

Je m'AJUSTE!: programme de reduction des symptômes anxieux pour les enfants de 10 à 12 ans

Université de Montréal

Par

Laurie Goupil-Barsetti

École de psychoéducation

Faculté des arts et des sciences

Travail présenté dans le cadre du cours PSE6607

Stéphane Cantin

31 août 2016

Sommaire

Le présent rapport présente la construction, la planification, l'implantation et l'évaluation du programme d'intervention *Je m'AJUSTE!* qui vise la réduction des symptômes anxieux chez les enfants âgés de 10 à 12 ans. Le programme a été animé au CSSS de la Montagne, à Montréal, auprès de deux enfants. Plusieurs programmes d'intervention déjà existants portent sur la problématique de l'anxiété, dont *Coping Cat* et *Friends For Life*, desquels s'inspire l'intervention proposée. Le programme *Je m'AJUSTE!* propose deux volets d'intervention : un s'adresse aux enfants en format de groupe; l'autre, aux familles en individuel. Les objectifs généraux du volet enfant sont de réduire les symptômes anxieux des enfants et d'augmenter leurs capacités à faire face aux situations anxiogènes. L'objectif collatéral de ce volet est d'augmenter le sentiment de contrôle des enfants en situation anxiogène. Le volet familial a pour objectif général l'amélioration des pratiques parentales afin de soutenir l'enfant lors de situations anxiogènes. Un objectif collatéral vise également l'amélioration du sentiment de compétence parentale.

Le programme *Je m'AJUSTE!* comprend sept rencontres de groupe et trois rencontres familiales. La mise en œuvre du programme est évaluée selon la conformité du contenu livré, le degré d'exposition au contenu, le niveau de participation, la différenciation au programme, de même qu'avec les composantes de Gendreau. L'implantation du programme a entraîné des modifications à plusieurs de ces composantes : participants, animatrices, programme et contenu, temps et dosage et moyens de transfert et de généralisation. Les effets du programme ont été évalués en utilisant un protocole à cas unique de type ABA. Des instruments de mesures ont été utilisés de manière répétée et pré/test post/test afin d'évaluer l'atteinte des objectifs par les participants. L'analyse des résultats révèle une diminution globale du niveau d'anxiété des enfants, mais peu de changements quant à l'utilisation des techniques de gestion de l'anxiété ou de l'augmentation du sentiment de contrôle. Quant au volet familial, la famille participante n'a pas connu de changements concernant l'utilisation de pratiques parentales favorables et ni pour le sentiment de compétence parentale. Il est important de noter que plusieurs données sont manquantes et que les résultats doivent être interprétés avec prudence, d'autant plus que le devis choisi ne contrôle pas plusieurs facteurs d'invalidité. L'évaluation du programme permet de constater ses avantages, dont la personnalisation des objectifs au vécu des participants et l'utilisation d'une méthode d'intervention et d'outils adaptés à la clientèle ciblée. Toutefois, des limites sont observables, notamment la courte période d'intervention. De plus, les mesures utilisées ne sont pas toutes validées empiriquement, et les données manquantes ne permettent pas de conclure à un lien de causalité entre le programme et ses résultats. Plusieurs recommandations sont émises pour supporter une utilisation future du programme d'intervention *Je m'AJUSTE!*, dont une augmentation du nombre de séances d'intervention de groupe et une extension du volet familial.

Table des matières

Table des matières	iii
Liste des tableaux et des figures.....	vi
Remerciements	viii
Introduction	9
Contexte théorique	10
Description de la problématique.....	10
Prévalence	11
Comorbidité	12
Étiologie des troubles anxieux	12
Interventions déjà expérimentées	20
Portrait général	20
Modalités et évaluation des différents programmes.....	23
Synthèse des programmes.....	31
Intervention proposée	31
Méthodologie.....	34
Description du programme	34
Caractéristiques des sujets et recrutement.....	34
Buts et objectifs.....	34
Animatrices.....	36
Programme et contenu.....	37
Contexte spatial.	41
Contexte temporel et dosage de l'intervention.....	41
Système de responsabilité.....	42
Stratégie de gestion des apprentissages	43
Stratégie de gestion des comportements.....	44
Codes et procédures.....	45
Système de reconnaissance.....	45
Moyens de transfert et de généralisation	45
Évaluation de la mise en œuvre	47
Composantes retenues pour l'évaluation de la mise en œuvre.	47
Pertinence des outils sélectionnés.	47
Évaluation des effets.....	50
Présentation du devis et de la procédure.....	50
Pertinence des outils sélectionnés.	51
Résultats.....	58
Évaluation de la mise en œuvre	58
Sujets et recrutement.....	58
Différenciation du programme.	60
Programme, contenu et dosage.....	60
Degré d'exposition.	63
Participation des sujets et climat du groupe.	63

Animatrices.....	64
Temps.....	65
Moyens de transfert et de généralisation.....	66
Attentes et satisfaction face au programme.....	66
Jugement global sur la conformité du programme.....	67
Implication à l'égard des effets.....	68
Évaluation des effets.....	69
Stratégie d'analyse employée.....	69
Résultats obtenus.....	70
Discussion.....	87
Jugement sur la réussite des objectifs.....	87
Volet enfant.....	87
Volet parent.....	88
Liens entre les résultats, la mise en œuvre et le contexte théorique.....	89
Âge des participants.....	89
Participation des parents.....	89
Dynamique familiale et vécu des participants.....	90
Format du programme, contenu des rencontres et mesures utilisées.....	92
Avantages et limites de l'intervention.....	93
Avantages.....	93
Limites et recommandations.....	94
Conclusion.....	97
Références.....	98
Annexe I.....	102
Grille d'évaluation du niveau d'exposition pour les sessions de groupe.....	102
Annexe II.....	104
Grille de présence aux séances de groupe.....	104
Annexe III.....	105
Grille de présence aux séances familiales.....	105
Annexe IV.....	106
Grille d'évaluation de participation des sujets.....	106
Annexe V.....	107
Questionnaires de différenciation du programme.....	107
Annexe VI.....	109
Échelle d'anxiété de Spence pour les enfants.....	109
Annexe VII.....	112
Échelle d'anxiété de Spence (version parent).....	112
Annexe VIII.....	115
Questionnaire maison version enfant.....	115

Annexe IX	117
Questionnaire maison version parent	117
Annexe X	119
Échelle des pensées automatiques pour les enfants (traduction maison).....	119
Annexe XI	121
Questionnaire sur le comportement d'évitement.....	121
Annexe XII	122
Questionnaire d'adaptation à l'anxiété (traduction maison)	122
Annexe XIII	124
Questionnaire du sentiment de compétence parentale.....	124

Liste des tableaux et des figures

Tableau 1: Présentation des différents troubles anxieux selon le DSM-5.....	11
Tableau 2: <i>Description du programme d'intervention Coping Cat</i>	23
Tableau 3 : <i>Évaluation du programme Coping Cat</i>	24
Tableau 4: <i>Description du programme d'intervention FRIENDS</i>	25
Tableau 5: <i>Évaluation du programme FRIENDS</i>	26
Tableau 6: <i>Description du programme universel Dé-stresse et Progresse</i>	27
Tableau 7: <i>Évaluation du programme Dé-stresse et Progresse</i>	28
Tableau 8: <i>Description du programme d'intervention Cool Kids Program</i>	29
Tableau 9: <i>Évaluation du programme Cool Kids Program</i>	30
Tableau 10: Objectif du programme d'intervention Je m'AJUSTE !.....	36
Tableau 11: Résumé du contenu des séances du programme d'intervention Je m'AJUSTE !.....	38
Tableau 12: <i>Déroulement type d'une séance de groupe</i>	42
Tableau 13: <i>Déroulement type d'une séance familiale</i>	42
Tableau 14: Présentation des instruments de mesure pour l'évaluation de la mise en œuvre.....	49
Tableau 15: Présentation des instruments de mesure pour l'évaluation des effets du programme d'intervention Je m'AJUSTE !.....	54
Tableau 16: Normes populationnelles du CATS et scores obtenus par les participants lors des deux temps de mesure.....	73
Tableau 17: Scores totaux obtenus par les participants à l'Anxiety Control Questionnaire et par la population de validation de l'instrument.....	82
Tableau 18: Résumé des résultats obtenus par l'évaluation des effets.....	87
Figure 1: Chaîne développementale de l'anxiété.....	19
Figure 2: Pourcentage de conformité du contenu abordées en fonction des séances de groupe.....	61
Figure 3: Moyennes des scores obtenus par les participants aux critères de participation en fonction des séances de groupe.....	63
Figure 4: Résultats obtenus par les participants pour l'intensité des symptômes physiques en fonction des temps de mesure répétés.....	71
Figure 5: Score obtenus par les Jade et Zachary à la mesure répétée pour la présence de pensées négatives auto-rapportées en fonction des temps de mesure.....	72
Figure 6: Scores obtenus par Jade aux deux version des mesures du comportement d'évitement en fonction des temps de mesures répétées.....	74
Figure 7: Scores obtenus par Zachary aux deux versions des mesures du comportement d'évitement en fonction des temps de mesures répétées.....	74
Figure 8: Scores totaux obtenus par Jade à la version auto-rapportée et à la version rapportée par le parent du Spence's Child Anxiety Scale fonction des temps de mesure pré/post intervention.....	76
Figure 9: Scores totaux obtenus par Zachary à la version auto-rapportée et à la version rapportée par le parent du Spence's Child Anxiety Scale fonction des temps de mesure pré/post intervention.....	77

Figure 10: Scores obtenus par Jade aux deux sources des mesures répétées du questionnaire d'utilisation des techniques de relaxation par l'enfant en fonction des temps de mesure	78
Figure 11: Scores obtenus par Zachary aux deux sources des mesures répétées du questionnaire d'utilisation des techniques de relaxation par l'enfant en fonction des temps de mesure	78
Figure 12: Résultats obtenus aux mesures répétées du questionnaire d'utilisation des pensées aidantes pour chacun des participants en fonction des temps de mesure	79
Figure 13: Résultats obtenus par les deux participants aux mesures répétées du questionnaire d'utilisation des étapes de résolution de problème en fonction des temps de mesure.....	80
Figure 14: Résultats obtenus par chacun des participants aux mesures répétées du sentiment de contrôle en situation anxiogène en fonction des temps de mesure.....	81
Figure 15: Résultats obtenus par les parents des deux participants aux mesure répétées de l'encouragement à l'exposition en fonction des temps de mesure	83
Figure 16: Résultats obtenus par la mère de Jade pour le sentiment de compétence et l'anxiété auto-rapportée en fonction des temps de mesures répétées.....	84
Figure 17: Résultats obtenus par les parents de Zachary pour le sentiment de compétence et pour l'anxiété auto-rapportée en fonction des temps de mesures répétées	85

Remerciements

Bien que mon seul nom soit inscrit comme auteur de ce rapport, il est le résultat de toutes ces personnes qui ont contribué à leur manière à mettre un point final à ce projet. Je veux remercier dans un premier temps l'équipe du CSSS de la Montagne, plus particulièrement celle du CLSC Parc Extension pour m'avoir accueilli durant les deux années de mon stage et pour avoir soutenu mon projet. Merci de m'avoir ouvert les portes de votre équipe et d'avoir participer à mon expérience de stage, ce fut une équipe agréable à côtoyer. Je tiens à remercier tout particulièrement ma tutrice de stage, Natalie Zimhelt, pour son support et son écoute, pour avoir su me guider dans mon stage, tout en me laissant trouver ma propre voie. Merci pour le support à mettre en place mon projet et pour les conseils précieux durant son animation. Je remercie également les deux participants à mon programme et leur famille, qui ont pris part à mon projet avec une ouverture d'esprit et un engagement qui a rendu l'aventure enrichissante.

Le support reçu à l'université a été d'une aide précieuse. Je remercie pour cela mon professeur Stéphane Cantin, pour le soutien offert généreusement et pour les rappels à la réalité, nécessaires, qui m'ont permis de développer ma persévérance. Ces deux années de maîtrise auraient été bien différentes sans mes collègues de maîtrise, Fanny, Caroline, Ashley, Sophie et Annick, avec qui j'ai partagé cette expérience, avec ses inquiétudes et ses moments difficile, tout comme la fierté de compléter nos études. Merci du soutien et de votre énergie dans vos études qui est inspirante.

Finalement, je veux remercier mon clan, ma famille, mes amis. Merci à ma mère, mon père et à toi aussi, Juju, pour vos encouragements, votre écoute patiente, votre soutien au travers cette aventure et pour tout cet amour ! Tous ensemble, vous avez contribué à ce rapport, mais aussi à former la personne que je suis, et qui sera, bientôt déjà, une psychoéducatrice.

Introduction

Le travail en relation d'aide permet de côtoyer une clientèle avec une variété de problématiques, dont certaines sont prédominantes. Chez les enfants et les adolescents, les troubles anxieux constituent le trouble internalisé le plus commun (Gagnon et Vitaro, 2003). L'anxiété constitue d'abord une réaction biologique et psychologique normale face à un événement menaçant. Elle devient problématique lorsque la personne affectée vit des répercussions négatives sur son fonctionnement, par exemple, dans la sphère sociale, scolaire ou occupationnelle. L'anxiété présente une panoplie de symptômes dans les zones cognitives (pensées anxieuses, rumination, faible estime de soi), physiques (maux de tête, maux de ventre, tremblements) et comportementales (éviter de situations anxiogènes) des individus. À long terme, ces symptômes anxieux entraînent des conséquences qui peuvent contribuer à l'aggravation ou au maintien des symptômes anxieux. Afin d'éviter les conséquences à long terme sur le développement des individus, il est important d'intervenir auprès des enfants et des adolescents, afin de leur permettre de soulager leur anxiété et de les outiller pour le futur.

Le présent rapport expose les étapes de planification, d'implantation et d'évaluation du programme d'intervention *Je m'AJUSTE!* mis en place au CSSS de la Montagne. Le but du programme est de réduire l'impact des conséquences de l'anxiété sur le fonctionnement des enfants. Dans un premier temps, le contexte théorique entourant l'anxiété sera présenté avec une recension des écrits englobant la problématique d'anxiété elle-même, ainsi qu'avec une présentation des interventions déjà expérimentées et celle proposée dans le cadre du programme *Je m'AJUSTE!*. Par la suite, la méthodologie du programme proposé sera détaillée, ainsi que le protocole et les moyens choisis pour évaluer la mise en œuvre et les effets du programme d'intervention. Pour présenter les résultats obtenus, des graphiques et des tableaux illustrent les données recueillies lors de l'évaluation de la mise en œuvre et de l'évaluation des effets. Une analyse suit cette présentation des résultats et permet de discuter de l'atteinte de objectifs et de l'interaction des différentes composantes dans les résultats obtenus. Enfin, les avantages et les limites de l'intervention sont exposés, et des recommandations sont proposées pour une application future du programme.

Contexte théorique

Description de la problématique

Tout d'abord, il est important de souligner que l'anxiété possède avant tout une fonction adaptative pour l'être humain, qui permet de prévenir ou de se protéger d'un danger. Cette réaction universelle à la menace permet de préparer l'individu à fuir ou encore à combattre, et ce en déclenchant des symptômes d'ordre physiologiques et psychologiques (Dumas, 2007). La nature de ces symptômes, tout comme les déclencheurs de l'anxiété, varie en fonction de différentes variables comme le sexe, la maturité cognitive et l'âge de l'individu. Ainsi, les peurs que nous avons enfant deviennent moins anxiogènes lorsque nous grandissons (Essau et Peterman, 2001). L'anxiété présente un large spectre de symptômes qui peuvent être d'ordre émotionnel, cognitif, physiologique et comportemental. Sur le plan émotionnel, un individu ressentant de l'anxiété peut expérimenter un manque d'assurance ou encore un sentiment extrême de peur. Sur le plan cognitif, il est possible d'observer des ruminations anxieuses ou encore de l'anticipation. Physiologiquement, l'individu peut présenter de l'agitation, une transpiration excessive ou une tension musculaire. Sur le plan comportemental, l'anxiété peut entraîner, par exemple, une timidité sociale ou encore un comportement de fuite ou d'évitement. Tous ces symptômes se situent sur un continuum qui comprend différents niveaux d'intensité, de fréquence et différentes natures de symptômes (Baron, 2001).

Ces critères de nature, fréquence et durée des symptômes délimitent en fait l'anxiété normative de l'anxiété pathologique (DSM-5, 2013). Selon le manuel de diagnostic de santé mentale, l'anxiété pathologique est caractérisée par une détresse significative qui porte atteinte au fonctionnement de l'individu, notamment au plan social et occupationnel. Dumas (2007) parle également d'une peur pathologique et ajoute que celle-ci ne provient pas d'un danger réel ou imminent et qu'elle ne peut être calmée par des gestes rassurants ou encore par le raisonnement. L'individu expérimentant une peur ou une anxiété pathologique a de la difficulté à la contrôler, ce qui le conduit à adopter la fuite ou l'évitement, affectant ainsi son fonctionnement. Ainsi, lorsque l'anxiété est excessive, que sa nature persiste au-delà des limites normales de la période développementale (par exemple, l'anxiété de séparation) et qu'elle affecte le fonctionnement et le développement de l'individu, elle devient ce qu'on appelle un trouble anxieux, soit une anxiété pathologique.

Le DSM-5 (2013) établit six troubles anxieux qui se distinguent par la nature de l'anxiété, mais aussi par la persistance des symptômes dans le temps. Le tableau 1 présente brièvement les différents troubles anxieux selon le DSM-5 :

Tableau 1

Présentation des différents troubles anxieux selon le DSM-5

Trouble anxieux	Nature de l'anxiété
Anxiété de séparation	Anxiété liée à la séparation avec la figure d'attachement, à la peur que celle-ci soit blessée
Mutisme sélectif	Peur de parler dans des situations sociales dans lesquelles il est attendu de l'individu qu'il parle
Phobie spécifique	Peur excessive et intense d'objets ou de situations particulières
Anxiété sociale	Peur des situations sociales où la personne pourrait se faire évaluer par les autres (peur du regard/jugement des autres)
Trouble panique	Crainte de vivre des attaques de panique, qui sont une peur ou un inconfort intense et soudain qui atteint un sommet en quelques minutes
Agoraphobie	Peur de ne pas pouvoir s'échapper d'un endroit public ou que personne ne lui vienne en aide en cas de besoin
Anxiété généralisée	Anxiété excessive et fréquente, difficile à contrôler, à propos de plusieurs événements ou activités

Il est important de préciser que les études concernant les troubles anxieux chez les enfants et les adolescents sont récentes et les connaissances sont limitées, comparativement à celles effectuées sur la population adulte. Les critères diagnostiques pour un trouble anxieux sont toutefois similaires chez les deux clientèles, mais demandent une certaine adaptation à la réalité des jeunes (Baron, 2001).

Prévalence. Parmi les troubles intériorisés, les troubles anxieux sont les plus communs chez les enfants et les adolescents. Ce trouble affecte entre 10 % et 20 % d'entre eux, et ce, au Québec également (Gagnon et Vitro, 2003). Différents patrons caractérisent les troubles anxieux selon l'âge et le genre des enfants. Les filles sont plus à risque de développer un trouble anxieux que les garçons, tout comme les plus jeunes enfants sont plus à risque que les adolescents (Costello, 1989, cité dans Vasey et Dadds, 2001). De manière générale, les enfants âgés de 6 à 8 ans présentent une plus forte prévalence de troubles anxieux que les enfants de 12 à 14 ans (Gagnon et Vitro, 2003). Dans les études de familles, les enfants de parents ayant des troubles anxieux étaient sept fois plus à risque de recevoir un diagnostic de trouble anxieux que le groupe contrôle (Vasey et Dadds, 2001). De plus, les troubles anxieux peuvent perdurer sur une longue période, notamment l'anxiété généralisée et de séparation, qui peut persister 8 ans dans 46 % des cas. (Keller et al, 1992 cité dans Beidel et Alfano, 2011)

Comorbidité. Lorsqu'un enfant ou un adolescent est diagnostiqué avec un trouble anxieux, il est de 40 % à 60 % plus à risque d'être diagnostiqué avec un second trouble anxieux (Nolte et al, 2011). De plus, l'étude de Eley et Stevenson (1999a), citée dans Vasey et Dadds (2001), démontre que les facteurs héréditaires pour la transmission de l'anxiété sont partagés avec la dépression, ce qui explique leur forte comorbidité. D'ailleurs, Nolte et ses collaborateurs (2011) démontrent que les enfants ayant un diagnostic de trouble anxieux sont de 8 à 29 fois plus à risque de développer une dépression. Un trouble anxieux à l'enfance peut également perdurer à l'âge adulte, et celui-ci est alors relié à des troubles de consommation, à la dépression et à des idéations ou des comportements suicidaires (Morris et March, 2004). Les troubles anxieux sont également associés au trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), ainsi qu'à des troubles de comportements. Beidel et Alfano (2011) mentionnent qu'il faut se montrer prudent dans la distinction entre un trouble comorbide et des symptômes du trouble anxieux, car ceux-ci affectent différentes sphères de fonctionnement.

Étiologie des troubles anxieux. Le développement d'un trouble anxieux est le résultat d'une combinaison de facteurs de risques qui peuvent provenir de l'individu lui-même, de sa famille ou encore de son environnement. En plus de ces facteurs de risques, des facteurs de maintien ou d'aggravation peuvent contribuer au développement et à la cristallisation de l'anxiété. Il existe également des facteurs de protection ou d'amélioration qui permettent un retour vers un fonctionnement adapté ou encore de réduire la vulnérabilité d'un individu. L'influence individuelle de ces facteurs ne détermine pas l'ajustement subséquent de l'enfant. Leur combinaison contribue toutefois de manière plus qu'additive au développement d'un trouble anxieux, formant une vulnérabilité à l'anxiété (Vasey et Dadds, 2001). Un facteur peut donc jouer différents rôles dans différents moments du développement d'un individu, et cette influence varie elle-même d'un individu à l'autre (Cicchetti et Cohen, 2006). Cette explication du développement d'un trouble anxieux est attribuée à l'approche développementale. Cette approche s'applique bien à la compréhension du développement d'un trouble anxieux chez les enfants, car elle considère l'interaction des facteurs qui surviennent dans le développement de l'enfant. Cette approche donne des explications au fait que certains enfants développeront une pathologie, contrairement à d'autres. Le modèle de Barlow (1988), cité dans Gagnon et Vitaro (2003) explique que le développement de l'anxiété pathologique est influencé par des facteurs propres à l'individu qui sont innés ou acquis, ainsi que par des facteurs environnementaux qui s'inter-influencent. La figure 1 présente les relations possibles entre les divers facteurs pouvant influencer le développement des troubles anxieux.

Facteurs de risques individuels.

Génétique et biologique. Les études de jumeaux tendent vers l'existence d'un facteur génétique de l'anxiété. Toutefois, ce qui semble être transmis est davantage une tendance à développer un trouble anxieux plus que le trouble anxieux lui-même. Effectivement, des jumeaux monozygotes partageant un trouble anxieux ne partageront pas nécessairement le même trouble ou la même peur spécifique (Beidel et Alfano, 2011). Cela laisse place à l'influence de d'autres facteurs dans le développement des troubles anxieux. Il est important de noter que les vulnérabilités génétiques des enfants peuvent être influencées par des facteurs extérieurs, comme les pratiques parentales, qui peuvent exacerber une vulnérabilité déjà présente (Turgeon et Brousseau, 2000).

Il existe également une vulnérabilité biologique à l'anxiété. Selon plusieurs recherches, une structure cérébrale est impliquée dans l'anxiété en affectant, entre autres, la régulation de l'humeur et l'inhibition comportementale. Cette structure est composée de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, du système limbique et du cortex préfrontal (Huberty, 2012). Un dysfonctionnement neuronal dans ces systèmes agirait comme facteur de risques aux troubles anxieux. Toutefois, ce dysfonctionnement peut être induit par un événement survenant dans la vie de l'enfant, comme dans le cas de trouble de stress post-traumatique. Il serait alors une conséquence de l'anxiété, ou encore un facteur de maintien (Huberty, 2012). Le rôle que jouent les facteurs biologiques, anatomiques et neurologiques dans le développement des troubles anxieux est encore à l'état d'exploration. Les facteurs biologiques peuvent influencer la personnalité ou le tempérament de l'enfant, qui peuvent le rendre plus enclin à développer un trouble anxieux (Beidel et Alfano, 2011). Les enfants enclins à l'anxiété ont le potentiel d'être effrayés, de devenir anxieux ou de se sentir menacés dans des situations que d'autres enfants jugeront inoffensives ou dans lesquelles ils s'habitueront plus rapidement. Les enfants plus enclins à l'anxiété montrent davantage de symptômes physiques, cognitifs et comportementaux et ont plus de difficultés à s'adapter dans des situations anxiogènes (Beidel et Alfano, 2011).

Tempérament. L'inhibition comportementale est un trait de tempérament caractérisé par une réaction de gêne, de retrait et de détresse face aux situations de nouveautés, ainsi que par une tendance à rester à proximité de la figure d'attachement durant l'enfance (Nolte et al, 2011). Cela entraîne l'utilisation du retrait comme stratégie comportementale face à l'anxiété. Cette inhibition comportementale est associée à un plus grand risque de développer un trouble anxieux et même à son maintien dans le temps, jusqu'à l'âge adulte (Gagnon et Vitaro, 2003). La réactivité émotionnelle comme trait de tempérament est également associée à l'intensité des symptômes anxieux. Elle est décrite comme

une grande sensibilité émotionnelle et une faible endurance aux émotions. Ainsi, les enfants ayant ce trait de tempérament ont tendance à réagir intensément aux stimuli générant des émotions (Strelau et Zawadzki, 2011). Cette réactivité peut donc venir exacerber leurs réactions en cas d'anxiété.

Biais et distorsions cognitives. Les enfants et les adolescents anxieux sont souvent intolérants ou réagissent davantage aux situations d'incertitude. Face à ce type de situations, ils ont tendance à avoir un biais en faveur d'une interprétation négative des événements. Il est plus difficile pour ces enfants de percevoir une représentation alternative moins négative et moins menaçante. La présence d'un biais d'attention chez les personnes ayant un trouble anxieux se manifeste par une vigilance accrue et soutenue en situation de stress pour les stimuli visuels menaçants (Nolte et al, 2011). Ces jeunes se retrouvent ainsi plus souvent dans un stade d'hypervigilance ou d'hyperexcitation, qui peut parfois conduire à des comportements difficiles à gérer pour l'entourage, ainsi que pour l'enfant lui-même (Nolte et al, 2011). Le développement et la cristallisation de ce biais d'attention sont influencés par les réactions de la figure d'attachement qui encouragent ou non cette vigilance. Ce biais d'attention rend aussi l'attention à la tâche plus difficile en privilégiant l'attention aux stimuli menaçants plutôt que l'attention à la tâche (Eysenck et al, 2007). De plus, l'anxiété affecte la capacité de rétention de la mémoire de travail, ce qui pourrait expliquer que le TDAH est fréquemment observé en comorbidité avec les troubles anxieux.

Les tendances perfectionnistes sont un facteur de risques liés aux troubles anxieux, plus particulièrement le perfectionnisme inadapté. Celui-ci implique des attentes irréalistes et des critiques persistantes envers soi-même, ainsi qu'une tendance à penser en fonction de « tout ou rien » lorsque vient le temps d'évaluer la valeur personnelle et les performances (Pirbaglou et al, 2014). Un faible sentiment d'auto-efficacité contribue aussi au développement de l'anxiété pathologique. Selon Bandura (1989), cité dans Weems et Silverman (2006), le concept d'auto-efficacité réfère aux convictions d'un individu à être en mesure de produire et de régir les événements dans sa vie. Il s'agit, entre autres, d'une confiance dans ses capacités à utiliser ses compétences pour faire face aux situations ou aux symptômes anxieux. Ainsi, si un enfant ne se croit pas compétent à faire face à certaines situations, il les appréhendera et l'anxiété ressentie sera plus élevée (Weems et Silverman, 2006). Les troubles anxieux sont également associés à la croyance que l'anxiété est incontrôlable. Cette croyance que les événements et les sensations anxieuses sont hors de contrôle est un autre type de cognition qui rend les jeunes plus à risque de développer un trouble anxieux (Nunn, 1998, cité dans Weems, Silverman, Rapee et Pina, 2003).

Facteurs de risques familiaux et environnementaux

Conduite et style parental. Les comportements et les conduites des parents fournissent un répertoire de solutions à leur enfant pour faire face, entre autres, à l'adversité et à la menace (Huberty, 2012). Les parents d'enfants anxieux ont tendance à avoir un style parental intrusif, contrôlant et surprotecteur (Chorpita et Barlow, 1998). Selon Gagnon et Vitaro (2003). Un style parental de surprotection est caractérisé par un contrôle exagéré des comportements de l'enfant qui renforce les comportements d'évitement plutôt que les comportements d'exploration et de bravoure. Ce style parental laisse alors peu d'autonomie à l'enfant, ce qui a pour conséquence possible le développement des troubles anxieux (Nolte et al, 2011). De plus, ce style parental limite l'exposition de l'enfant à des situations négatives ce qui ne lui permet pas de développer ses capacités d'adaptation et renforce plutôt des comportements inadaptés (Chorpita et Barlow, 1998). Par exemple, le biais d'attention négatif décrit plus haut est influencé par la tendance des mères anxieuses à émettre des commentaires de nature catastrophique à leur enfant et à mettre l'accent sur les menaces présentes dans l'environnement (Nolte et al, 2011). Manassis et Bradley (1994) soutiennent qu'un type d'attachement insécuré chez les parents contribue au développement d'un trouble anxieux chez les enfants, notamment par l'influence des conduites des parents et de leur style parental. Ce style parental est lui-même influencé par le type d'attachement que les parents ont développé avec leurs propres parents. De plus, ces mêmes auteurs expliquent que des parents anxieux pourraient avoir tendance à beaucoup s'inquiéter de l'anxiété de leur enfant et à devenir surprotecteurs.

Attachement. La relation avec le donneur de soins aide les enfants à réguler leurs émotions indirectement, en redirigeant leur attention, en altérant l'interprétation des situations et en les aidant à comprendre la cause et les conséquences de leurs émotions. Le lien d'attachement confère aux enfants un sentiment de sécurité et de confiance dans leurs interactions avec l'environnement (Huberty, 2012). Ainsi, l'attachement de type insécuré, spécialement le type résistant/ambivalent, apparaît comme un facteur de risque au développement des troubles anxieux (Silverman et Field, 2011). Les enfants ayant ce type d'attachement développent une compréhension des situations qui se base sur l'attente à ce que leurs besoins ne soient pas répondus. Cela peut entraîner une « autonomie extrême » (évitement, peu de contacts interpersonnels) ou encore une recherche constante d'attention (beaucoup de contacts interpersonnels, comportements exigeants) (Manassis et Bradley, 1994).

Évènements de vie. Selon Nolte et al (2011), les enfants et adolescents ayant un trouble anxieux ont connu davantage d'évènements de vie négatifs que les enfants n'ayant pas de troubles anxieux. Les situations d'adversité ou d'anxiété déclenchent l'interaction des différents facteurs associés au développement des troubles anxieux et peuvent ainsi être des déclencheurs ou des précipitants pour une

psychopathologie (Nolte et al, 2011). De plus, certaines expériences pénibles ou traumatiques (abandon, maltraitance, guerre) peuvent agir comme des facteurs de risque en déclenchant des changements neurophysiologiques. Ces changements activent le circuit neuronal de la peur et augmentent la possibilité de développer un trouble anxieux. Cette activation des circuits neuronaux est elle-même influencée par une vulnérabilité génétique déjà présente qui rend un enfant plus sensible aux expériences difficiles (Vasey et Dadds, 2001). Des facteurs environnementaux comme un niveau socioéconomique peu élevé sont aussi associés au développement de troubles anxieux, (Gagnon et Vitaro, 2003).

Conséquences. Les conséquences aux troubles anxieux sont nombreuses, et elles affectent différentes sphères de la vie des enfants et des adolescents. Selon Gagnon et Vitaro (2003), l'anxiété peut interférer avec les performances intellectuelles des enfants, mais aussi avec le fonctionnement adaptatif. Les troubles anxieux peuvent aussi affecter les relations interpersonnelles des enfants en induisant des comportements ou des cognitions inhabituels. Ceux-ci affectent le développement social et peut ainsi prédisposer à l'évitement des situations sociales (Manassis et Bradley, 1994). En conséquence, les pairs perçoivent ces jeunes comme étant moins compétents socialement, moins confiants et comme étant moins aptes à jouer un rôle de leader (Gagnon et Vitaro, 2003). Selon Vasey et Dadds (2001), le maintien ou l'aggravation des symptômes anxieux a également comme conséquence d'entraîner des idéations suicidaires ou encore une augmentation de la consommation. Les conséquences de l'anxiété peuvent contribuer au maintien ou à l'aggravation de l'anxiété, notamment lorsque ces conséquences perdurent dans le temps.

