p>Séance 9 Maintien des acquis</p>	<p>I. Révision du <i>Journal de bord d'anxiété de séparation</i> et renforcement des efforts des parents</p> <p>II. Introduction</p> <p>III. Retour sur les exercices de la semaine et l'application des stratégies apprises jusqu'à maintenant</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Retour sur les périodes de jeu spéciales, les habiletés relationnelles et les pièges dans lesquels peuvent tomber les parents b) Exposition (1-Retour sur les exercices d'exposition faits; 2- Planification de la suite de l'exposition; 3- Récompenses associées aux exercices d'exposition, 4- Gestion des contingences lors de l'exposition) c) Retour sur la pratique de relaxation de la semaine 	<p>Séance 10</p> <p>Même contenu que la séance 8 de la version originale en omettant le point suivant: VI. Retour sur l'importance de la pratique)</p> <p>Séance 11</p> <p>Même contenu que la séance 9 de la version originale</p>

	<p>IV. Prévention de la rechute</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Discuter du concept de rechutes temporaires b) Identification de situations à risque de rechute c) Stratégies pour reprendre le contrôle d) Identification de solutions potentielles pour prévenir et gérer les rechutes <p>V. Discussion à propos des questions des parents concernant la fin du programme</p> <p>VI. Exercices à faire à la maison et remise de la fiche-résumé</p>	
<p>Séance 10 Révision et fin</p>	<p>I. Révision du <i>Journal de bord d'anxiété de séparation</i> et renforcement des efforts des parents</p> <p>II. Introduction</p> <p>III. Retour sur les exercices de la semaine</p> <p>IV. Révision des fiches-résumé des séances</p> <p>V. Retour sur les progrès</p> <p>VI. Rétroaction sur le programme</p> <p>VII. Discussion à propos de la fin et du « transfert de contrôle » du thérapeute vers le parent</p> <p>VIII. Planifier l'évaluation post-traitement et la relance (3 mois)</p>	<p>Séance 12</p> <p>Même contenu que la séance 10 de la version originale</p>

Annexe G : Intégrité thérapeutique

No. Séance	Proportion de contenu prévu couvert	Pourcentage de contenu prévu couvert
Benito		
1	12/12	100%
2	19/19	100%
3	18/18	100%
4	20/20	100%
5	16/16	100%
6	16/16	100%
7	11/12	92%
8	12/12	100%
9	16/16	100%
10	8/8	100%
Total	148/149	99%

Fanny		
1	12/12	100%
2	19/19	100%
3	18/18	100%
4	20/20	100%
5	16/16	100%
6	8/16	100%
7	10/12	83%

8	11,5/12	96%
9	14/16	88%
10	8/8	100%
<hr/>		
Total	144,5/149	97%
<hr/>		

Léa

1	12/12	100%
2	19/19	100%
3	18/18	100%
4	20/20	100%
5	16/16	100%
6	15/16	94%
7	11/12	92%
8	10/12	83%
9	16/16	100%
10	8/8	100%
<hr/>		
Total	145/149	97%
<hr/>		

Samuel

1	12/12	100%
2	19/19	100%
3	18/18	100%
4	20/20	100%
5	16/16	100%

6	16/16	100%
7	12/12	100%
8	12/13	92%
9	12/13	92%
10	11/12	92%
11 et 12	23/24	94%
<hr/>		
Total	171/175	98%
<hr/>		

Édouard

1	12/12	100%
2	19/19	100%
3	17/18	94%
4	20/20	100%
5	14/16	88%
6	16/16	100%
7	11/12	92%
8	11/13	85%
9	12/13	92%
10	12/12	100%
11	13/16	81%
12	8/8	100%
<hr/>		
Total	165/175	94%
<hr/>		

Marc-Antoine		
1	12/12	100%
2	19/19	100%
3	17/18	94%
4	20/20	100%
5	16/16	100%
6	16/16	100%
7	12/12	100%
8	12/13	92%
9	13/13	100%
10	10/12	83%
11	16/16	100%
12	8/8	100%
Total	171/175	98%

Note. Les séances 11 et 12 ont été fusionnées dans le cas de Samuel.

Annexe H : Journal de bord d'anxiété de séparation

Journal de bord d'anxiété de séparation

Veillez noter le nombre de fois que votre enfant a manifesté chacun de ces comportements pour chaque jour de la semaine. Pour chaque comportement identifié, SVP évaluer le niveau de détresse démontré par votre enfant sur une échelle de 0 à 8 (0= aucune détresse, 8 = détresse d'une intensité extrême) et le degré d'interférence du comportement avec vos activités quotidiennes (0= n'a restreint aucune de nos activités, 8= nous n'avons pas pu accomplir nos activités).

Journal de bord d'anxiété de séparation																					
Anxiété de séparation liée à l'école (ou garderie)																					
Comportements d'anxiété de séparation	# de fois	Détresse (0-8)	Inter-férence (0-8)	# de fois	Détresse (0-8)	Inter-férence (0-8)	# de fois	Détresse (0-8)	Inter-férence (0-8)	# de fois	Détresse (0-8)	Inter-férence (0-8)	# de fois	Détresse (0-8)	Inter-férence (0-8)	# de fois	Détresse (0-8)	Inter-férence (0-8)	# de fois	Détresse (0-8)	Inter-férence (0-8)
Anxiété de séparation liée à l'école (ou garderie)																					
A refuse d'aller à l'école et d'être séparé du parent																					
A appelé le parent de l'école																					
Est parti(e) de l'école plus tôt pour être avec le parent																					
S'est plaint d'être malade pour éviter d'être séparé du parent																					
Anxiété de séparation liée au coucher																					
A dormi dans la chambre des parents																					
A refuse de dormir sans qu'un parent ne soit présent																					
A réveille ses parents la nuit																					
A eu des cauchemars à thème de séparation																					

Journal de bord d'anxiété de séparation

Jours																			
Comportements d'anxiété de séparation	# de fois	Détresse (0-8)	Interférence (0-8)	# de fois	Détresse (0-8)	Interférence (0-8)	# de fois	Détresse (0-8)	Interférence (0-8)	# de fois	Détresse (0-8)	Interférence (0-8)	# de fois	Détresse (0-8)	Interférence (0-8)	# de fois	Détresse (0-8)	Interférence (0-8)	
Anxiété de séparation liée au jeu et autres activités																			
A refuse de jouer sans la proximité du parent																			
A refuse d'assister ou de participer à des activités (ex. sports, sorties d'école, etc.) sans la proximité du parent																			
Anxiété de séparation liée au départ des parents																			
A pleure/montre de la détresse lors de l'anticipation d'un départ du parent																			
S'est plaint d'être malade lors de l'anticipation d'un départ du parent																			
A pleure/montre de la détresse lors du départ du parent																			

Journal de bord d'anxiété de séparation

Jours																			
Comportements d'anxiété de séparation	# de fois	Detresse (0-8)	Inter-férence (0-8)	# de fois	Detresse (0-8)	Inter-férence (0-8)	# de fois	Detresse (0-8)	Inter-férence (0-8)	# de fois	Detresse (0-8)	Inter-férence (0-8)	# de fois	Detresse (0-8)	Inter-férence (0-8)	# de fois	Detresse (0-8)	Inter-férence (0-8)	
Anxiété de séparation liée à l'endroit où se trouve le(s) parent(s)																			
A vérifié les allées et venues du parent durant la journée/a demandé son parent de manière incessante																			
A suivi le parent pendant toute la journée																			
A évité d'être séparé des parents																			
A refusé d'être seul(e) ou sans les parents																			
Anxiété de séparation liée au bien-être des parents																			
S'est montré inquiet qu'un malheur arrive aux parents																			
Anxiété de séparation liée au bien-être de l'enfant																			
S'est montré inquiet qu'un malheur lui arrive																			

Traduction libre du WRAS développé par Molly L. Choate, MA et Donna B. Pincus, Ph. D. du Boston University Center for Anxiety and Related Disorders, et reproduit dans Eisen, A. R. & Schaeffer, C. E., 2005. Copyright 2001 par Molly L. Choate et Donna B. Pincus.

Annexe I : Critères de la méthode CDC

Critères pour conclure à un changement systématique suite à l'introduction du traitement

Nombre de données dans la phase traitement	Nombre de données requises sous les lignes critères
5	5
6	6
7	6
8	7
9	8
10	8
11	9
12	9
13	10
14	11
15	12
16	12
17	12
18	13
19	13
20	14
21	14
22	15
23	15

Note. Adapté de : Fisher, W. W., Kelley, M. E, & Lomas, J. E. (2003), Visual aids and structured criteria for improving visual inspection and interpretation of single-case designs, *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36, p.399.

