

Université de Montréal

Adaptation du programme *Détresse et Progrès* ciblant la vulnérabilité au stress pendant l'adolescence en contexte de protection de la jeunesse

Par  
Eszter Pasztor-Solnar

École de psychoéducation  
Faculté des arts et des sciences

Rapport d'intervention présenté en vue de l'obtention  
du grade maître ès science (M.Sc.) en Psychoéducation

Août 2018

© Eszter Pasztor-Solnar, 2018

## Sommaire

Le programme d'intervention présenté ci-dessous s'adresse à des jeunes filles ayant été confrontées à un vécu de négligence, ciblant la vulnérabilité au stress pendant la période développementale de l'adolescence, une conséquence importante associée à cette forme de maltraitance. L'intervention s'inspire de deux programmes: le programme *Déstresse et Progresse* (Lupien et al., 2013) ainsi que *The Ressourcefull Adolescent Program* (Shochet, Holland et Whitefield, 1997). L'objectif principal du programme est de diminuer l'impact du stress sur le bien-être des jeunes. L'intervention vise la diminution de l'intensité du stress perçu ainsi que la diminution des pensées automatiques négatives, étant deux composantes prédominantes dans l'émergence des troubles intériorisés. Le programme mise aussi sur l'augmentation de l'estime de soi, du sentiment d'auto-efficacité personnelle ainsi que l'utilisation de stratégies positives de gestion du stress. Sept adolescentes placées en hébergement dans un foyer de groupe du Centre Jeunesse de Montréal ont participé à l'intervention. Le programme comprend un volet de groupe se déroulant sous la forme de cinq séances d'intervention hebdomadaire d'une durée approximative de 60 minutes. Chacune des séances comprend des discussions dirigées ainsi que la présentation de concepts théoriques en lien avec le stress et des activités interactives visant l'actualisation des compétences ciblées. Un volet individuel a aussi été mis en place ciblant les trois participantes présentant le plus de vulnérabilités au niveau du stress vécu ainsi que l'estime de soi, se déroulant selon une structure préétablie comprenant des discussions dirigées, des activités issues de la thérapie cognitivo comportementale ainsi que des activités de relaxation afin d'offrir une intervention davantage adaptée à leurs besoins et difficultés. L'évaluation de la mise en œuvre indique que l'implantation du programme s'est déroulée tel que prévu, à l'exception de quelques modifications quant à la durée du niveau de base. Un protocole pré-test, post-test ainsi que des mesures répétées ont été utilisés. Les résultats indiquent que l'intervention semble avoir eu un impact significatif quant à la diminution du stress perçu pour certaines des participantes. Des effets sont aussi observés quant à la diminution des pensées négatives pour trois participantes ainsi que l'augmentation de l'utilisation de stratégies de gestion du stress pour l'ensemble des jeunes. Une augmentation significative de l'estime de soi est aussi observée pour deux des trois participantes du volet individuel coïncidant avec une augmentation au niveau de leur sentiment d'efficacité personnelle. Une discussion portera sur l'atteinte des objectifs pour chacune des participantes, les différents éléments ayant influencé l'atteinte de ceux-ci ainsi que les liens pouvant être observés entre les résultats et l'implantation du programme. Finalement, les avantages et les limites du programme seront aussi considérés afin de proposer des modifications pour une intervention future.