Facteur de maintien et d'aggravation. En tenant compte de l'approche développementale et de l'interaction complexe des différents facteurs, les facteurs de risque peuvent jouer le rôle de facteur de maintien ou d'aggravation (Vasey et Dadds, 2001). Les facteurs de maintien surviennent lorsque la problématique est déjà présente. Ils favorisent la persistance dans le temps du trouble anxieux. De plus, ils peuvent être des facteurs de risques déjà présents avant le développement de la pathologie, ou apparaissant par la suite. (Vasey et Dadds, 2001). Par exemple, l'évitement est renforcé dans l'immédiat par une disparition des sensations négatives associées à l'anxiété, mais il empêche l'enfant d'apprendre des stratégies d'adaptation face aux situations anxiogènes (Manassis et Bradley, 1994). De plus, comme le résume Hurberty (2012), lorsqu'il y a la combinaison d'un historique familial d'anxiété avec une relation parent-enfant difficile et les craintes anxieuses de l'enfant, il est possible que cela développe une insécurité relationnelle dans le système familial. Ce contexte familial devient alors un facteur de risque, mais également un facteur de maintien ou d'aggravation du trouble anxieux.

Les expériences de rejet ou d'échec vécues par l'enfant anxieux sont aussi un facteur de maintien, car ils affectent son sentiment d'auto-efficacité. Younger et al (1993), cité dans Kendall et Verduin (2008) mentionnent que les enfants inhibés socialement et ayant des affects négatifs sont rejetés par leurs pairs. Ainsi, le retrait, l'évitement ou l'inhibition sociale entraîneraient des contacts sociaux moins positifs, ayant pour conséquence peu d'interactions sociales constructives pour les enfants présentant de l'anxiété (Morgan et Benerjee, 2006, cité dans Kendall et Verduin, 2008). Ce facteur d'aggravation est également une conséquence du trouble anxieux comme mentionné plus haut. Cela illustre la relation transactionnelle entre les différents facteurs comprise dans l'approche développementale.

Facteurs de protection. Différents facteurs peuvent jouer un rôle de protection dans le développement de troubles anxieux, notamment le sentiment de contrôle. La perception de contrôle sur l'anxiété est corrélée négativement avec le niveau d'anxiété auto-rapporté des enfants. Ainsi, avoir un sentiment de contrôle sur les situations ou les symptômes anxieux se traduit par une diminution de l'anxiété auto-rapportée (Weems, Silverman et Rapee, 2003). Dans le même sens, expérimenter un contrôle sur l'environnement durant l'enfance permettrait aux enfants de développer de nouvelles habiletés et d'explorer leur environnement, augmentant ainsi leur sentiment de contrôle. Ainsi, des attitudes parentales qui encouragent l'autonomie et l'indépendance jouent un rôle de protection par le sentiment de contrôle qu'elles développent chez l'enfant (Chorpita et Barlow, 1998). Selon Vasey et Dadds (2001), un attachement de type sécure constitue un élément protecteur pour les troubles anxieux. En raison de l'encouragement à l'exploration et des échanges chaleureux qui caractérisent ce type d'attachement, les enfants peuvent développer différentes stratégies pour faire face aux situations anxiogènes. Bandura (1982), cité dans Weems et Silverman (2006) explique qu'un sentiment d'auto-efficacité permet d'augmenter le sentiment de confiance de l'enfant dans ses capacités, et ainsi diminuer l'anxiété ressentie. Le sentiment d'auto-efficacité a un impact sur l'anxiété par l'influence positive qu'il exerce sur le sentiment de contrôle. Ainsi, avoir confiance en ses capacités de faire face à l'anxiété augmente l'impression de contrôle qu'un enfant perçoit sur cette dernière (Weems et Silverman, 2006).

Facteurs d'amélioration. Vasey et Dadds (2001) propose l'existence de facteurs d'amélioration qui jouent leur rôle lorsque les symptômes du trouble anxieux sont installés chez le jeune. Ces facteurs facilitent un retour à un développement « normal » ou servent à prévenir le maintien ou l'aggravation du trouble anxieux. Il peut s'agir de facteurs de protection durables qui persistent dans le développement de l'enfant, ou encore qui surviennent plus tard, une fois le trouble installé. Des techniques d'intervention

peuvent jouer le rôle de facteurs d'amélioration. Ainsi, comme les capacités d'adaptation des enfants sont considérées comme des facteurs de protection, le fait de leur enseigner des moyens de gestion peut devenir un facteur d'amélioration. Selon Vasey et Dadds (2001), les capacités qui sont pertinentes à enseigner incluent la relaxation, l'utilisation de stratégies d'auto-raisonnement positif, l'interprétation rationnelle des événements et la résolution de problème. Il existe également l'exposition graduelle qui, selon Huberty (2011), permet d'améliorer les stratégies d'adaptation des enfants et de réduire leur anxiété par une exposition systématique et graduée à des situations anxiogènes.

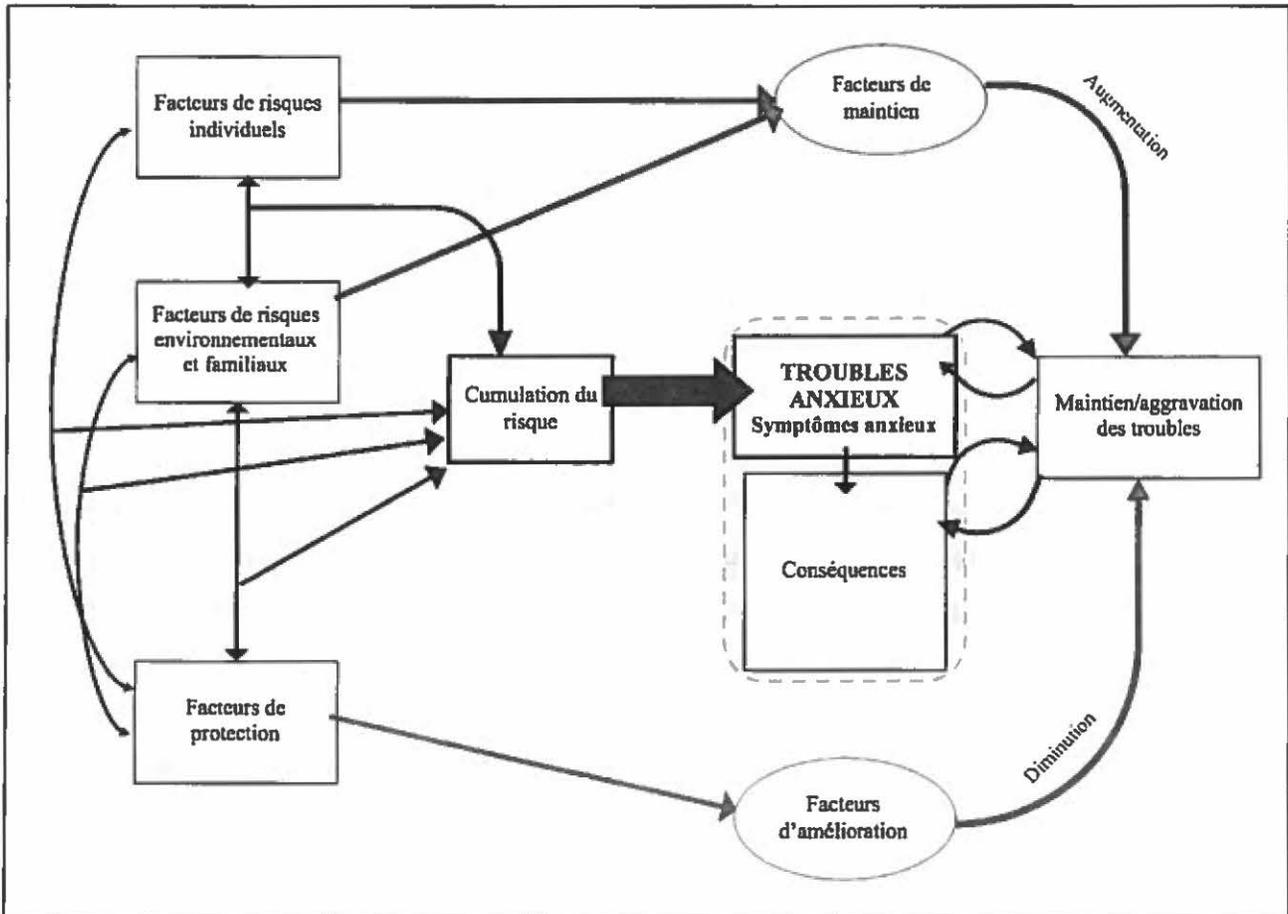


Figure 1
Chaîne développementale de l'anxiété

Interventions déjà expérimentées

Portrait général. Il existe plusieurs avenues possibles pour intervenir auprès des enfants ayant un trouble internalisé, notamment l'utilisation de médication, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et la psychothérapie (AACAP, 2007). La thérapie cognitivo-comportementale est toutefois la forme d'intervention qui donne les meilleurs résultats avec les troubles internalisés chez les enfants (Turgeon et Parent, 2012). Concernant spécifiquement les troubles anxieux, il existe plusieurs programmes développés pour les enfants et les adolescents. Les tableaux de 2 à 9 présentent un résumé des programmes pertinents et de leur évaluation. La majorité des programmes et des recherches sur le traitement des troubles anxieux à l'enfance utilise la thérapie cognitivo-comportementale (Flannery-Schroeder et Kendall, 2000). Comme son nom le suggère, ce type de thérapie travaille principalement sur la modification des pensées et des comportements. Il existe différentes composantes qui caractérisent la TCC auprès des enfants anxieux. Albano et Kendall (2002) en proposent cinq : la gestion des réactions somatiques, la restructuration cognitive, l'exposition, la construction d'un plan de prévention ainsi que l'éducation des parents et de l'enfant à propos de l'anxiété. Ces composantes doivent toutefois être appliquées de manière flexible, en fonction des besoins et des caractéristiques de la clientèle (Albano et Kendall, 2002).

Différentes études se penchent aussi sur les modalités possibles d'intervention en TCC. Deux principales modalités émergent des différentes recherches : la thérapie individuelle et la thérapie de groupe (Sylverman *et al.*, 1999). L'efficacité de la TCC individuelle est appuyée par plusieurs études, et elle permet aux enfants de vivre une amélioration significative et durable sur le plan du fonctionnement et des symptômes anxieux (Flannery-Schroeder et Kendall, 2000 ; Manassis *et al.*, 2002 ; Kendall *et al.*, 1997). La modalité de traitement de groupe présente aussi des bénéfices pour les enfants anxieux, bien que certaines études rapportent des résultats moindres qu'avec la thérapie individuelle (Manassis *et al.*, 2002 ; Sylverman *et al.*, 1999). Ce type de modalité apporte des opportunités peu présentes en thérapie individuelle, telles que la médiation par les pairs, l'expérimentation d'interactions sociales ainsi que le renforcement et l'apprentissage par les pairs (Flannery-Schroeder et Kendall, 2000). Dans l'étude de Barrett (1998), l'addition d'une modalité de traitement pour la famille de l'enfant anxieux permet plusieurs additions positives à la modalité de groupe. Les améliorations perdurent jusqu'à 12 mois après le traitement et concernent le fonctionnement, l'anxiété générale, l'évitement, les capacités de la famille à faire face aux comportements de l'enfant ainsi que la capacité de l'enfant à faire face aux situations difficiles. Étant donné la pertinence de l'intervention individuelle et l'intervention de groupe dans le

traitement des troubles anxieux, les programmes ci-après seront présentés selon la modalité qu'ils utilisent.

Intervention individuelle. Le premier programme d'intervention individuelle ciblé est *Coping Cat*, créé par Kendall et Hedtke (2006). C'est un programme qui vise particulièrement le traitement des troubles d'anxiété généralisée, de phobie sociale et d'anxiété de séparation. *Coping Cat* utilise l'intervention cognitivo-comportementale pour outiller les jeunes de 7 à 13 ans dans la gestion de l'anxiété. Ce programme s'adresse principalement à quatre habiletés, soit la reconnaissance des sentiments anxieux et des réactions physiologiques de l'anxiété, l'identification des cognitions liées à l'anxiété, la mise en œuvre d'un plan pour faire face aux situations anxiogènes et une auto-évaluation réaliste et encourageante. Le programme contient 16 rencontres hebdomadaires d'environ une heure. Les huit premières rencontres avec l'enfant sont de type didactique et ont pour but l'enseignement de nouvelles connaissances. Les huit dernières rencontres sont consacrées à la pratique des nouveaux apprentissages avec différentes modalités et degrés d'exposition à l'anxiété. Deux rencontres sont accordées aux parents, soit la quatrième et la neuvième, où le thérapeute les accompagne dans la modification de leurs attitudes et de leurs comportements face à l'enfant afin de réduire les renforcements de l'anxiété. Le programme *Coping Cat* a été reproduit dans différents pays avec quelques adaptations, comme *Coping Koala* en Australie ou encore *Coping Bear* au Canada. *Coping Koala* a obtenu des résultats similaires au *Coping Cat* (Barrett, Dadds et Rappe, 1996). Le tableau 2 présente un résumé du programme et de son contenu. La tableau 3 présente l'évaluation de ce programme.

Intervention de groupe. Le premier programme d'intervention ciblée en contexte de groupe est le programme *FRIENDS*, développé en Australie par Paula Barrett *et al.* (2006). Ce programme utilise l'intervention cognitivo-comportementale pour agir auprès des jeunes de 7 à 16 ans cliniquement anxieux. Le programme *FRIENDS* vise la réduction de l'anxiété chez les enfants et de les outiller à faire face aux situations anxiogènes. Il comprend également un travail auprès des parents. Ce programme comprend de 10 à 12 rencontres hebdomadaires d'environ une heure, ainsi que deux sessions de rappel qui se donnent à un mois et à trois mois après le programme afin de favoriser la généralisation des acquis (Barrett *et al.*, 2010). Les rencontres ciblant les parents se déroulent sur un total de six heures qui peuvent être réparties en quatre ou dix rencontres au cours du programme. Ces rencontres sont de type psychoéducatives au cours desquelles sont principalement abordées des stratégies parentales adaptées. Les tableaux 4 et 5 présentent respectivement un résumé du programme et de son évaluation.

Un autre programme d'intervention ciblée en contexte de groupe est le *Cool Kids Program* (Rapee *et al.*, 2006). Il a pour but la réduction des symptômes anxieux et l'augmentation des capacités de gestion de l'anxiété chez les jeunes et leurs parents et peut s'appliquer dans un contexte scolaire. Le *Cool Kids Program* propose une intervention auprès des enfants de 7 à 12 ans et des adolescents de 13 à 17 ans qui présentent une symptomatologie anxieuse. Il comprend huit séances hebdomadaires de cinquante minutes. Deux séances de deux heures pour les parents s'y ajoutent et abordent les moyens pour soutenir leurs enfants et pour gérer leur propre anxiété. Le programme obtient des résultats positifs, entre autres au niveau de l'amélioration du sentiment de contrôle des participants. Le tableau 8 présente un résumé du programme, tandis que le tableau 9 présente un résumé de ses évaluations.

Le programme d'intervention préventive *Dé-stresse et Progresse* (Centre d'études sur le stress humain, 2011) utilise également l'intervention de groupe auprès des enfants et des adolescents. Ce programme a pour but l'amélioration de la santé mentale et physique des enfants et des adolescents. Ses objectifs sont d'amener les jeunes à identifier le stress et à le déconstruire, ainsi qu'à acquérir des stratégies pour diminuer la réponse au stress. *Dé-stresse et Progresse* comprend cinq ateliers hebdomadaires d'une durée de 40 à 50 minutes. Ces ateliers sont divisés en une partie théorique et une autre mettant en pratique les notions apprises. Les tableaux 6 et 7 présentent le résumé du programme et de son évaluation.

Modalités et évaluation des différents programmes

Tableau 2
Description du programme d'intervention Coping Cat

Auteur(s)	Nom du programme	Type d'intervention	Modalités d'intervention
Kendall et Hedtke	<i>Coping Cat</i> (développé aux États-Unis) (1990)	Intervention ciblée individuelle	<p>Programme de 16 séances hebdomadaires d'une durée de 50 minutes, qui s'adresse aux enfants de 7 à 13 ans. Deux des seize séances forment le volet parent.</p> <p>➤ <u>Volet enfant</u></p> <p>Programme divisé en deux « sections » :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Les huit premières séances</i> : introduction aux concepts de base et mise en pratique. Au cours du programme, l'intervention met l'accent sur quatre composantes : <ul style="list-style-type: none"> ❖ Reconnaissance des émotions anxieuses et des symptômes somatiques ❖ Clarification des symptômes cognitifs ❖ Développement d'un plan pour l'adaptation aux situations anxiogènes ❖ Apprentissages de l'auto-évaluation et du renforcement positif - <i>Les huit dernières séances</i> : pratique des acquis par l'exposition imaginaire ou in-vivo, en commençant par des situations peu anxiogènes, pour augmenter tranquillement la difficulté. <p>Utilisation de différentes méthodes : « modeling », exposition in-vivo, jeux de rôle, entraînement à la relaxation et renforcement positif. Également utilisé : renforcement social et pratique des acquis dans différents contextes</p> <p>➤ <u>Volet parent</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sessions 4 et 9 accordées aux parents. - Discussions sur les sujets traités avec les enfants - Apprentissages de moyens pour répondre aux besoins particuliers de leur enfant et accompagnement pour modifier certaines attitudes et comportements

Tableau 3 : *Évaluation du programme Coping Cat*

Caractéristiques des participants et contexte d'intervention	Durée	Devis/Protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux
<p>- 47 enfants âgés entre 9 et 13 ans, avec soit un diagnostic de «overanxious disorder» (n=30), de «separation anxiety disorder» (n=8) ou de «avoidant disorder» (n=9)</p> <p>- 27 enfants dans le groupe d'intervention (52% de garçons) et 20 enfants dans la liste d'attente</p> <p>- Critères d'exclusion : diagnostic de phobie spécifique, symptômes psychotiques, prise d'anxiolytiques, handicap physique ou QI sous 80 (Kendall et al, 1994)</p>	De 16 à 20 semaines (variations dues aux vacances des fêtes ou pour des raisons de santé)	Expérimental	<ul style="list-style-type: none"> • Comme auto-rapporté par les enfants, 60% d'entre eux ayant reçu l'intervention se situaient dans les limites « non-déviantes » du CBCL. • Comme rapporté par les parents, 64% des enfants ayant reçu l'intervention ne répondaient plus aux critères diagnostic, comparativement à un seul enfant de la liste d'attente. 	<p>Après une relance d'un an (sur 38 des 47 participants initiaux)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats après l'intervention se maintiennent dans le temps.
<p>- 94 enfants âgé entre 9 et 13 ans (58% de garçon) diagnostiqués soit d'un «overanxious disorder» (n=55), d'un trouble d'anxiété de séparation (n=22) ou d'un «avoidant disorder» (n=17)</p> <p>- 60 enfants dans le groupe d'intervention, 34 enfants dans la liste d'attente</p> <p>- Critères d'exclusion : le trouble principal est une phobie, symptômes psychotiques ou prise d'anxiolytiques (Kendall et al, 1997)</p>	16 semaines	Expérimental	<ul style="list-style-type: none"> • Comme rapporté par les parents, 71,28 % des enfants du groupe d'intervention n'avaient plus leur trouble anxieux comme principal diagnostic après l'intervention, comparativement à deux enfants sur la liste d'attente. Aussi, 53,19 % des enfants ne démontraient plus les critères diagnostic de leur trouble anxieux suite à l'intervention • Comme rapporté par les parents au CBCL, 56,17 % de tous les participants se trouvant dans la catégorie des résultats «clinical» n'y étaient plus après l'intervention. 	<p>Après une relance d'un an (avec 85 des 94 participants initiaux)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats après l'intervention se maintiennent dans le temps.

Tableau 4
Description du programme d'intervention FRIENDS

Auteur(s)	Nom du programme	Type d'intervention	Modalités d'intervention
Barrett, Lowry-Webster, & Turner	Programme d'intervention <i>FRIENDS</i> développé en Australie (2000)	- Intervention de groupe ciblée auprès de jeunes cliniquement anxieux	<p>Il existe trois volets au programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Volet pour les enfants âgés de 6 à 11 ans</u> <ul style="list-style-type: none"> - 10 séances hebdomadaires de 60 à 70 minutes, 2 séances de rappel (booster session) d'un à trois mois après la fin du programme - Utilisation d'un cahier de travail avec les enfants - Utilisation des principes du traitement cognitivo-comportemental (exposition, restructuration cognitive, relaxation et gestion des imprévus), met aussi l'accent sur l'importance du support social et de l'apprentissage par les pairs ➤ <u>Volet pour les jeunes âgés de 12 à 16 ans</u> <ul style="list-style-type: none"> - Modalités d'intervention similaires au volet pour les 6-11 ans, mais adaptées en fonction des différences développementales associées à l'âge. ➤ <u>Volet pour les parents</u> <ul style="list-style-type: none"> - Pour animation en groupe d'une durée totale de six heures qui peuvent être réparties en quatre ou dix sessions - Mêmes sujets que le volet enfant et modification des pratiques parentales. - Pour encourager les parents à former un réseau de soutien

Tableau 5
Évaluation du programme FRIENDS

Caractéristiques des participants et contexte d'intervention	Durée	Devis/Protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux
<p>- Évaluation faite à partir d'un échantillon de 71 enfants âgés entre 6 ans et demi et 10 ans présentant soit un trouble d'anxiété de séparation (n=19), un trouble d'anxiété généralisée (n=42) ou un trouble d'anxiété sociale (n=10)</p> <p>- Répartition aléatoire dans les groupes : 54 enfants dans le groupe traitement et 17 dans la liste d'attente. 48 enfants et leur(s) parent(s) ont complété le traitement</p> <p>- Critères d'exclusion : présence d'un handicap intellectuel ou physique sévère ou l'implication de l'enfant dans une autre intervention</p> <p>- Intervention effectuée auprès de 10 groupes traitement formés de 5 à 13 enfants (Shortt, Barrett et Fox, 2001)</p>	10 semaines pour chacun des groupes	Expérimental	<ul style="list-style-type: none"> • Comme rapporté par les parents, 69 % des enfants du groupe traitement ne répondaient plus aux critères diagnostiques, comparativement à 6 % des enfants de la liste d'attente • Comme auto-rapporté par les enfants du groupe traitement, les symptômes internalisés ont diminué significativement, comparativement aux résultats des enfants sur la liste d'attente • Selon les résultats du <i>Child Behavior Check List</i> (CBCL), suite au traitement, huit enfants de la catégorie de résultats «clinical» ont changé pour la catégorie «non-clinical», 10 enfants ont changé de la catégorie «borderline» à «non-clinical», neuf enfants ont changé de «clinical» à «borderline» et trois enfants sont passés de «borderline» à «clinical». 	<p>Après une relance 12 mois suite à l'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 68 % des enfants ne répondaient plus aux critères diagnostiques selon les parents • Les résultats des mères au CBCL n'ont pas changé significativement • Les résultats des pères au CBCL et ceux des enfants au <i>Revised Children's Manifest Anxiety Scale</i> (RCMAS) étaient significativement plus bas à la relance qu'après le traitement.

Tableau 6
Description du programme universel Dé-stresse et Progresse

Auteur(s)	Nom du programme	Type d'intervention	Modalités d'intervention
Centre d'étude sur le stress humain (2011)	Dé-stresse et Progresse	Prévention	<p>But : Amélioration de la santé mentale et physique des enfants et des adolescents</p> <p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifier et déconstruire ce qu'est le stress - Acquérir des stratégies pour diminuer la réponse au stress <p>5 ateliers hebdomadaires d'une durée de 40 à 50 minutes, qui sont divisés en une partie didactique et une partie pratique</p> <p>Thèmes abordés :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Présentation du modèle S.P.I.N. <ul style="list-style-type: none"> <i>S : sentiment de contrôle diminué</i> <i>P : Personnalité menacée par quelque chose</i> <i>I : Imprévisibilité de la situation</i> <i>N : Nouveauté de la situation</i> 2- Différences individuelles dans la perception d'évènements stressants 3- Les signes physiques du stress 4- Apprentissage de stratégies centrées sur le problème 5- Concept du support social et de la pression sociale <p>Moyens utilisés : Jeux de rôle, enseignement didactique, devoirs, exercice en groupe, technique S.P.I.N ton stress, etc.</p>

Tableau 7
Évaluation du programme Dé-stresse et Progresse

Caractéristiques des participants et contexte d'intervention	Durée	Devis/Protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux
<p>- 504 enfants âgés de 11 à 13 ans, répartis dans deux écoles.</p> <p>- L'école recevant l'intervention comprenait 284 élèves et l'école sur la liste d'attente comprenait 220 élèves (Lupien et al, 2013)</p>	<p>cinq séances de 40 minutes répartie durant la première partie de l'année scolaire (automne)</p>	<p>Quasi-expérimental (répartition non aléatoire des écoles aux deux conditions)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il n'y a pas de différences significatives entre les élèves ayant reçu l'intervention et ceux sur la liste d'attente pour le taux de cortisol salivaire. • Les participants à l'intervention rapportant plus de colère et plus de tension avant l'intervention présentaient un taux de cortisol significativement plus faible après l'intervention. 	<p>Relance trois mois après l'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les adolescents ayant participé à l'intervention et qui présentaient une diminution du taux de cortisol salivaire était 2,45 fois moins à risque de souffrir d'un état dépressif, en comparaison aux adolescents dont le taux de cortisol avait augmenté.

Tableau 8

Description du programme d'intervention Cool Kids Program

Auteur(s)	Nom du programme	Type d'intervention	Modalités d'intervention
Ronald Rapee, Heidi Lyncham, Carolyn Schniering, Viviana Wuthrich, Marce Abbott, Jennifer Hudson and Ann Wignall (2006)	<i>Cool Kids Anxiety Program</i> (développé en Australie)	Ciblée pour les enfants présentant des symptômes anxieux	<p>But : Réduction des symptômes anxieux et augmentation des capacités de gestion de l'anxiété chez les jeunes et leurs parents</p> <p>Il existe trois principaux volets :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Enfants de 7 à 12 ans</u> <p>Huit séances de cinquante minutes qui se font individuellement ou en petits groupes. Les thèmes abordés sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les sentiments et l'anxiété - Apprentissage de pensées réalistes - L'aide que peut apporter le parent - Affronter sa peur par étape - Apprendre à résoudre un problème - Développement d'habiletés sociales et de la confiance en soi <p>Moyens utilisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Restructuration cognitive, exposition graduée, éducation sur l'anxiété, formation des parents <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Adolescent de 13 à 17 ans</u> <p>Mêmes thèmes et mêmes moyens que pour les plus jeunes, mais adaptés pour l'intérêt des adolescents.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Parents</u> <p>Deux séances d'une durée de deux heures, après la première et la troisième séance des enfants. Discussion sur les sujets abordés avec les enfants et des moyens pour les aider. Encouragement des parents à utiliser des moyens pour gérer leur propre anxiété.</p>

Tableau 9
Évaluation du programme Cool Kids Program

Caractéristiques des participants et contexte d'intervention	Durée	Devis/Protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux
<p>- 95 enfants âgés entre 7 et 16 ans (59 % de filles) qui présentaient les critères diagnostiques du DSM-IV pour un trouble anxieux : anxiété de séparation (n=38), phobie sociale (n=26), anxiété généralisée (n=23), anxiété autre (n=8)</p> <p>- 95 enfants dans le groupe d'intervention, 15 dans une liste d'attente</p> <p>- Recrutement par publicité dans les médias, par référence de professionnels ou par bouche à oreille</p>	neuf séances de 90 minutes, animées sur 11 semaines	Quasi-expérimental (répartition non-aléatoire)	<ul style="list-style-type: none"> • D'après les résultats des mères au CBCL et le score auto-rapporté des enfants au <i>Revised Children's Manifest Anxiety Scale</i> (RCMAS), les symptômes internalisés des enfants du groupe d'intervention ont connu une baisse significative, comparé à ceux des enfants de la liste d'attente • D'après les résultats des pères et des mères au CBCL, les symptômes externalisés des enfants du groupe d'intervention n'ont pas connu de changement significatif après l'intervention. 	<p>Relance un an après le programme (sur 67 des 95 enfants):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une étude ANOVA montre une continuité significative dans l'amélioration des résultats internalisés au CBCL des pères et des mères, ainsi qu'au RCMAS pour l'enfant
<p>- Recrutement fait dans des écoles où il y a une forte concentration de familles socio-économiquement démunies.</p> <p>- 91 enfants âgés entre 9 et 10 ans (59 % de filles). 50 placés dans le groupe d'intervention et 41 placés dans la liste d'attente</p>	<p>huit séances hebdomadaires d'une durée d'une heure + deux séances d'une durée de deux heures pour les parents</p>	<p>Quasi-expérimental (nomination des participants les plus anxieux par les enseignants et répartition selon le score au RCMAS)</p> <p>Répartition aléatoire des écoles dans le groupe d'intervention et liste d'attente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les enfants du groupe d'intervention présentaient une diminution presque significative des résultats au <i>Spence Children's Anxiety Scale</i>, comparativement aux enfants de la liste d'attente qui ne présentaient pas de changements significatifs • Diminution significative des résultats au <i>Children's Automatic Thoughts Scale</i> des enfants du groupe d'intervention • Diminution significative des symptômes anxieux selon l'enseignant. • Augmentation du sentiment de contrôle rapportée par les enfants 	<p>Relance quatre mois après le programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présence d'une diminution des symptômes anxieux des enfants, tel que mesuré par l'enfant et l'enseignant • Tel que rapporté par l'enfant et l'enseignant, différence significative entre le groupe d'intervention et la liste d'attente pour la présence de symptômes anxieux

Synthèse des programmes. Suite à la présentation des différents programmes et interventions déjà expérimentés, il en ressort certaines caractéristiques intéressantes pour la construction d'un programme. D'abord, l'utilisation de volets s'adressant à la fois aux enfants et aux parents est présent dans plusieurs programmes et apportent des résultats bénéfiques aux participants. La modalité de groupe est une autre modalité d'intervention qui revient parmi les programmes et qui est validée empiriquement, notamment avec le programme *Friends*. De plus, dans chacun des programmes, les séances d'intervention pour les enfants présentent une partie didactique et une partie pratique qui permet, entre autres, l'utilisation de l'exposition et l'assimilation du contenu théorique. Les programmes présentés utilisent un langage imagé idéal auprès des enfants et utilisent des vignettes et des exemples concrets pour faciliter l'assimilation des notions. Tous les programmes utilisent également des techniques d'interventions cognitivo-comportementales. La majorité des programmes présentés propose des rencontres pour les enfants animées sur une durée d'environ une heure, ce qui semble convenir à cette clientèle. Plusieurs programmes offrent aussi un volet pour les parents, qui semble flexible et dont la durée d'intervention varie, ce qui permet un ajustement à la réalité des participants.

Les programmes *Coping Cat* et *Friends* proposent des interventions avec des volets qui s'adressent aux enfants et aux parents et dont les résultats sont appuyés empiriquement. Ils constituent donc une base solide à la construction d'un programme s'adressant aux enfants qui vivent une problématique anxieuse. De plus, l'implantation de ces deux programmes est facilitée par des manuels et des instructions bien détaillés. L'intervention qui sera proposée s'inspire majoritairement de ces deux programmes. Le programme *Coping Cat* propose une intervention individuelle, alors que *Friends* utilise la modalité de groupe. La personnalisation de l'intervention permise par l'intervention individuelle est retenue pour l'individualisation des objectifs du programme, alors que la modalité de groupe est retenue pour l'intervention du volet qui cible les enfants.