Annexe J : Résultats des calepins d'auto-observations

Tableau 2

Moyennes et écarts-types des principaux symptômes de Benito pour chaque temps de mesure

Manifestation d'AS	Variabes	Niveau de base	Intervention	Post-traitement	Relance
A refusé d'aller à l'école et d'être séparé du parent	Fréquence	5 (0)	3,14 (1,91)	0	0
	Intensité	4 (0,87)	4,1 (1,79)	0	0
	Interférence	1,6 (0,35)	1,61 (1,29)	0	0
A dormi dans la chambre des parents	Fréquence	6,83 (0,29)	1,89 (2,67)	1 (0)	2
	Intensité	8 (0)	4,85 (2,98)	0 (0)	0
	Interférence	6 (0)	3,95 (2,54)	1,5 (2,12)	0
A refusé de dormir sans qu'un parent ne soit présent	Fréquence	6,83 (0,29)	6,57 (0,65)	6,5 (0,71)	0
	Intensité	8 (0)	4,97 (1,82)	2 (0)	0
	Interférence	6 (0)	3,2 (2,02)	2 (0)	0

Note. AS= Anxiété de séparation

Tableau 3

Pourcentage d'amélioration des principaux symptômes de Benito entre le niveau de base et chacune des phases

Manifestation d'AS	Variabes	Du niveau de base au traitement	Du niveau de base au post-test	Du niveau de base à la relance
A refusé d'aller à l'école et d'être séparé du parent	Fréquence	37,2%	-	100%
	Intensité	2,5% ^a	-	100%
	Interférence	0,63% ^a	-	100%
A dormi dans la chambre des parents	Fréquence	72,33%	85,36%	70,72%
	Intensité	39,37%	100%	100%
	Interférence	34,17%	75%	100%
A refusé de dormir sans qu'un parent ne soit présent	Fréquence	3,81%	4,83%	100%
	Intensité	37,86%	75%	100%
	Interférence	46,67%	66,67%	100%

Note. Le pourcentage d'amélioration correspond à une diminution de la moyenne pour chaque variable. AS= Anxiété de séparation. Comme la manifestation suivante « A refusé d'aller à l'école et d'être séparé du parent » n'est pas survenue lors du post-test car la famille était en vacances, les pourcentages d'amélioration entre le niveau de base et le post-test sont considérées comme des données manquantes dans le tableau.

^a = détérioration.

Tableau 4

Pentes des principaux symptômes de Benito pour le niveau de base et l'intervention

Manifestation d'AS	Variables	Niveau de base	Intervention
A refusé d'aller à l'école et d'être séparé du parent	Fréquence	0	-0,26
	Intensité	-0,7	-0,44
	Interférence	-0,3	-0,26
A dormi dans la chambre des parents	Fréquence	0	-0,5
	Intensité	0	-0,54
	Interférence	0	-0,48
A refusé de dormir sans qu'un parent ne soit présent	Fréquence	0	0,04
	Intensité	0	-0,4
	Interférence	0	-0,42

Note. AS= Anxiété de séparation

Tableau 5

Moyennes et écarts-types des principaux symptômes de Fanny pour chaque temps de mesure

Manifestation d'AS	Variabes	Niveau de base	Intervention	Post-traitement	Relance
A dormi dans la chambre des parents	Fréquence	7 (0)	2,68 (3,17)	-	0
	Intensité	3,5 (1)	3,6 (1,2)	-	0
	Interférence	6,79 (1,9)	5,07 (3,11)	-	0
A refusé de dormir sans qu'un parent ne soit présent	Fréquence	7 (0)	4,95 (3,03)	-	7
	Intensité	4,36 (0,71)	3,26 (1,5)	-	6
	Interférence	6,71 (1,89)	4,25 (3,33)	-	4
A refusé de jouer sans la proximité du parent	Fréquence	5,5 (3)	1,2 (1,74)	-	1
	Intensité	4,63 (0)	3,41 (1,58)	-	6
	Interférence	1,38 (0)	2,23 (1,4)	-	2

Note. AS= Anxiété de séparation

Tableau 6

Pourcentage d'amélioration des principaux symptômes de Fanny entre le niveau de base et chacune des phases

Manifestation d'AS	Variables	Du niveau de base au traitement	Du niveau de base au post-test	Du niveau de base à la relance
A dormi dans la chambre des parents	Fréquence	61,71%	-	100%
	Intensité	2,86% ^a	-	100%
	Interférence	25,33%	-	100%
A refusé de dormir sans qu'un parent ne soit présent	Fréquence	29,29%	-	0%
	Intensité	25,23%	-	37,61% ^a
	Interférence	36,66%	-	40,39%
A refusé de jouer sans la proximité du parent	Fréquence	78,18%	-	81,81%
	Intensité	26,35%	-	29,59% ^a
	Interférence	61,59% ^a	-	44,93% ^a

Note. Le pourcentage d'amélioration correspond à une diminution de la moyenne pour chaque variable. Le pourcentage d'amélioration n'a pu être calculé du niveau de base au post-test en raison du calepin d'auto-observation manquant au post-test. AS= Anxiété de séparation.

^a = détérioration.

Tableau 7

Pentes des principaux symptômes de Fanny pour le niveau de base et l'intervention

Manifestation d'AS	Variabes	Niveau de base	Intervention
A dormi dans la chambre des parents	Fréquence	0	-0,45
	Intensité	0,2	-0,16
	Interférence	-0,31	-0,45
A refusé de dormir sans qu'un parent ne soit présent	Fréquence	0	-0,18
	Intensité	-0,14	-0,15
	Interférence	-0,29	-0,39
A refusé de jouer sans la proximité du parent	Fréquence	0,6	-0,17
	Intensité	-0,25	-0,17
	Interférence	0,95	-0,12

Note. AS= Anxiété de séparation

Tableau 8

Moyennes et écarts-types des principaux symptômes de Léa pour chaque temps de mesure

Manifestation d'AS	Variabes	Niveau de base	Intervention	Post-traitement	Relance
A refusé de participer à des activités sans la proximité du parent	Fréquence	0,83 (0,75)	0,53 (0,7)	0	0 (0)
	Intensité	4,13 (1,44)	3,94 (1,27)	0	0 (0)
	Interférence	3,63 (0,75)	2,88 (0,99)	0	0 (0)
A pleuré/montré de la détresse en anticipation d'un départ du parent	Fréquence	0,38 (0,52)	0,63 (0,5)	1	0 (0)
	Intensité	4 (0)	3,55 (1,04)	1	0 (0)
	Interférence	4 (0)	2,36 (0,81)	1	0 (0)
A refusé d'être seul ou sans les parents	Fréquence	0,33 (0,52)	0,21 (0,42)	0	0 (0)
	Intensité	6 (0)	3,75 (0,5)	0	0 (0)
	Interférence	4(0)	2,5 (0,58)	0	0 (0)

Note. AS= Anxiété de séparation

Tableau 9

Pourcentage d'amélioration des principaux symptômes de Léa entre le niveau de base et chacune des phases suivantes

Manifestation d'AS	Variabes	Du niveau de base au traitement	Du niveau de base au post-test	Du niveau de base à la relance
A refusé de participer à des activités sans la proximité du parent	Fréquence	36,14%	100%	100%
	Intensité	4,6%	100%	100%
	Interférence	20,66%	100%	100%
A pleuré/montré de la détresse en anticipation d'un départ du parent	Fréquence	26% ^a	100% ^a	100%
	Intensité	11,25%	50%	100%
	Interférence	41%	50%	100%
A refusé d'être seul ou sans les parents	Fréquence	36,36%	100%	100%
	Intensité	37,5%	100%	100%
	Interférence	37,5%	100%	100%

Note. Le pourcentage d'amélioration correspond à une diminution de la moyenne pour chaque variable. AS= Anxiété de séparation.

^a = détérioration.