## Table des matières

<i>Sommaire</i>	<i>i</i>
<i>Liste des tableaux</i>	<i>v</i>
<i>Liste des figures</i>	<i>vii</i>
<i>Remerciements</i>	<i>viii</i>
<i>Introduction</i>	
1. Contexte théorique	1
1.1 <i>Description de la problématique</i>	1
<i>Définition</i>	2
<i>Facteurs de risque</i>	4
<i>Conséquences sur l'attachement et le trauma associé</i>	6
<i>Conséquences sur les sphères développementales</i>	7
<i>Conséquence sur la vulnérabilité au stress et l'adolescence</i>	9
<i>Effet modérateur de l'estime et du sentiment d'efficacité personnelle</i>	10
<i>Chaîne développementale</i>	11
1.2 <i>Interventions déjà expérimentées</i>	13
<i>Interventions ciblant la négligence</i>	13
<i>Interventions ciblant l'anxiété et le stress</i>	15
1.3 <i>Intervention proposée</i>	38
2. Méthodologie	40
2.1 <i>Description</i>	40
<i>Sujets, caractéristiques et recrutement</i>	40
<i>But et objectifs de l'intervention</i>	40
<i>Animateurs</i>	41
<i>Programme et contenu</i>	42
<i>Contexte spatial</i>	49
<i>Contexte temporel et dosage de l'intervention</i>	49

<i>Stratégie de gestion des apprentissages</i>	49
<i>Stratégie de gestion des comportements</i>	50
<i>Codes et procédures</i>	50
<i>Système de responsabilité</i>	51
<i>Stratégie de transfert et généralisation</i>	51
<i>Système de reconnaissance</i>	51
2.2 <i>Évaluation de la mise en œuvre</i>	52
<i>Composantes retenues</i>	52
<i>Outils et procédures</i>	52
2.3 <i>Évaluation des effets</i>	57
<i>Protocole d'évaluation privilégiée</i>	57
<i>Construits évalués</i>	57
<i>Instrument de mesure et protocole de passation</i>	58
3. Résultats	63
3.1 <i>Évaluation de la mise en œuvre</i>	63
3.1.1 <i>Comparaison entre le prévu et le vécu</i>	63
<i>Composantes de l'intervention pour lesquelles il n'y a eu aucun changement</i>	63
<i>Composantes de l'intervention pour lesquelles il y a eu des changements</i>	63
<i>Composantes complémentaires</i>	75
3.1.2 <i>Jugement global sur la conformité</i>	78
3.1.3 <i>Implication en regard à l'évaluation des effets</i>	79
3.2 <i>Évaluation des effets</i>	81
3.2.1 <i>Stratégies d'analyse employée</i>	81
3.2.2 <i>Résultats obtenus</i>	82
<i>Changements relatifs au stress perçu</i>	82
<i>Changements relatifs quant à la fréquence des pensées automatiques négatives</i>	86
<i>Changements relatifs quant à l'estime de soi</i>	89



<i>Changements relatifs quant aux stratégies de gestion du stress</i>	91
<i>Changements relatifs quant au sentiment d'efficacité personnelle</i>	93
<i>Changements relatifs quant aux affects négatifs</i>	95
<i>Résumé des résultats</i>	96
4. Discussion	97
4.1 <i>Jugements sur l'atteinte des objectifs</i>	97
4.2 <i>Liens entre les résultats et l'implantation du programme</i>	100
4.3 <i>Liens entre les résultats et le contexte théorique</i>	107
4.4 <i>Avantages et limites de l'intervention</i>	109
Conclusion	111
Références	112
Annexes	121