Intervention proposée

Le programme d'intervention proposé se nomme *Je m'AJUSTE !* et s'adresse aux enfants âgés entre 10 et 12 ans ayant des symptômes anxieux. Le nom du programme a été choisi afin de former un acronyme avec le mot AJUSTE, dont chacune des lettres correspond à une notion du programme. Ce moyen mnémotechnique est inspiré de différents programmes, comme *FRIENDS*, *Coping Cat* et *Détresse et Progresse* qui utilisent également des acronymes pour résumer certaines notions abordées. De manière distale, le programme *Je m'AJUSTE !* vise l'amélioration du potentiel adaptatif des enfants lorsqu'ils ressentent de l'anxiété. L'intervention de type cognitivo-comportementale est utilisée étant

donné qu'elle reçoit un grand support empirique pour le traitement des troubles anxieux (Flannery-Schroeder et Kendall, 2000 ; Manassis *et al.*, 2002 ; Kendall *et al.*, 1997). Tout comme le programme *FRIENDS*, le programme *Je m'AJUSTE !* utilise une modalité de groupe pour intervenir auprès des enfants. Inspiré par les programmes *Coping Cat* et *FRIENDS*, un volet d'intervention qui vise la famille est ajouté, et les objectifs sont individualisés à chacun des participants dans les rencontres de ce volet. Les programmes *Coping Cat* et *FRIENDS* ont servi de modèles en raison de la validité empirique qui les appuie, ainsi que pour leurs interventions qui se répliquent bien. Le présent rapport d'évaluation pose une contrainte de temps pour l'implantation du programme. Cela implique que le programme n'excède pas une durée de 14 semaines. Il ne comprend donc pas de séances de relance, contrairement au programme *FRIENDS*. Le *Cool Kids Program* a également servi de modèle pour le petit nombre de rencontres (huit) et la discussion de l'anxiété propres aux parents abordée dans le volet familial.

À court terme, l'intervention proposée souhaite diminuer la présence des symptômes anxieux et augmenter la capacité des enfants à gérer leur anxiété. Pour ce faire, l'intervention cible certaines des conséquences immédiates de l'anxiété, soit les symptômes physiques, les pensées automatiques négatives et le comportement d'évitement. Cette réduction des manifestations anxieuses a pour but de rendre l'enfant plus apte à apprendre des stratégies de gestion de l'anxiété afin de prévenir le maintien ou l'aggravation des symptômes. Afin d'augmenter les capacités de gestion et d'adaptation des enfants face à l'anxiété, le programme intervient avec le reconditionnement cognitif, l'exposition graduelle à l'anxiété et la résolution de problème. Ainsi, le programme travaille non seulement sur les conséquences de l'anxiété afin d'en diminuer les manifestations, mais aussi sur ses conséquences qui jouent un rôle de facteur de maintien à plus long terme. De manière collatérale, le programme vise à développer un facteur de protection à l'anxiété, soit le sentiment de contrôle. De plus, le volet familial du programme intervient sur les attitudes parentales, telles que la surprotection qui est un facteur de risque à l'anxiété. Ce volet cible de manière collatérale le développement du sentiment de compétence parentale à soutenir leur enfant. Le but est ainsi de renforcer les changements apportés dans les attitudes parentales en augmentant le sentiment de compétence des parents lorsqu'ils utilisent des attitudes adaptées.

L'intervention proposée par le programme *Je m'AJUSTE !* permet d'outiller les enfants face à leur anxiété en leur donnant des moyens de réduction des symptômes et de gestion de l'anxiété. Le programme intervient également auprès des parents, non seulement dans un but de maintien des acquis, mais également dans le but de les soutenir. De plus, les intervenants du milieu d'application du programme, soit l'équipe Santé Mentale Jeunesse du CSSS de la Montagne, rapportent avoir reçu plusieurs demandes concernant des problématiques anxieuses chez les enfants. Le programme répond donc à un besoin du milieu d'implantation. De plus, le personnel du CSSS a un intérêt pour expérimenter

l'intervention en groupe. Le programme cible les enfants de 10 à 12 ans, car ils ont, entre autres, développé la capacité de suivre un raisonnement verbal plus complexe, ce qui est nécessaire pour bénéficier efficacement d'une intervention cognitive-comportementale (Manassis et al., 2002). Ce groupe d'âge englobe aussi plusieurs des références faites au CSSS et convient d'autant plus aux besoins du milieu.

Les programmes *Coping Cat* et *Friends* s'adressent également aux enfants de la même tranche d'âge que *Je m'AJUSTE !*. Ainsi, on peut s'attendre à ce que le contenu du programme soit adapté à cette clientèle. Afin d'utiliser un vocabulaire adapté, certains éléments du programme sont empruntés au livre *Incroyable Moi gère son anxiété* (Couture et Marcotte, 2011), entre autres, les personnages de Petit Plus et de Petit Minus qui représentent respectivement les pensées positives et négatives. Des activités prévues durant les séances de groupe sont aussi tirées de ce livre, dont la méthode des Petits Pas pour l'exposition graduelle. Considérant l'utilisation d'un volet familial dans le programme *Je m'AJUSTE !*, ainsi que les contenus abordés qui sont inspirés des deux programmes modèles, nous pouvons nous attendre à ce que le programme *Je m'AJUSTE !* ait des effets bénéfiques quant à la réduction des symptômes anxieux chez les enfants. Toutefois, en raison de la plus courte durée du programme, nous pouvons aussi envisager le non-maintien des acquis, à l'inverse de ce qui est montré dans les évaluations de *Coping Cat* et *Friends*. Dans la section suivante, les différentes composantes du programme *Je m'AJUSTE !* feront l'objet d'une présentation détaillée.

Méthodologie

Description du programme

Caractéristiques des sujets et recrutement. Le programme s'adresse aux enfants qui présentent des symptômes anxieux, ainsi qu'à leurs parents. Il vise plus particulièrement les enfants entre 10 et 12 ans, garçons et filles. Comme la clientèle du milieu est allophone, il est spécifié que les enfants doivent se sentir à l'aise de s'exprimer en français pour participer au programme. Le parent doit pouvoir s'exprimer en anglais ou en français pour participer au volet familial, auquel tous les parents sont invités. Le recrutement des participants se fera à l'aide de la charge de cas des équipes Santé Mentale Jeunesse, Jeunes En Difficulté ou Enfance-Famille du CSSS de la Montagne. Un total de six enfants ainsi que leurs parents seront ciblés par le recrutement, et les enfants doivent présenter une symptomatologie anxieuse. Pour participer au programme, l'enfant doit se présenter au CLSC une fois par semaine, en fin de journée. Concernant les caractéristiques des parents, il est préférable que ceux-ci soient ouverts à participer au volet familial, mais il ne s'agit pas d'un critère obligatoire. Il est souhaité qu'un minimum de trois familles participent à ce volet. L'horaire de ce volet est plus flexible, mais il exige une disponibilité supplémentaire de la part des parents. C'est d'ailleurs pourquoi il n'est pas obligatoire, afin de limiter les absences causées par des problèmes d'horaire.

Le recrutement des participants implique que les intervenants ciblent dans leur charge de cas des dossiers répondant aux critères mentionnés plus haut. Par la suite, une série de trois rencontres pré-intervention est prévue pour présenter le programme et discuter de la participation de la famille. C'est aussi le moment où l'évaluation des symptômes anxieux est réalisée. Si l'enfant présente effectivement ces symptômes, lui et ses parents sont invités à participer au programme.

Buts et objectifs. Le but du programme est de réduire l'impact des conséquences de l'anxiété sur le fonctionnement des enfants. Comme il est illustré dans la chaîne développementale de l'anxiété présentée précédemment à la figure 1, les symptômes anxieux entraînent des conséquences qui se répercutent sous la forme d'un cercle vicieux. Effectivement, les conséquences de ces symptômes encouragent, par leur présence, le maintien ou l'aggravation de l'anxiété. Le programme cherche à enrayer ce cercle vicieux, d'abord en fournissant aux enfants des moyens pour réduire leurs symptômes anxieux et, en même temps, leur impact sur le maintien de l'anxiété. Le programme vise également à

fournir aux enfants des outils de gestion et d'adaptation aux situations anxiogènes, réduisant ainsi les facteurs de maintien ou d'aggravation. Cela encourage également la présence de facteurs d'amélioration.

L'objectif distal visé par le programme *Je m'AJUSTE !* est d'améliorer le potentiel adaptatif des enfants lorsqu'ils ressentent de l'anxiété. Considérant que l'amélioration du potentiel adaptatif se réalise à long terme, cet objectif s'actualisera par l'utilisation répétée des acquis réalisés durant le programme. À court terme, le programme comprend des objectifs proximaux et spécifiques qui sont présentés dans le tableau 10. Ces objectifs sont divisés selon les deux cibles du programme : les enfants et les parents. Concernant les enfants, les deux objectifs proximaux sont de diminuer les symptômes d'anxiété et d'augmenter les capacités à faire face aux situations anxiogènes telles que perçues par l'enfant. Un objectif collatéral s'ajoute pour les enfants, soit l'augmentation du sentiment de contrôle de l'enfant lors de situations anxiogènes. Les objectifs proximaux présentés dans le tableau 10 seront personnalisés à chacun des enfants afin de tenir compte du contexte spécifique des participants. Ainsi, la source de leur anxiété pourra être travaillée de manière plus précise au cours du programme.

L'objectif général qui cible les parents est d'augmenter l'utilisation des pratiques parentales à favoriser afin de soutenir l'enfant lors de situations anxiogènes. Cet objectif est abordé au cours des rencontres du volet familial l'encouragement à l'utilisation de pratiques parentales qui supportent l'enfant. C'est un objectif qui peut être personnalisé selon la réalité des familles qui participent au programme. La participation à ce volet est donc fortement encouragée, puisque le contexte familial est également l'un des moyens de généralisation des acquis pour les enfants. De plus, comme il est présenté dans la section du contexte théorique, la participation des parents combinée à celle des enfants permet d'augmenter le maintien des résultats. Un objectif collatéral vise les parents, soit l'augmentation du sentiment de compétence à soutenir leur enfant lorsqu'il/elle expérimente des symptômes anxieux. Ce sentiment de compétence favorise l'implication du parent dans la problématique de son enfant et favorise une influence positive auprès de celui-ci.

Tableau 10

Objectif du programme d'intervention Je m'AJUSTE !

Objectif distal : Améliorer le potentiel adaptatif des enfants lorsqu'ils ressentent de l'anxiété	
ENFANTS	
Objectif général 1 : Diminuer les symptômes anxieux des enfants	
Objectif spécifique 1.1	Réduire l'intensité des manifestations physiques de l'anxiété
Objectif spécifique 1.2	Réduire les pensées négatives lorsque l'enfant expérimente une situation anxiogène
Objectif spécifique 1.3	Réduire le comportement d'évitement face à une situation anxiogène
Objectif général 2 : Augmenter les capacités à faire face aux situations anxiogènes telles que perçues par l'enfant	
Objectif spécifique 2.1	Augmenter l'utilisation des méthodes de relaxation (respiration abdominale et contraction musculaire)
Objectif spécifique 2.2	Augmenter l'utilisation des pensées aidantes (Petit Plus) (par la remise en question des pensées négatives)
Objectif spécifique 2.3	Augmenter l'utilisation des étapes de résolution de problème (lorsque des symptômes physiques, cognitifs ou comportementaux sont ressentis).
Objectif collatéral 1 : Augmenter le sentiment de contrôle de l'enfant lors de situations anxiogènes ciblées	
PARENTS	
Objectif général 3 : Améliorer les pratiques parentales afin de soutenir leur enfant lors de situations anxiogènes	
Objectif spécifique 3.1	Augmenter l'utilisation des pratiques parentales les plus adéquates lorsque l'enfant démontre des symptômes anxieux (physiques, cognitifs, comportementaux)
Objectif collatéral 2 :	Augmenter le sentiment de compétence des parents à soutenir leur enfant lorsqu'il/elle expérimente des symptômes anxieux

Animatrices. Les séances seront animées par deux intervenantes : une stagiaire à la maîtrise en psychoéducation ainsi qu'une psychoéducatrice professionnelle. La stagiaire possède une expérience avec la clientèle en troubles de comportement, et en animation de groupe d'enfants de 8 à 12 ans. Elle est donc capable d'animer des séances aisément. Comme elle est en stage dans un milieu très multiculturel, elle est sensible aux dissonances interculturelles qui peuvent survenir, notamment dans l'intervention auprès des parents.

La psychoéducatrice qui l'accompagne a également de l'expérience dans l'intervention auprès des jeunes qui présentent des problématiques de santé mentale. Cette dernière travaille depuis presque 10 ans au CSSS de la Montagne et est donc familière avec les particularités de la clientèle. Sa formation

dans l'utilisation de l'intervention cognitivo-comportementale est un apport important dans l'animation des séances. La psychoéducatrice a également de l'expérience dans l'intervention auprès des parents, qui est un champ moins familier pour la stagiaire.

Programme et contenu. Le programme *Je m'AJUSTE!* comprend deux volets : le volet d'intervention auprès des enfants et le volet d'intervention auprès de leur famille. Il comprend 14 séances d'intervention, dont le contenu est synthétisé dans le tableau 11.

Tableau 11

Résumé du contenu des séances du programme d'intervention Je m'AJUSTE !

Séances	Contenu
Pré-intervention 1	Prise de contact avec la famille, description du programme, remise de documents explicatifs, importance du volet familial, explication de la confidentialité, décision de s'engager dans le volet de groupe, prise de mesures
Pré-intervention 2	Décision de participer au volet familial, rappels des objectifs du programme, discussion des attentes et détermination d'objectifs personnalisés, évaluation des symptômes anxieux de l'enfant, discussion sur les attitudes parentales face à l'anxiété, prise de mesures
Pré-intervention 3	Rencontre au CLSC, remise et présentation du cahier d'exercices, visite du local pour le volet groupe, présentation de la première séance, prise de mesures
Groupe 1	Prise de contact avec le groupe, établissement des règles, présentation des objectifs et des séances, définition de l'anxiété, normalisation de l'anxiété
Groupe 2	Présentation des symptômes de l'anxiété, identification et explication des symptômes physiques , apprentissage et pratique de techniques de relaxation
Familiale 1	Apprentissages de l'enfant, définition de l'anxiété, explication et identification des symptômes physiques, apprentissage et pratique des techniques de relaxation, établissement de moyens pour le parent de soutenir son enfant
Groupe 3	Explication des symptômes cognitifs , exploration et identification des pensées automatiques , établissement de pensées réalistes, influence des perceptions par les pensées
Groupe 4	Lien pensées-émotions-comportements, explication du concept de l'évitement , établissement d'attitudes et d'actions qui peuvent aider, apprendre à découper sa peur
Familiale 2	Apprentissages de l'enfant, explication du rôle de modèle du parent, introduction de l'importance du renforcement positif, introduction aux pensées automatiques, explication de pratiques parentales à favoriser face aux pensées automatiques
Groupe 5	Explication et mise en pratique des étapes de résolution de problème , introduction au renforcement positif
Groupe 6	Introduction au concept de l'estime de soi, importance de se récompenser soi-même , préparation à la présentation d'une mise en scène pour la semaine suivante
Familiale 3	Apprentissages de l'enfant, explication et mise en pratique des étapes de résolution de problème, rappel de l'importance du renforcement positif, explication des pratiques parentales qui favorisent l'exposition
Groupe 7	Rappel des techniques apprises pour gérer l'anxiété, pratique d'une technique de relaxation, présentation aux parents, remise des certificats de réussite
Post-intervention	Bilan et renforcement des acquis, prévention de la rechute, prise de mesures

Rencontres pré-intervention. Ces rencontres ont lieu à trois reprises avant le début des séances d'intervention de groupe. Elles sont consacrées à la prise de contact et à l'évaluation des besoins de l'enfant, ainsi qu'à la présentation du programme *Je m'AJUSTE !*. Lors de la première rencontre, les objectifs, le lieu, le temps et les volets du programme sont présentés. Le volet familial est également proposé aux parents. Durant la seconde rencontre, les objectifs du programme sont personnalisés selon les particularités des enfants, ce qui permet de cibler davantage leurs besoins. Les termes de la confidentialité sont abordés, ainsi que le contexte universitaire du programme. Durant la troisième séance, le cahier d'exercices est remis aux enfants, et une période de temps est consacrée pour en prendre connaissance et évaluer les connaissances de l'enfant et sa famille. Au cours de chacune des trois séances, des mesures répétées sont effectuées, et les questionnaires pré-intervention sont remplis afin d'établir un niveau de base.

Volet d'intervention de groupe. Ce volet comprend sept séances hebdomadaires d'une durée d'une heure et quinze minutes chacune. Toutefois, la première séance a une structure temporelle différente, étant donné qu'elle est consacrée à la prise de contact des participants avec le groupe. Il y a une activité brise-glace, et le code de vie est établi. Les deux intervenantes animent une discussion sur la définition de l'anxiété et présentent la première lettre de l'acronyme ; A pour « Attention, anxiété ! ». La deuxième séance présente la lettre J, soit « Je pense à me relaxer », qui aborde les symptômes physiques de l'anxiété, ainsi que les différentes techniques de relaxation. Les enfants les expérimentent ensuite lors de la mise en pratique.

Les symptômes cognitifs sont abordés lors de la troisième séance avec la lettre U pour « Utilisation de mon Petit Plus ». Les pensées négatives et les pensées aidantes sont présentées aux enfants sous la forme des personnages Petit Plus et Petit Minus (Couture et Marcotte, 2011). Le triangle pensées-émotions-comportements est aussi présenté, et des jeux permettent de mettre en pratique le questionnement des pensées négatives. La quatrième séance aborde le comportement de l'évitement et son rôle dans le maintien de l'anxiété. La lettre S est présentée pour « Stop à l'évitement ! ». La technique des Petits Pas (Couture et Marcotte, 2011) est expliquée aux enfants. Cette technique leur permet d'expérimenter l'exposition graduelle pour surmonter ce qui cause leur anxiété plutôt que de l'éviter.

La cinquième séance présente les étapes de la résolution de problème à l'aide de la lettre T de l'acronyme, soit « Trouve des solutions ! ». Les intervenantes résument les lettres de l'acronyme AJUSTE présentées jusqu'à présent et expliquent qu'elles peuvent servir d'aide-mémoire lors de situations anxiogènes. Ensuite, ces étapes sont mises en pratique lors d'une course à obstacle en équipe. Durant

cette séance, l'importance de savoir se récompenser est aussi introduite au groupe. La sixième séance permet de discuter avec le groupe du concept de l'estime de soi et présente la lettre E pour « Encouragements, je le mérite ! ». L'importance de reconnaître nos réussites et de savoir se récompenser est discutée avec le groupe. La mise en pratique de cette séance permet de préparer la présentation de la séance suivante.

La septième séance se déroule donc de manière différente des précédentes, car les enfants présentent leurs apprentissages aux parents. Les intervenantes remettent ensuite les certificats de réussite du programme *Je m'AJUSTE !* en soulignant une force de chacun des participants. La séance se termine par la clôture du groupe.

Volet d'intervention familiale. Ce volet du programme s'adresse à l'enfant et à ses parents, de manière individuelle. Lors des rencontres pré-intervention, les parents ont la possibilité de refuser d'y participer. Il est donc possible que certains participants ne bénéficient pas de ce volet. Le volet est composé de trois séances, d'une durée d'une heure, qui sont réparties parmi les séances de groupe (voir tableau 11). Pour ce volet, une seule des intervenantes est présente pour animer les séances. Au cours de chaque séance, une période de temps est consacrée à la récapitulation du contenu des séances de groupe précédentes. L'enfant est encouragé à présenter ses acquis, puis le contenu est adapté aux particularités du vécu familial.

La première séance de ce volet aborde la définition de l'anxiété telle que perçue par les membres de la famille. Les symptômes physiques sont présentés, et les membres de la famille sont encouragés à faire part de leurs propres symptômes anxieux, puis à pratiquer des techniques de relaxation. Les pratiques parentales qui peuvent soutenir l'enfant sont discutés avec les parents, et ceux-ci sont encouragés à prôner l'autonomie de leur enfant dans la gestion de ses symptômes. Cela permet aussi de rassurer les parents et de renforcer la proactivité de l'enfant face à son anxiété.

La deuxième séance fait un retour sur l'utilisation des techniques de relaxation et aborde le rôle de modèle du parent auprès de l'enfant. Les pensées négatives et les pensées aidantes sont aussi expliquées aux parents ainsi que les concepts de renforcement positif et d'exposition graduée. La famille est encouragée à construire une méthode des Petits Pas (exposition graduée).

La troisième séance aborde les étapes de résolution de problème avec l'acronyme AJUSTE et en résumant les étapes vues jusqu'à présent. L'importance de récompenser les réussites de l'enfant est soulignée et la famille décide d'un système de récompenses. Finalement, les attitudes parentales à favoriser sont revues avec les parents et l'intervenante fait un rappel de la présentation du programme

par les enfants lors de la dernière séance de groupe. Les craintes ou les inquiétudes de l'enfant face à la présentation sont discutées afin d'établir avec les parents des moyens pour bien le soutenir.

Séance post-intervention. Cette rencontre est le moment où la famille et les intervenantes font le bilan du programme. Les parents et l'enfant sont encouragés à présenter leurs réussites et ce dont ils sont fiers. Une discussion semi-dirigée a lieu sur les vulnérabilités et les éléments sur lesquels l'enfant et les parents doivent mettre l'accent afin de prévenir la rechute. La flexibilité des méthodes apprises dans le programme est discutée afin de garder en tête qu'il est possible de les adapter aux changements qui peuvent survenir.

Contexte spatial. Le volet d'intervention de groupe se tient dans un CLSC. Le lieu demeure le même au cours du programme et le local est suffisamment grand pour permettre des déplacements lors de jeux de rôle, par exemple. Il permettra aussi à chacun des participants de se distancer des autres à son aise. Afin de créer une ambiance propice aux discussions, les chaises sont disposées en rond pour que chacun puisse voir les autres. Quant au volet d'intervention familiale, les participants se voient proposer la possibilité d'animer les rencontres à leur domicile.

Contexte temporel et dosage de l'intervention. Le volet d'intervention de groupe se compose de sept séances d'une durée de soixante-quinze minutes chacune. Elles se tiennent en fin de journée afin de ne pas interférer avec l'école. Les séances débutent par l'accueil des participants, pour lequel un temps de cinq minutes est prévu. Dès que les parents ont quitté le groupe, une période de quinze minutes est prévue pour présenter le thème de la semaine, ainsi que pour faire un retour sur l'exercice de la dernière séance. Par la suite, le contenu théorique de la séance est présenté pendant vingt minutes. Une pause de cinq minutes est prévue à chaque séance. Cette pause a pour but de conserver la concentration et la motivation des participants. Elle précède la section mise en pratique de la séance, d'une durée de vingt minutes. Par la suite, une période de cinq minutes est prévue pour que les animatrices expliquent l'exercice de la semaine. Les cinq dernières minutes sont consacrées à la préparation des enfants au départ. Le tableau 12 présente un résumé de la structure temporelle des séances de groupe.

Tableau 12

Déroulement type d'une séance de groupe

Temps	Contenu
5 minutes	Accueil
15 minutes	Retour sur les exercices et présentation du contenu d'aujourd'hui
20 minutes	Animation du contenu théorique, discussions
5 minutes	Pause
20 minutes	Mise en pratique
5 minutes	Présentation de l'exercice de la semaine
5 minutes	Départ avec les parents, petit bilan de la session avec ces derniers
TOTAL : 1 h 15	

Le volet d'intervention familiale comprend trois séances d'une heure chacune. Les premières vingt minutes sont consacrées au retour sur les séances de groupe précédentes et au bilan du vécu familial des deux dernières semaines. Par la suite, le contenu de la rencontre est animé pendant trente minutes, mais le temps peut varier selon les besoins de la famille (plus ou moins dix minutes). Les dernières dix minutes de la rencontre permettent de prévoir le prochain rendez-vous, ainsi que de proposer à la famille des exercices à mettre en pratique à la maison. Le tableau 13 présente un résumé de la structure temporelle du volet familial.

Tableau 13

Déroulement type d'une séance familiale

Temps	Contenu
20 minutes	Arrivée, présentation du contenu des rencontres de groupe précédentes et bilan du vécu familial des deux dernières semaines
30 minutes	Animation du contenu de la rencontre, ajustement au vécu individuel des familles
10 minutes	Questions, fixation du prochain rendez-vous, présentation des exercices à faire en famille

Système de responsabilité

Animatrices. Pour animer les rencontres de groupe du programme, deux intervenantes sont présentes, mais une seule intervenante anime les rencontres familiales. Afin d'assurer le bon déroulement du programme, les intervenantes doivent s'assurer de maîtriser le contenu de chaque séance qu'elles animent. Elles doivent veiller à la disponibilité du local et se présenter à chacune des rencontres.

Toutefois, en cas d'absence l'intervenante prévient sa coéquipière. Ensemble, elles s'assurent que le contenu peut être livré malgré l'absence de l'une d'elle et au besoin, une autre animatrice peut être formée pour la rencontre. Les intervenantes sont responsables d'appliquer les moyens de gestion des comportements décrits plus bas, ainsi que de faire respecter les codes et procédures établis. Elles doivent se montrer disponibles pour les familles et s'assurer que leurs questions ou leurs inquiétudes trouvent une réponse. Elles sont également responsables de tenir leur journal de bord à jour.

Enfants. Les enfants sont responsables de compléter leurs exercices entre chaque séance, mais aussi de compléter les mesures répétées qui se trouvent dans leur cahier d'exercices. Ils sont également responsables de participer aux mieux de leurs capacités aux discussions de groupe et aux activités. Les participants s'engagent aussi à respecter le code de vie du groupe.

Parents. Les parents sont responsables de prévoir le déplacement de son enfant pour les séances de groupe. Ils s'engagent à prévenir les intervenantes d'une absence ou d'un retard à une rencontre et s'assurent de pouvoir être joints par les intervenantes au besoin. Lorsque les parents participent au volet familial, ceux-ci doivent participer aux activités proposées, et mettre en pratique les acquis de leur enfant à la maison. En cas de questionnements ou d'inquiétudes, ils doivent en informer les intervenantes.

Stratégie de gestion des apprentissages. Dans le cadre du programme, différents moyens sont prévus pour favoriser la rétention des acquis et le développement des capacités chez les participants. D'abord, les rencontres pré-intervention permettent de personnaliser les objectifs, ce qui peut augmenter le niveau d'implication des participants. De plus, lors des séances de groupe, une stratégie de type semi-directive est utilisée. Cela implique que les intervenantes occupent une place prédominante durant les premières rencontres, mais qu'il y a une progression graduelle vers une plus grande participation du groupe. Le support des intervenantes devient ponctuel lors des dernières rencontres.

Les enfants se voient remettre un cahier dans lequel les notions et les exercices associés à chaque séance seront consignés. La présence du personnage Caméo, ainsi que des personnages Petit Minus et Petit Plus (Couture et Marcotte, 2011) rend le contenu plus attrayant pour les enfants. Cette personnification permet aussi de rendre les concepts abstraits plus accessibles, comme les pensées. Les activités animées durant les rencontres permettent aux participants de prendre conscience de certains comportements ou cognitions associés aux symptômes anxieux. L'utilisation de vignettes permet d'aborder des sujets liés à l'anxiété, sans que les enfants n'aient à dévoiler leurs problématiques personnelles. Les exercices à faire entre chaque rencontre permettent aussi d'encourager l'utilisation et l'appropriation des notions vues durant la séance de groupe. Au cours du programme, les participants

sont également encouragés à expérimenter certaines situations durant des mises en situation. Cela leur permet de mettre en pratique le contenu théorique abordé, ainsi que de développer leurs capacités à le mettre en œuvre. Cette stratégie de mise en pratique est également présente durant les rencontres familiales où les parents peuvent expérimenter les techniques de relaxation et d'autres stratégies d'adaptation apprises par leur enfant. Le cahier d'exercices permet aussi aux parents de suivre les apprentissages de leur enfant et de mieux se préparer aux rencontres familiales.

Le fait que les animatrices partagent certaines de leurs expériences personnelles permet de créer un climat de partage plus convivial. Durant les rencontres de groupes et les rencontres familiales, il est d'ailleurs important d'établir une relation chaleureuse avec les participants. La qualité du lien peut influencer la participation aux activités, mais aussi la motivation et l'appréciation du programme. Un lien de confiance permet aux interventions d'avoir une portée plus significative. La stratégie de type semi-directive est utile pour l'établissement d'un climat de confiance, car elle permet d'encadrer davantage au départ, tout en laissant un espace d'expression de plus en plus important aux participants.

Stratégie de gestion des comportements. Dans le but d'optimiser le contexte d'apprentissage du programme, il est nécessaire de prévoir certaines interventions face à des comportements problématiques ou nuisibles pour le climat de groupe et le déroulement des séances. Ainsi, les intervenantes doivent favoriser la résolution de conflit en groupe par la communication et encourager l'appropriation du groupe par ses participants (Lindsay et Turcotte, 2008). Faire participer le groupe à la résolution de problème doit se faire selon le jugement clinique des intervenantes, et des stratégies individuelles sont aussi pertinentes dans certaines situations. Face à un participant adoptant un rôle divergent, défensif ou déviant dans le groupe, les intervenantes peuvent utiliser le reflet ou l'intervention directe afin lui faire prendre conscience de ses comportements et de leur impact sur les autres (Lindsay et Turcotte, 2008).

Il est possible d'utiliser l'ignorance intentionnelle lorsqu'un des participants semble moins motivé ou présente des comportements dérangeants. Cette intervention peut se combiner au rappel des règles du groupe. Face à l'émergence d'un leader, il peut également être bénéfique de préciser le rôle des intervenants. L'humour est également un moyen efficace pour intervenir auprès des enfants, notamment pour dédramatiser certaines situations, mais aussi pour créer un lien de confiance avec les participants. Durant les discussions, il est possible d'utiliser la clarification ou encore la reformulation pour permettre aux participants d'approfondir leurs réflexions.

Codes et procédures. Deux valeurs principales sont préconisées dans le programme : le respect et la coopération. Pour soutenir ces valeurs, cinq codes sont utilisés : le respect des autres, la ponctualité, la confidentialité, le respect des lieux et l'encouragement. Le respect des autres inclut : le respect des tours de parole, la tolérance face aux différences et l'entretien de discussions respectueuses. Le code de la ponctualité comprend : la présence du participant aux rencontres, l'avis de retard ou d'absence et la planification d'une rencontre de rattrapage. Les procédures du code de la confidentialité comprennent l'explication des termes de la confidentialité par les intervenantes, l'interdiction de rapporter les propos des autres à l'extérieur du programme et la discussion avec les intervenantes lorsqu'un participant ressent un malaise face à certains aspects des rencontres. Le respect des lieux exige de remettre le local tel qu'il était au début de la rencontre. Quant à l'encouragement, l'écoute des autres doit être respectée lorsqu'ils expriment leurs difficultés, de même que le tour de parole et le soutien aux participants.

Afin de s'assurer que les participants respectent ces codes, celui-ci est discuté en groupe et affiché dans le local à chaque rencontre. Durant cette discussion, les participants peuvent nommer les procédures qu'ils considèrent importantes, même si les intervenantes dirigent les participants vers certaines procédures déjà établies. Il est possible de les reformuler dans les mots qu'utilisent les participants afin de les personnaliser au groupe.

Système de reconnaissance. Afin d'encourager les comportements désirés ou attendus, les intervenantes renforcent verbalement les participants. Des contacts physiques, comme une main sur l'épaule ou un « high five » peuvent aussi être utilisés. De plus, comme les objectifs sont personnalisés en début de programme, les atteindre permet aux enfants de vivre un sentiment de réussite en parvenant à surmonter des situations qu'ils avaient eux-mêmes ciblées.

Lors de la dernière séance de groupe, une période de temps est prévue pour récompenser chacun des participants et reconnaître leurs efforts. Chacun des enfants se voit remettre un certificat personnalisé qui mentionne l'accomplissement du programme, ainsi qu'une force personnelle de l'enfant qui a été remarqué au cours du programme.

Moyens de transfert et de généralisation. Pour optimiser la généralisation des acquis, les notions abordées durant les séances de groupe sont discutées durant les rencontres du volet familial. Cela permet d'adapter les notions à la réalité de la famille, et les participants peuvent les appliquer concrètement. Le volet familial permet également d'explorer les différentes sphères affectées par les symptômes anxieux et de généraliser les acquis dans ces sphères. Cet aspect bénéficie non seulement à

l'enfant, mais aussi aux parents qui peuvent développer des outils et des attitudes adaptées à différentes situations.