Tableau 10

Pentes des principaux symptômes de Léa pour le niveau de base et l'intervention

Manifestation d'AS	Variabes	Niveau de base	Intervention
A refusé de participer à des activités sans la proximité du parent	Fréquence	0,2	-0,05
	Intensité	0,27	-0,08
	Interférence	0,33	-0,05
A pleuré/montré de la détresse en anticipation d'un départ du parent	Fréquence	-0,14	-0,004
	Intensité	-0,57	-0,04
	Interférence	-0,57	-0,08
A refusé d'être seul ou sans les parents	Fréquence	-0,11	-0,02
	Intensité	-0,69	-0,09
	Interférence	-0,46	-0,07

Note. AS= Anxiété de séparation

Tableau 11

Moyennes et écarts-types des principaux symptômes de Samuel pour chaque temps de mesure

Manifestation d'AS	Variabes	Niveau de base	Intervention	Post-traitement	Relance
A pleuré/montré de la détresse lors du départ du parent	Fréquence	5 (4,58)	2,19 (2,99)	0	0
	Intensité	4,83 (1,04)	5,19 (1,11)	0	0
	Interférence	2,33 (2,08)	4,67 (0,95)	0	0
Vérifié les allées et venues du parent /demandé le parent de manière incessante	Fréquence	5,67 (2,31)	3,25 (3,87)	0	1,5 (2,12)
	Intensité	3,98 (1,44)	5,04 (0,85)	0	5
	Interférence	1,2 (1,05)	2,4 (1,55)	0	3
A refusé d'être seul ou sans les parents	Fréquence	3 (0)	2,5 (2,53)	1 (1,41)	2 (0)
	Intensité	6,22 (0,51)	5,13 (2,21)	2	6,75 (1,06)
	Interférence	5,56 (2,14)	4,56 (3,39)	3	7 (1,41)
S'est montré inquiet qu'un malheur lui arrive	Fréquence	3 (1)	0,5 (0,89)	0,5 (0,71)	0,5 (0,71)
	Intensité	6,03 (0,71)	6,97 (1,61)	4	3
	Interférence	3,5 (2,29)	5,33 (3,09)	5	2

Note. AS= Anxiété de séparation

Tableau 12

Pourcentage d'amélioration des principaux symptômes de Samuel entre le niveau de base et chacune des phases

Manifestation d'AS	Variables	Du niveau de base au traitement	Du niveau de base au post-test	Du niveau de base à la relance
A pleuré/montré de la détresse lors du départ du parent	Fréquence	56,2%	100%	100%
	Intensité	7,45% ^a	100%	100%
	Interférence	100,43% ^a	100%	100%
Vérifié les allées et venues du parent/ demandé le parent de manière incessante	Fréquence	42,69%	100%	73,54%
	Intensité	26,63% ^a	100%	25,63% ^a
	Interférence	100% ^a	100%	150% ^a
A refusé d'être seul ou sans les parents	Fréquence	16,67%	66,67%	33,33%
	Intensité	17,52%	67,85%	0,09% ^a
	Interférence	17,99%	46,04%	25,9% ^a
S'est montré inquiet qu'un malheur lui arrive	Fréquence	98,33%	33%	98,33%
	Intensité	15,59% ^a	33,67%	50,25%
	Interférence	52,29% ^a	42,86% ^a	42,86%

Note. Le pourcentage d'amélioration correspond à une diminution de la moyenne pour chaque variable. AS= Anxiété de séparation.

^a = détérioration.

Tableau 13

Pentes des principaux symptômes de Samuel pour le niveau de base et l'intervention

Manifestation d'AS	Variables	Niveau de base	Intervention
A pleuré/montré de la détresse lors du départ du parent	Fréquence	4,5	-0,47
	Intensité	0,25	-0,51
	Interférence	1,5	-0,46
Vérifié les allées et venues du parent/ demandé le parent de manière incessante	Fréquence	0	-0,71
	Intensité	0,2	-0,5
	Interférence	0,2	-0,27
A refusé d'être seul ou sans les parents	Fréquence	0	-0,41
	Intensité	0,5	-0,55
	Interférence	2	-0,66
S'est montré inquiet qu'un malheur lui arrive	Fréquence	-0,5	-0,08
	Intensité	0,33	-0,45
	Interférence	2,25	-0,37

Note. AS= Anxiété de séparation

Tableau 14

Moyennes et écarts-types des principaux symptômes d'Édouard pour chaque temps de mesure

Manifestation d'AS	Variabes	Niveau de base	Intervention	Post-traitement	Relance
A pleuré/montré de la détresse lors du départ du parent	Fréquence	3,25 (1,71)	1,75 (1,53)	2 (1,41)	5
	Intensité	4,27 (0,36)	3,79 (0,91)	3 (0)	5,75
	Interférence	2,13 (0,14)	1,82 (0,57)	1,33 (0,47)	3,5
A suivi le parent durant la journée	Fréquence	4,25 (2,5)	1,75 (1,81)	0 (0)	0
	Intensité	3,19 (0,72)	2,5 (0,89)	0 (0)	0
	Interférence	1,26 (0,3)	1,27 (0,32)	0 (0)	0
A refusé d'être seul ou sans les parents	Fréquence	1,25 (0,96)	0,25 (0,45)	0 (0)	1
	Intensité	5,17 (1,76)	4,25 (1,71)	0 (0)	6
	Interférence	3 (1,73)	2,25 (1,5)	0 (0)	4

Note. AS= Anxiété de séparation

Tableau 15

Pourcentage d'amélioration des principaux symptômes d'Édouard entre le niveau de base et chacune des phases

Manifestation d'AS	Variables	Du niveau de base au traitement	Du niveau de base au post-test	Du niveau de base à la relance
A pleuré/montré de la détresse lors du départ du parent	Fréquence	46,15%	38,46%	53,85% ^a
	Intensité	11,24%	29,74%	34,66% ^a
	Interférence	14,55%	37,56%	64,32% ^a
A suivi le parent durant la journée	Fréquence	58,82%	100%	100%
	Intensité	21,63%	100%	100%
	Interférence	0,79% ^a	100%	100%
A refusé d'être seul ou sans les parents	Fréquence	80%	100%	20%
	Intensité	17,8%	100%	16,05% ^a
	Interférence	25%	100%	33% ^a

Note. Le pourcentage d'amélioration correspond à une diminution de la moyenne pour chaque variable. AS= Anxiété de séparation.

^a = détérioration.

Tableau 16

Pentes des principaux symptômes d'Édouard pour le niveau de base et l'intervention

Manifestation d'AS	Variables	Niveau de base	Intervention
A pleuré/montré de la détresse lors du départ du parent	Fréquence	-0,9	-0,15
	Intensité	0,03	-0,02
	Interférence	-0,1	-0,003
A suivi le parent durant la journée	Fréquence	0,3	-0,34
	Intensité	-0,15	-0,2
	Interférence	-0,13	-0,11
A refusé d'être seul ou sans les parents	Fréquence	-0,1	-0,06
	Intensité	1,15	-0,28
	Interférence	0,5	-0,17

Note. AS= Anxiété de séparation

Tableau 17

Moyennes et écarts-types des principaux symptômes de Marc-Antoine pour chaque temps de mesure

Manifestation d'AS	Variabes	Niveau de base	Intervention	Post-traitement	Relance
A refusé d'aller à l'école et d'être séparé du parent	Fréquence	3,5 (1,29)	1,2 (1,79)	0,5 (0,71)	0
	Intensité	5,38 (1,04)	3,07 (1,67)	0,5 (0,71)	0
	Interférence	3,28 (1,20)	1,31 (1,66)	0	0
A pleuré/montré de la détresse en anticipation d'un départ du parent	Fréquence	3 (0,82)	2,8 (2,42)	3,5 (2,12)	0
	Intensité	4,52 (0,83)	2,5 (1,61)	2 (0)	0
	Interférence	3,46 (0,71)	1,28 (1,47)	0,35 (0,21)	0
A pleuré/montré de la détresse lors du départ du parent	Fréquence	3,5 (1,29)	1,5 (1,76)	2,5 (0,71)	0
	Intensité	5,34 (0,95)	3,39 (1,85)	1 (0)	0
	Interférence	1,61 (1,37)	1,43 (1,56)	0	0
Vérifié les allées et venues du parent/ demandé le parent de manière incessante	Fréquence	2,75 (1,26)	0,65 (1,23)	0	0
	Intensité	4,71 (1,51)	3,23 (2,07)	0	0
	Interférence	2 (1,09)	0,43 (0,79)	0	0

Note. AS= Anxiété de séparation

Tableau 18

Pourcentage d'amélioration des principaux symptômes de Marc-Antoine entre le niveau de base et chacune des phases suivantes

Manifestation d'AS	Variables	Du niveau de base au traitement	Du niveau de base au post-test	Du niveau de base à la relance
A refusé d'aller à l'école et d'être séparé du parent	Fréquence	65,71%	85,71%	100%
	Intensité	42,94%	90,71%	100%
	Interférence	60,06%	100%	100%
A pleuré/montré de la détresse en anticipation d'un départ du parent	Fréquence	6,67%	16,67% ^a	100%
	Intensité	44,69%	55,75%	100%
	Interférence	63%	89,88%	100%
A pleuré/montré de la détresse lors du départ du parent	Fréquence	57,14%	28,57%	100%
	Intensité	36,52%	81,27%	100%
	Interférence	11,18%	100%	100%
Vérifié les allées et venues du parent/ demandé le parent de manière incessante	Fréquence	76,36%	100%	100%
	Intensité	31,42%	100%	100%
	Interférence	78,5%	100%	100%

Note. Le pourcentage d'amélioration correspond à une diminution de la moyenne pour chaque variable. AS= Anxiété de séparation.