## Liste des tableaux

<b>Tableau 1</b> : Description du programme d'intervention <i>Coping Cat</i>	18
<b>Tableau 2</b> : Évaluation du programme d'intervention <i>Coping Cat</i>	19
<b>Tableau 3</b> : Description du programme d'intervention <i>Coping Koala</i>	20
<b>Tableau 4</b> : Évaluation du programme d'intervention <i>Coping Koala</i>	21
<b>Tableau 5</b> : Description du programme d'intervention <i>Friends</i>	22
<b>Tableau 6</b> : Évaluation du programme d'intervention <i>Friends</i>	23
<b>Tableau 7</b> : Description du programme d'intervention <i>The Cool Kids</i>	24
<b>Tableau 8</b> : Évaluation du programme d'intervention <i>The Cool Kids</i>	25
<b>Tableau 9</b> : Description du programme d'intervention <i>Cool Teens CD-ROM</i>	26
<b>Tableau 10</b> : Évaluation du programme d'intervention <i>Cool Teens CD-ROM</i>	27
<b>Tableau 11</b> : Description du programme d'intervention <i>BRAVE for Teenagers ONLINE</i>	28
<b>Tableau 12</b> : Évaluation du programme d'intervention <i>BRAVE for Teenagers ONLINE</i>	29
<b>Tableau 13</b> : Description du programme d'intervention <i>Queensland Early Intervention and Prevention of Anxiety Project</i>	30
<b>Tableau 14</b> : Évaluation du programme d'intervention <i>Queensland Early Intervention and Prevention of Anxiety Project</i>	31
<b>Tableau 15</b> : Description du programme d'intervention <i>Funambule : pour une gestion du stress équilibrée</i>	32
<b>Tableau 16</b> : Évaluation du programme d'intervention <i>Funambule : pour une gestion du stress équilibrée</i>	33
<b>Tableau 17</b> : Description du programme d'intervention <i>The Resourceful Adolescent Program</i>	34
<b>Tableau 18</b> : Évaluation du programme d'intervention <i>The Resourceful Adolescent Program</i>	35
<b>Tableau 19</b> : Description du programme d'intervention <i>Déstresse et Progrès</i>	36
<b>Tableau 20</b> : Évaluation du programme d'intervention <i>Déstresse et Progrès</i>	37
<b>Tableau 21</b> : Objectifs visés par l'implantation du programme d'intervention	41
<b>Tableau 22</b> : Contenu de chaque séance du volet de groupe	45
<b>Tableau 23</b> : Contenu de chaque séance du volet individuel	48
<b>Tableau 24</b> : Évaluation de la mise en œuvre	55
<b>Tableau 25</b> : Évaluation des effets	61
<b>Tableau 26</b> : Durée (minutes) d'exposition au contenu des séances de groupe	67

<b>Tableau 27 : Durée (minutes) d'exposition au contenu des séances individuelles</b>	<b>69</b>
<b>Tableau 28 : Changements significatifs selon les construits évalués</b>	<b>97</b>

## Liste des figures

<b>Figure 1 : Chaîne prédictive</b>	12
<b>Figure 2 : Distribution des scores obtenus à l'échelle d'estime de soi et à l'échelle de stress perçu</b>	66
<b>Figure 3 : Distribution du nombre de fois en moyenne par séance d'intervention que les participantes ont donné des exemples de stresseurs, partagé leurs préoccupations et répondu aux questions posées par l'animatrice</b>	76
<b>Figure 4 : Évolution du stress perçu des participantes avant et après l'intervention</b>	82
<b>Figure 5 : Évolution de l'intensité du stress perçu par les trois participantes du volet individuel pendant l'intervention</b>	84
<b>Figure 6 : Évolution de l'intensité du stress perçu par les quatre participantes du volet de groupe uniquement pendant l'intervention</b>	85
<b>Figure 7 : Évolution de la fréquence des pensées automatiques négatives des participantes avant et après l'intervention</b>	86
<b>Figure 8 : Évolution de la fréquence des pensées automatiques négatives rapportée par les trois participantes du volet individuel pendant l'intervention</b>	88
<b>Figure 9 : Évolution de la fréquence des pensées automatiques rapportée par les quatre participantes du volet de groupe uniquement pendant l'intervention</b>	89
<b>Figure 10 : Évolution de l'estime de soi global des participantes avant et après l'intervention</b>	90
<b>Figure 11 : Évolution de la fréquence d'utilisation des stratégies de gestion du stress rapportée par les trois participantes du volet individuel pendant l'intervention</b>	92
<b>Figure 12 : Évolution de la fréquence d'utilisation des stratégies de gestion du stress rapportée par les quatre participantes du volet de groupe uniquement pendant l'intervention</b>	92
<b>Figure 13 : Évolution du sentiment d'efficacité global des participantes avant et après l'intervention</b>	94
<b>Figure 14 : Évolution du sentiment d'efficacité (gestion des émotions) des participantes avant et après l'intervention</b>	94
<b>Figure 15 : Évolution des affects négatifs rapportés par les participantes avant et après à l'intervention</b>	96