Certains moyens de transfert et de généralisation sont aussi utilisés dans le volet de groupe. Après chaque séance, un exercice permet aux enfants d'appliquer les notions de manière concrète en dehors du programme. Ils peuvent donc les appliquer à des situations qui conviennent à leur réalité. Les discussions de groupe et les vignettes montrent aux enfants différentes manières de réagir et de composer avec l'anxiété. Cela peut les aider à mieux définir leur propre problématique, mais aussi à élargir leur banque d'outils pour réduire leurs symptômes anxieux et apprendre des stratégies d'adaptation.

Évaluation de la mise en œuvre

Composantes retenues pour l'évaluation de la mise en œuvre. Afin d'évaluer la mise en œuvre du programme *Je m'AJUSTE !*, plusieurs composantes ont été retenues. Ainsi, le contenu livré par les animatrices, ainsi que le contenu reçu par les participants sont évalués à l'aide de quatre composantes. Selon Vitaro et Gagnon (2003), la conformité est un élément permettant pour mesurer l'adhérence au contenu livré. Cet élément a été retenu pour évaluer le programme *Je m'AJUSTE !* et permettra ainsi de mesurer à quel point les éléments ont été appliqués selon la planification.

Pour évaluer l'adhérence des participants au contenu reçu, la mesure du degré d'exposition au programme, ainsi que la qualité de leur participation et la différenciation du programme sont utilisés, comme il est proposé par Vitaro et Gagnon (2003). Le degré d'exposition est mesuré à l'aide du nombre de séances complétées par les participants, ce qui permet de connaître la proportion des notions qu'ils ont reçues. La qualité de la participation est évaluée par l'implication des enfants dans le groupe selon des critères préétablis. La dernière composante, la différenciation du programme, est mesurée par la présence d'interventions ou de médications reçues par les participants avant, pendant ou après le programme. Cet élément influence leur exposition au contenu reçu. La mise en œuvre du programme sera également évaluée en utilisant les composantes de Gendreau (Renou, 2005). L'évaluation de l'adhérence au contenu reçu et au contenu livré, ainsi que des différentes composantes de Gendreau, permettra d'expliquer en partie les résultats attendus ou inattendus du programme *Je m'AJUSTE !*, mais permettra aussi de statuer sur le lien causal entre le programme et les résultats observés.

Pertinence des outils sélectionnés. Afin de compléter l'évaluation de la mise en œuvre, des instruments ont été retenus. Ils sont présentés dans le tableau 14 selon la composante qu'ils mesurent. D'abord, la conformité au contenu livré est mesurée par l'animatrice à la fin de chacune des séances, à l'aide d'une liste à cocher pour confirmer le temps alloué à chacune des composantes des séances (voir annexe I). L'intervenante inscrit également le contenu qui a été modifié. Cet instrument est utilisé autant dans le volet enfant que dans le volet familial (voir annexe II).

Concernant le degré d'exposition, celui-ci est mesuré avec une liste de présence à cocher (voir annexe III) comprise dans le journal de bord des intervenantes. La liste de présence est utilisée dans les deux volets du programme. La qualité de la participation est évaluée seulement pour le volet enfant. Pour ce faire, l'animatrice tient compte de trois critères d'évaluation, soit le fait de poser une question, de pratiquer les acquis à la maison et de faire les exercices de la mise en pratique. La grille d'observation (voir annexe IV) est complétée par l'intervenante à la fin de chacune des rencontres de groupe. La différenciation du programme est évaluée par deux questionnaires (voir annexe V) remis aux participants

avant et après le programme. Ce questionnaire évalue la participation à des activités ou à des interventions extérieures au programme *Je m'AJUSTE !*, la prise de médication en lien avec l'anxiété et la présence d'événements perturbateurs dans la vie des participants. Les informations recueillies par ces instruments et l'évaluation des différentes composantes de Gendreau permettront de mieux comprendre les résultats en lien avec le programme mis en œuvre.

Tableau 14

Présentation des instruments de mesure pour l'évaluation de la mise en œuvre

Composante	Instrument de mesure	Variables dérivées	Temps de mesure
Conformité du contenu	Journal de bord (liste à cocher) Chronomètre (horloge)	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de séances animées - Nombre d'animatrices par séances - Formation des intervenantes au contenu des séances et à l'animation de groupe - Déroulement des rencontres tel que prévu (thèmes, temps, contenu) 	T3 à T9
Degré d'exposition des participants	Journal de bord	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de présence aux séances de chacun des participants - Les exercices à la maison sont-ils faits par les participants ? 	T3 à T9
Qualité de la participation des sujets	Journal de bord	<ul style="list-style-type: none"> - Les enfants prennent un tour de parole lors des discussions - les enfants posent des questions pertinentes au contenu des rencontres - Les enfants participent aux activités de mise en pratique 	T3 à T9
Différenciation du programme	Questionnaire maison	<ul style="list-style-type: none"> - Recension des autres suivis ou interventions dont le participant a pu bénéficier simultanément à sa participation au programme 	T3 à T9
	Consultation des dossiers Communication avec les parents	<ul style="list-style-type: none"> - Présence de médication en lien avec l'anxiété 	

Évaluation des effets

Présentation du devis et de la procédure. Afin d'évaluer les effets du programme *Je m'AJUSTE!*, un protocole à cas unique de type ABA est utilisé. Comme expliqué par Mercier et Gagnon (2005), ce protocole consiste d'abord en l'établissement d'un niveau de base (A), durant lequel des données sont recueillies concernant les variables dépendantes alors qu'elles ne sont pas affectées par l'implantation d'une intervention. Cette phase est suivie par l'implantation d'une variable indépendante, soit le programme d'intervention (B). Cette phase est d'une durée de sept semaines, alors que la première phase A est d'une durée de trois semaines. Cette séquence A-B se termine par le retour au niveau de base (A) qui consiste au retrait du programme d'intervention, afin de constater ses effets sur les variables dépendantes. Cette phase s'échelonne sur une semaine et comprend la prise de mesures post-intervention.

Ce type de protocole permet de vérifier si la variable indépendante introduite (soit le programme d'intervention) peut instaurer les changements attendus sur le niveau de base. Ce protocole a été sélectionné, car il permet de répondre aux différentes contraintes organisationnelles liées à l'implantation du programme. Tout d'abord, étant donné le temps d'implantation plutôt court du programme et le petit nombre de participants, il n'est pas possible d'avoir recours à un protocole de groupe. Le temps d'implantation s'étirant sur un total de onze semaines ne permettait pas l'utilisation d'un protocole à séries temporelles multiples, car bien qu'il offre un meilleur contrôle sur les sources d'invalidité, son temps d'implantation est plus long.

Comme le précise Mercier et Gagnon (2005), le protocole ABA est vulnérable à de nombreuses sources d'invalidités. D'abord, les facteurs historiques, qui correspondent à tout événements spécifiques autres que la variable indépendante (le programme), ne peuvent pas être tous recensés et peuvent influencer les réponses fournies dans les questionnaires (Reid, 2005). Ensuite, la fluctuation liée aux mesures ne permet pas d'exclure des facteurs personnels qui influencent les réponses des participants, tels la fatigue et l'ennui. La réactivité à la mesure peut également influencer les résultats obtenus par la familiarisation au questionnaire qui augmente lorsqu'il est rempli à plusieurs reprises (Reid, 2005). Les questionnaires eux-mêmes rendent alors les participants plus accoutumés aux construits mesurés et avoir un impact sur les réponses. Les attentes des participants et des animatrices peuvent aussi influencer leur manière de répondre aux questionnaires. De plus, la maturation des participants n'est pas contrôlée étant donné l'absence de groupe contrôle. L'impact de cette source d'invalidité peut être réduit en raison de la courte durée de l'intervention.

Pertinence des outils sélectionnés. Le protocole ABA, permet l'utilisation de mesures pré-intervention et post-intervention qui sont remises aux participants avant et après l'intervention. Des mesures répétées ont également été utilisées. Les participants les remplissent à chaque semaine du programme d'intervention, permettant d'établir un niveau de base pour les participants. Ce niveau de base permet par la suite d'observer si le programme a entraîné un changement dans les construits mesurés par les instruments de mesure. Ces deux types de mesure ont été utilisés pour évaluer l'atteinte des objectifs des deux volets du programme. Les mesures répétées sont personnalisées aux participants, mesurant des symptômes qui sont adaptés à leur réalité. Les différentes mesures utilisées sont présentées dans les sections suivantes, selon qu'elles évaluent des objectifs du volet enfant ou du volet familial.

Volet enfant. Le questionnaire *Spence's Child Anxiety Scale* (SCAS) (Spence, 1994) est rempli avant et après la participation au programme afin de mesurer le niveau d'anxiété des participants. Cet instrument a deux versions qui récoltent l'information, soit une auprès de l'enfant et une autre auprès des parents. Les deux versions du questionnaire possèdent 39 items au total et comportent six sous-échelles, soit : *panic attack and agoraphobia*, *separation anxiety*, *physical injury fears*, *social phobia*, *obsessive compulsive* et *generalized anxiety disorder/overanxious disorder*. Les questionnaires utilisés pour l'évaluation sont une traduction maison (voir annexe VI et annexe VII). Un autre questionnaire est rempli de manière répétée par les enfants et leur parents (voir annexe VIII et annexe IX). Il s'agit de deux questionnaires construits pour les fins de cette évaluation, qui comprend une question s'appliquant à la mesure du niveau d'anxiété. L'intensité des symptômes anxieux est également mesuré par ce questionnaire maison de manière répétée.

La présence de pensées négatives est mesurée de manière pré/post-intervention à l'aide d'une traduction maison du questionnaire de Schniering et Rapee (2002) *Children Automatic Thoughts Scale* (voir annexe X). Ce questionnaire auto-rapporté mesure la quantité de pensées négatives des enfants. Il comprend quatre sous-échelles, soit les pensées en lien avec les menaces physiques, les menaces sociales, la défaite personnelle et les intentions hostiles du participant. Chacune comprend dix items dont l'addition permet d'obtenir un score total. La cotation du questionnaire se fait selon une échelle de type Likert comprenant cinq choix : jamais, parfois, assez souvent, souvent et tout le temps. Les enfants évaluent ainsi leur appréciation des items. Les pensées négatives sont également mesurées de manière répétée par le questionnaire maison qui leur permet d'indiquer la quantité de pensées négatives qu'ils ont ressenties lors de situations anxieuses au cours de la dernière semaine. Pour cela, ils utilisent une échelle de quatre points : « jamais », « parfois », « la plupart du temps » et « tout le temps ».

Le comportement d'évitement est mesuré de manière pré et post-intervention à l'aide d'un questionnaire maison (voir annexe XI) dont les items sont tirés du *Children's Coping Questionnaire* (Fedorowicz, 1995). Ce questionnaire comprend huit items, dont quatre s'appliquent à l'évitement comportemental et quatre autres à l'évitement cognitif. Un score total est obtenu par l'addition des items qui se mesurent sur une échelle de Likert comprenant quatre choix : jamais, un peu, assez et beaucoup. Les enfants y indiquent à quel point ils adoptent les comportements indiqués aux items. Une mesure répétée est aussi utilisée pour le comportement d'évitement, qui est mesuré par les questionnaires maison, version enfants et version parents. Le questionnaire demande de quantifier la présence de l'évitement de l'enfant face à une situation anxiogène. La cotation se fait sur une échelle de Likert de quatre points, allant de « jamais » à « tout le temps ».

Concernant le deuxième objectif général visant l'augmentation des capacités de l'enfant à faire face aux situations anxiogènes, l'objectif spécifique visant l'augmentation de l'utilisation des techniques de relaxation est mesurée de manière répétée par l'enfant et son parent. Cette mesure répétée se fait à l'aide des questionnaires maison, version enfant et version parent. Les répondants au questionnaire indiquent à quel point l'enfant utilise une technique de relaxation lorsqu'il est anxieux. La cotation se fait sur une échelle de type Likert comportant quatre points allant de « jamais » à « tout le temps ». L'objectif spécifique visant l'augmentation de l'utilisation de pensées aidantes est également mesurée de manière répétée avec la version enfant du questionnaire maison. L'enfant y indique à quel point il a utilisé une pensée aidante lorsqu'il a ressenti de l'anxiété. La cotation se fait sur une échelle de Likert de quatre points, de « jamais » à « tout le temps ». L'utilisation des étapes de résolution de problèmes est également mesurée de manière répétée par la version enfant du questionnaire maison, où le participant indique à quel point il a utilisé ce moyen au cours de la semaine.

L'objectif collatéral visant l'amélioration du sentiment de contrôle de l'enfant lors de situations anxiogènes est mesuré de manière pré et post-intervention avec une traduction maison du questionnaire auto-rapporté de l'*Anxiety Coping Questionnaire* (Center for Emotional Health) (voir annexe XII). Ce questionnaire a deux sous-échelles : le contrôle perçu face aux réactions internes qui comprend 14 items et le contrôle perçu face aux événements extérieurs qui comprend 16 items. La cotation des items se fait à l'aide d'une échelle de type Likert de six points, allant de « fortement en désaccord » à « fortement en accord », qui permet aux enfants d'indiquer à quel point les énoncés s'appliquent à eux. Un score total peut être obtenu par l'addition des items des deux sous-échelles. Le sentiment de contrôle de l'enfant est aussi évalué de manière répétée par la version enfant du questionnaire maison. L'enfant y indique à quel

point il a ressenti une perte de contrôle face à l'anxiété au cours de la semaine. La cotation se fait sur une échelle de type Likert de quatre points, allant de « jamais » à « tout le temps ».

Volet familial. L'objectif spécifique d'augmentation des pratiques parentales à favoriser est mesuré de manière répétée à l'aide de la version parent du questionnaire maison. Cette mesure s'applique spécifiquement au comportement d'encouragement à l'exposition qui est une pratique à renforcer chez plusieurs parents d'enfants anxieux. Dans le questionnaire, les parents indiquent à quel point ils ont encouragé l'exposition de leur enfant à son anxiété au cours de la semaine, selon une échelle de type Likert de quatre points, allant de « jamais » à « tout le temps ».

L'objectif collatéral du volet parent ciblant l'augmentation du sentiment de compétence à soutenir l'enfant lorsqu'il expérimente des symptômes anxieux est mesuré de manière pré et post-intervention. Pour ce faire, un questionnaire maison (voir annexe XIII) est utilisé, dont les items sont inspirés par l'échelle du sentiment de compétence parentale du questionnaire *l'Indice de Stress Parental*. Huit items auto-rapportés sont remplis à l'aide d'une échelle de type Likert de cinq points. Les cinq premiers items utilisent une cotation allant de « totalement d'accord » à « totalement en désaccord », alors que les deux derniers items consistent en la sélection d'un énoncé sur cinq qui les représente le plus fidèlement comme parent. Une mesure répétée est aussi utilisée pour cet objectif. Il s'agit du questionnaire maison version parent, où ces derniers indiquent à quel point ils se sont sentis en mesure d'aider leur enfant lorsqu'il vivait de l'anxiété au cours de la semaine. La mesure se remplit selon une échelle de type Likert de quatre points, allant de « jamais » à « tout le temps ».

Présentation des outils et de leurs caractéristiques psychométriques

Tableau 15

Présentation des instruments de mesure pour l'évaluation des effets du programme d'intervention Je m'AJUSTE !

Objectifs	Construits	Instruments de mesure (Source d'évaluation)	Variablaes dérivées (nombre d'item)	Temps de mesure	Nature des mesures	Caractéristiques psychométriques
Objectif général 1 : diminuer les symptômes d'anxiété de l'enfant	Le niveau d'anxiété général	Spence's Children Anxiety Scale (SCAS) (Mesure auto- rapportée par l'enfant)	Score total du niveau d'anxiété mesuré par 38 items. Questionnaire Divisé en sept sous-échelles : Obsessions et compulsions (6), anxiété de séparation (6), phobie sociale (6), attaque de panique (6), agoraphobie (3), anxiété généralisée (6), peur de blessures physiques (5)	T1 et T11	Échelle de Likert : 0 : jamais 1 : parfois 2 : souvent 3 : toujours	<u>Version enfant :</u> Validité de construit $r = 0,71$ avec le score total du <i>Revised Children's Manifest Anxiety Scale</i> Validité discriminante $r = 0,48$ avec le score total du <i>Children's Depression Inventory</i> Fidélité Test-retest pour le score total: $r = 0,60$ après 6 mois Cohérence interne pour le score total: $\alpha = 0,92$
		Spence's Child Anxiety Scale for Parents (SCAS-P) (évalué par les parents)	<i>Idem</i> que la mesure précédente			<u>Version parent :</u> Validité de construit $r = 0,55$ avec la sous-échelle interne du CBCL Fidélité Cohérence interne des sous-échelles $\alpha = 0,61$ à $\alpha = 0,81$

Objectif spécifique 1.1 : Réduire l'intensité des manifestations physiques de l'anxiété	Nombre de symptômes physiques ressentis durant la semaine	Question maison (mesure auto-rapportée)	1 item hebdomadaire - Présence de symptômes physiques ciblés	T1 à T11	Échelle de Likert 0 : Jamais à 3 : toujours	N/D
Objectif spécifique 1.2 : Réduire les pensées négatives lorsque l'enfant expérimente une situation anxiogène	Intensité des pensées négatives durant la semaine	Question maison (mesure auto-rapportée)	1 item hebdomadaire - Présence de pensées négatives en situation anxiogène	T1 à T11	Échelle de Likert 0 : Jamais à 3 : toujours	N/D
		<i>Children Automatic Thoughts Scale</i> (mesure auto-rapportée)	Score total de 40 items mesurant la présence de pensées automatiques 4 sous-échelles pour pensées reliées à : - menace physique (10) - menace sociale (10) - échec personnel (10) - hostilité (10)	T1 et T11	Échelle de Likert 0 : jamais 1 : parfois 2 : assez souvent 3 : souvent 4 : tout le temps	Validité Bonne validité discriminante entre les items Fidélité Test-retest : $r = 0.79$ après 1 mois $r = 0.76$ après 3 mois. Cohérence interne pour le score total : $\alpha = 0,95$
Objectif spécifique 1.3 : Réduire le comportement d'évitement face à une situation anxiogène	Symptômes comportementaux de l'anxiété	Question maison (mesure auto-rapportée)	1 item hebdomadaire - perception du comportement d'évitement face à l'anxiété	T1 à T11	Échelle de Likert 0 : jamais à 3 : toujours	N/A
		Questionnaire maison -tiré du <i>Children's Coping Questionnaire-</i> , (mesure auto-rapportée)	8 items pour un score total d'évitement 2 sous-échelles : - Évitement comportemental (4) - Évitement cognitif (4)	T1 et T11	Échelle de Likert 0 : jamais 1 : un peu 2 : assez 3 : beaucoup	N/A
Objectif général 2 : Augmenter les capacités à faire face aux situations anxiogènes telles que perçues par l'enfant						

Objectif spécifique 2.1 : Augmenter l'utilisation des méthodes de relaxation	Fréquence d'utilisation des techniques de relaxation	Question maison (mesure auto-rapportée et évalué par le parent)	2 item hebdomadaires - perception enfant (1) - perception parent (1)	T1 à T11	Échelle de Likert 0 : jamais à 3 : toujours	N/D
Objectif spécifique 2.2 : Augmenter l'utilisation des pensées aidantes	Fréquence d'utilisation des pensées positives	Question maison (mesure auto-rapportée)	1 item hebdomadaire - perception enfant	T1 à T11	Échelle de Likert 0 : jamais à 3 : toujours	N/D
Objectif spécifique 2.3 : Augmenter l'utilisation des étapes de résolution de problème	Fréquence d'utilisation des étapes de résolution de problème	Question maison (mesure auto-rapportée)	1 item hebdomadaire - Perception enfant	T1 à T11	Échelle de Likert 0 : jamais à 3 : toujours	N/D
Objectif collatéral 1 : Améliorer la perception de contrôle de l'enfant face aux situations anxiogènes ciblées	Perception de l'enfant de ses capacités d'adaptation face à l'anxiété	Question maison (mesure auto-rapportée)	1 item hebdomadaire - perte de contrôle en situation anxiogène	T1 à T11	Échelle de Likert 0 : jamais à 3 : toujours	N/D
		<i>Anxiety Control Questionnaire</i> (mesure auto-rapportée)	Score total de 30 items 2 sous-échelles - Contrôle sur les réactions internes (14) - Contrôle sur les événements extérieurs (16)	T1 et T11	Échelle de Likert 0 : fortement en désaccord 1 : assez en désaccord 2 : un peu en désaccord 3 : un peu en accord 4 : assez en accord 5 : fortement en accord	Validité de construits pour score total $r = -0.55$ avec <i>Beck Depression Index II</i> $r = -0.56$ avec le <i>Spielberg Stait-Trait Anxiety Inventory</i> Fidélité Cohérence interne pour score total $\alpha = 0.81$

Objectif général 3 : Améliorer des pratiques parentales pour soutenir l'enfant lors de situations anxiogènes	Fréquence d'utilisation de l'encouragement à l'exposition	Question maison (mesure auto-rapportée par le parent)	1 item hebdomadaire - perception de l'utilisation de l'encouragement à l'exposition	T1 à T11	Échelle de Likert 0 : jamais à 3 : toujours	N/D
Objectif collatéral 2 : Augmenter le sentiment de compétence des parents à soutenir leur enfant lorsqu'il expérimente des symptômes anxieux	Intensité du sentiment de compétence parentale	Question maison (mesure auto-rapportée par le parent)	1 item hebdomadaire - perception de pouvoir aider son enfant en situation anxiogène	T1 à T11	Échelle de Likert 0 : jamais à 3 : toujours	N/D
		Items de l'échelle <i>Compétence parentale</i> , tirés de l' <i>Indice de Stress Parental</i> (mesure auto-rapportée par le parent)	8 items pour un score total de sentiment de compétence parentale	T1 et T11	Échelle de Likert (6 premiers items) : 0 : totalement d'accord 4 : totalement en désaccord 2 derniers items : 5 choix de réponses	N/D

Note¹ : Pré-test = T1 à T3, Implantation de l'intervention = T4 à T10, Post-test = T11

Légende : T = séances d'intervention

Résultats

Évaluation de la mise en œuvre

Le programme *Je m'AJUSTE!* a pu être animé durant la session d'automne 2015. Durant l'animation, certaines des composantes du programme ont dû être modifiées pour s'adapter aux circonstances réelles. Toutefois, toutes les composantes n'ont pas subi de changements durant l'application du programme. Effectivement, la composante spatiale est demeurée inchangée, le lieu étant suffisamment grand pour contenir le groupe. Les stratégies de gestion des comportements n'ont pas eu à subir de modifications ; le reflet, la reformulation et l'humour sont les stratégies qui ont été les plus utilisées. Il en va de même pour les stratégies d'apprentissage, toutefois, il faut noter que l'intervenante a conservé un rôle actif durant les séances, alors qu'il était prévu que celui-ci diminue au cours du programme. Cela est expliqué par le petit nombre de participants qui requérait une implication plus élevée de l'intervenante. Les codes et procédures n'ont pas connu de modification, et ils ont été reformulés comme il était prévu avec les enfants. Les buts et les objectifs n'ont pas connu de modifications, et ils ont été personnalisés avec la famille qui a participé au volet familial. Les composantes qui ont connu des changements sont les sujets, les animatrices, la forme du programme et la conformité du contenu, le temps et le dosage de l'intervention, ainsi que les stratégies de transfert et de généralisation.

Sujets et recrutement. À l'origine, la planification du programme d'intervention prévoyait le recrutement d'un groupe composé de six enfants, âgés entre 10 et 12 ans. Durant les mois de septembre et d'octobre, six références ont effectivement été transmises par les intervenants, mais l'âge des enfants variait entre 8 et 10 ans. Certaines références provenaient de leurs dossiers actifs, alors que d'autres provenaient de nouvelles références pour une problématique d'anxiété chez l'enfant. Il y avait parmi les enfants trois filles et trois garçons. Chacune des familles a été contactée, mais seulement trois d'entre elles ont finalement participé aux rencontres pré-intervention. Pour les trois familles qui n'y ont pas participé, l'une d'entre elles n'a pas retourné mes messages téléphoniques et une autre famille disait avoir trop peu de disponibilité. La troisième famille s'est désistée des rencontres pré-intervention, car la mère expliquait que sa fille était angoissée à l'idée de participer au groupe. Un horaire familial trop chargé a également été invoqué comme un obstacle à leur participation.

En ce qui concerne les trois familles qui se sont présentées aux rencontres pré-intervention, l'une d'entre elles s'est finalement désistée. Il s'agit de la famille de Mathieu¹, un jeune garçon de 9 ans, qui se disait anxieux à l'idée de parler de son anxiété devant un groupe d'enfants dont certains étaient plus vieux que lui. L'activité de présentation devant les parents, prévue à la dernière rencontre de groupe, était particulièrement anxiogène pour lui. Bien qu'il ait d'abord accepté de participer, il a par la suite refusé de se présenter au CLSC pour les deux rencontres pré-intervention suivantes. Lors des entretiens téléphoniques avec la mère, celle-ci disait avoir de la difficulté à convaincre son fils de venir au CLSC. Elle disait que Mathieu avait apprécié la rencontre pré-intervention, mais que sa participation au groupe, principalement l'activité de fin de programme, le rendait trop anxieux. De plus, l'horaire de la famille ne convenait plus aux rencontres de groupe et sa participation a été annulée.

Le format de groupe initialement prévu a finalement été modifié : le programme *Je m'AJUSTE !* a été animé auprès de deux enfants soit Jade², une jeune fille âgée de 9 ans et Zachary³, un garçon âgé de 11 ans, tous deux faisant partie de familles nucléaires. Les entrevues pré-intervention ont permis de recueillir de l'information sur ces participants, notamment sur la présence symptômes anxieux dans la famille des participants. Le portrait de chacun des participants est brièvement présenté ci-dessous.

Jade. La participante 1, Jade, s'est inscrite au programme suite à une référence au CLSC faite par sa mère pour l'anxiété de sa fille. À la première rencontre, la mère explique que les symptômes anxieux de sa fille sont lourds pour la famille et qu'elle ne sait plus comment aider sa fille. L'anxiété de Jade est déclenchée par la noirceur et se traduit par des comportements de rapprochement avec sa mère et par des difficultés de concentration dans ses devoirs. Les symptômes surviennent aussi au coucher et durant la nuit. Jade refuse de se mettre au lit sans sa mère et la réveille pour aller aux toilettes. Cette participante présente aussi une rumination de pensées effrayantes (peur de se faire attaquer, peur d'un monstre). Bien que Jade soit d'abord réfractaire durant la rencontre, elle y participe et mentionne des manifestations physiques de son anxiété, soit des battements de cœur plus rapides et des maux de ventre. Ses symptômes se sont intensifiés depuis un an, et elle n'a pas dormi seule durant cette période. La mère dit se montrer parfois impatiente face à l'anxiété de sa fille et capitule à ses demandes afin d'éviter les conflits. Jade mentionne qu'elle est anxieuse à l'idée que sa participation au programme l'obligera à dormir sans sa mère.

¹ Nom fictif

² Nom fictif

³ Nom fictif

Zachary. Ce participant intègre le programme suite à une référence de la part d'une art-thérapeute qui a intervenu sur sa problématique d'anxiété avec l'inscription de Zachary au groupe. La normalisation, la relaxation et l'exposition ont été les principaux thèmes abordés dans ce suivi d'art-thérapie. La première entrevue avec la famille a permis de constater une hyper-vigilance de Zachary envers son corps, et ce, depuis la petite enfance. L'anxiété de Zachary concerne les maladies et la peur du vomir, cette dernière peur s'étant accentuée suite à un cours de biologie abordant le système digestif. Les symptômes de Zachary sont principalement physiques (maux de cœur, pressions dans la cage thoracique, maux de tête) et cognitifs (craintes de souffrir de différentes maladies graves). Il présente également une peur de vomir lorsqu'il ressent ses symptômes physiques. La mère explique que depuis sa propre enfance, elle-même a peur du vomir des autres. C'est donc le père qui devait s'occuper de Zachary lorsqu'il était malade. Elle mentionne que cette anxiété a diminué à l'aide de services professionnels. Le père mentionne aussi un certain niveau d'anxiété. Il est arrivé à plusieurs reprises que les parents aillent chercher leur fils à l'école lorsque celui-ci ne se sentait pas bien. Ils comprennent que cela renforce l'anxiété de Zachary, mais ils disent trouver difficile de le laisser gérer seul ses symptômes. Les parents mentionnent avoir de la difficulté à gérer l'anxiété de leur fils parce qu'il demande des réassurances constantes.

Différenciation du programme. Les questionnaires pour mesurer la différenciation au programme des deux participants ont été remplis par leur famille tel que prévu. Dans le cas de Jade, aucune différenciation n'a été rapportée. En ce qui concerne Zachary, les parents rapportent avoir participé à un suivi psychologique avant, pendant et après le programme d'intervention. Ce suivi a pour but de les guider afin d'aider leur fils à surmonter son anxiété. Selon les parents, le suivi concerne principalement les pratiques parentales et a pour but de favoriser une meilleure gestion et une diminution des symptômes anxieux de Zachary. Durant leur participation au programme *Je m'AJUSTE !*, les parents ont rapporté discuter d'évitement et de renforcement positif avec le psychologue. L'utilisation d'un moyen de renforcement a également été discuté dans ce suivi psychologique.

Programme, contenu et dosage. Comme prévu, le contenu livré est évalué par la conformité du contenu abordé durant les séances de groupe. Celui-ci a connu certaines modifications et la figure 2 présente le pourcentage de conformité des séances de groupe par rapport au contenu initialement prévu. L'évaluation de la conformité correspond également à l'évaluation de la composante « programme et contenu ».

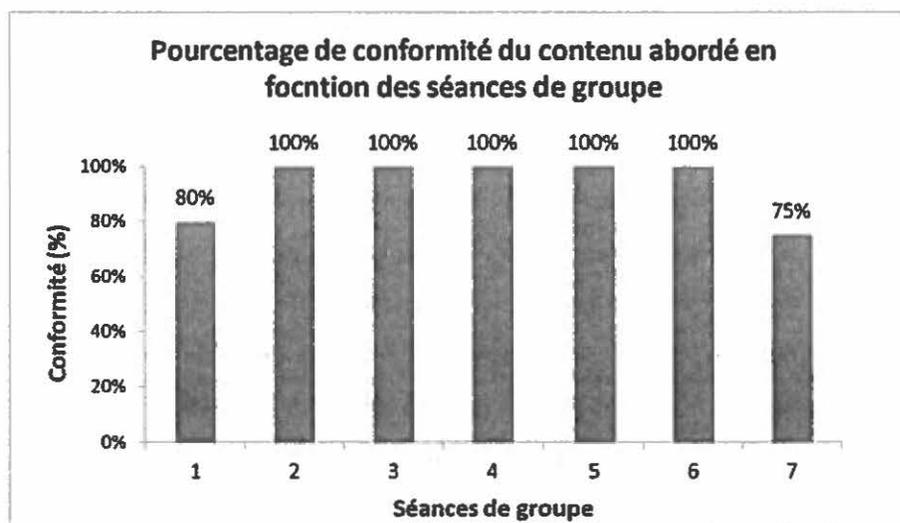


Figure 2

Pourcentage de conformité du contenu abordées en fonction des séances de groupe

Comme démontré dans la figure 2, les rencontres 2 à 6 atteignent 100% en terme de conformité. Toutefois, la première et la dernière rencontre ont connu de légères modifications. D'abord, en raison de l'entrée tardive du deuxième participant, la rédaction du code de vie a été reportée afin que tous soient présents. À la dernière rencontre, il était prévu de récapituler les techniques de relaxation et de les utiliser avant la présentation aux parents, mais cela n'a pu être fait dû à des contraintes dans l'horaire de l'une des familles. Les activités utilisées lors des rencontres ont également été ajustées au petit nombre de participants finalement recruté. Par exemple, lors de la 5^e rencontre, l'activité de groupe initialement prévue a été modifiée à cause de la présence d'un seul des enfants. Une activité individuelle utilisant des vignettes a plutôt été privilégiées. Au cours de l'animation du programme *Je m'AJUSTE !*, différentes particularités propres aux participants soutendent les changements qui ont été apportés au programme d'intervention et à son contenu. Elles sont présentées ci-dessous.

Zachary

Rencontre pré-intervention. La référence tardive de Zachary n'a permis d'effectuer qu'une seule rencontre pré-intervention. Durant cette rencontre, l'ensemble du contenu prévu a pu être abordé de manière succincte.