^a = détérioration.

Tableau 19

Pentes des principaux symptômes de Marc-Antoine pour le niveau de base et l'intervention

Manifestation d'AS	Variabes	Niveau de base	Intervention
A refusé d'aller à l'école et d'être séparé du parent	Fréquence	0,8	-0,18
	Intensité	-0,54	-0,2
	Interférence	-0,37	-0,09
A pleuré/montré de la détresse en anticipation d'un départ du parent	Fréquence	0,4	-0,1
	Intensité	0,43	-0,13
	Interférence	0,48	-0,08
A pleuré/montré de la détresse lors du départ du parent	Fréquence	0,4	-0,13
	Intensité	0,26	-0,17
	Interférence	0,86	-0,08
Vérifié les allées et venues du parent/ demandé le parent de manière incessante	Fréquence	0,5	-0,11
	Intensité	-0,68	-0,13
	Interférence	-0,53	-0,02

Note. AS= Anxiété de séparation

**Annexe K : Graphiques des autres manifestations
d'anxiété de séparation selon les calepins d'auto-
observations**

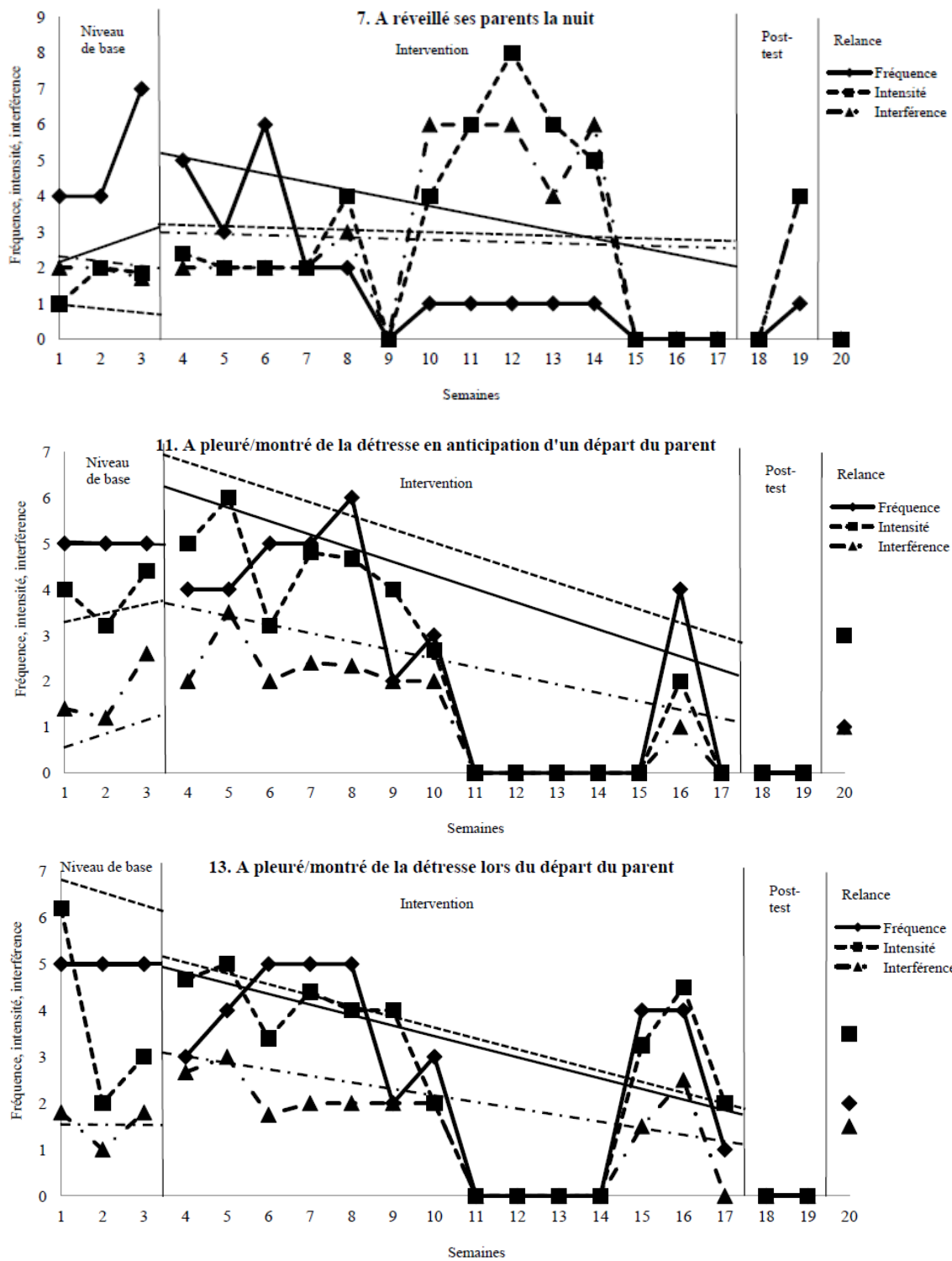
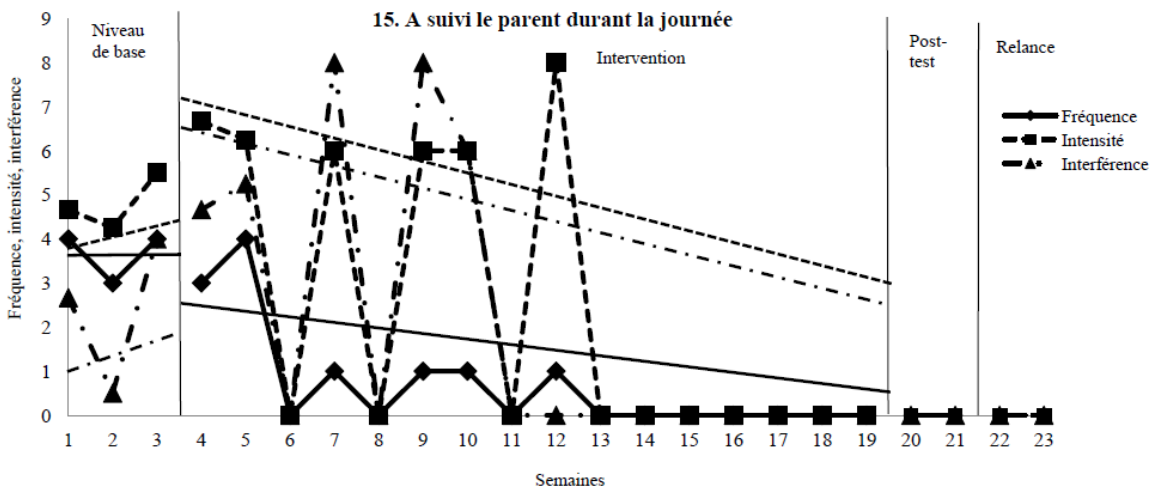
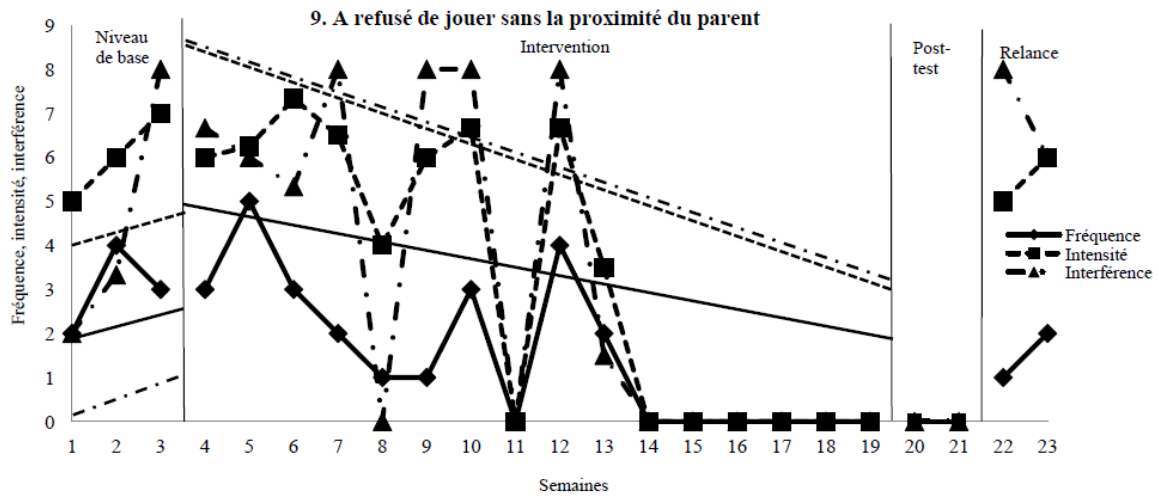
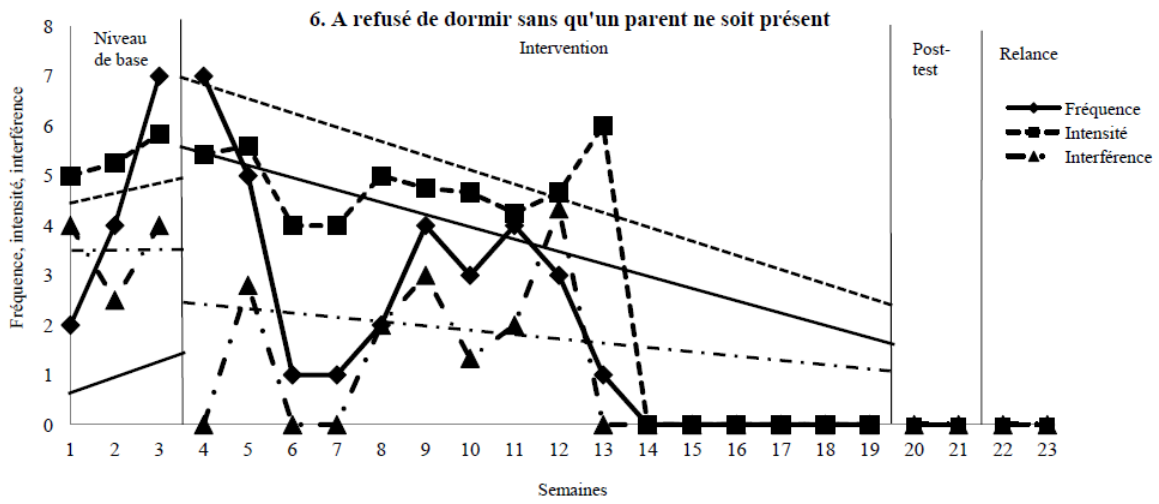