## **Remerciements**

*Je tiens d'abord à souligner et remercier Stéphane Cantin, responsable du programme de maîtrise stage et évaluation du programme. Merci pour tes précieux conseils, ta patience, ton implication, ton écoute et tes constants encouragements! Merci à mes collègues de classe sans qui les deux années de maîtrise n'auraient jamais été les mêmes. Merci Claudia et Élodie pour les rires, les pleurs et nos folies, je débute ce nouveau chapitre de la vie avec deux psychoéducatrices et amies en or.*

*Merci à mon milieu de stage d'avoir cru en mon projet, de m'avoir fait confiance et permis de m'épanouir non seulement sur le plan professionnel, mais aussi personnel. Un merci spécial à Jacinthe d'avoir cru en moi et ce même lorsque moi-même j'ai douté. Merci aux filles qui ont participé à mon projet. Vos histoires, votre résilience et vos sourires prennent une petite place spéciale dans mon cœur à jamais.*

*Merci Élise pour tous les moments passés dans les cafés à s'imaginer devenir fleuriste. Finalement notre cœur appartient à la relation d'aide et c'est bien mieux comme ça. Merci d'être toujours là.*

*Merci Maman et Julia de m'avoir toujours encouragé à poursuivre une carrière qui me passionne et me représente. Merci pour votre constant soutien et amour inconditionnel me poussant constamment à me dépasser. Je suis choyée par la vie de vous avoir. Et finalement, merci Joey d'avoir été ma source de motivation durant les dernières années plus que jamais, mais aussi au quotidien et bientôt pour toujours. Merci de ta compréhension, de tes encouragements et d'avoir toujours réussi à me faire rire lorsque j'en avais le plus besoin.*

*J'ai toujours su que j'allais un jour aider les gens à ma façon et c'est maintenant plus clair que jamais.*

## Introduction

La négligence est une forme complexe de maltraitance représentant la majorité des signalements retenus par la *Direction de la Protection de la jeunesse*. Les contextes de négligence impliquent l'absence d'une réponse adéquate aux besoins de base de l'enfant engendrant des conséquences importantes tant le sur développement que sur l'établissement d'une relation d'attachement sécurisante (Éthier et Lacharité, 2000). Les répercussions sont nombreuses et perdurent dans le temps. Le contexte traumatique qu'implique la négligence pour les jeunes enfants influence la façon dont ils perçoivent le monde (Milot, Éthier, St-Laurent et Provost, 2010). Particulièrement à l'adolescence, une période développementale accentuée par de nombreuses expériences nouvelles, les jeunes ayant été confrontés à des adversités tel que la négligence, présentent une vulnérabilité importante au stress. De plus, les jeunes victimes de négligence sont plus à risques de développer un trouble intériorisé. Ainsi, le programme présenté cible la vulnérabilité au stress afin de diminuer l'impact de celle-ci sur le bien-être des jeunes présentant d'importantes vulnérabilités résultant de leur vécu teinté d'adversités. D'abord, une emphase sera portée sur le contexte théorique lié à la problématique de la négligence ainsi que les liens observés avec le stress, et ce particulièrement à l'adolescence. Une recension des programmes ciblant le stress et l'anxiété sera faite, suivie d'une description de l'intervention proposée. Poursuivant, à partir du modèle psychoéducatif de Gendreau, les différentes composantes prévues de l'intervention seront présentées ainsi que les moyens proposés afin de rendre compte de l'évaluation de la mise en œuvre et des effets du programme. Finalement, les résultats de l'implantation et des effets seront décrits pour conclure avec une discussion portant un jugement quant à l'atteinte des objectifs visés ainsi que les forces et limites du programme d'intervention.