Rencontres de groupe. Zachary s'intègre au programme à la deuxième séance durant laquelle les enfants prennent contact avec le groupe et définissent l'anxiété. Étant donné que Zachary avait déjà des notions sur l'anxiété dû à son suivi en art thérapie, ce début tardif ne semble pas avoir affecté ses apprentissages. De plus, un temps supplémentaire a été accordé aux enfants pour se présenter lors de

l'intégration de Zachary. Durant la 5^e séance, Zachary est le seul participant présent, et il souhaite aborder de nouveau le contenu théorique de la rencontre précédente. Ce retour n'empêche pas d'aborder le contenu initialement prévu, et n'a donc pas d'impact négatif quant à l'exposition au contenu.

Rencontres familiales. La famille de Zachary a participé à deux des trois rencontres familiales prévues, durant lesquelles il a été possible d'aborder tout le contenu prévu au volet familial. Effectivement, durant la première rencontre, il a été possible de définir l'anxiété et de la normaliser, d'aborder les symptômes physiques de Zachary, les techniques de relaxation apprises avec le groupe ainsi que les symptômes cognitifs et la manière de questionner les pensées négatives. Les parents mentionnent que les notions abordées avec le programme *Je m'AJUSTE !* sont aussi discutées avec leur psychologue. Durant la deuxième séance familiale, les sujets de l'évitement et de l'exposition sont abordés, et un plan d'exposition est construit avec la famille. Les étapes de résolution de problème sont aussi présentées, ainsi qu'un résumé de l'acronyme AJUSTE. Les manières de récompenser les améliorations de Zachary sont aussi abordées.

Rencontre post-intervention. Cette rencontre a lieu comme prévue, et nous faisons le bilan des notions apprises durant le programme.

Jade

Rencontres pré-intervention. Jade et sa mère n'ont complété qu'une seule des rencontres pré-intervention, car la deuxième a été annulée en raison d'un conflit d'horaire. Comme prévu, la nature et la fréquence des symptômes de Jade ont été discutés. Le volet familial, auquel la mère ne participera pas est présenté.

Rencontres de groupe. Lors de la première séance de groupe, Jade est la seule participante présente. Le contenu prévu est abordé avec elle, à l'exception du code de vie. Elle s'absente du groupe lors de la 5^e séance et n'est donc pas exposée aux notions de résolution de problème. Celles-ci lui sont résumées au début de la 6^e séance durant le retour sur les exercices.

Rencontres familiales. Jade et sa mère n'ont pas participé au volet familial, car il était trop difficile d'insérer les rencontres dans l'horaire familial. Le contenu des rencontres familiales n'est donc pas abordé avec cette participante.

Rencontre post-intervention. Une rencontre post-intervention a eu lieu avec Jade et sa mère et un bilan du programme est discuté comme prévu. Du contenu est toutefois ajouté en explorant, avec Jade et sa mère, un plan pour exposer graduellement Jade à sa peur. Nous abordons aussi le renforcement et la mère dit qu'elle explorera cette idée en famille.

Degré d'exposition. Les deux participants ont été exposés au même nombre de rencontres de groupe, soit six. Jade s'est absentée lors de la 5^e séance, alors que Zachary n'a commencé le groupe qu'à la 2^e séance. Concernant les exercices à faire à la maison, les deux participants ont complété les trois premiers exercices à la maison, alors que les trois suivants ont été remplis avec l'animatrice lors des rencontres.

Participation des sujets et climat du groupe. Comme prévu, la participation des enfants a été mesurée selon trois critères : prendre la parole, poser une question pertinente au contenu et faire les activités de la mise en pratique. Le niveau de participation est illustré à la figure 3, selon la moyenne obtenue par les participants aux trois critères, notés par l'animatrice dans son journal de bord. Pour chacun d'eux, l'animatrice pouvait attribuer un score de 1 « non » à 4 « beaucoup ».

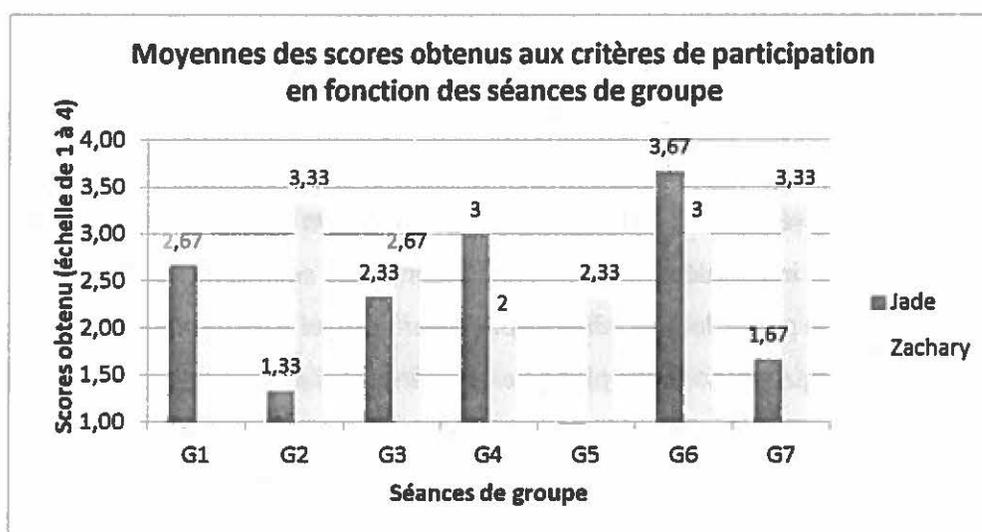


Figure 3

Moyennes des scores obtenus par les participants aux critères de participation en fonction des séances de groupe

On peut observer que la participation des enfants a tendance à augmenter au cours du programme. La deuxième rencontre de groupe marque l'arrivée de Zachary et on peut y observer la plus faible moyenne des scores de Jade. Les scores des deux participants ont par la suite tendance à se rapprocher. Toutefois, ils divergent de nouveau à la dernière rencontre de groupe, qui est celle de la présentation devant les parents, pour laquelle Jade obtient un score plus bas que Zachary.

La participation des enfants a influencé le climat du groupe au fur et à mesure de l'avancement du programme. Le journal de bord de l'animatrice permettait de recueillir des données informelles quant au climat de groupe. Au départ, les enfants s'adressaient presque exclusivement à l'animatrice durant les discussions et n'engageaient pas la conversation entre eux, à moins qu'ils n'y soient invités. Graduellement, les enfants ont commencé à échanger entre eux, notamment lors des jeux en fin de rencontre. Au cours de la 6^e séance, ils interagissaient entre eux sans intervention de l'animatrice et participaient de manière active aux discussions. La 6^e séance est toutefois une rencontre moins menaçante sur le plan personnel, puisqu'il s'agissait de faire un bilan des acquis pour préparer la présentation. Au cours des séances, les enfants ont présenté des différences interpersonnelles dans leur manière de participer. Ces différences sont expliquées pour chacun d'eux dans les prochaines sections.

Jade. Durant les discussions de groupe, Jade ne souhaite pas que sa peur soit nommée ou discutée et elle donne des exemples impersonnels. Il a été observé que Jade prenait davantage la parole lors des mises en pratique, ce qui peut expliquer sa participation plus active lors des séances de groupe 4 et 6 qui étaient plus interactives. Cette participante se montre particulièrement intéressée par les notions sur les symptômes cognitifs pour lesquels elle donne plusieurs exemples. Durant la dernière séance, Jade a peu participé à la présentation, et ce, malgré le support de l'intervenante. Lors de la rencontre post-intervention, elle a expliqué sa faible participation par le fait qu'elle était gênée.

Zachary. Au cours des séances de groupe, Zachary fait mention de ses symptômes et aborde à quelques reprises ses propres inquiétudes, notamment en lien avec ses performances scolaires. Ce participant prenait davantage la parole lors des discussions théoriques, et il avait précisé que parler dans un groupe ne l'inquiétait pas. Zachary semblait plus à l'aise de discuter des aspects concrets de l'anxiété, comme les symptômes physiques, ou encore les étapes de résolution de problème et le renforcement positif. Lors de la présentation finale devant les parents, Zachary présente la majorité du contenu, avec un support ponctuel de l'intervenante.

Concernant le volet familial, Zachary et sa famille se sont montrés réceptifs aux techniques de relaxation et ils ont mentionné que Zachary les utilisait déjà. Au cours des rencontres, les parents de Zachary s'ouvrent sur leurs propres symptômes anxieux et font des liens avec leurs pratiques parentales qui nourrissent l'anxiété de leur fils. La manière de questionner les pensées négatives intéresse particulièrement la mère, car elle partage les mêmes inquiétudes que son fils.

Animatrices. Cette composante a subi des changements en raison du petit nombre de participants recrutés. Deux intervenantes étaient prévues pour favoriser l'exposition des six participants au

programme. Toutefois une seule intervenante a été nécessaire pour animer le programme *Je m'AJUSTE !* auprès de deux enfants.

Temps. La durée des séances de groupe a connu quelques changements. Certaines ont été écourtées, passant d'un temps total de 1 heure et 15 minutes à un temps total de 1 heure. Cet ajustement a eu lieu lorsqu'un seul des participants était présent afin d'éviter les longueurs. Au total, les séances de groupe totalisent 8 heures et 5 minutes, alors qu'elles devaient durer 8 heures 45 minutes. Le temps accordé aux différentes sections des séances de groupes a aussi connu des changements (voir tableau 16).

Tableau 16

Temps prévu et réel accordé aux sections des rencontres de groupe (en minutes)

	Temps prévu	Moyenne observée	Minimum	Maximum
Accueil	5	5	5	5
Retour sur les exercices	15	9,17	0	20
Présentation théorique/discussion	20	22,86	10	35
Pause	5	0,71	0	5
Mise en pratique	20	20,71	10	30
Explication des exercices	5	4,29	0	5
Départ	5	5,71	5	10
Total	75 minutes	68,45 minutes		

On peut observer que les sections qui ont connu le plus de variations sont le retour sur les exercices, la présentation théorique et la pause. La variance pour le retour sur les exercices s'explique par le degré de compréhension des enfants, qui était plus élevé durant les séances 3 et 4. Durant la séance 5, Zachary était le seul participant. Comme il avait de la difficulté à s'approprier les notions de l'exercice précédent, plus de temps lui a été consacré pour récapituler les notions. Lors de la séance 6, un retour plus rapide sur les exercices a été fait, car seulement Zachary était présent (Jade était en retard).

Pour ce qui est des variations de temps dans la section « théorie et discussion », elles sont expliquées entre autres par la séance 4 qui a consacré 35 minutes à cette section. Le temps le plus bas pour cette section est obtenu à la séance 7, où un bref retour sur les techniques apprises a été fait avant de faire la présentation devant les parents.

Quant à la section « pause », elle a connu la plus grande variation de manière constante. Comme la passation de la discussion à la pratique se faisait de façon fluide, aucune pause n'était nécessaire. Il

arrivait, lors de certaines séances, de terminer la rencontre avec un jeu de groupe qui permettait aux enfants de s'amuser ensemble et de créer des liens.

Concernant les rencontres familiales animées auprès de Zachary et sa famille, le temps accordé a été dépassé de 15 minutes, pour un total de 1 heure et 15 minutes d'intervention par rencontre. Certaines variations de temps sont survenues pour la présentation des notions vues dans les séances de groupe afin de s'ajuster au vécu familial. Ainsi, lors de la première séance familiale, les parents avaient plus de questions que lors de la deuxième séance. Toutefois, le temps accordé à chacune des périodes n'a pas connu un grand écart, si ce n'est l'ajout des 15 minutes supplémentaires. Lors des deux séances familiales, ce temps a été ajouté dans la période accordée à l'animation du contenu de la rencontre

Moyens de transfert et de généralisation. Le principal moyen de généralisation consistait en la participation au volet familial qui s'est réalisé pour un seul des participants, soit Zachary. Des modifications ont été effectuées dans ce volet, car la famille n'a complété que deux rencontres, soit un total de 2 heures et 30 minutes au lieu des 3 heures prévues. Les exercices à faire à la maison consistaient un autre moyen de généralisation. Ce moyen a connu des modifications étant donné que les enfants ne complétaient pas tous leurs exercices à la maison. Ils les complétaient alors dans le groupe, avec l'intervenante.

Attentes et satisfaction face au programme. Des données informelles ont été recueillies lors des discussions avec les enfants et leur famille quant à leurs attentes et à leur satisfaction envers le programme d'intervention. Concernant Jade, celle-ci se montrait d'abord inquiète par rapport à sa participation, car elle ne souhaitait pas être obligée de dormir seule. Elle a tout de même mentionné qu'elle souhaitait rencontrer d'autres enfants qui vivent aussi de l'anxiété. La mère a toutefois dû insister auprès de sa fille pour qu'elle accepte de participer au programme. La mère souhaitait que la participation au programme *Je m'AJUSTE !* permette à sa fille de normaliser son anxiété et de se construire des outils pour diminuer ses symptômes anxieux. Lors de la rencontre post-intervention, Jade dit avoir aimé participer au programme, mais qu'elle ne recommencerait pas parce qu'elle se sent mieux. Elle se dit soulagée de ne pas être obligée de dormir seule malgré la fin du programme, mais elle se fixe elle-même l'objectif de dormir seule d'ici le début du secondaire. La mère mentionne que la participation de sa fille au programme d'intervention lui a permis de prioriser la problématique anxieuse de Jade. Elle explique qu'elle aurait apprécié avoir davantage d'information quant au déroulement du groupe et sur les notions apprises par les enfants.

Quant à Zachary, il souhaitait participer au programme pour apprendre à réduire son anxiété, mais aussi pour rencontrer d'autres enfants qui ont une problématique anxieuse. Les parents souhaitaient que leur fils apprenne des moyens de gestion de l'anxiété et qu'il puisse réduire ses symptômes. De manière générale, Zachary et ses parents ont eu une attitude positive envers le programme, bien que les parents exprimaient quelques inquiétudes au départ. Lors de la rencontre post-intervention, Zachary se dit content d'avoir participé au programme et qu'il se sent un peu plus en mesure de contrôler son anxiété. Les parents mentionnent avoir apprécié que l'anxiété soit découpée en symptôme précis et ils ajoutent que cela leur permet d'avoir une vision d'ensemble de l'anxiété de Zachary. Ils ajoutent être satisfaits des apprentissages de Zachary, bien qu'il reste encore du chemin à parcourir pour continuer de réduire son anxiété, notamment quant à ses performances scolaires.

Jugement global sur la conformité du programme. Le programme *Je m'AJUSTE !* comporte deux volets avec un niveau de conformité différent. D'abord, le volet qui s'adresse aux enfants obtient un bon niveau de conformité concernant le contenu présenté à chacune des séances, malgré le fait que le temps total accordé aux séances ait été réduit de 40 minutes. Plusieurs composantes de Gendreau ont ainsi dû être modifiées pour s'adapter aux participants, qui étaient plus jeunes et moins nombreux que prévu. Les autres modifications qui ont dû être apportées au volet enfant concernent, entre autres, la façon d'aborder le contenu, notamment pour adapter les activités au nombre de participant. De plus, les exercices à faire à la maison ont parfois été complétés durant les séances. Un autre changement à souligner est l'absence de Zachary à la première séance et celle de Jade à la 5^e séance. Les deux participants n'ont donc complété que 6 des 7 rencontres de groupe initialement prévues.

Le volet familial a également connu des changements. D'abord, une seule des deux familles y a pris part. Étant donné son admission tardive au programme, seulement deux des trois rencontres ont été animées avec cette famille. Le contenu ne semble toutefois pas être affecté, notamment en raison de l'addition de 15 minutes supplémentaires aux rencontres. De plus, les parents de cette famille participaient à un suivi psychologique. Ils étaient plus familiers aux notions discutées, ce qui a pu avoir un impact sur la mise en œuvre des rencontres familiales.

L'évaluation de la mise en œuvre du programme *Je m'AJUSTE !* a également permis de faire ressortir des informations pertinentes concernant les caractéristiques personnelles des sujets, leur participation ainsi que le climat du groupe.

Implication à l'égard des effets. Les changements apportés dans la mise en œuvre du programme d'intervention lors de l'implantation du programme *Je m'AJUSTE !* pourraient avoir des répercussions sur ses effets, affectant ainsi l'atteinte des objectifs du programme, que ce soit de manière négative ou positive. Les prochaines sections présentent les implications possibles des différentes modifications présentées précédemment.

Implications nuisibles pour l'atteinte des objectifs. Premièrement, le petit nombre de participants a diminué les occasions d'encouragement et d'apprentissages par les pairs ce qui favorise l'assimilation et la compréhension des notions du programme. Deuxièmement, le fait que les participants n'aient pas complété une partie des exercices entre les séances pourrait avoir des répercussions négatives sur la généralisation des apprentissages à d'autres milieux. La non-réalisation de ces exercices diminue leur exposition aux notions apprises et a également diminué l'exposition de la famille aux notions du programme. Troisièmement, le manque de temps pour revoir et pratiquer un moyen de gestion de l'anxiété lors de la 7^e séance de groupe n'a pas permis aux enfants de diminuer leur anxiété avant la présentation. Cela a pu avoir un impact négatif en ne permettant pas aux enfants d'optimiser leur gestion de l'anxiété avant l'exposition à une situation anxiogène. Toutes ces modifications ont pu avoir des répercussions négatives sur l'atteinte des différents objectifs liés au volet enfants.

Dans le cas plus précis de Jade, celle-ci a été absente lors de la 5^e séance de groupe et n'a pu reprendre cette absence. Elle n'a donc pas été exposé au contenu de cette rencontre dans laquelle la manière d'utiliser les étapes du programme *Je m'AJUSTE !* était discutée. De plus, la non-participation de Jade et de sa mère au volet familial du programme a diminué les chances de généralisation des acquis dans le milieu familial. Concernant la mère, cela ne lui a pas permis d'être exposée au contenu de ce volet portant sur les pratiques parentales à favoriser. Elle n'a donc pas pu acquérir des notions concernant l'anxiété de sa fille. Jade et sa mère n'ont pas pu bénéficier de la personnalisation du contenu du programme au vécu familial et, comme Jade refusait de discuter de sa peur durant les séances de groupe, le contenu n'a pas pu être personnalisé à sa problématique. Ces changements pourraient également avoir un impact négatif sur les objectifs du volet enfant, mais surtout sur les objectifs du volet familial auquel la mère n'a pas pu être exposée.

Concernant Zachary, certains changements de la mise en œuvre ont également pu entraîner des impacts négatifs sur les effets du programme. L'animation de deux séances sur trois du volet familial a réduit l'exposition de la famille aux notions du programme, bien que cela ne semble pas avoir eu d'impact sur le contenu abordé. La quantité de support reçue est toutefois moins importante que prévu et cela

pourrait avoir des répercussions négatives sur l'atteinte des objectifs du volet enfant, mais également sur ceux du volet familial.

Implications positives pour l'atteinte des objectifs. Les changements apportés à la mise en œuvre n'ont pas uniquement des répercussions négatives sur les objectifs du programme d'intervention *Je m'AJUSTE !*. Certains de ces changements peuvent aussi favoriser l'atteinte des objectifs. Tout d'abord, le petit nombre de participants a permis de répondre de manière optimale aux besoins des enfants. Le fait de reprendre l'activité de présentation lors de la 2^e séance a pu permettre à Zachary et à Jade d'apprendre à se connaître et a favorisé un climat de confiance. Ce type de climat permet aux participants de se sentir plus à l'aise de partager, ce qui a pu favoriser l'implication des enfants. La transformation du temps de pause en temps de jeu a également favorisé la construction d'un climat interactif dans le groupe. Ces modifications ont pu affecter positivement l'atteinte des objectifs du volet enfant. Ensuite, l'adaptation des activités au contexte d'un plus petit groupe a permis aux enfants d'être exposés au contenu de manière plus efficace, et cela a pu réduire l'impact des absences.

Concernant Jade, la réduction du nombre prévu de participants a pu favoriser sa participation aux séances, puisque cela réduisait sa gêne. Dans le cas de Zachary, le suivi en art thérapie dont il a bénéficié avant le début du programme *Je m'AJUSTE !* pourrait avoir des répercussions positives sur l'atteinte des objectifs, en le familiarisant aux notions relatives à l'anxiété. Le fait que Zachary se soit retrouvé seul lors de la 5^e séance a permis de revoir le contenu plus difficile pour lui, ce qui favorise une meilleure intégration. Concernant le volet familial, la participation des parents de Zachary à un suivi psychologique avant, pendant et après le programme pourrait favoriser l'atteinte des objectifs du volet familial. Le suivi psychologique concernait les pratiques parentales et la gestion des symptômes de leur fils, et se place donc en continuité avec les interventions du programme *Je m'AJUSTE !*. Cela pourrait toutefois rendre plus difficile la définition du lien de causalité entre le programme et ses effets.

Évaluation des effets

Stratégie d'analyse employée. Afin d'évaluer les effets du programme d'intervention, les différents construits reliés aux objectifs ont été évalués selon le protocole ABA. Cela implique des prises de mesures avant, pendant et après le programme. Les mesures répétées sont des questionnaires maison qui sont complétés durant les sept rencontres de groupe, ainsi que durant les rencontres pré-intervention, constituant le niveau de base, et la rencontre post-intervention. Il est important de noter que Zachary n'a pas de niveau de base étant donné son entrée tardive dans le programme. Les rencontres pré-intervention

constituent les T1, T2 et T3, alors que les rencontres de groupe sont comprises entre les T4 et T10. La rencontre post-intervention se trouve au T11. Les mesures pré-test/post-test ont été recueillies au T1 ainsi qu'au T11. Les temps de mesure post-test varient dans le temps pour les deux participants, car la mère de Jade n'a remis les questionnaires que deux mois après la fin du programme, alors que les parents de Zachary les ont remis un mois après la fin du programme. Quant aux mesures répétées, elles sont utilisées de manière auto-rapportée par les enfants pour la totalité des construits mesurés. Dans le cas des mesures répétées pour l'intensité de l'anxiété, le comportement d'évitement et l'utilisation des techniques de relaxation, les questionnaires maison comprennent aussi une version pour les parents. Les parents remplissent également des questionnaires de manière répétée pour le sentiment de compétence parentale, l'anxiété ressentie et l'encouragement à l'exposition de leur enfant. Concernant les questionnaire pré/post intervention auto-rapportés par les enfants, ils sont utilisés pour mesurer le niveau d'anxiété général, la présence de pensées négatives, le comportement d'évitement et le sentiment de contrôle. Les parents remplissent également un instrument de mesure pré/post intervention pour le sentiment de compétence parentale. Les parents remplissent également leur version de l'instrument mesurant le niveau d'anxiété général de l'enfant de manière pré/post intervention. Concernant les mesures répétées remplies tout au long du programme et dans les deux volets, il est important de noter que plusieurs données sont manquantes, car plusieurs questionnaires n'ont pas été complétés.

Dans la section qui suit, les différents résultats obtenus par les participants sont présentés selon les objectifs associés à chacun des volets du programme *Je m'AJUSTE!*. Dans un premier temps, les résultats des objectifs du volet enfant seront présentés, en commençant par l'objectif général de diminution des symptômes anxieux, pour ensuite aborder l'objectif général d'augmentation des capacités à faire face aux situations anxiogènes telles que perçues par les enfants. Les résultats de l'objectif collatéral d'amélioration de la perception de ses capacités d'adaptation face à l'anxiété seront ensuite présentés. Par la suite, les résultats des objectifs du volet familial seront abordés, soit l'amélioration des pratiques parentales afin de soutenir leur enfant lors de situation anxiogène, ainsi que l'objectif collatéral d'augmentation du sentiment de compétence parentale. Les résultats des différents objectifs spécifiques seront détaillés dans les objectifs généraux qui y sont associés.

Résultats obtenus

Diminution des symptômes d'anxiété

Réduire l'intensité des manifestations physiques de l'anxiété. Cet objectif est individualisé et mesuré de manière répétée, lorsque l'animatrice posait la question suivante à chacun des enfants : « Cette

semaine, à quel point as-tu ressenti des symptômes physiques (personnalisation des symptômes) en lien avec la source de ton anxiété ? ». Les choix de réponse allaient de 0 « jamais », à 3 « tout le temps ». La figure 4 représente les scores obtenus par les participants aux différents temps de mesure.

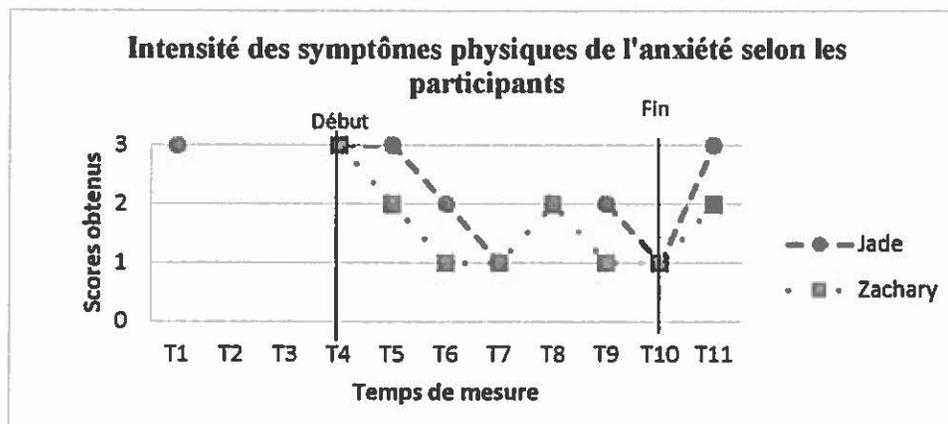


Figure 4

Résultats obtenus par les participants pour l'intensité des symptômes physiques en fonction des temps de mesure répétés

Le graphique permet d'observer un changement positif dans les résultats de Jade. Les symptômes physiques présentent un niveau élevé au début du programme (score de 3), puis ils diminuent au cours de sa participation jusqu'au score de 1, avant d'augmenter de nouveau en post-test. Cela concorde avec les informations recueillies auprès de la mère. Celle-ci explique qu'au cours du programme, sa fille est parvenue à s'endormir seule avec une lumière tamisée. De plus, la mère rapporte que Jade ne la réveille plus lorsqu'elle doit aller aux toilettes la nuit. L'intensité de ses symptômes augmente toutefois suite à l'arrêt de sa participation à *Je m'AJUSTE!*. Lors d'une discussion faisant suite à la rencontre post-intervention, la mère mentionne la perte de la majorité des acquis de Jade.

Concernant Zachary, une réduction des symptômes anxieux est observée et semble se maintenir après la fin du programme *Je m'AJUSTE!*. Ainsi, Zachary a commencé le programme avec un score de 3, et obtient majoritairement un score de 1 au cours de sa participation. Lors des rencontres familiales, les parents de Zachary mentionnent une diminution de ses inquiétudes en lien avec ses sensations physiques. Les explications qu'il leur donne sont moins catastrophiques. Lors de la dernière rencontre familiale qui a eu lieu lors de la même semaine que le T8, les parents mentionnent une augmentation des inquiétudes de Zachary quant à ses résultats scolaires.

Réduire les pensées négatives lorsque l'enfant expérimente une situation anxiogène. Pour ce qui est du deuxième objectif spécifique, les mesures répétées ont été recueillies à l'aide d'une question du questionnaire maison, soit : « Cette semaine, jusqu'à quel point j'ai eu des pensées négatives lorsque j'ai

ressenti de l'anxiété ? ». L'échelle de réponse allait de 0 « jamais » à 3 « tout le temps ». La figure 5 présente les résultats obtenus par les participants.

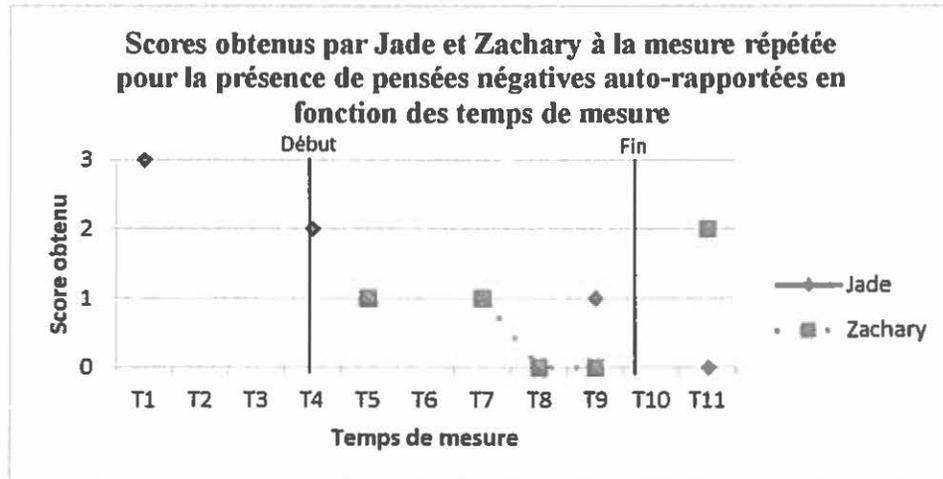


Figure 5

Scores obtenus par Jade et Zachary à la mesure répétée pour la présence de pensées négatives auto-rapportées en fonction des temps de mesure

Il faut rester prudent dans l'interprétation des résultats en raison des nombreuses données manquantes. Une réduction des pensées négatives pour Jade durant et après sa participation au programme *Je m'AJUSTE!* est toutefois observable. Avant sa participation, Jade indiquait un score de 3, soit « tout le temps ». Ses scores semblent s'être réduits progressivement durant le programme, et ils 0, soit « jamais » au post-test. Dans le cas de Zachary, il est impossible de conclure à un changement étant donné les données manquantes et la fluctuation des résultats obtenus.

La présence de pensées négatives a également été mesurée de manière pré-test/post-test à l'aide du questionnaire *Children's Automatic Thoughts Scale (CATS)* qui comprend 40 items distribués équitablement dans quatre sous-échelles : les menaces physiques, les menaces sociales, les défaites personnelles et les intentions hostiles. La cotation des items se fait sur une échelle de type Likert allant de 0 à 3, soit « jamais », « parfois », « assez souvent » et « tout le temps ». Le score total est une addition des scores obtenus aux items. Les résultats sont analysés à l'aide d'une validation de l'instrument obtenue auprès d'une population australienne d'enfants âgés entre 7 et 13 ans (Schniering et Rapee, 2002). Le tableau 9 présente les scores de Zachary et de Jade au CATS, ainsi que les moyennes obtenues par la population de validation.

Tableau 16

Normes populationnelles du CATS et scores obtenus par les participants lors des deux temps de mesure

Échelles du CATS	Enfants de la communauté		Enfants anxieux		Jade		Zachary	
	moyenne	(écart type)	Moyenne	(écart type)	T1	T11	T1	T11
Score total	37,48	(25,51)	63,36	(34,29)	55	25	5	33

Les résultats démontrent une réduction des pensées négatives de Jade. Au pré-test, elle obtient un score total de 55, ce qui la positionne à l'intérieur d'un écart type sous la moyenne des enfants anxieux. Le score total de Jade diminue au post-test avec un score de 25, ce qui la place dans le deuxième écart type sous la moyenne des enfants anxieux. Son score a donc diminué d'un écart type entre le pré-test et le post-test par rapport à la moyenne des enfants anxieux. Concernant Zachary, les résultats montrent une augmentation de ses pensées négatives avant et après le programme. Au pré-test, il obtient un score de 5, ce qui le place dans le deuxième écart type sous la moyenne des enfants de la communauté. Au post-test, son score total de 33 le place à l'intérieur d'un écart type sous la moyenne des enfants non-anxieux. Le score total de Zachary au CATS augmente donc de plus d'un écart type entre le pré-test et le post-test, mais demeure sous la moyenne des enfants de la communauté. Dans le cas des deux participants, les résultats en pré-test/post-test démontrent un patron similaire aux résultats présentés plus haut par les mesures répétées.

Réduire le comportement d'évitement face à une situation anxiogène. Le comportement d'évitement est mesuré de manière répétée ainsi qu'en pré-test et post-test. D'abord, la mesure répétée consiste en une question remplie par les enfants : « Cette semaine, jusqu'à quel point j'ai tenté d'éviter ce qui me préoccupe ? ». Les réponses possibles allaient de 0 « jamais » à 3 « tout le temps ». Le comportement d'évitement a également été mesuré de manière répétée par les parents à l'aide d'une question : « Cette semaine, jusqu'à quel point mon enfant a tenté d'éviter ce qui le préoccupe ? ». La cotation des réponses est la même que pour la mesure des enfants. Les figures 6 et 7 présentent des graphiques illustrant les scores obtenus à ces mesures pour chacun des participants.