Figure 1. Comportements d'anxiété de séparation manifestés par Benito dont la fréquence au niveau de base est d'au moins 3 et/ou dont l'intensité est d'au moins 4



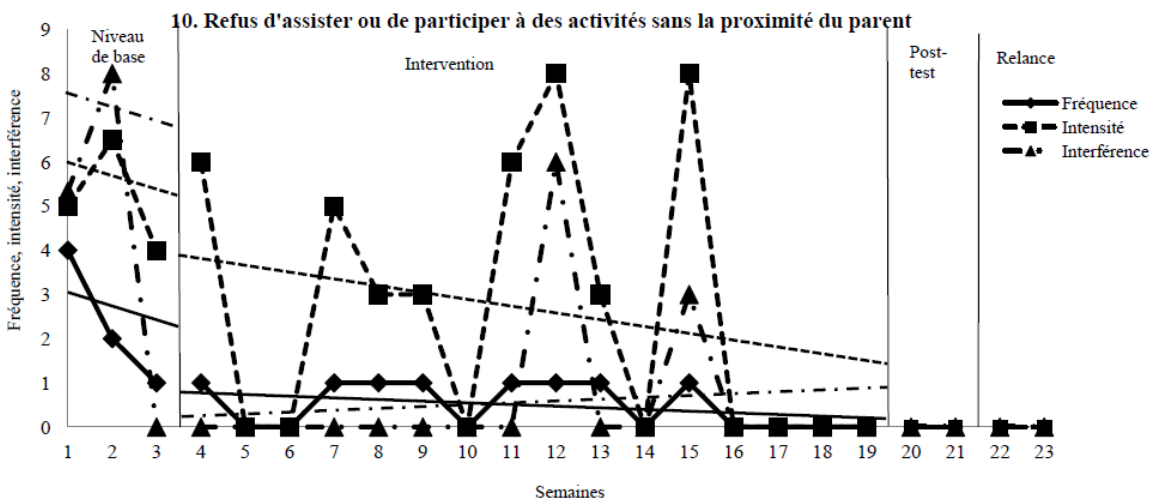
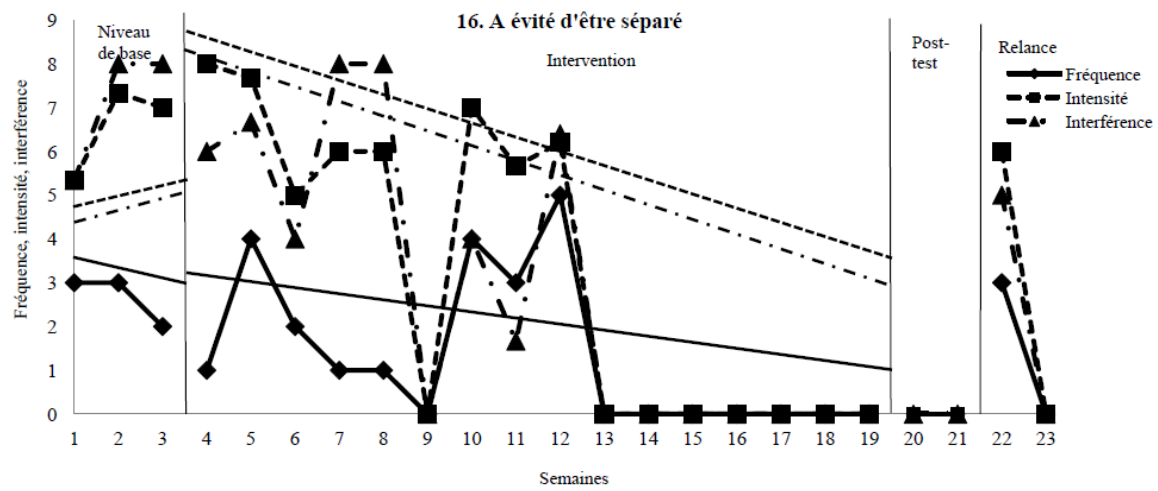


Figure 5. Comportements d'anxiété de séparation manifestés par Samuel dont la fréquence au niveau de base est d'au moins 3 et/ou dont l'intensité est d'au moins 4

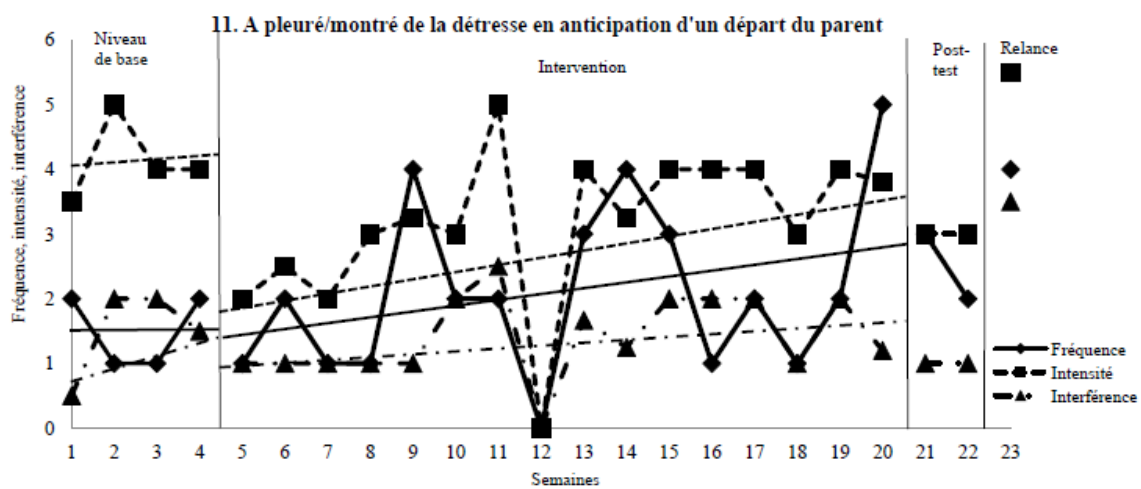


Figure 7. Comportement d'anxiété de séparation manifestés par Édouard dont la fréquence au niveau de base est d'au moins 3 et/ou dont l'intensité est d'au moins 4