## 1. Contexte théorique

### 1.1 Description de la problématique

#### *Définitions*

*La violence.* La violence, plus spécifiquement celle pouvant s'observer au sein d'une famille à l'égard d'un enfant, se définit par la présence d'agressions de nature physique, sexuelle ou psychologique. Ces agressions se déploient selon un continuum de gravité allant de bénignes à sévères et menacent l'intégrité physique et psychologique de l'enfant (Clément et Dufour, 2009). Ce continuum permet de catégoriser et définir la violence en servant de cadre de référence quant aux types de comportements qui en découlent. Ainsi, d'un côté du continuum, les agressions moins graves sont définies comme étant des comportements parentaux imparfaits couramment observés dans notre société et qui sont jugés comme étant acceptables en considérant la situation et les normes dans lesquelles ils sont susceptibles de survenir. La violence sévère aussi définie comme étant la maltraitance à l'égard des enfants se traduit par des comportements qualifiés comme étant d'abus ou de négligences et ceux-ci se retrouvent à l'autre extrémité du continuum (Clément et Dufour, 2009). Ces comportements sont définis au Québec par la loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) (Perrault et Beaudoin, 2008). En vertu de cette loi, la direction de la protection de la jeunesse (DPJ) a la responsabilité d'intervenir auprès des familles et de venir en aide aux enfants dont la sécurité et le développement sont compromis. Les signalements retenus par la DPJ sont les formes les plus graves de maltraitance et les enfants placés sous la LPJ vivent de nombreuses adversités importantes ayant un impact non négligeable quant à leur développement à long terme.

*La maltraitance.* Afin de définir la maltraitance, il importe de considérer trois éléments, soit le geste posé, l'intention de l'action et les répercussions sur l'enfant (Perron, 2016). De plus, certains paramètres tels que la gravité de la situation, la fréquence des comportements d'abus ou de négligence, la présence simultanée de différentes formes d'agression, la stabilité de la situation problématique et les conséquences anticipées ou observables sur le développement de la personne (Clément et Dufour, 2009) permettent aussi de caractériser les contextes de maltraitance. Selon l'agence de la santé publique du Canada (2012), la maltraitance peut soit être le résultat d'actions directes commises à l'égard de l'enfant ou un défaut d'offrir à l'enfant toutes les conditions nécessaires pour assurer sa sécurité et son développement. Ainsi, deux formes distinctes de maltraitance peuvent être observées soit les abus et la négligence. Plus spécifiquement, il existe quatre formes principales de maltraitance : les abus d'ordre physique, sexuel et psychologique ainsi

que la négligence (Briere, 1992; Butchart, Harvey, Mian et Furniss, 2006). Au Québec, la négligence est le deuxième type de mauvais traitement le plus fréquent, représentant près de 21.3% des signalements qui ont été retenus par le directeur de la protection de la jeunesse au cours de l'année 2015-2016 (Association des Centres Jeunesses du Québec, 2016). Bien qu'étant une problématique d'ampleur majeure dans les sociétés occidentales, les situations de négligence sont difficilement observables en raison de la complexité du phénomène (Bednarek, Absil, Vandoorne, Lachaussée et Vanmeerbeek, 2009). En effet, puisque la négligence se définit principalement par une absence de gestes visant une réponse adéquate aux besoins de base de l'enfant, celle-ci est souvent repérée tardivement et de façon indirecte par ses répercussions et conséquences sur le développement des enfants (Éthier et Lacharité, 2000).