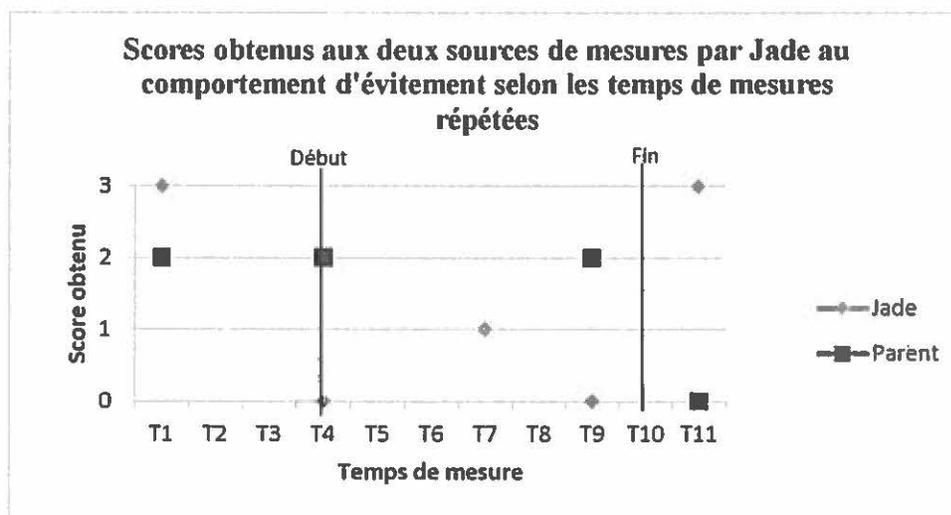


Figure 6

Scores obtenus par Jade aux deux versions des mesures du comportement d'évitement en fonction des temps de mesure répétées

On note que le comportement d'évitement auto-rapporté de Jade est élevé avant le début du programme, puis diminue lors de sa participation au groupe. Son score au post-test augmente et égale celui obtenu au pré-test. Les résultats de la mère ne permettent pas de conclure à un changement pour cet objectif. Des informations ont été recueillies de manière informelle au cours du programme, et la mère rapporte que sa fille présentait moins d'évitement au coucher et allait au lit seule. Comme plusieurs données sont manquantes, l'interprétation des résultats présentées doit être effectuée avec prudence.

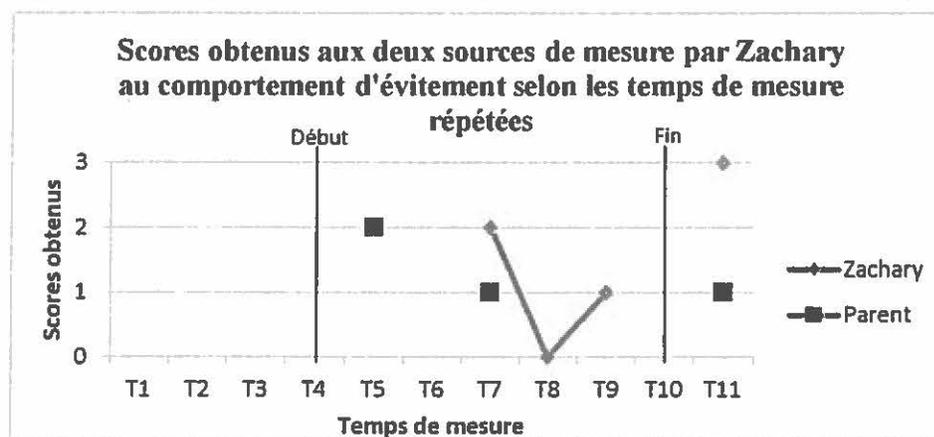


Figure 7

Scores obtenus par Zachary aux deux versions des mesures du comportement d'évitement en fonction des temps de mesure répétées

Les données auto-rapportées de Zachary ne permettent pas de conclure à un changement du comportement d'évitement au cours du programme *Je m'AJUSTE!*. Il obtient une moyenne de 2 « parfois » pour les cinq mesures répétées qu'il a complétées. Les données recueillies par les parents de Zachary ne montrent pas non plus de changements, avec une moyenne de 1, « quelques fois », pour les trois mesures complétées. De manière plus informelle, les rencontres familiales permettent de recueillir des informations indiquant que, durant le programme, Zachary appelait moins ses parents pour quitter l'école en cas d'anxiété (aucun appel en trois semaines). Lors de la dernière rencontre familiale, les informations recueillies indiquent aussi une augmentation de la procrastination dans son travail scolaire, ainsi que de son anxiété envers ses résultats scolaires.

Le comportement d'évitement a également été mesuré de manière pré-test/post-test à l'aide d'un questionnaire maison construit avec des items du *Children's Coping Questionnaire*. Le questionnaire maison comprend huit items, dont quatre sont associés à l'évitement comportemental et quatre à l'évitement cognitif. L'enfant cote les items à l'aide d'une échelle de type Likert, allant de 0 « jamais » à 3 « beaucoup ». Les scores sont calculés par une addition des scores aux items, pour un maximum possible de 24 au total et de 12 par sous-échelle. Au pré-test, Jade obtient un score total de 18 soit un score de 9 pour les deux sous-échelles. Au post-test, Jade obtient un score total de 17 sur un maximum possible de 24. Elle obtient 7 pour l'échelle de l'évitement comportemental et 10 pour l'évitement cognitif. Ces résultats ne permettent pas de conclure à la présence d'un changement sur le plan du comportement d'évitement avant et après la participation au programme. Ces conclusions sont également visibles dans le patron des résultats aux mesures répétées présenté plus haut. Quant à Zachary, celui-ci obtient un score total de 19 au pré-test, avec un score de 10 pour l'évitement comportemental et de 9 pour l'évitement cognitif. Au post-test, il obtient un score total légèrement plus élevé, soit 21. Son score aux sous-échelles est de 11 pour l'évitement comportemental et de 10 pour l'évitement cognitif. Pour Zachary, il est également impossible de conclure à un changement sur le plan du comportement d'évitement avant et après sa participation au programme *Je m'AJUSTE!*.

Niveau d'anxiété général. Le niveau d'anxiété général des participants a été mesuré de manière prétest/post-test à l'aide d'une traduction maison du questionnaire *Spence's Child Anxiety Scale (SCAS)*. Ce questionnaire mesure la présence de symptômes anxieux et il présente deux versions, l'une pour l'enfant et l'autre pour le parent, où le score indique le niveau d'anxiété de l'enfant tel que perçu par le parent. Dans les deux versions, le questionnaire possède 38 items, répartis en 6 sous-échelles associant les symptômes de différent type d'anxiété : attaque de panique et agoraphobie, anxiété de séparation,

peur de blessure physique, phobie sociale, obsession/compulsion et anxiété généralisée. Le score total s'obtient par l'addition des sous-échelles ayant une échelle de cotation de type Likert, utilisant : jamais, parfois, souvent et toujours. Un score de 0 à 3 est attribué aux réponses pour un score total maximum de 114. Les figures 8 et 9 présentent respectivement les résultats de Jade et de Zachary au SCAS, en les comparant aux résultats d'une validation du questionnaire version enfant (Spence, 1998) et à une validation de la version parents (Nauta et al, 2004).

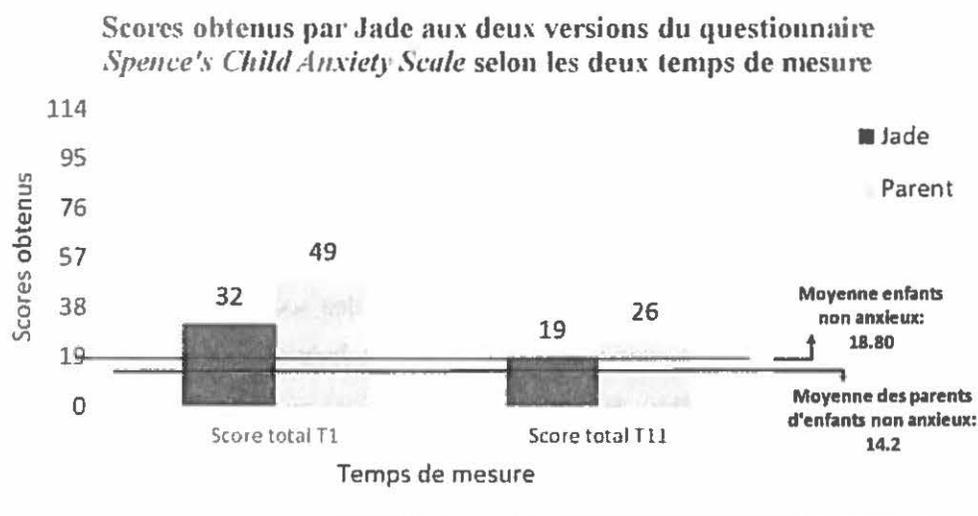


Figure 8

Scores totaux obtenus par Jade à la version auto-rapportée et à la version rapportée par le parent du questionnaire Spence's Child Anxiety Scale en fonction des temps de mesure pré/post-intervention

On observe une diminution du niveau d'anxiété de Jade dans les résultats des deux versions de l'instrument. Au pré-test, Jade obtient un score de 32, ce qui la situe dans le deuxième écart type d'une valeur de 9,72 de la moyenne de 18,80 des enfants non anxieux. Au post-test, le score de Jade diminue significativement avec un score de 19, la plaçant à moins d'un écart type par rapport à la moyenne des enfants non anxieux. Dans la version parentale du SCAS, les résultats montrent une diminution du niveau d'anxiété de Jade tel que perçu par la mère. Au pré-test, le score obtenu de 49 se trouve dans le quatrième écart type (d'une valeur de 9,7) au-dessus de la moyenne des parents d'enfants non anxieux. Au post-test, le score obtenu par la mère diminue significativement avec un score de 26, qui positionne Jade dans le deuxième écart type au-dessus de la moyenne des enfants non anxieux, à une distance de 2,1 de la limite du premier écart type.

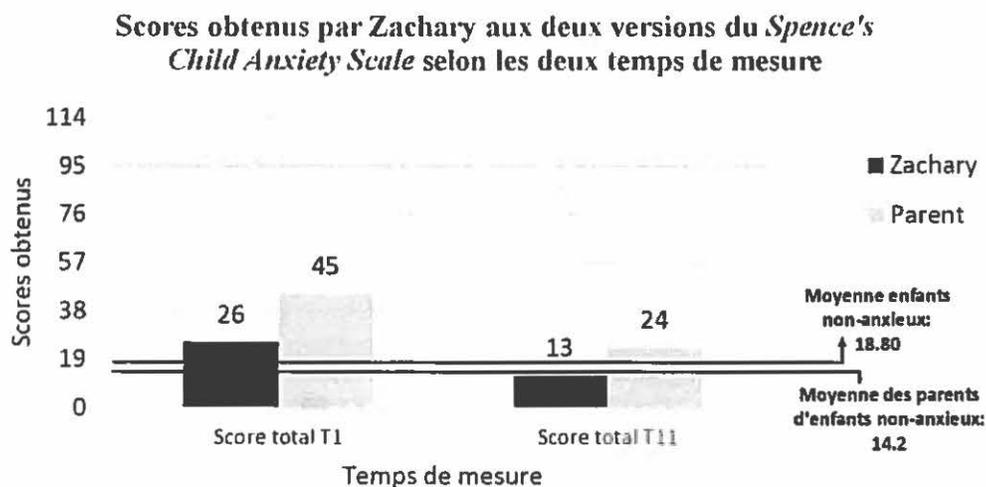


Figure 9

Scores totaux obtenus par Zachary à la version auto-rapportée et à la version rapportée par le parent du questionnaire Spence's Child Anxiety Scale en fonction des temps de mesure pré/post intervention

Dans le cas de Zachary, les résultats du SCAS version enfant démontrent une diminution du niveau d'anxiété suite à sa participation au programme. Au pré-test, son score auto-rapporté de 26 le situe à l'intérieur d'un écart type d'une valeur de 9,72 au-dessus de la moyenne des enfants non anxieux. Au post-test, son score diminue à 13, le situant en-dessous de la moyenne des enfants non anxieux, mais toujours à l'intérieur d'un écart type de la moyenne de cette population. Dans la version parentale du SCAS, les parents de Zachary obtiennent un score de 45, qui se situe dans le quatrième écart type (d'une valeur de 9,7) au-dessus de la moyenne des parents d'enfants non anxieux. Au post-test, le score obtenu de 24 est significativement plus bas, se positionnant à un écart type au-dessus de la moyenne des parents d'enfant non anxieux.

Augmenter les capacités à faire face aux situations anxiogènes telles que perçues par l'enfant.

Utilisation des techniques de relaxation. L'instrument utilisé pour mesurer l'utilisation des techniques de relaxation consistait en un questionnaire maison rempli à chaque semaine par l'enfant et son parent. La question à remplir par l'enfant est : « Cette semaine, lorsque je me suis senti(e) anxieux(se), jusqu'à quel point ai-je utilisé une technique de relaxation ? ». Pour le parent, la question consistait en : « Cette semaine, jusqu'à quel point mon enfant a utilisé une technique de relaxation lorsqu'il/elle était anxieux(se) ? ». Les deux versions proposaient un choix de réponses de type Likert,

allant de 0 « jamais » à 3 « tout le temps ». Les figures 10 et 11 présentent respectivement les scores obtenus à cette mesure par Jade et Zachary aux différents temps de mesure.

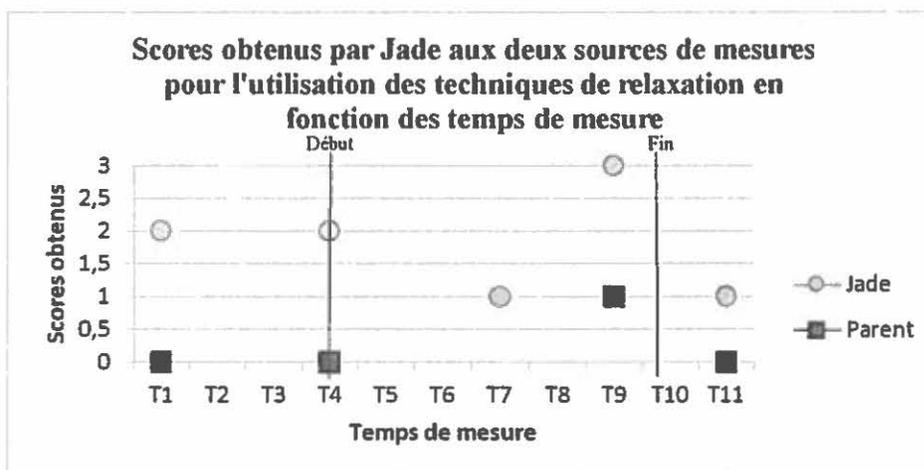


Figure 10

Scores obtenus par Jade aux deux sources des mesures répétées du questionnaire d'utilisation des techniques de relaxation par l'enfant en fonction des temps de mesure

Plusieurs données sont manquantes pour cette mesure, et celles recueillies par les deux sources de mesure ne permettent pas de constater un changement dans l'utilisation des techniques de relaxation au cours de la participation de Jade au programme. Cette participante obtient une moyenne de 1,8 pour les cinq mesures auto-rapportées complétées. La moyenne des quatre mesures remplies par la mère est de 0,25.

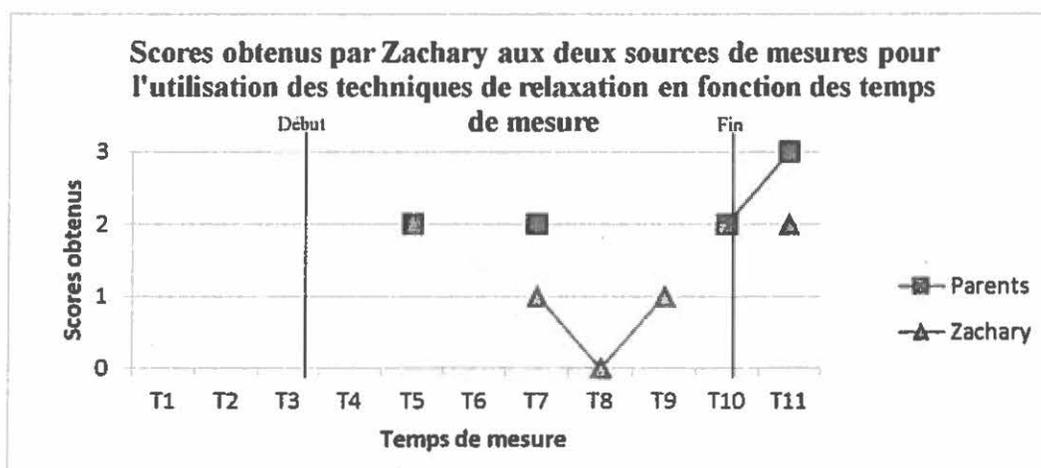


Figure 11

Scores obtenus par Zachary aux deux sources des mesures répétées du questionnaire d'utilisation des techniques de relaxation par l'enfant en fonction des temps de mesure

Pour Zachary, les résultats présentés pour les deux sources de mesure ne permettent pas de conclure à un changement dans l'utilisation des techniques de relaxation, car les données présentent un schéma fluctuant et plusieurs données sont manquantes. Zachary obtient un score moyen auto-rapporté de 1,2 pour ses cinq réponses, alors que les mesures des parents obtiennent une moyenne de 2,25 pour leurs quatre réponses.

Utilisation des pensées aidantes. Afin de mesurer l'utilisation des pensées aidantes, une mesure répétée auto-rapportée a été utilisée de manière hebdomadaire auprès des enfants. Les enfants devaient répondre à la question suivante : « Cette semaine, jusqu'à quel point j'ai utilisé au moins une pensée aidante lorsque j'ai ressenti de l'anxiété ? ». Les enfants encerclaient leurs réponses sur une échelle de type Likert allant de 0 « jamais » à 3 « tout le temps ». La figure 12 présente les résultats obtenus à cette mesure pour chacun des participants.

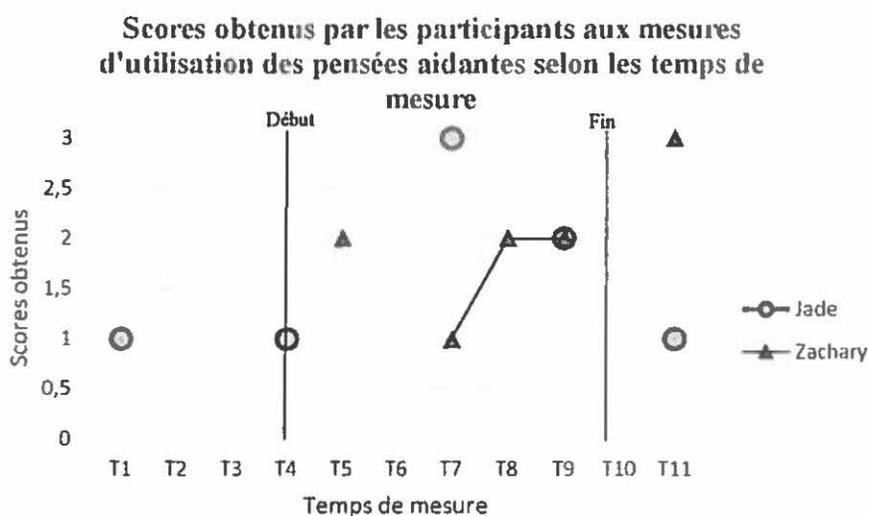


Figure 12

Résultats obtenus aux mesures répétées du questionnaire d'utilisation des pensées aidantes pour chacun des participants en fonction des temps de mesure

Le graphique démontre que les résultats de Jade ne permettent pas de conclure à un changement dans l'utilisation des pensées aidantes au cours du programme. Elle obtient un score moyen auto-rapporté de 1,6 pour ses cinq mesures. Lors des discussions suivant les rencontres de groupe, il a été possible de recueillir des données informelles auprès de la mère, indiquant que Jade utilisait davantage les personnages de Petit Plus et de Petit Minus pour faire référence à ses pensées anxieuses. Concernant Zachary, les résultats démontrent une augmentation de l'utilisation des pensées aidantes au cours du

programme. De manière générale, il obtient une moyenne de 2 pour ses cinq mesures auto-rapportées. Il faut tout de même rester prudent dans l'interprétation de ces résultats considérant les données manquantes. De manière informelle, les parents rapportent que leur fils les questionne moins longtemps lorsqu'il ressent de l'anxiété.

Utilisation des étapes de résolution de problème. L'instrument utilisé pour mesurer l'atteinte de cet objectif est une mesure répétée consistant en une question remplie par les enfants : « Cette semaine, jusqu'à quel point j'ai utilisé les étapes de résolution de problème lorsque j'ai vécu une situation anxiogène ? ». Les réponses à encercler se trouvent sur une échelle de type Likert allant de 0 « jamais » à 3 « tout le temps ». La figure 13 présente les résultats obtenus par chacun des participants quant à l'utilisation des étapes de résolution de problème.

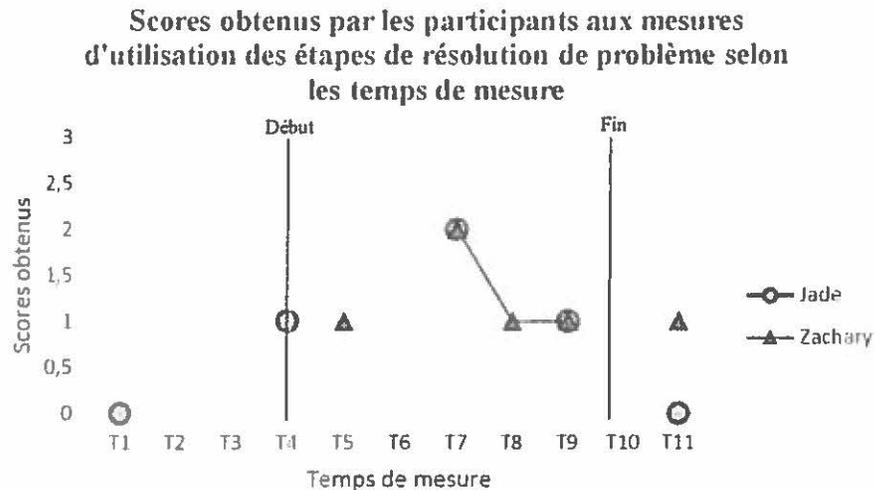


Figure 13

Résultats obtenus par les deux participants aux mesures répétées du questionnaire d'utilisation des étapes de résolution de problème en fonction des temps de mesure.

Les résultats de Jade permettent d'observer un changement dans l'utilisation des étapes de résolution de problème. Celle-ci semble en effet avoir augmentée au cours du programme. Jade obtient une moyenne de 0,8 pour ses cinq mesures. Dans le cas de Zachary, les résultats ne démontrent pas de changement quant à l'utilisation de ce moyen. Il obtient un score moyen de 1,2 pour ses cinq mesures.

Perception de l'enfant de ses capacités d'adaptation face à l'anxiété. Cet objectif collatéral du programme a été mesuré de manière répétée et auto-rapportée à l'aide de la question : « Cette semaine,

jusqu'à quel point j'ai eu l'impression de perdre le contrôle lorsque j'ai ressenti de l'anxiété ? ». Les réponses possibles se trouvent sur une échelle de type Likert allant de 0 « jamais » à 3 « tout le temps ». Pour calculer le score, les résultats sont inversés lors du calcul, ainsi un 0 devient un 3, un 1 devient un 2 et ainsi de suite. La figure 14 présente les scores obtenus par les participants aux mesures répétées du sentiment de contrôle sur l'anxiété. Un score élevé est donc signe d'un sentiment de contrôle élevé.

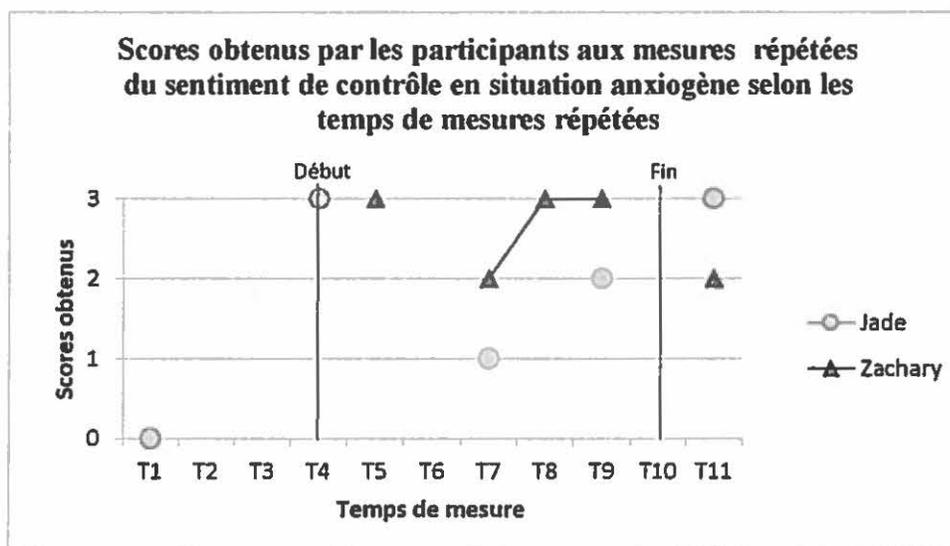


Figure 14

Résultats obtenus par chacun des participants aux mesures répétées du sentiment de contrôle en situation anxiogène en fonction des temps de mesure

Les résultats de Jade ne permettent pas de conclure à un changement sur le sentiment de contrôle au cours de sa participation au programme *Je m'AJUSTE!*. Elle obtient une moyenne de 1,8 pour ses cinq mesures, ce qui se rapproche de « la plupart du temps ». Les résultats de Zachary ne démontrent pas non plus de changements quant au sentiment de contrôle qui semble rester stable et assez élevé, avec une moyenne de 2,6 pour ses cinq mesures, se rapprochant de la réponse « tout le temps ».

Les capacités d'adaptation à l'anxiété ont également été mesurées en pré-test et en post-test à l'aide d'une traduction maison de l'instrument *Anxiety Control Questionnaire (ACQ)*. Cet instrument mesure le sentiment de contrôle lors de situations anxiogènes. Il possède un total de 30 items et de deux sous-échelles, soit le contrôle perçu sur les réactions internes et le contrôle perçu sur les événements extrêmes. La cotation des items se fait avec une échelle de type Likert de 6 points, allant de 0 « fortement en désaccord » à 5 « fortement en accord ». Le score total se calcule en additionnant les résultats aux items de chacune des sous-échelles, en prenant soin d'inverser les scores des items négatifs. Un score élevé représente donc un sentiment de contrôle élevé. Le tableau 11 présente les scores obtenus à l'ACQ

par les participants lors des deux temps de mesure, ainsi que les scores obtenus par la population lors de différentes validations de l'instrument (Zebb et Moore, 1999).

Tableau 17

Scores totaux obtenus par les participants à l'Anxiety Control Questionnaire et par la population de validation de l'instrument

Sous-échelles de l'ACQ	Moyenne populationnelle				Jade		Zachary	
	Femme		Homme		T1	T11	T1	T11
	Moyenne	(Écart type)	Moyenne	(Écart type)				
Contrôle sur les réactions internes	42,76	(10,68)	43,93	(9,82)	42	53	--	47
Contrôle sur les événements externes	51,48	(11,01)	51,94	(10,14)	38	43	--	36
Score total	94,24	(19,60)	97,86	(17,91)	80	96	--	83

Les résultats de Jade montrent une augmentation de son score total à l'ACQ entre le pré-test et le post-test, mais également dans les sous-échelles du questionnaire. Concernant la sous-échelle « contrôle sur les réactions internes », le score de 42 au pré-test se positionne à moins d'un écart type sous la moyenne populationnelle. Son score de 53 au post-test situe Jade à l'intérieur d'un écart type au-dessus de la moyenne. Concernant la sous-échelle « contrôle sur les événements externes », le score de 38 au pré-test situe Jade dans le deuxième écart type sous la moyenne populationnelle. Le score de 43 au post-test positionne Jade à l'intérieur d'un écart type sous la moyenne, ce qui représente une diminution. Pour son score total à l'ACQ, Jade obtient un score de 80 au pré-test, ce qui la situe à l'intérieur d'un écart type sous la moyenne populationnelle. Au post-test, son score de 96 se situe au-dessus de la moyenne populationnelle, à l'intérieur d'un écart type. Dans le cas de Zachary, aucune donnée n'est disponible au pré-test, ce qui ne permet pas de conclure à un changement concernant son sentiment de contrôle. Toutefois, au post-test, Zachary obtient un score de 47 dans la sous-échelle « contrôle sur les réactions internes », ce qui le situe à l'intérieur d'un écart type au-dessus de la moyenne populationnelle. Dans la sous-échelle « contrôle sur les événements externes », il obtient un score de 36 au post-test, ce qui le positionne dans le deuxième écart type sous la moyenne populationnelle. Au post-test, le score total de 83 situe Zachary à l'intérieur d'un écart type sous la moyenne populationnelle.

Amélioration des pratiques parentales afin de soutenir l'enfant lors de situations anxiogènes.

Utilisation des pratiques parentales à favoriser. Des mesures répétées ont été utilisées pour mesurer plus spécifiquement l'encouragement des parents à l'exposition de l'enfant. Les mesures auto-rapportées consistent en une question hebdomadaire posée aux parents : « Cette semaine, jusqu'à quel point j'ai encouragé mon enfant à s'exposer à son anxiété ? ». Les parents encerclent leur réponse sur une échelle de type Likert de quatre points allant de 0 « jamais » à 3 « tout le temps ». La figure 15 présente les résultats obtenus dans la famille des deux participants. Des rencontres avec les enfants et leur famille ont également permis d'amasser des données informelles et personnalisées sur l'utilisation de pratiques parentales favorables.

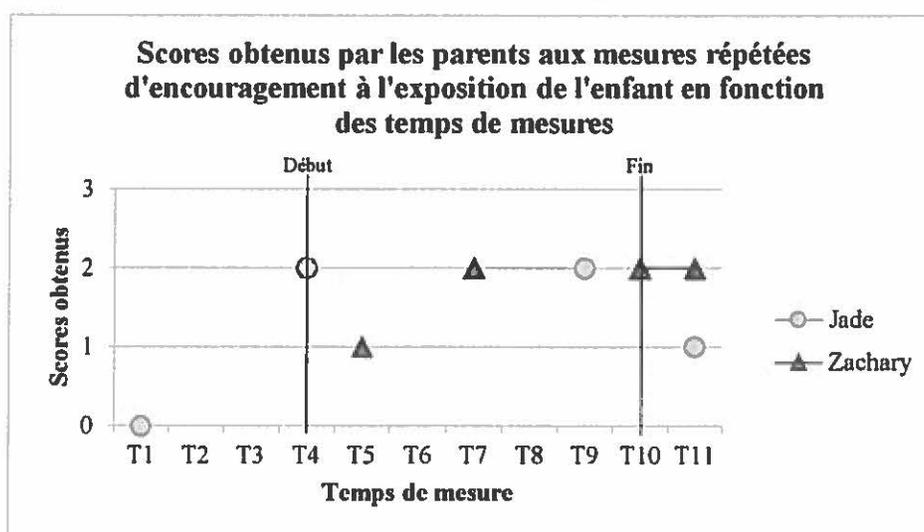


Figure 15

Résultats obtenus par les parents des deux participants aux mesure répétées de l'encouragement à l'exposition en fonction des temps de mesure répétés

Les résultats de la mère de Jade ne montrent aucun changement en ce qui concerne l'encouragement envers sa fille à l'exposition à l'anxiété. Elle obtient un score moyen de 1,25 pour les quatre mesures complétées. De manière plus informelle, les discussions avec Jade et sa mère suivant les rencontres de groupe et la rencontre post-intervention avec la famille indiquent que la mère considère encourager davantage sa fille à se coucher seule le soir, mais qu'elle continue à dormir avec elle la nuit.

Dans le cas des parents de Zachary, les résultats ne présentent pas de changement non plus. Le score moyen obtenu est de 1,75 pour leurs quatre réponses. L'interprétation des résultats des deux participants doit se faire avec prudence, car les nombreuses données manquantes empêchent de formuler des conclusions fiables. Lors des rencontres familiales et de la rencontre post-intervention avec Zachary,

les données informelles recueillies indiquent que les parents de Zachary considèrent avoir réduit les réponses qu'ils fournissent aux questions anxieuses de leur fils. Ils l'encouragent plutôt à se calmer de lui-même, avec l'utilisation de la relaxation, par exemple.