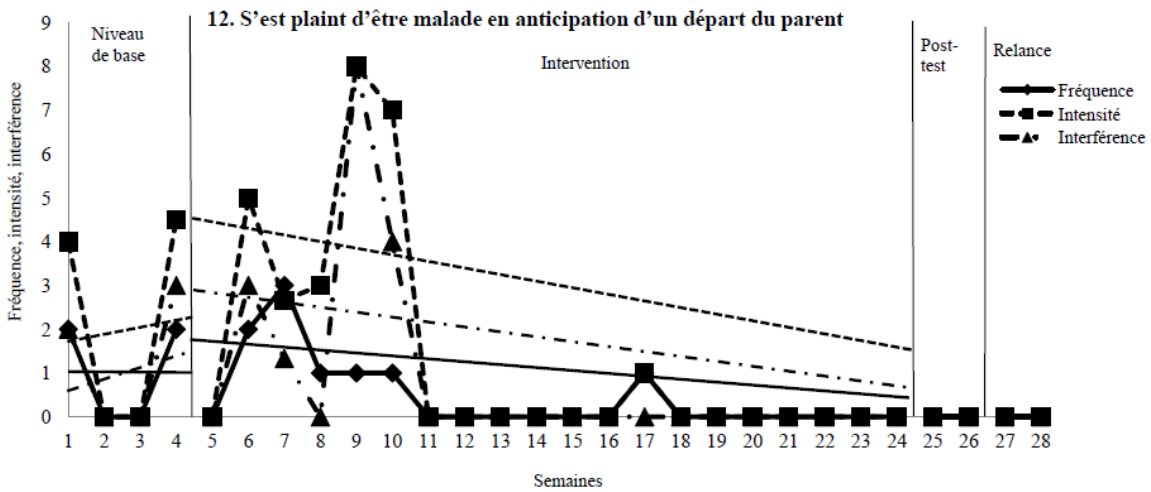
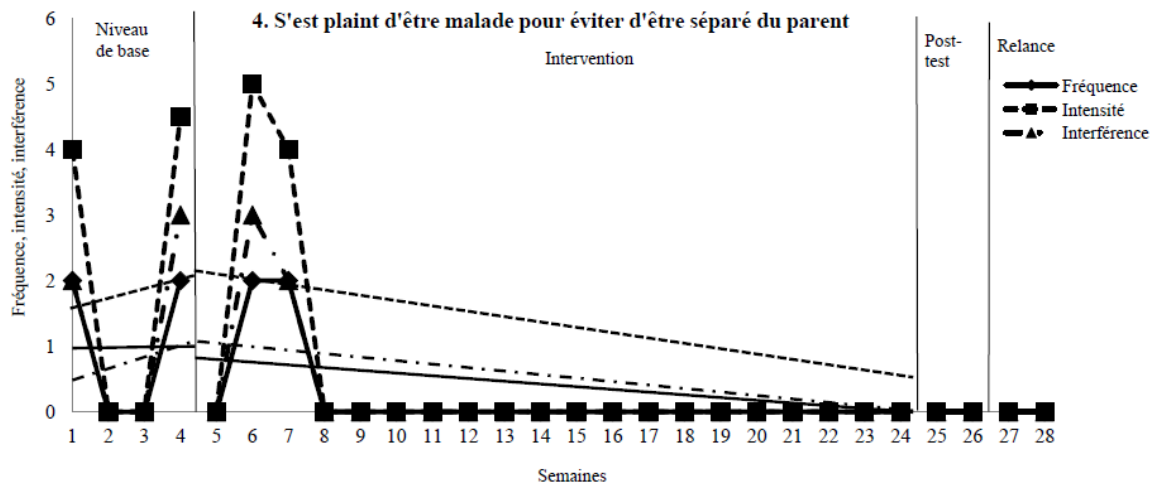


Figure 9. Comportements d'anxiété de séparation manifestés par Marc-Antoine dont l'intensité moyenne est d'au moins 4 durant le niveau de base

Annexe L : Résultats aux questionnaires

Tableau 21

Symptômes anxieux de l'enfant selon le Questionnaire sur l'anxiété à l'âge préscolaire (QAP)

Participant	Échelles	Pré	Post	Relance	Seuil clinique	Chang. pré-post	Chang. pré-relance
Benito mère	Total	33	13 ^a	15 ^{ab}	29,11	-0,8	-1,5
	AnxSep	14	1 ^{ab}	3 ^{ab}	5,58	-4,6	-3,9
	AnxGén	6	5	2 ^{ab}	4,72	-0,4	-1,6
	AnxSoc	4 ^a	2 ^a	4 ^a	8,4	-0,5	0
	PeurBles	5 ^a	4 ^a	5 ^a	10,88	-0,2	0
	Toc	4	1 ^{ab}	1 ^{ab}	3,31	-1,4	-1,4
Benito père	Total	29 ^a	-	37	29,11	-	0,7
	AnxSep	3 ^a	-	10	5,58	-	2,5
	AnxGén	7	-	9	4,72	-	0,8
	AnxSoc	14	-	13	8,4	-	0,3
	PeurBles	5 ^a	-	3 ^a	10,88	-	-0,5
	Toc	0 ^a	-	2 ^a	3,31	-	1
Fanny mère	Total	40	38	26 ^a	29,11	-0,2	-1,2
	AnxSep	9	8	6 ^b	5,58	-0,4	-1
	AnxGén	5	5	4 ^a	4,72	0	-0,4
	AnxSoc	9	12	8 ^a	8,4	0,8	-0,3
	PeurBles	12	10	6 ^{ab}	10,88	-0,5	-1,4
	Toc	5	3 ^{ab}	2 ^{ab}	3,31	-1	-1,4
Léa mère	Total	22 ^a	34	27 ^a	29,11	1	0,4
	AnxSep	8	10	8	5,58	0,7	0
	AnxGén	4 ^a	8	5	4,72	1,6	0,4
	AnxSoc	7 ^a	12	9	8,4	1,3	0,5
	PeurBles	3 ^a	3 ^a	5 ^a	10,88	0	0,5
	Toc	0 ^a	1 ^a	0 ^a	3,31	0,5	0

Léa père	Total	19 ^a	28 ^a	20 ^a	29,11	0,8	0,1
	AnxSep	9	10	7	5,58	0,4	-0,7
	AnxGén	1 ^a	4 ^a	2 ^a	4,72	1,2	0,4
	AnxSoc	7 ^a	10	7 ^a	8,4	0,8	0
	PeurBles	2 ^a	3 ^a	4 ^a	10,88	0,2	0,5
	Toc	0 ^a	1 ^a	0 ^a	3,31	0,5	0
Samuel mère	Total	50	11 ^{ab}	14 ^{ab}	29,11	-3,3	-3
	AnxSep	18	2 ^{ab}	2 ^{ab}	5,58	-5,6	-5,6
	AnxGén	15	4 ^{ab}	3 ^{ab}	4,72	-4,3	-4,7
	AnxSoc	7 ^a	3 ^{ab}	4 ^a	8,4	-1,1	-0,8
	PeurBles	10 ^a	2 ^{ab}	5 ^{ab}	10,88	-1,8	-1,2
	Toc	0 ^a	0 ^a	0 ^a	3,31	0	0
Samuel père	Total	51	17 ^{ab}	13 ^{ab}	29,11	-2,9	-3,2
	AnxSep	17	3 ^a	3 ^a	5,58	-4,9	-4,9
	AnxGén	12	4 ^{ab}	3 ^{ab}	4,72	-3,2	-3,5
	AnxSoc	7 ^a	4 ^a	2 ^{ab}	8,4	-0,8	-1,3
	PeurBles	14	5 ^{ab}	4 ^a	10,88	-2	-0,2
	Toc	1 ^a	1 ^a	1 ^a	3,31	0	0
Édouard mère	Total	43	38	41	29,11	-0,4	-0,2
	AnxSep	12	10	12	5,58	-0,7	0
	AnxGén	11	7 ^b	7 ^b	4,72	-1,6	-1,6
	AnxSoc	12	12	8 ^{ab}	8,4	0	-1,1
	PeurBles	8 ^a	9 ^a	9 ^a	10,88	0,2	0,2
	Toc	0 ^a	0 ^a	5 ^a	3,31	0	1,9
Édouard père	Total	38	39	30	29,11	0,1	-0,7
	AnxSep	8	8	7	5,58	0	-0,4
	AnxGén	8	8	7	4,72	0	0,4
	AnxSoc	11	11	12	8,4	0	0,3