*La négligence.* Une définition plus exhaustive de la négligence indique que cette forme de maltraitance peut soit être une « défaillance intentionnelle ou une omission de l'environnement familial à apporter à l'enfant les soins de base essentiels afin d'assurer sa sécurité et son développement » (Zuravin et DePanfilis, 1997; Lacharité, Éthier et Nolin, 2006). Une vision systémique de la négligence est aussi souvent préconisée afin d'avoir une compréhension absolue de la problématique. Ainsi, bien que cette absence de réponse aux besoins puisse d'abord être attribuable aux difficultés et lacunes des parents, un échec de la part de la société à soutenir ces parents quant à l'exercice de leur rôle parental est aussi reconnu comme étant un facteur important dans l'émergence de cette problématique (Lacharité, Éthier et Nolin, 2006). Il existe principalement quatre formes de négligence qui ressortent dans les écrits, soit la négligence sur le plan physique, médicale, éducationnelle et émotionnelle (Bednarek, Absil, Vandoorne, Lachaussée et Vanmeerbeek, 2009; Lacharité, Éthier et Nolin, 2006).

La négligence sur le plan physique fait référence à une absence de réponses adéquates aux besoins physiques de l'enfant tels qu'au niveau de son alimentation, son habillement, son hygiène ainsi que les conditions du logement familial. La négligence médicale s'observe quant à elle par un refus de la part des parents à prodiguer les soins nécessaires en lien avec la santé physique et psychologique de l'enfant. Pour ce qui est de la négligence éducationnelle, celle-ci renvoie à une omission de la part des figures d'attachement à fournir la stimulation nécessaire au développement cognitif de l'enfant, ainsi que l'absence d'un encadrement suffisant pour assurer une fréquentation scolaire. Enfin, la négligence émotionnelle s'observe par une absence d'interactions positives avec l'enfant caractérisée par des pratiques parentales non chaleureuses. Les



comportements de la figure d'attachement de l'enfant peuvent se traduire par de l'indifférence, du rejet, du dénigrement, des menaces ou par l'exposition à la violence conjugale et familiale (Dufour et Clément, 2009). La négligence peut être de nature circonstancielle, c'est-à-dire être le résultat d'un événement perturbateur dans la famille ou chronique impliquant que celle-ci persiste sur une longue période de temps, bien au-delà d'un seul événement difficile. En effet, la négligence reflète rarement une situation familiale temporaire puisque celle-ci est plus souvent une condition de vie chronique pouvant se transmettre d'une génération à l'autre (Tourigny et al., 2002). Généralement ces familles présentent des lacunes importantes sur le plan de leurs ressources internes et externes en plus d'être confrontées à de nombreux facteurs de risque au quotidien.

### *Facteurs de risque*

La prochaine section vise à mettre en évidence les facteurs susceptibles d'influencer l'émergence de la problématique de la négligence. Bien que ces facteurs ne prédisent pas intégralement la présence de conduites négligentes, l'accumulation et l'interaction de ceux-ci augmentent considérablement les vulnérabilités des familles et de ce fait, ont un impact considérable quant au développement de la problématique (Dubowitz et al, 2005). Ainsi, plus il y a de facteurs de risque au sein d'une famille, plus le risque de négligence augmente (Éthier, Couture, et Lacharité, 2004). Ces facteurs de risque sont répartis selon trois catégories : les caractéristiques des figures parentales, les conditions de vie de la famille et les caractéristiques individuelles de l'enfant.

Tout d'abord, au niveau des caractéristiques individuelles des figures parentales, la toxicomanie est un facteur de risque important associé à la négligence. Les parents aux prises avec un problème de consommation sont moins disponibles pour répondre aux besoins de leur enfant et leurs habiletés à exercer un rôle parental adéquat sont affectées (Wolock et Magura, 1996). En effet, nombreuses études rapportent que jusqu'à 70% des cas de négligence impliquent des parents qui ont une problématique importante de consommation (Magura et Laudet, 1996). Certaines caractéristiques psychologiques et personnelles des parents telles que la santé mentale, l'estime personnelle et le niveau de stress vécu sont aussi des facteurs influençant l'émergence de la négligence. D'abord, au niveau de la santé mentale, la dépression semble être un facteur particulièrement important quant à la mise en place de conduites négligentes. En effet, les mères présentant des traits dépressifs sont plus à risque de mettre en place des comportements négligents envers leur enfant (Éthier, Couture, Lacharité, 2004). Par exemple, une étude de Campbell, Cohn