Augmenter le sentiment de compétence des parents à soutenir leur enfant lorsqu'il expérimente des symptômes anxieux. Des mesures répétées ainsi que des questionnaire pré- post-intervention ont été utilisés pour mesurer l'atteinte de cet objectif collatéral. Les mesures répétées consistent en une question hebdomadaire remplie par les parents, soit : « Cette semaine, jusqu'à quel point j'ai eu l'impression de pouvoir aider mon enfant lorsqu'il/elle était anxieux(se) ? ». Quatre réponses sont proposées sur une échelle de type Likert allant de 0 « jamais » à 3 « tout le temps ». Les figures 16 et 17 présentent les scores obtenus par les parents à cette question et à celle mesurant l'anxiété auto-rapporté par le parent. Cette anxiété était mesurée de manière répétée par une question auto-rapportée : « Cette semaine, jusqu'à quel point j'ai moi-même ressenti de l'anxiété ? ». Cette question utilisait le même type de cotation que celle pour le sentiment de compétence.

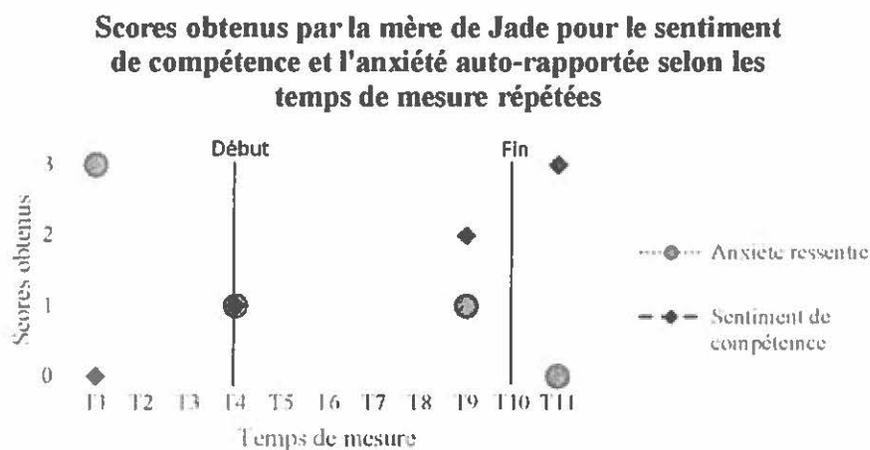


Figure 16

Résultats obtenus par la mère de Jade pour le sentiment de compétence et l'anxiété auto-rapportée en fonction des temps de mesure répétés

Les résultats démontrent que l'anxiété auto-rapportée de la mère semble avoir diminuée durant la participation de Jade au programme *Je m'AJUSTE!*. La mère obtient une moyenne de 1,33 pour ses trois réponses, ce qui se rapproche de la réponse « parfois ». Le sentiment de compétence à soutenir son enfant dans des situations anxiogènes semble aussi avoir augmenté au cours du programme, obtenant une

moyenne générale de 1,5 pour ses quatre réponses. Il est important de noter que le nombre important de données manquantes incite à la prudence dans l'interprétation des résultats.

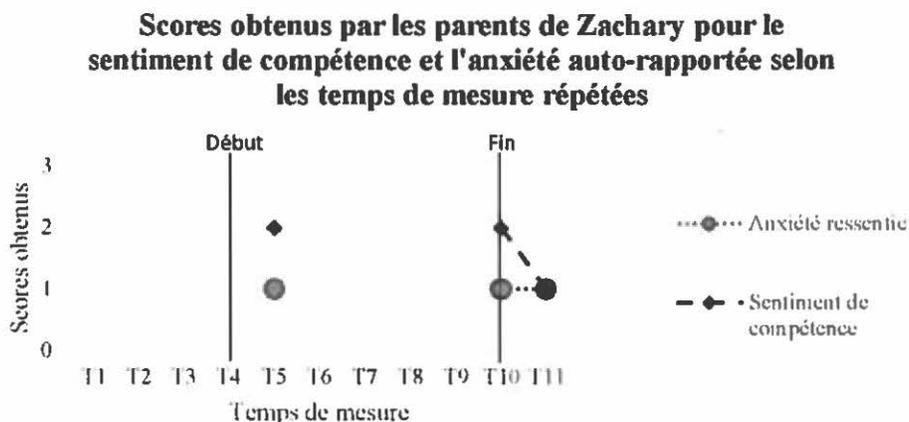


Figure 17

Résultats obtenus par les parents de Zachary pour le sentiment de compétence et pour l'anxiété auto-rapportée en fonction des temps de mesures répétées

Les résultats des parents de Zachary ne permettent pas de conclure à un changement sur le plan des deux construits mesurés. Trop de données sont manquantes pour observer un schéma dans les résultats obtenus. Les parents obtiennent une moyenne de 1, soit « parfois », pour l'anxiété auto-rapportée et une moyenne de 1,66 pour le sentiment de compétence à aider son enfant. Les parents fournissent des informations de façon informelle lors des rencontres familiales indiquant que ceux-ci trouvent encore difficile de soutenir Zachary sans le surprotéger (aller le chercher, répondre à ses questionnements anxieux).

De manière pré-post-intervention, le sentiment de compétence parentale a été mesuré à l'aide d'un questionnaire maison dont les items sont inspirés de la sous-échelle « sentiment de compétence parentale » du questionnaire l'Indice de Stress Parental. Le questionnaire maison contient 8 items avec un système de cotation de type Likert comprenant cinq réponses. Les cinq premiers items se cotent à l'aide d'un choix de cinq réponses possibles avec un score de 1 à 5, allant de « totalement en accord » à « totalement en désaccord ». Les deux derniers items se cotent à l'aide de cinq choix de réponses sur la perception des parents de leur rôle parental. Le questionnaire permet d'obtenir un score total par l'addition de chacun des résultats aux items, pour un total maximum de 40. Plus le score est élevé, plus le sentiment de compétence parentale est élevé. La mère de Jade obtient un score au pré-test de 30 et un score de 33 au post-test, ce qui ne représente pas de changement pour le sentiment de compétence parentale avant et après la participation au programme. Concernant les parents de Zachary, ceux-ci n'ont

pas rempli 3 des 8 questions au questionnaire pré-test, et ils obtiennent un score partiel de 22 sur un maximum de 25 pour leur cinq items remplis. Au post-test, les parents de Zachary obtiennent un score total de 25.

Discussion

Jugement sur la réussite des objectifs

Tableau 18

Résumé des résultats obtenus par l'évaluation des effets

	Jade	Zachary
Volet enfant		
Objectif spécifique 1.1 : Réduire l'intensité des manifestations physiques de l'anxiété	✓	✓
Objectif spécifique 1.2 : Réduire les pensées négatives lorsque l'enfant expérimente une situation anxiogène	✓	
Objectif spécifique 1.3 : Réduire le comportement d'évitement face à une situation anxiogène	✓	
Objectif spécifique 2.1 : Augmenter l'utilisation des méthodes de relaxation (respiration abdominale et contraction musculaire)		
Objectif spécifique 2.2 : Augmenter l'utilisation des pensées aidantes (Petit Plus) (par la remise en question des pensées négatives)		✓
Objectif spécifique 2.3 : Augmenter l'utilisation des étapes de résolution de problème (lorsque des symptômes physiques, cognitifs ou comportementaux sont ressentis).	✓	
Objectif collatéral 1 : Augmenter le sentiment de contrôle de l'enfant lors de situations anxiogènes ciblées	✓	N/D
Volet parent		
Objectif spécifique 3.1 : Augmenter l'utilisation des pratiques parentales les plus adéquates lorsque l'enfant démontre des symptômes anxieux (physiques, cognitifs, comportementaux)		
Objectif collatéral 2 : Augmenter le sentiment de compétence des parents à soutenir leur enfant lorsqu'il/elle expérimente des symptômes anxieux	✓	

Légende :

✓ = réussi N/D = questionnaires manquants

Volet enfant. Le premier objectif général ciblant la diminution des symptômes d'anxiété est atteint par les deux participants au cours du programme *Je m'AJUSTE!*. Effectivement, les scores totaux obtenus par les participants au questionnaire *Spence's Child Anxiety Scale* ont diminué significativement suite à leur participation au programme, et ce, dans les deux versions du questionnaire. Il est tout de même pertinent de noter que, trois mois après le programme, la mère de Jade rapporte une perte des

acquis de sa fille. Pour l'objectif spécifique de réduction des symptômes physiques, les participants l'atteignent avec une réduction mesurée de manière répétée au cours du programme. Concernant le deuxième objectif spécifique, seule Jade présente une réduction des pensées négatives, alors que Zachary présente, au contraire, une augmentation des pensées négatives comme il est démontré par les mesures répétées. Concernant le troisième objectif spécifique de réduction du comportement d'évitement, Jade est la seule à l'atteindre comme il est rapporté dans les mesures répétées. Les mesures pré/post-intervention des deux participants ne montrent toutefois aucun changement.

Le second objectif général, soit l'augmentation des capacités à faire face aux situations anxiogènes telles que perçues par l'enfant, a connu un faible niveau d'atteinte dans ses objectifs spécifiques. Quant au premier objectif spécifique qui vise l'augmentation de l'utilisation des techniques de relaxation, les deux participants ne l'atteignent pas. Il est intéressant de noter par contre que Zachary présente une moyenne élevée de l'utilisation de ces techniques. Pour le deuxième objectif spécifique qui cible l'augmentation de l'utilisation des pensées aidantes, Zachary est le seul participant à l'atteindre. Quant au troisième objectif spécifique, soit l'augmentation de l'utilisation des étapes de résolution de problème, seule Jade atteint cet objectif, et uniquement selon ses mesures auto-rapportées.

L'objectif collatéral du volet enfant visant l'amélioration de la perception de contrôle de l'enfant face à l'anxiété est atteint par Jade de manière pré/post-intervention. Bien que Zachary n'ait pas de données pré-test, il est intéressant de noter que ses résultats au post-test avec la traduction maison de l'*Anxiety Control Questionnaire* se situent sous la moyenne populationnelle.

Volet parent. L'objectif général de ce volet, soit l'amélioration des pratiques parentales afin de soutenir leur enfant lors de situations anxiogènes, n'est pas atteint. Il est important de noter que la pratique parentale mesurée est l'encouragement à l'exposition de l'enfant à son anxiété. De manière informelle, il a été possible de recueillir des données démontrant des changements positifs concernant la famille de Zachary, notamment une diminution des rassurances envers leur fils.

L'objectif collatéral, soit l'augmentation du sentiment de compétence des parents à soutenir leur enfant lorsqu'il expérimente des symptômes anxieux, est atteint par la mère de Jade selon ses mesures répétées. Il est intéressant de constater que, parallèlement à ces résultats, le niveau d'anxiété auto-rapportée de la mère diminue. Dans le cas de Zachary, bien que cet objectif ne soit pas atteint, les parents rapportent qu'ils se sentent plus outillés pour soutenir leur fils, bien qu'ils trouvent difficile de modifier leurs pratiques parentales.

Globalement, le programme *Je m'AJUSTE!* semble avoir eu un impact positif sur les participants. Les deux enfants ont vu leurs symptômes anxieux diminuer et la participation au volet familial semble avoir permis de mieux outiller les parents de Zachary. Il faut souligner ici encore l'importance d'interpréter avec prudence les résultats présentés plus haut, car plusieurs données sont manquantes, ce qui ne permet pas d'arriver à des conclusions fiables. En raison petit nombre de participants, il est également impossible de généraliser les résultats de ce programme à l'ensemble des enfants présentant des symptômes anxieux. De plus, l'utilisation du devis ABA est vulnérable à des sources d'invalidité qu'il n'a pas été possible de contrôler. L'utilisation de questionnaires maison et l'absence d'analyses statistiques empêchent l'établissement d'un lien de causalité fiable entre le programme et les résultats obtenus.

Liens entre les résultats, la mise en œuvre et le contexte théorique

Les résultats obtenus par le programme *Je m'AJUSTE!* sont variables d'un participant à l'autre pour une variété de raisons. Afin d'explorer ces variations, les résultats seront mis en lien avec différentes composantes, dont l'âge des participants, la participation des parents, la dynamique familiale ainsi que le format du programme, le contenu des rencontres et le type de mesure utilisé.

Âge des participants. D'abord, l'âge des participants a pu influencer les résultats. Zachary, âgé de 11 ans, pourrait avoir eu plus de facilité à comprendre les concepts abstraits abordés durant le programme en raison du développement des capacités cognitives lié à la maturité. Effectivement, selon Piaget (Droz et Rahmy, 1997), l'âge de 11 ans est associé au stade des opérations formelles qui permettent, entre autres, d'utiliser des concepts abstraits. Cela expliquerait en partie l'atteinte de l'objectif visant l'augmentation de l'utilisation des pensées aidantes par Zachary, alors que Jade, âgée de 9 ans, ne l'atteint pas. Cette utilisation des pensées aidantes fait référence à un reconditionnement cognitif, qui fait appel à la capacité à comprendre des notions abstraites.

Participation des parents. Les objectifs du volet parent sont principalement influencés par la participation de ceux-ci au volet familial. Cette participation des parents constitue une différence majeure entre les participants, car seule la famille de Zachary a participé au volet familial du programme. La mère de Jade n'a pas choisi de participer à ce volet, invoquant un horaire trop chargé. N'ayant pas été exposé aux notions du programme et bénéficié du support de l'intervenante, elle pourrait avoir eu de la difficulté à soutenir sa fille dans la pratique des notions du programme. Il aurait été plus difficile

d'intégrer les nouvelles pratiques ou comportements dans le quotidien. Malgré le fait que la mère de Jade n'ait pas participé au volet familial, les résultats montrent une augmentation de son sentiment de compétence parentale. En raison de la présence d'une diminution du niveau d'anxiété rapporté par la mère, on peut supposer que la mère de Jade se sent plus compétente dans son rôle de parent lorsqu'elle se sent moins anxieuse. Ces résultats pourraient être expliqués en partie par le soulagement induit par une prise en charge de l'anxiété de sa fille, ce qui influencerait positivement son sentiment de compétence parentale. La mère rapporte d'ailleurs que la participation de sa fille au programme *Je m'AJUSTE!* lui a permis de porter une plus grande attention à la problématique anxieuse de Jade, ce qui a pu augmenter son sentiment de compétence parentale. Des résultats similaires sont présentés par Vasey et Dadds (2001).

La participation des parents au volet familial influence également les résultats des enfants. Effectivement, les rencontres familiales servent de moyen de transfert et de généralisation des acquis pour les enfants. Le fait que la mère de Jade n'ait pas participé à ces rencontres peut expliquer en partie que les résultats de sa fille ne se maintiennent pas après le programme. Cela peut aussi expliquer le fait que Jade ne réussisse par les objectifs spécifiques d'utilisation des techniques de relaxation et des pensées aidantes, car ceux-ci exigent un soutien pour leur pratique et leur maintien en dehors du programme.

Dans le cas de Zachary, la participation au volet familial a pu permettre la sensibilisation des parents aux notions apprises par l'enfant, leur permettant ainsi d'offrir un support plus adapté à Zachary. Ces rencontres étaient également le lieu de personnalisation des acquis au contexte familial, favorisant ainsi le maintien et la généralisation des apprentissages. De plus, la personnalisation des notions présentées a permis d'éclairer les parents sur des attitudes qui encourageaient le maintien de l'anxiété chez leur enfant. Le fait qu'ils aient établi un lien de confiance avec la personne référente, soit l'art thérapeute, a pu leur permettre d'optimiser leur implication durant le programme, contrairement à la mère de Jade qui a été référée au programme par l'accueil du CLSC.

Dynamique familiale et vécu des participants. Il est intéressant de remarquer que dans le cas des deux participants, les parents ont fortement encouragé leur enfant à participer au programme, mentionnant que l'anxiété de leur enfant devenait problématique pour la famille. Cette perception des parents peut expliquer que pour les deux enfants participants, les mesures remplies par les parents, quant à l'intensité des symptômes anxieux, donnent des résultats plus élevés que dans les mesures auto-rapportées par les enfants. Cela correspond aussi au fait que les parents, eux-mêmes anxieux, ont tendance à s'inquiéter beaucoup de l'anxiété de leur enfant (Manassis et Bradley, 1994). Il est possible

que d'autres éléments propres à la dynamique familiale influencent les résultats obtenus par les différents instruments de mesure utilisés. Pour chacun des participants, la dynamique familiale sera donc mise en relation avec les effets du programme.

Jade. Dans le cas de Jade, les mesures répétées montrent une réduction du comportement d'évitement et de l'intensité des symptômes physiques. Cette diminution n'est toutefois pas rapportée par les questionnaires pré/post-intervention associés aux mêmes construits. Il s'agit donc d'une diminution momentanée qui corrobore les propos de la mère à propos d'une perte des acquis de Jade trois mois après le programme. Ces résultats pourraient être expliqués, entre autres, par le fait que la mère n'a pas été exposée aux interventions du volet familial. Ainsi, les pratiques parentales n'ont pas été modifiées, conservant une dynamique familiale favorisant le comportement de l'évitement. Comme ce comportement contribue au cycle de maintien ou d'aggravation de l'anxiété, cela peut expliquer que les acquis de Jade ne se soient pas maintenus.

Le contexte plutôt dyadique du programme *Je m'AJUSTE!* peut également avoir contribué aux résultats positifs de Jade concernant, entre autres, la réduction du niveau d'anxiété, des pensées négatives et l'augmentation du sentiment de contrôle ainsi que l'utilisation des étapes de résolution de problème. Le programme a fourni à Jade et à sa mère un lieu d'écoute quant à leurs préoccupations, mais également une attention sur la situation de Jade qui a pu répondre à un besoin de proximité et d'attention. Il faut toutefois être prudent dans ces hypothèses, en raison du manque d'information concernant le fonctionnement de cette famille.

Il est intéressant de constater que, malgré la faible utilisation des techniques de relaxation et des pensées aidantes par Jade, son sentiment de contrôle sur l'anxiété a augmenté selon les mesures pré/post-intervention. Ce sentiment de contrôle peut avoir été augmenté par l'accumulation de connaissances sur l'anxiété, ainsi que par l'apprentissage de différents moyens de gestion de l'anxiété. Il est possible que Jade ait un sentiment de contrôle sur son anxiété, mais qu'elle ne voit pas le besoin d'utiliser de moyens dans l'immédiat. Cela contribuerait à l'hypothèse que ses symptômes anxieux lui permettent d'avoir réponse à ses besoins de proximité et d'attention, ce qui ne l'encourage pas à s'exposer à son anxiété dans le but de la diminuer.

Zachary. Dans le cas de Zachary, les rencontres familiales ont permis de recueillir de l'information sur son fonctionnement et celui de sa famille, ce qui éclaire certains résultats. D'abord, les résultats de Zachary montrent une augmentation des pensées négatives. Cela peut être expliqué par la période d'examen dans laquelle se trouvait Zachary à la fin du programme, ce qui a influencé son niveau d'anxiété. Durant les rencontres pré-intervention, il présentait déjà une préoccupation concernant ses

résultats scolaires, accentuée peut être par l'arrivée des examens. De plus, Zachary a tendance à ruminer et à s'inquiéter rapidement, ce qui peut expliquer l'augmentation des pensées négatives dans la situation anxiogène que constitue la période d'examens.

Les résultats de Zachary montrent une augmentation de l'utilisation des pensées aidantes, ce qui représente un gain pertinent en raison des symptômes cognitifs présents chez lui. Toutefois, les pensées négatives ont augmenté malgré ce résultat, ce qui pourrait découler d'une difficulté de la part de Zachary à appliquer le questionnement de pensées négatives à une autre source d'anxiété que celle ciblée lors des rencontres pré-intervention, soit les maladies. De plus, cela correspond aux difficultés que les parents disaient éprouvés à arrêter de rassurer leur fils lorsqu'il ressent de l'anxiété. Les résultats à la traduction du questionnaire ACQ montrent un sentiment de contrôle significativement faible sur les événements externes. Cela peut expliquer l'augmentation des symptômes cognitifs lorsqu'il est confronté à un événement externe stressant, comme les examens.

Il est aussi important de noter que, bien que les résultats de Zachary ne montrent pas d'augmentation de l'utilisation des techniques de relaxation, il les utilisait fréquemment. Cela peut expliquer que l'objectif associé à ce construit n'ait pas été atteint par Zachary, sans que ce résultat soit inquiétant. Au cours du programme, Zachary présente un score moyen assez élevé dans les mesures répétées du sentiment de contrôle sur l'anxiété. Une explication possible peut être une bonne utilisation de la relaxation pour réduire son anxiété, ainsi que par l'utilisation des connaissances qu'il a déjà sur l'anxiété, à cause de son suivi en art thérapie précédant sa participation au programme.

Format du programme, contenu des rencontres et mesures utilisées. L'âge des enfants participants au programme *Je m'AJUSTE!* requiert un investissement de la part des parents, notamment pour le transport jusqu'au lieu de rencontre. Les parents jouent aussi un rôle influant sur le recrutement au programme. Effectivement, des parents ayant de la difficulté à exposer leur enfant aux situations stressantes auront plus de difficultés à l'encourager à participer au programme, surtout si l'enfant présente des résistances liées à l'anxiété. Les parents peuvent également vivre des insécurités ou de l'anxiété qui peuvent influencer la participation de la famille au programme. Ces réticences peuvent expliquer le petit nombre de participants au programme *Je m'AJUSTE!*, ce qui a entraîné une réduction des possibilités d'exposition, d'apprentissage et de renforcement par les pairs. Il est possible de croire que le contexte de recrutement, se déroulant sur une courte période de temps, ne permettait pas d'établir une relation suffisamment significative pour soutenir l'enfant et sa famille dans leurs réticences ou leurs

inquiétudes face au programme. En raison du petit nombre de participants, l'animation prévue d'un groupe est devenue une intervention s'apparentant au contexte dyadique.

Le fait que les explications théoriques étaient suivies de mises en pratique a permis de soutenir de manière concrète les enfants dans leur appropriation des notions. Mettre les notions en pratique permet une répétition du contenu théorique, ainsi qu'une manière plus interactive d'expérimenter le contenu. Cela a pu les aider à atteindre les objectifs de diminution des symptômes anxieux. Toutefois, une seule séance était accordée à chacune des notions, ce qui a pu rendre difficile l'atteinte des objectifs visant l'acquisition de moyens de gestion de l'anxiété (relaxation, pensées aidantes, résolution de problème). En fait, le temps accordé était peut-être insuffisant pour que les enfants comprennent et s'approprient les moyens présentés. Le petit nombre de rencontres familiales peut expliquer en partie le peu de changements obtenus concernant les objectifs du volet parent, car l'instauration d'un changement demande davantage de temps. En raison de l'influence des attitudes parentales sur les enfants, le peu de temps d'intervention attribué à la dynamique familiale et aux pratiques parentales a pu affecter le maintien des acquis des enfants.

Le contexte de cueillette de données peut également expliquer certains résultats. Comme mentionné plus haut, l'utilisation des techniques de relaxation auto-rapportée par Jade est plus grande que le montrent les résultats rapportés par sa mère. Les mesures de Jade étaient remplies en présence de l'intervenante, il est donc possible qu'elle ait été influencée par le phénomène de désirabilité sociale. Jade a pu vouloir plaire à l'intervenante en exagérant son utilisation réelle de la relaxation. Il est important de tenir compte du fait que ce phénomène a pu influencer l'ensemble des mesures remplies en présence de l'intervenante.

Avantages et limites de l'intervention

Les résultats obtenus par le programme *Je m'AJUSTE!* montrent qu'il contient des pistes d'intervention pertinentes. Maintenant que les résultats ont été analysés, il est important de faire un bilan du programme afin d'en faire un portrait pour une application future. La présente section discute des avantages et des limites du programme ainsi que des recommandations pour une application future.

Avantages. Tout d'abord, l'intégration d'un volet familial au programme constitue l'un des avantages de l'intervention. Ce volet offre un moyen de généralisation pour l'enfant, mais aussi un moyen pour outiller les parents et les aider à développer des pratiques parentales plus adéquates pour soutenir leur enfant. Le volet familial permet de personnaliser les interventions au contexte familial et fournit un espace de discussion sur les difficultés que les parents peuvent vivre en lien avec leur rôle parental ou

encore avec leur propre anxiété. Un autre avantage du programme *Je m'AJUSTE!* est la présence d'objectifs ciblant les parents. Cela les positionne non seulement comme un moyen de généralisation, mais également comme des participants du programme, ce qui encourage l'intervenant à porter attention au vécu des parents au cours des interventions. Le rôle de co-animateur attribué à l'enfant lors des rencontres familiales constitue un autre avantage, car l'enfant peut alors s'approprier ses apprentissages et expérimenter un contrôle sur sa problématique. De plus, cela offre des occasions aux parents de renforcer leur enfant quant à ses apprentissages.

Concernant les rencontres de groupe, le langage utilisé est accessible aux enfants et permet de présenter un contenu théorique de manière adaptée. Différents moyens utilisés dans le programme *Je m'AJUSTE!* permettent aux enfants de s'approprier des concepts abstraits, ce qui constitue un avantage du programme. Par exemple, les notions de pensées aidantes ou négatives sont difficiles à assimiler pour des enfants et les personnages utilisés dans le programme les rendent plus concrets (personnages empruntés à *Incroyable Moi gère son anxiété*). De plus, le matériel utilisé durant les rencontres de groupe est polyvalent, et le cahier d'exercices qui sert de guide d'animation permet au programme de pouvoir se répliquer facilement et dans différents contextes d'intervention, par exemple le contexte scolaire.

Un autre avantage du programme est la personnalisation des objectifs aux participants. Cela rend les cibles d'intervention plus précises et permet d'aborder les notions de manière individualisée. De cette façon, les priorités de l'enfant et de sa famille sont prises en considération dans la formulation des objectifs, ce qui favorise l'implication des participants.

Lors de l'évaluation du programme *Je m'AJUSTE!*, la manière dont les mesures ont été récoltées présente aussi des avantages. Ainsi, pour plusieurs des construits, les mesures recueillaient les données telles que perçues par l'enfant, ainsi que par son parent. Les perceptions des enfants et des parents sur l'atteinte des différents objectifs peuvent ainsi être comparées, ce qui donne des informations pertinentes dans l'analyse des résultats.

Limites et recommandations. Lors de l'implantation du programme *Je m'AJUSTE!*, des limites ont été relevées et permettent de formuler quelques recommandations qui seront présentées dans la présente section. D'abord, le recrutement difficile des participants et le petit nombre d'inscrits pourraient mettre en lumière une des principales limites du programme. Comme il est mentionné dans le contexte théorique, la problématique de l'anxiété est souvent présente dans la famille immédiate de l'enfant anxieux. Cette anxiété a pu affecter le recrutement puisque la participation au programme peut représenter une situation stressante autant pour l'enfant que pour son parent. Il est possible que les trois

rencontres pré-intervention prévues soient insuffisantes pour créer un lien sécurisant avec les participants, en plus de soutenir les parents à aider leur enfant à surmonter l'évitement. Par exemple, un des enfants recrutés ne souhaitait plus venir aux rencontres pré-intervention, car cela le rendait anxieux de se préparer à participer au groupe. Comme la mère ne parvenait pas à contrecarrer l'évitement de son fils, sa participation a été annulée. D'autres familles avaient aussi été contactées, mais uniquement par téléphone, ce qui n'a pas permis de créer un lien de confiance.

Une des principales recommandations suite à la constatation de cette limite du programme *Je m'AJUSTE!* est de bonifier le volet familial en le prolongeant avant et après la participation au groupe. Il serait donc pertinent d'ajouter une série d'interventions familiales avant le programme qui viseraient le travail sur l'anxiété avec une intervention familiale. Suite à l'animation du groupe, une autre série de rencontres familiales seraient pertinentes pour reprendre les acquis faits avec le groupe et les appliquer au quotidien de la famille. Une autre recommandation pertinente serait d'utiliser deux intervenantes différentes pour le volet de groupe et les rencontres familiales, non seulement pour diviser la charge de travail, mais aussi pour pouvoir bénéficier de co-interventions dans les rencontres familiales lorsque c'est nécessaire.

Une autre limite du programme est liée au volet familial. Ce volet a été présenté comme optionnel aux participants, alors qu'il s'agit finalement d'un élément crucial pour atteindre les objectifs du programme. Ainsi, non-seulement il gagnerait à être bonifié comme mentionné plus haut, mais il doit faire partie intégrante du programme afin de ne pas en diminuer l'importance auprès des familles participantes.

Suite à l'implantation du programme, il a été observé que la courte durée de l'intervention est également une limite de *Je m'AJUSTE!*. Les rencontres de groupe et les rencontres familiales totalisent dix rencontres et une intervention trop courte ne permet pas de développer ou de modifier des comportements, encore moins d'assurer un maintien des acquis. L'anxiété est une problématique complexe, qui revêt de nombreux aspects, pour lesquels il faut des interventions répétées pour parvenir à des changements bénéfiques, mais aussi un travail continu pour les maintenir. Avec la recommandation de prolonger le programme d'intervention *Je m'AJUSTE!*, il serait possible d'animer une seule rencontre par semaine, en offrant une « pause » du groupe lors des semaines allouées aux rencontres familiales, ce qui accommoderait mieux l'horaire des familles.

Une autre limite du programme *Je m'AJUSTE!* est le manque de moments d'exposition offerts aux enfants. La présentation finale devant les parents était le principal défi pour les participants, mais il est possible que ce défi ait été trop déséquilibrant pour certains. Si le programme était animé de nouveau

et prolongé selon la recommandation, il serait intéressant de le bonifier par des activités mettant les enfants dans des situations suscitant une légère anxiété afin de les exposer plus fréquemment et plus graduellement.

Finalement, la qualité des mesures remplies pour l'évaluation du programme ainsi que le devis utilisé ne permettent pas de tirer des conclusions fiables sur les effets du programme *Je m'AJUSTE!*. Les questionnaires maison n'ont pas fait l'objet d'une validation, tout comme les traductions maison des instruments validés dans leur version anglophone.

Conclusion

En conclusion, l'implantation du programme *Je m'AJUSTE!* auprès des participants recrutés s'est révélée être une expérience positive. Les données recueillies lors de l'évaluation de la mise en œuvre permettent de constater une bonne conformité des séances de groupe. La participation des enfants ainsi que leur niveau d'exposition au programme sont aussi satisfaisants. Le volet familial a toutefois connu des modifications importantes, considérant qu'une seule famille y a participé et que celle-ci n'a complété que deux des trois rencontres. Malgré ces variances dans la conformité du programme, plusieurs ajustements ont été appliqués afin de réduire l'impact sur la qualité des notions et des interventions du programme. L'évaluation des effets permet de constater un impact positif du programme sur les objectifs du volet enfant, et le programme *Je m'AJUSTE!* se montre efficace pour réduire les symptômes anxieux des enfants et pour augmenter leur sentiment de contrôle en situation anxiogène. Par contre, aucun effet n'a été rapporté pour les objectifs ciblant les parents. Les effets du programme quant à l'augmentation des capacités des enfants à faire face aux situations anxiogènes et la diminution des pensées négatives de l'enfant sont variables d'un participant à l'autre. Plusieurs caractéristiques propres au programme, aux participants ou à l'environnement sont explorées afin d'expliquer les différents résultats.

L'implantation du programme d'intervention *Je m'AJUSTE!* permet de constater l'importance de l'implication des parents dans l'intervention auprès des enfants et met aussi en lumière l'importance de la personnalisation du contenu à la réalité des participants. L'évaluation donne lieu à des réflexions intéressantes pour une prochaine implantation du programme, afin de faciliter le recrutement des participants et favoriser une intervention plus efficace dans le milieu familial des enfants. En tenant compte des différentes recommandations qui découlent de ce rapport, le programme d'intervention *Je m'AJUSTE!* peut être implanté à nouveau auprès d'un groupe d'enfants vivant des symptômes anxieux. Effectivement, le programme comporte plusieurs modalités d'intervention intéressantes, dont des moyens de mise en relation (vignettes, jeux de rôle, cahier d'exercices) qui favorisent la participation des enfants et augmentent d'autant la portée du programme.