Marc- Antoine mère	PeurBles	8 ^a	9 ^a	2 ^{ab}	10,88	0,2	-1,4
	Toc	3 ^a	3 ^a	2 ^a	3,31	0	-0,5
	Total	31	20 ^a	19 ^{ab}	29,11	-0,9	-1
	AnxSep	8	2 ^{ab}	3 ^{ab}	5,58	-2,1	-1,8
	AnxGén	13	5 ^b	6 ^b	4,72	-3,1	-2,7
	AnxSoc	7 ^a	10	8 ^a	8,4	0,8	0,3
	PeurBles	1 ^a	1 ^a	0 ^a	10,88	0	-0,2
Marc- Antoine père	Toc	2 ^a	2 ^a	2 ^a	3,31	0	0
	Total	37	14 ^{ab}	13 ^{ab}	29,11	-1,9	-2
	AnxSep	9	1 ^{ab}	4 ^a	5,58	-2,8	-1,8
	AnxGén	9	2 ^{ab}	3 ^{ab}	4,72	-2,7	-2,3
	AnxSoc	6 ^a	6 ^a	5 ^a	8,4	0	-0,3
	PeurBles	11	4 ^{ab}	1 ^{ab}	10,88	-1,6	-2,3
	Toc	2 ^a	1 ^a	0 ^{ab}	3,31	-0,5	-1

Note. Le tableau illustre les scores bruts aux échelles du QAP. Les deux dernières colonnes correspondent aux changements mesurés en écarts-types. Les valeurs positives correspondent à une détérioration, soit à une augmentation des symptômes. Les améliorations d'au moins un écart-type sont en caractères gras. Total = Score total, AnxSep = Anxiété de séparation, AnxGén = Anxiété généralisée, AnxSoc = Anxiété sociale, PeurBles = Peur des blessures, Toc = Trouble obsessionnel-compulsif.

^a = score se situant sous le seuil clinique, ^b = score ayant connu une amélioration d'au moins un écart-type depuis le pré test.

Tableau 22

Résultats aux questionnaires de l'éducatrice ou enseignante

Participant	Questionnaires	Pré	Post	Relance	Seuil clinique	Indice RC Pré-post	Indice RC pré-relance
Benito	AnxTRF	0 ^a	-	0 ^a	5	0,00	0,00
Pré : enseignante prématernelle	ASép_QAP	1 ^a	-	0 ^a	3,9		
	PSA_adapt	317 ^a	-	320 ^a	208	-	0,14
	PSA_intério	82 ^a	-	86 ^a	63	-	0,46
	PSA_extério	92 ^a	-	100 ^a	48	-	0,91
Post : manquant	PSA_AnxCnf	44 ^a	-	40 ^a	25	-	-0,68
	PSA_DAuto	31 ^a	-	38 ^a	23	-	1,60
Relance : enseignante de maternelle							
Fanny	AnxTRF	2 ^a	0 ^a	0 ^a	6	-0,97	-0,97
Pré, post et relance : éducatrice	ASép_QAP	1 ^a	0 ^a	0 ^a	3,9		
	PSA_adapt	317 ^a	340 ^a	336 ^a	235	0,23	0,91
	PSA_intério	85 ^a	87 ^a	87 ^a	65	-0,11	0,23
	PSA_extério	90 ^a	89 ^a	93 ^a	57	0,68	0,34
	PSA_AnxCnf	39 ^a	43 ^a	41 ^a	28	0,68	0,34
	PSA_DAuto	34 ^a	37 ^a	36 ^a	24	0,23	0,46
Léa	AnxTRF	1 ^a	0 ^a	0 ^a	6	-0,48	-0,48
	ASép_QAP	0 ^a	0 ^a	0 ^a	3,9		
	PSA_adapt	362 ^a	358 ^a	370 ^a	235	-0,19	0,38
	PSA_intério	95 ^a	90 ^a	96 ^a	65	-0,57	0,11
	PSA_extério	96 ^a	96 ^a	99 ^a	57	0,00	0,34
	PSA_AnxCnf	46 ^a	45 ^a	49 ^a	28	-0,17	0,51
	PSA_DAuto	40 ^a	44 ^a	48 ^a	24	0,91	1,82

Samuel	AnxTRF	2 ^a	-	3 ^a	5	-	0,48
Pré : enseignante de 1 ^{re} année	ASép_QAP	1 ^a	-	0 ^a	3,9		
	PSA_adapt	303 ^a	-	234 ^a	208	-	-3,30
Post : manquant	PSA_intériorio	86 ^a	-	66 ^a	63	-	-2,29
	PSA_extériorio	86 ^a	-	76 ^a	48	-	-1,14
Relance : enseignante de 2 ^e année	PSA_AnxCnf	40 ^a	-	25	25	-	-2,53
	PSA_DAuto	32 ^a	-	36 ^a	23	-	0,91
Édouard	AnxTRF	2 ^a	1 ^a	0 ^a	5	-0,48	-0,97
Pré, post : éducatrice	ASép_Spence	0 ^a	0 ^a	1 ^a	3,9		
	PSA_adapt	267,5 ^a	285 ^a	276 ^a	208	0,84	0,41
Relance : enseignante de maternelle	PSA_intériorio	81,5 ^a	81 ^a	88 ^a	63	-0,06	0,75
	PSA_extériorio	54 ^a	72 ^{ab}	67 ^a	48	2,06	1,49
	PSA_AnxCnf	45 ^a	41 ^a	41 ^a	25	-0,68	-0,68
	PSA_DAuto	39,5 ^a	39 ^a	30 ^a	23	-0,11	-2,17
Marc- Antoine	AnxTRF	8	3 ^{ab}	2 ^{ab}	5	-2,42	-2,91
	ASép_QAP	15	2 ^a	1 ^a	3,9		
Pré, post et relance : Enseignante de maternelle	PSA_adapt	276 ^a	299 ^a	296 ^a	208	1,10	0,96
	PSA_intériorio	56	75 ^{ab}	81 ^{ab}	63	2,18	2,87
	PSA_extériorio	96 ^a	96 ^a	95 ^a	48	0,00	-0,11
	PSA_AnxCnf	23	32 ^a	31 ^a	25	1,52	1,35
	PSA_DAuto	22	34 ^{ab}	34 ^{ab}	23	2,74	2,74

Note. AnxTRF = Échelle « Problèmes d'anxiété » du *Teacher report form*, ASép_QAP = Échelle « Anxiété de séparation » du *Questionnaire sur l'anxiété à l'âge préscolaire version enseignant*. PSA = *Profil socio-affectif*, adapt = Score d'adaptation générale, intériorio : Échelle « Problèmes intériorisés », extériorio : Échelle « Problèmes extériorisés », AnxCnf = Échelle « Anxieux-confiant », DAuto : Échelle « Dépendant-Autonome ».

^a = score correspondant à la population non-clinique. Pour le TRF et le QAP, il s'agit d'un plus faible que le seuil clinique indiqué tandis que pour le PSA, cela correspond à un score plus élevé que le seuil indiqué.

^b = score ayant connu une amélioration fiable au point de vue statistique depuis le pré test. Les indices RC significatifs sont en caractères gras ($\geq 1,96$). Les indices RC ne sont pas disponibles pour la version enseignant du QAP.

Tableau 23

Résultats aux questionnaires sur les pratiques parentales et le stress parental

Participant	Questionnaires	Pré	Post	Relance	Seuil clinique	Indice RC Pré-post	Indice RC pré-relance
Benito mère	PDI_DPI	3,33	2,67	2,86	2,67	-1,5	-1,07
	PPI_FR	3,6	5,2 ^{ab}	5,4 ^{ab}	4,27	3,7	4,17
	EPPtotal	27 ^a	22 ^{ab}	20 ^{ab}	36	-2,33	-3,27
	ISPtotal	91	74 ^a	75 ^a	90	-1,54	-1,45
	ISP_DP	41	21 ^{ab}	23 ^{ab}	40,8	-3,50	-3,15
	ISP_Intdys	16 ^a	20 ^a	19 ^a	28,3	0,95	0,71
	ISP_difEnf	34 ^a	33 ^a	33 ^a	39,4	-0,18	-0,18
Benito père	PDI_DPI	2,93	-	2,67	2,67	-	-0,59
	PPI_FR	3	-	3,6	4,27	-	1,39
	EPPtotal	25 ^a	-	27 ^a	36	-	0,93
	ISPtotal	54 ^a	-	92	90	-	3,44
	ISP_DP	13 ^a	-	22 ^a	40,8	-	1,57
	ISP_Intdys	20 ^a	-	33	28,3	-	3,10
	ISP_difEnf	21 ^a	-	37 ^a	39,4	-	2,90
Fanny mère	PDI_DPI	2,73	2,47 ^a	2,33 ^a	2,67	-0,59	-0,91
	PPI_FR	4	4,6 ^a	5,1 ^{ab}	4,27	1,39	2,55
	EPPtotal	31 ^a	24 ^{ab}	28 ^a	36	-3,27	-1,40
	ISPtotal	103	100	102	90	-0,27	-0,09
	ISP_DP	43	42	39 ^a	40,8	-0,17	-0,70
	ISP_Intdys	25 ^a	23 ^a	27 ^a	28,3	-0,48	0,48
	ISP_difEnf	35 ^a	35 ^a	36 ^a	39,4	0,00	0,18
Léa mère	PDI_DPI	3	2,73	2,8	2,67	-0,61	-0,45
	PPI_FR	4,3 ^a	5,6 ^{ab}	5,1 ^a	4,27	3,01	1,85
	EPPtotal	21 ^a	22 ^a	21 ^a	32	0,47	0,00
	ISPtotal	70 ^a	60 ^a	88 ^a	90	-0,90	1,63
	ISP_DP	21 ^a	17 ^a	24 ^a	40,8	-0,70	0,52
	ISP_Intdys	22 ^a	25 ^a	28 ^a	28,3	0,71	1,43
	ISP_difEnf	27 ^a	18 ^a	36 ^a	39,4	-1,63	1,63