Références

- AACAP. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46 (2), 267-283.
- Amir, N., Beard, C., Burns, M. et Bomyea, J. (2009), Attention modification program in individuals with generalized anxiety disorder, *Journal of Abnormal Psychology*, 118 (1), 28-33.
- Appleton, P. (2008). *Children's anxiety: a contextual approach*. Hove, East Sussex: Taylor & Francis Inc.
- Bandura, A., Reese, L. et E. Adams, N. (1982). Microanalysis of action and fear arousal as a function of differential levels of perceived self-efficacy, *Journal of Personality and Social Psychology*, 43 (1), 5-21. Doi : 0022-3514/82/431-0005300.75
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., et Rappe, R. M. (1996). Family Treatment on Childhood Anxiety: A Controlled Trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64, p.333-342
- Baron, C. (2001). *Les troubles anxieux expliqués aux parents*. Montréal, Québec : Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.
- Beidel D.C. et Alfano, C.A. (2011). *Child anxiety disorders: a guide to research and treatment* (2e éd.). New-York, New-York: Taylor et Francis Group.
- Berman, S., F. Weems, C., K. Silverman, W. et M. Kurtines, W. (2000). Predictors of outcome in exposure-based cognitive and behavioral treatments for phobic and anxiety disorders in children, *Association for Advancement of Behavior Therapy*, 31, 713-731
- Chorpita, B. F., Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124 (1), 3-21.
- Couture, N. et Marcotte, G. (2011), *Incroyable Moi maîtrise son anxiété : guide d'entraînement à la gestion de l'anxiété*. Québec, Québec: édition Midi Trente.
- Dumas, J. E. (2007). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. (3^e éd.). Bruxelles, Belgique : De Boeck Université
- Droz, R. et Rahmy, M. (1997). Lire Piaget (7^e éd.). Bruxelles, Belgique : Mardaga.
- Essau, C. A. et Peterman, F.. (2001), *Anxiety disorders in children and adolescents (epidemiology, risk factors and treatment)*. Hove, East Sussex: Taylor & Francis Inc.
- Eysenck, M. W., Derakshan, N., Santos, R. et G. Galvo, M. (2007), Anxiety and cognitive performance : Attentional Control Theory, *American Psychological Association*, 7(2), 336-353.
- Flannery-Schroeder, E. C., Kendall, P. C. (2000). Groupe and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders : A randomized clinical trial, *Cognitive Therapy and Research*, 24 (3), 251-278.
- Gagnon, C. et Vitaro, F. (2003). *Préventions des problèmes d'adaptation chez les enfants et les Adolescents : tome 1 les problèmes internalisés*. Sainte-Foy, Québec : presse de l'Université du Québec.
- Habimana, L. E., Éthier, J. Petot et Tousignant, M. (1999). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : Approche intégrative*. Boucherville, Québec : Gaëtan Morin. (Recueil de textes de Diane Rousseau)
- Huberty, T.J. (2012). *Anxiety and depression in children and adolescent : assessment, intervention, and*

- prevention*. Bloomington, Indiana : Springer.
- Hudson et al. (2013). The Impact of Brief Parental Anxiety Management on Child Anxiety Treatment Outcomes : A Controlled Trial, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43 (3), 370-380.
- Kendall, P.C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S.M., Southam-Gerow, M., Henin, A. et Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: a second randomized clinical trial, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (3), 366-380
- Kendall, P. C., L. Hudson, J., Gosch, E. et Flannery-Schroeder, E. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth : a randomized clinical trial evaluating child and family modalities, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (2), 282-297.
- Kendall, P. C. et Verduin, T. L. (2008). Peer perceptions and liking of children with anxiety disorders, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 459-469.
- Lindsay, J. et Turcotte, D. (2008). L'intervention sociale auprès des groupes. (2^e éd.). Montréal, Québec :Chenelière éducation,
- Lupien, S.J., Ouellet-Morin, I., Trépanier, L., Juster, R.P., Marin, M.F., François, N., Sindi, S., Wan, N., Findlay, H., Durand, N., Cooper, L., Schramek, T., Andrews, J., Corbo, V., Debovic, K., Lai, B. et Plusquellec, P. (2013). The distress for success program: effects of a stress education program on cortisol levels and depressive symptomatology in adolescents making the transition to high school, *Neuroscience*, 249, 74-87.
- Manassis, K. et Bradley, S.J. (1994). The development of childhood anxiety disorders: toward an integrated model, *Journal of applied developmental psychology*, 15, 345-366.
- Manassis, K., Mendlowitz, S. L., Scapillato, D., Avery, D., Fiksenbaum, L., Freire, M., Monga, S. et Owens M. (2002). Group and individual cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders : A randomized trial, *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 41 (12), 1423-1430.
- Mellon, R. C. et Moutavelis, A. G.. (2011). Parental educational practices in relation to children's anxiety disorder-related behavior, *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 829-834.
- Mercier, P. et Gagnon, M. (2005). Les protocoles de recherche pré-quasi et expérimentaux: ce qui différencie chercheurs et chercheurs. Dans S. Bouchard et C. Cyr (dir.), *Recherche psychosociale: pour harmoniser recherche et pratique* (p. 77-133). Sainte-Foy, Québec :Presse de l'université du Québec.
- Misfud, C. et Rapee, R.M. (2005). Early Intervention for Childhood Anxiety in a School Setting: Outcomes for an Economically Disadvantaged Population, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44 (10), 996- 1004.
- Morris, T.L. et March, J.S. (2004). *Anxiety disorders in children and adolescent* (2e éd.). New-York, New-York: The Guildford Press.
- Muris, P., M. L. van Brakel, A., Arntz, A., Schouten, e. (2010). Behavioral inhibition as a risk factor for the development of childhood anxiety disorders : a longitudinal study, *Journal of Child Family Study*, 20 (2), 157-170
- Muris, P., et Meesters, C. (2002). Attachment, behavioral inhibition, and anxiety disorders symptoms in normal adolescents, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24 (2), 97-106.
- Nauta, M.H., Scholing, A., Rapee, R.M., Abbott, M., Spence, S.H. et Waters, A. (2004). A parent-report

- measure of children's anxiety: psychometric properties and comparison with child-report in a clinic and normal sample, *Behaviour and Research Therapy*, 42, 813-839.
- Nolte, T., Guiney, J., Fonagy, P., C. Mayes, L. et Luyten, P. (2011). Interpersonal stress regulation and the development of anxiety disorders : an attachment-based developmental framework, *Frontiers in behavioral neuroscience*, 5 (55), 1-21.
- Pirbaglou, M., Cribbie, R., Irvine, J., Radhu, N., Vora, K. et Ritvo, Paul. (2013). Perfectionism, anxiety, and depressive distress : evidence for the mediating role of negative automatic thoughts and anxiety sensitivity, *Journal of American College Health*, 61 (8), 477-483.
- Rapee, R.M., Craske, M.G., Brown, T.A. et Barlow, D.H. (1996). Measurement of perceived control over anxiety-related events, *Behavior Therapy*, 27, 279-293.
- Rapee, R.M. (2000). Group Treatment of Children with Anxiety Disorders: Outcome and Predictors of Treatment Response, *Australian Journal of Psychology*, 52 (3), 125-129.
- Reid, L. (2005). Les sources d'invalidité et de biais. Dans S. Bouchard et C. Cyr (dir.), *Recherche psychosociale: pour harmoniser recherche et pratique* (p. 19-76). Sainte-Foy, Québec : Presse de l'université du Québec.
- Renou, M. (2005). *Psychoéducation: une conception une méthode*. Montréal, Québec: Béliveau.
- Schniering, C.A. et Rapee, R.M. (2002). Development and validation of a measure of children's automatic thoughts: the children's automatic thoughts scale, *Behavior Research and Therapy*, 40, 1091-1109.
- 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 & Adolescent Psychology*, 30 (4), 525-535.
- Spence, S.H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children, *Behaviour Research and Therapy*, 36, 545-566.
- Strelau, J. et Zawadzki, B. (2011). *Fearfulness and anxiety in research on temperament: Temperamental traits are related to anxiety disorders*, *Personality and individual differences*, 50, p.907-915.
- Manassis, K. (2011). Child-parent relations: attachment and anxiety disorders. Dans W.K. Silverman et A.P. Field (dir.), *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. (pp. 280-298) New-York, New-York: Cambridge University Press.
- Silverman, W. K., Kurtines, W. M., Ginsburg, G. S., Weems, C. F., Lumpkin, P. W. et 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 (6), p. 995-1003.
- Turgeon, L. et Brousseau, L. (2000). Prévention des problèmes d'anxiété chez les jeunes. Dans f. Vitaro et C. Gagnon (dir), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et adolescents, Tome 1: les problèmes internalisés* (pp. 189-220). Montréal, Qc : Presse de l'Université du Québec.
- Turgeon, L. et Parent, S. (2012). *Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et des adolescents : tome 1 troubles intériorisés*. Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Vasey, M.W., Dadds, M.R. (2001). *The developmental psychopathology of anxiety*. New York, New-York: Oxford University Press.
- Weems, C.F., Silverman, W.K., Rapee, R.M. et Pina, A.A. (2003). The role of control in childhood anxiety disorders, *Cognitive Therapy and Research*, 27 (5), 557-568.
- Weems, C.F., Silverman, W.K. (2006). An Integrative Model of Control: Implications for Understanding Emotion Regulation and Dysregulation in Childhood Anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 91,

113-124.

Zebb, B.J. et Moore M.C. (1999). Another look at the psychometric properties of the Anxiety Control Questionnaire, *Behavior Research and Therapy*, 37, 1091-1103.

Annexe II
Grille de présence aux séances de groupe

Noms des animatrices : _____

Dates :	Familiale pré-intervention			Séances de groupe							Familiale post-intervention	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												

✓ = Présent

A = Absent

M = Absence motivée AR = Absence reprise AB = Abandon

Commentaires :

Annexe III
Grille de présence aux séances familiales

Noms des animatrices : _____

Dates :			
Participants	1	2	3
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

✓ = Présent

A = Absent

M = Absence motivée

AR = Absence reprise

AB = Abandon

Commentaires :

Annexe IV
Grille d'évaluation de participation des sujets

Nom de l'observateur : _____

Rencontre # : _____

Nom de l'animatrice : _____

Date : _____

Comportements de participations aux séances de groupe														
Noms	Prend la parole lors des discussions de groupe				Pose une question				Exercices faits	Pratique acquis à la maison	Participe à la mise en pratique			
	1	2	3	4	1	2	3	4			1	2	3	4
1.									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2.									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3.									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4.									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5.									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6.									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Légende de cotation : 1= Non 2= Peu 3= Parfois 4= Très Souvent

Commentaires :

Annexe V
Questionnaires de différenciation du programme

Autres interventions reçues (pré intervention)

Nom de l'enfant : _____ Date : _____

Veillez encerclez votre réponse

1- Mon enfant a-t-il déjà reçu des services concernant des problèmes d'anxiété ?

Oui Non

1a- Si oui, durant quelle période ont-ils eu lieu ?

2- Mon enfant reçoit-il des services actuellement pour l'aider dans son anxiété ?

Oui Non

2a- Si oui, de quel type de service s'agit-il ?

3- Mon enfant reçoit-il une médication pour ses symptômes anxieux ?

Oui Non

3a- Si oui, depuis quand utilise-t-il cette médication ?

Autres interventions reçues (post intervention)

Nom de l'enfant : _____ Date : _____

Veillez encerclez votre réponse

1- Durant la participation au programme *Je m'AJUSTE !*, mon enfant a-t-il débuté un suivi concernant ses symptômes anxieux ?

Oui Non

2- Si mon enfant recevait déjà des services avant sa participation au programme *Je m'AJUSTE*, ceux-ci ont-ils continués durant sa participation ?

Oui Non

3- Mon enfant a-t-il débuté la prise d'une médication pour ses symptômes anxieux durant sa participation au programme *Je m'AJUSTE !* ?

Oui Non

4- Durant sa participation au programme *Je m'AJUSTE !*, mon enfant peut-il avoir vécu des événements ou situations stressants ?

Oui Non

Annexe VI

Échelle d'anxiété de Spence pour les enfants

Ton nom : Date : _____

Pour chacune des phrases suivantes, encercle la réponse qui te ressemble le plus. Veille à répondre à tous les items s'il-te-plait. Merci !

1. Je m'inquiète	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
2. J'ai peur du noir	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
3. Lorsque j'ai un problème, j'ai une drôle de sensation dans mon estomac	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
4. J'ai peur	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
5. J'aurais peur de me retrouver seul à la maison	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
6. J'ai peur lorsque je vais faire un test	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
7. J'ai peur si je dois utiliser les salles de bain publiques	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
8. Je m'inquiète d'être éloigné(e) de mes parents	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
9. J'ai peur d'avoir l'air stupide devant les autres	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
10. Je m'inquiète d'être mauvais dans mes travaux d'école	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
11. Je suis populaire auprès des enfants de mon âge	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
12. Je m'inquiète que quelque chose de mal arrive à quelqu'un de ma famille	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
13. Je sens soudainement que je ne peux plus respirer, mais sans raison	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
14. Je dois vérifier que j'ai bien fait les choses (fermer la lumière, barrer la porte)	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
15. J'ai peur si je dois dormir par moi-même	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
16. J'ai de la difficulté à aller à l'école le matin, parce que j'ai peur ou que je me sens nerveux/se	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
17. Je suis bon/bonne dans les sports	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
18. J'ai peur des chiens	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
19. On dirait que je ne peux pas arrêter de penser aux idées négatives ou bizarres qui sont dans ma tête	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
20. Mon cœur bat très vite lorsque j'ai un problème	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
21. Je me mets soudainement à trembler sans raison	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
22. Je m'inquiète que quelque chose de mal puisse m'arriver	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours

23. J'ai peur d'aller chez le docteur ou chez le dentiste	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
24. Lorsque j'ai un problème, je me sens nerveux	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
25. J'ai peur de me retrouver dans les hauteurs ou d'être élevé(e)	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
26. Je suis une bonne personne	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
27. Je dois avoir des pensées spéciales pour empêcher les mauvaises choses d'arriver (comme penser aux chiffres ou à des mots)	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
28. J'ai peur si je dois voyager en voiture, en autobus ou en train/métro	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
29. Je m'inquiète de ce que les autres pensent de moi	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
30. J'ai peur de me retrouver dans des endroits où il y a beaucoup de gens (centre commerciaux, cinéma, autobus)	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
31. Je me sens heureux(se)	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
32. Il m'arrive de me sentir soudainement effrayé(e), mais sans raison	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
33. J'ai peur des insectes ou des araignées	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
34. Il m'arrive de me sentir soudainement étourdi(e) ou de m'évanouir sans raison	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
35. J'ai peur si je dois parler en avant de la classe	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
36. Soudainement, mon cœur se met à battre très vite sans raison	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
37. Je m'inquiète de ressentir soudainement un sentiment de peur, alors qu'il n'y a pas de raison d'avoir peur	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
38. Je m'apprécie	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
39. J'ai peur d'être dans des petits espaces fermés, comme des tunnels ou des petites salles	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
40. Je dois répéter certaines choses encore et encore (par exemple laver mes mains, ranger les objets)	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
41. Je suis dérangé(e) par des pensées bizarres ou désagréables dans ma tête	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
42. Je dois faire les choses d'une certaine manière pour empêcher que de mauvaises choses n'arrivent	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
43. Je suis fier(e) de mon travail à l'école	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
44. J'aurais peur s'il fallait que je passe la nuit ailleurs que chez moi	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours

45. Y a-t-il autre chose qui te fait peur ?	Oui		Non	
Écris tes autres peurs et indique à quel point il t'arrive d'en avoir peur :				
_____	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
_____	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
_____	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
_____	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours

Annexe VII

Échelle d'anxiété de Spence (version parent)

Votre nom :

Date : ____ / ____ / ____

Le nom de votre enfant :

Pour chacune des phrases suivantes, veuillez encercler la réponse qui décrit le plus fidèlement votre enfant. Veuillez s'il-vous-plait répondre à tous les items. Merci !

1. Mon enfant s'inquiète	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
2. Mon enfant a peur du noir	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
3. Lorsque mon enfant a un problème, il/elle se plaint d'avoir une drôle de sensation dans le ventre	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
4. Mon enfant se plaint d'avoir peur	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
5. Mon enfant aurait peur d'être seul(e) dans la maison	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
6. Mon enfant a peur lorsqu'il/elle va passer un examen	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
7. Mon enfant a peur lorsqu'il/elle doit utiliser les toilettes publiques	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
8. Mon enfant s'inquiète d'être éloigné de nous/moi	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
9. Mon enfant s'inquiète qu'il/elle aura l'air stupide devant d'autres personnes	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
10. Mon enfant s'inquiète qu'il/elle sera mauvais à l'école	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
11. Mon enfant s'inquiète que quelque chose de terrible puisse arriver à un membre de la famille	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
12. Mon enfant se plaint de soudainement sentir qu'il/elle ne peut plus respirer sans raison	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
13. Mon enfant doit constamment vérifier qu'il/elle a fait les choses correctement (fermer la lumière, barrer la porte, etc)	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
14. Mon enfant a peur s'il/elle doit s'endormir seul	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
15. Mon enfant a de la difficulté à aller à l'école le matin parce qu'il/elle se sent nerveux (se) ou a peur	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
16. Mon enfant a peur des chiens	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours

17. Mon enfant semble ne pas pouvoir arrêter d'avoir des pensées inquiétantes ou négatives	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
18. Lorsque mon enfant a un problème, il/elle se plaint que son cœur bat très vite	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
19. Mon enfant commence soudainement à trembler lorsqu'il n'y a pas de raison pour cela	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
20. Mon enfant s'inquiète que quelque chose de mal puisse lui arriver	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
21. Mon enfant a peur d'aller chez le médecin ou le dentiste	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
22. Lorsque mon enfant a un problème, il/elle se sent fébrile	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
23. Mon enfant a peur des hauteurs	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
24. Mon enfant doit avoir des pensées spéciales (chiffres, mots) pour empêcher qu'il n'arrive des malheurs	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
25. Mon enfant se sent effrayé(e) s'il/elle doit voyager dans une voiture, dans un autobus ou dans un train / métro	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
26. Mon enfant s'inquiète de ce que les autres personnes pensent de lui/elle	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
27. Mon enfant a peur de se retrouver dans des endroits où il y a beaucoup de gens (cinéma, magasins, terrain de jeux)	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
28. Tout d'un coup, mon enfant se sent vraiment effrayé(e) sans raison	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
29. Mon enfant a peur des araignées ou des insectes	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
30. Mon enfant se plaint de soudainement se sentir étourdi(e) ou il/elle s'évanouit sans raison	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
31. Mon enfant a peur lorsqu'il/elle doit parler en avant de la classe	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
32. Mon enfant se plaint que son cœur se met soudainement à battre trop vite sans raison	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
33. Mon enfant s'inquiète qu'il/elle aura soudainement le sentiment de peur sans qu'il y ait quelque chose à craindre	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
34. Mon enfant a peur des petits espaces clos, comme les tunnels ou les petites pièces	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
35. Mon enfant doit répéter les mêmes gestes encore et encore (comme laver ses mains, laver les choses ou les ranger dans un certain ordre)	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
36. Mon enfant est dérangé(e) par des pensées ou des images bizarres ou négatives	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours

37. Mon enfant doit faire les choses d'une certaine manière pour empêcher que des malheurs arrivent	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
38. Mon enfant se sentirait effrayé(e) si il/elle devait passer la nuit à l'extérieur de la maison	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
39. Y a-t-il autre chose dont votre enfant a peur ?	Oui		Non	
Écrivez ses autres peurs et indiquez la fréquence à laquelle elles surviennent:				
_____	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
_____	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
_____	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
_____	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours

Annexe VIII
Questionnaire maison version enfant

1- Cette semaine, jusqu'à quel point j'ai été préoccupé par :

	Jamais	Un peu	Souvent	Très souvent
Les problèmes en lien avec l'école (devoirs, travaux, enseignants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les problèmes en lien avec les autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les problèmes en lien avec les membres de ma famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres problèmes (écrit le) : _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2- Cette semaine, lorsque je me suis senti(e) anxieux/se, à quel point ais-je utilisé une des techniques de relaxation ?

0	1	2	3
Jamais	Parfois	La plupart du temps	Tout le temps

3- Cette semaine, jusqu'à quel point j'ai eu des pensées négatives lorsque j'ai ressenti de l'anxiété ?

0	1	2	3
Jamais	Parfois	La plupart du temps	Tout le temps

4- Cette semaine, jusqu'à quel point j'ai tenté d'éviter ce qui me préoccupe ?

0	1	2	3
Jamais	Parfois	La plupart du temps	Tout le temps

5- Cette semaine, jusqu'à quel point ais-je eu une attitude positive envers moi-même ?

0	1	2	3
Jamais	Parfois	La plupart du temps	Tout le temps

7- Cette semaine, jusqu'à quel point j'ai eu l'impression de perdre le contrôle lorsque j'ai ressenti de l'anxiété ?

0	1	2	3
Jamais	Parfois	La plupart du temps	Tout le temps

8- Cette semaine, jusqu'à quel point j'ai utilisé les étapes de résolution de problème lorsque j'ai été confronté(e) à une situation stressante ?

0	1	2	3
Jamais	Parfois	La plupart du temps	Tout le temps

Annexe IX
Questionnaire maison version parent

1- Cette semaine, jusqu'à quel point mon enfant a semblé préoccupé par :

	Jamais	Un peu	Souvent	Très souvent
Les problèmes en lien avec l'école (devoirs, travaux, enseignants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les problèmes en lien avec les autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les problèmes en lien avec les membres de ma famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres problèmes (écrit le) : _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2- Cette semaine, jusqu'à quel point mon enfant a utilisé une technique de relaxation lorsqu'il/elle était anxieux (se) ?

0	1	2	3
Jamais	Parfois	La plupart du temps	Tout le temps

3- Cette semaine, jusqu'à quel point mon enfant a tenté d'éviter ce qui le /la préoccupe ?

0	1	2	3
Jamais	Parfois	La plupart du temps	Tout le temps

4- Cette semaine, jusqu'à quel point j'ai encouragé mon enfant à s'exposer à son anxiété ?

0	1	2	3
Jamais	Parfois	La plupart du temps	Tout le temps

5- Cette semaine, jusqu'à quel point j'ai eu l'impression de pouvoir aidé mon enfant lorsqu'il/elle était anxieux (se) ?

0	1	2	3
Jamais	Parfois	La plupart du temps	Tout le temps

6- Cette semaine, jusqu'à quel point j'ai moi-même ressenti de l'anxiété ?

0	1	2	3
Jamais	Parfois	La plupart du temps	Tout le temps

Annexe X

Échelle des pensées automatiques pour les enfants (traduction maison)

Nom : _____

Date : _____

Instructions : Dans le tableau qui suit tu trouveras des pensées qui apparaissent parfois dans la tête des enfants et des adolescents. Prends le temps de lire attentivement chaque pensée, puis décide à quel point ces pensées sont apparues dans ta tête durant la dernière semaine.

Encerle ta réponse selon les choix suivant :

Jamais
0

Parfois
1

Assez souvent
2

Souvent
3

Tout le temps
4

Remplis le questionnaire en te servant de la phrase «durant la dernière semaine, j'ai pensé...»

Durant la dernière semaine, j'ai pensé :	Jamais	Quelques fois	Assez souvent	Souvent	Tout le temps
1. Les autres enfants vont penser que je suis stupide	0	1	2	3	4
2. J'ai le droit de me venger sur les autres s'ils le méritent	0	1	2	3	4
3. Je ne peux rien faire de bien	0	1	2	3	4
4. Je vais avoir un accident	0	1	2	3	4
5. Les autres enfants sont stupides	0	1	2	3	4
6. Je crains de me faire taquiner	0	1	2	3	4
7. Je deviens fou	0	1	2	3	4
8. Les autres enfants vont rire de moi	0	1	2	3	4
9. Je vais mourir	0	1	2	3	4
10. La plupart des personnes sont contre moi	0	1	2	3	4
11. Je ne vauds rien	0	1	2	3	4
12. Ma mère ou mon père vont avoir un accident	0	1	2	3	4
13. Rien ne fonctionne pour moi maintenant	0	1	2	3	4

14. Je vais avoir l'air ridicule	0	1	2	3	4
15. Je ne laisserai personne m'agacer sans rien faire	0	1	2	3	4
16. J'ai peur de perdre le contrôle	0	1	2	3	4
17. C'est de ma faute si les choses tourment mal	0	1	2	3	4
18. Les gens pensent du mal de moi	0	1	2	3	4
19. Si quelqu'un me fait du mal, j'ai le droit de lui en faire aussi	0	1	2	3	4
20. Je vais me faire mal	0	1	2	3	4
21. J'ai peur de ce que les autres enfants penseront de moi	0	1	2	3	4
22. Certaines personnes méritent ce qui leur arrive	0	1	2	3	4
23. J'ai fais un gâchis de ma vie	0	1	2	3	4
24. Quelque chose de terrible va arriver	0	1	2	3	4
25. J'ai l'air d'un idiot	0	1	2	3	4
26. Je ne serai jamais aussi bon que les autres	0	1	2	3	4
27. Je me fais toujours accuser pour des choses que ne sont pas de ma faute	0	1	2	3	4
28. Je suis un échec	0	1	2	3	4
29. Les autres enfants se moquent de moi	0	1	2	3	4
30. La vie ne vaut pas la peine d'être vécue	0	1	2	3	4
31. Tout le monde me regarde	0	1	2	3	4
32. J'ai peur de faire un fou de moi	0	1	2	3	4
33. J'a peur que quelqu'un meurt	0	1	2	3	4
34. Je ne surmonterai jamais mes problèmes	0	1	2	3	4
35. Les autres essaient toujours de me causer des problèmes	0	1	2	3	4
36. Il y a quelque chose qui cloche chez moi	0	1	2	3	4
37. Certaine personne sont mauvaises	0	1	2	3	4
38. Je me déteste	0	1	2	3	4
39. Quelque chose va arriver à quelqu'un que j'aime	0	1	2	3	4
40. Les mauvaises personnes méritent d'être punies	0	1	2	3	4

Annexe XI

Questionnaire sur le comportement d'évitement

Ton nom : _____

date : _____

Les questions suivantes concernent la manière dont tu réagis face à un problème ou à une situation stressante. S'il-te-plait, coche ou noirce la case qui te représente le mieux :

Lorsque je vis un problème ou une situation stressante...

		Jamais	Un peu	Assez	Beaucoup
1.	J'essaye de rester éloigné(e) du problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	J'essaye de rester éloigné(e) des choses qui me font sentir préoccupé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	J'évite les personnes qui me font me sentir mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Je pars par moi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Je fais semblant que le problème n'a jamais existé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	J'essaye de ne pas y penser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	J'essaye très fort d'oublier le problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Je refuse de penser au problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexe XII

Questionnaire d'adaptation à l'anxiété (traduction maison)

Nom : _____

date : _____

Dans le questionnaire qui suit, il y a une liste de phrases qui décrivent différentes croyances. Il n'y a pas de bonnes réponses, car chaque personne est différente. Prends le temps de lire attentivement les phrases, puis indique à quel point il s'applique à toi en encerclant les choix de réponse suivants :

Fortement en désaccord	Assez en désaccord	Un peu en désaccord	Un peu en accord	Assez en accord	Fortement en accord
0	1	2	3	4	5

					
1. Je suis habituellement capable d'éviter les dangers assez facilement	0	1	2	3	4 5
2. La manière dont je m'adapte à des situations difficiles dépend de l'aide que je reçois	0	1	2	3	4 5
3. Quand je suis stressé(e), j'ai tendance à perdre le contrôle	0	1	2	3	4 5
4. Je peux habituellement cacher mon anxiété	0	1	2	3	4 5
5. Quand j'ai peur de quelque chose, je ne peux habituellement rien faire	0	1	2	3	4 5
6. Je n'ai pas de contrôle sur mes émotions	0	1	2	3	4 5
7. Je ne peux pas faire grande chose pour influencer le jugement des gens sur moi	0	1	2	3	4 5
8. Si je peux réussir à me sortir d'une situation inquiétante, c'est toujours parce que j'ai de la chance	0	1	2	3	4 5
9. Je tremble souvent de manière incontrôlable	0	1	2	3	4 5
10. Habituellement, c'est facile pour moi de mettre de côté mes pensées inquiétantes	0	1	2	3	4 5
11. Quand je suis dans une situation stressante, je suis capable d'arrêter de respirer trop fort (contrôler ma respiration)	0	1	2	3	4 5
12. Je peux habituellement contrôler à quel point une situation est menaçante pour moi	0	1	2	3	4 5
13. Je peux contrôler mon niveau d'anxiété	0	1	2	3	4 5
14. Je ne peux pas faire grande chose pour changer des événements menaçants	0	1	2	3	4 5

Fortement en désaccord 0 Assez en désaccord 1 Un peu en désaccord 2 Un peu en accord 3 Assez en accord 4 Fortement en accord 5

						
15. Mes actions ne peuvent pas influencer la manière de résoudre des situations difficiles	0	1	2	3	4	5
16. Si quelque chose va me faire du mal, ça va arriver peu importe ce que je fais	0	1	2	3	4	5
17. Je peux habituellement me relaxer quand je le veux	0	1	2	3	4	5
18. Quand je suis stressé(e), je ne suis pas toujours sûr(e) de la manière dont je vais réagir	0	1	2	3	4	5
19. Je peux habituellement être sûr(e) que les gens m'aiment si je fais des efforts pour ça	0	1	2	3	4	5
20. Je ne contrôle pas la plupart des événements qui me rendent anxieux/se	0	1	2	3	4	5
21. Je sais toujours exactement comment je vais réagir à des situations difficiles	0	1	2	3	4	5
22. Ça ne me dérange pas de devenir anxieux/se dans une situation difficile, parce que j'ai confiance dans mes capacités à gérer mes symptômes	0	1	2	3	4	5
23. Je n'ai généralement pas de contrôle sur ce que les gens pensent de moi	0	1	2	3	4	5
24. Je trouve habituellement difficile de gérer des problèmes difficiles	0	1	2	3	4	5
25. Quand j'apprends que quelqu'un a une maladie grave, j'ai peur d'être le prochain	0	1	2	3	4	5
26. Quand je suis anxieux, je trouve difficile de me concentrer sur autre chose que mon anxiété	0	1	2	3	4	5
27. Je suis capable de faire face efficacement à de l'anxiété, qu'elle soit attendue ou imprévue	0	1	2	3	4	5
28. Je pense parfois : «pourquoi est-ce que j'essaierai de gérer mon anxiété si rien de ce que je fais ne la diminue?»	0	1	2	3	4	5
29. Je suis habituellement capable de bien m'entendre avec des personnes «difficiles»	0	1	2	3	4	5
30. J'évite les conflits parce que je ne suis pas capable de bien les résoudre	0	1	2	3	4	5

Annexe XIII

Questionnaire du sentiment de compétence parentale

Pour les énoncés suivants, veuillez encercler la réponse qui représente le mieux votre position. Si vous souhaitez corriger une de vos réponses, n'effacez pas, barrez plutôt votre ancienne réponse et encercler la nouvelle, comme dans l'exemple suivant :

	Totalement en accord	En accord	Pas sur	En désaccord	Totalement en désaccord
1. Être parent est plus difficile que je croyais	TA	A	PS	D	TD
2. Je me trouve compétent(e) et maître de la situation lorsque je m'occupe de mon enfant	TA	A	PS	D	TD
3. Je ne peux pas prendre de décisions sans demander conseil	TA	A	PS	D	TD
4. J'ai eu beaucoup plus de difficulté à élever mes enfants que je m'y attendais	TA	A	PS	D	TD
5. J'aime être parent	TA	A	PS	D	TD
6. J'ai le sentiment que je réussis la plupart du temps lorsque je demande à mon enfant de faire ou de ne pas faire quelque chose	TA	A	PS	D	TD
Pour la proposition 7, choisir ci-dessous de 1 à 5					
7. Lorsque je me considère à titre de parent, je crois :					
1) Être capable de m'occuper de n'importe quoi qui peut se produire					
2) Être capable de m'occuper de la plupart des choses assez bien					
3) Avoir des doutes parfois, mais j'estime être capable de mener à bien la plupart des choses sans aucun problème					
4) Avoir certains doutes en ce qui concerne ma capacité de mener à bien des choses					
5) Ne pas être du tout capable de mener à bien des choses					
Pour la proposition 8, choisir ci-dessous de 1 à 5					
8. Je considère être :					
1) un très bon parent					
2) un meilleur parent que la moyenne					
3) un aussi bon parent que la moyenne					
4) une personne qui éprouve certaines difficultés à être parent					
5) pas très bon dans le rôle de parent					