Léa père	PDI_DPI	1,6 ^a	1,53 ^a	1,27 ^a	2,67	-0,16	-0,75
	PPI_FR	3,7	3,6	3,5	4,27	-0,23	-0,46
	EPPtotal	19 ^a	21 ^a	22 ^a	32	0,93	1,40
	ISPtotal	48 ^a	47 ^a	47 ^a	90	-0,09	-0,09
	ISP_DP	12 ^a	12 ^a	17 ^a	40,8	0,00	0,87
	ISP_Intdys	16 ^a	16 ^a	16 ^a	28,3	0,00	0,00
	ISP_difEnf	20 ^a	19 ^a	14 ^a	39,4	-0,18	-1,09
Samuel mère	PDI_DPI	3	2,93	2,87	2,67	-0,16	-0,29
	PPI_FR	5,1 ^a	4,6 ^a	4,3 ^a	4,27	-1,16	-1,85
	EPPtotal	21 ^a	20 ^a	26 ^a	35	-0,47	2,33
	ISPtotal	75 ^a	72 ^a	100	90	-0,27	2,26
	ISP_DP	25 ^a	23 ^a	35 ^a	40,8	-0,35	1,75
	ISP_Intdys	17 ^a	22 ^a	23 ^a	28,3	1,19	1,43
	ISP_difEnf	33 ^a	27 ^a	42	39,4	-1,09	1,63
Samuel père	PDI_DPI	3,53	3,8	3,87	2,67	0,61	0,77
	PPI_FR	4,6 ^a	5,1 ^a	4,1	4,27	1,16	-1,16
	EPPtotal	30 ^a	31 ^a	29 ^a	35	0,47	-0,47
	ISPtotal	88 ^a	53 ^{ab}	51 ^{ab}	90	-3,17	-3,35
	ISP_DP	21 ^a	19 ^a	12 ^a	40,8	-0,35	-1,57
	ISP_Intdys	24 ^a	14 ^{ab}	15 ^{ab}	28,3	-2,38	-2,14
	ISP_difEnf	43	20 ^{ab}	24 ^{ab}	39,4	-4,17	-3,45
Édouard mère	PDI_DPI	4	2,67	2,8	2,67	-3,02	-2,72
	PPI_FR	3,6	3,7	3,9	4,27	0,23	0,69
	EPPtotal	25 ^a	19 ^{ab}	25 ^a	36	-2,80	0,00
	ISPtotal	109	105	98	90	-0,36	-1,00
	ISP_DP	33 ^a	35 ^a	26 ^a	40,8	0,35	-1,22
	ISP_Intdys	29	27 ^a	28 ^a	28,3	-0,48	-0,24
	ISP_difEnf	47	43	44	39,4	-0,73	-0,54
Édouard père	PDI_DPI	2,8	2,53 ^a	2,73	2,67	-0,61	-0,16
	PPI_FR	2,6	3,1	2,8	4,27	1,16	0,46
	EPPtotal	28 ^a	26 ^a	26 ^a	36	-0,93	-0,93
	ISPtotal	92	103	95	90	1,00	0,27
	ISP_DP	27 ^a	38 ^a	29 ^a	40,8	1,92	0,35
	ISP_Intdys	32	30	31	28,3	-0,48	-0,24
	ISP_difEnf	33 ^a	35 ^a	35 ^a	39,4	0,36	0,36

Marc-Antoine mère	PDI_DPI	2,93	2,73	2,73	2,67	-0,75	-0,75
	PPI_FR	4,5 ^a	4,9 ^a	4,6 ^a	4,27	0,93	0,23
	EPPtotal	29,5 ^a	25 ^{ab}	24 ^{ab}	35	-2,10	-2,57
	ISPtotal	76 ^a	69 ^a	70 ^a	90	-0,63	-0,54
	ISP_DP	21 ^a	22 ^a	23 ^a	40,8	0,17	0,35
	ISP_Intdys	19 ^a	21 ^a	21 ^a	28,3	0,48	0,48
	ISP_difEnf	36 ^a	26 ^a	26 ^a	39,4	-1,81	-1,81
Marc-Antoine père	PDI_DPI	3,33	3,4	3,33	2,67	0,16	0
	PPI_FR	3,7	4,7 ^a	3,6	4,27	2,31	-0,23
	EPPtotal	23 ^a	20 ^a	19 ^a	35	-1,40	-1,87
	ISPtotal	63 ^a	61 ^a	60 ^a	90	-0,18	-0,27
	ISP_DP	16 ^a	22 ^a	21 ^a	40,8	1,05	0,87
	ISP_Intdys	20 ^a	15 ^a	15 ^a	28,3	-1,19	-1,19

Note. PPI = *Parenting Practices Interview*, DPI = Échelle « Discipline punitive et inconstante », FR = Échelle « Félicitations et récompenses », EPPtotal = Score total à l'Échelle de protection parentale, ISPtotal = *Index de stress parental-Forme brève* (score global), ISP_DP = *Index de stress parental-Forme brève* (échelle « Détresse parentale »), ISP_Intdys = *Index de stress parental-Forme brève* (échelle « Interaction parent-enfant dysfonctionnelle »), ISP_difEnf = *Index de stress parental-Forme brève* (échelle « Difficultés chez l'enfant »).^a = score se situant sous le seuil clinique. Pour tous les questionnaires sauf l'échelle « Félicitations et récompenses » du PPI, un score supérieur à celui indiqué correspond à la population non-clinique tandis que pour tous les autres, il faut un score inférieur. Les 3 échelles de l'ISP/FB ont un seuil clinique correspondant au score critère B d'après la méthode de Jacobson & Truax, 1991. Tous les autres seuils cliniques sont ceux indiqués dans les normes des instruments.

^b = score ayant connu une amélioration fiable au point de vue statistique depuis le pré test selon l'indice RC. Les indices RC significatifs sont en caractères gras ($\geq 1,96$).

Tableau 24

Résultats aux questionnaires sur les symptômes anxieux et dépressifs des parents

Participant	Questionnaires	Pré	Post	Relance
Benito mère	IASTA_Trait	52	29	30
	IASTA_Sit	47	30	31
	BDItotal	26	5	5
Benito Père	IASTA_Trait	27	-	33
	IASTA_Sit	22	-	32
	BDItotal	6	-	5
Fanny mère	IASTA_Trait	53	58	51
	IASTA_Sit	39	46	42
	BDItotal	21	21	12
Léa mère	IASTA_Trait	30	27	32
	IASTA_Sit	27	24	39
	BDItotal	5	1	2
Léa père	IASTA_Trait	23	20	23
	IASTA_Sit	24	22	23
	BDItotal	0	0	0
Samuel mère	IASTA_Trait	34	37	45
	IASTA_Sit	35	39	36
	BDItotal	4	8	13
Samuel père	IASTA_Trait	33	28	25
	IASTA_Sit	38	32	28
	BDItotal	13	0	1

Édouard mère	IASTA _Trait	35	40	34
	IASTA _Sit	34	41	39
	BDItotal	5	10	7
Édouard père	IASTA _Trait	45	40	39
	IASTA _Sit	37	36	32
	BDItotal	9	3	0
Marc-Antoine mère	IASTA _Trait	36	34	42
	IASTA _Sit	31	27	41
	BDItotal	8	6	14
Marc-Antoine père	IASTA _Trait	23	22	23
	IASTA _Sit	23	24	24
	BDItotal	10	7	10

Note : IASTA _Trait = Inventaire d’anxiété situationnelle et de trait– Échelle anxiété de trait,
 IASTA _Sit = Inventaire d’anxiété situationnelle et de trait – Échelle anxiété situationnelle,
 BDItotal = Inventaire de dépression de Beck II (score global)