et Meyers (1995), rapporte que les mères dépressives présentent beaucoup moins d'émotions positives à travers les interactions avec leur enfant, elles sont moins enclines à s'investir dans des situations de jeu avec eux et présentent certaines difficultés à décoder les signaux afin de répondre à leurs besoins.

Certaines des difficultés personnelles observées chez les parents peuvent aussi être attribuables à des expériences d'abus et des traumas non résolus qu'eux-mêmes ont vécus dans leur passé ayant un impact important quant à la qualité de leur vie. En effet, ils sont plus susceptibles de vivre un niveau élevé de stress, avoir une faible estime et peu confiance en leurs compétences parentales. Ces caractéristiques influencent leur sentiment de bien-être et ont des répercussions importantes sur la relation parents-enfants. Certains parents présentent aussi des lacunes quant à la connaissance des besoins de leurs enfants ainsi qu'au niveau des soins qu'ils doivent prodiguer et de ce fait, l'exercice de leurs habiletés parentales peut être altéré. Selon, Bailey, DeOliveira, Wolfe, Evans et Hartwick (2012), les capacités cognitives et intellectuelles des parents peuvent être associées à la négligence. En effet, un manque de connaissance quant au développement de l'enfant, des attributions erronées quant à ses besoins et émotions, ainsi que la présence d'attentes irréalistes envers son évolution, ont un impact quant à la capacité des parents à décoder les signaux de l'enfant et de ce fait, ils ne sont pas en mesure d'y répondre de façon adéquate.

Pour ce qui est des caractéristiques familiales associées à la négligence, le facteur de risque le plus important est un faible niveau socio-économique. La négligence est la forme de mauvais traitement le plus souvent associé à la pauvreté (Schumacher, Smith et Heyman, 2001). Plusieurs caractéristiques attribuables aux familles défavorisées favorisent aussi le maintien de ce facteur de risque important (McLoyd et Wilson, 1991). En effet, le décrochage scolaire, la monoparentalité, les familles nombreuses et le jeune âge des parents sont des facteurs de risque pour la négligence, mais ceux-ci sont aussi associés à un statut socio-économique plus faible (Éthier, Couture et Lacharité, 2004). Plusieurs écrits relatent aussi l'influence de l'isolement social sur la négligence (Lafantaisie, Clément et Coutu, 2013; Perreault et Beaudoin, 2008). Plus spécifiquement, une relation bidirectionnelle semble s'observer entre l'exclusion sociale et les familles négligentes. D'une part, certaines familles sont davantage marginalisées, car elles ne sont pas en mesure de s'intégrer aux différentes activités sociales en raison de leurs nombreuses vulnérabilités et de ce fait, ne bénéficient pas des différentes ressources et sources de soutien offert au sein de la société. Il arrive aussi que la société mette de côté ces familles, car elles ne suivent pas les normes sociétales

ne faisant qu'augmenter l'isolement de celles-ci. (Lafantaisie, Clément et Coutu, 2013). Ce manque de soutien résultant de l'exclusion sociale entraîne des conséquences néfastes sur le bien-être de la famille et peut contribuer à augmenter le stress vécu par les parents (Manji, Maiter et Palmer, 2005)

Plusieurs caractéristiques de l'enfant peuvent aussi être considérées comme des facteurs de risque associés à l'émergence et au maintien de la négligence. Certaines caractéristiques telles qu'un tempérament difficile, des problèmes de comportement, un niveau élevé d'irritabilité ainsi qu'une réactivité émotionnelle importante chez l'enfant peuvent influencer la relation avec ses parents et rendre l'exercice de leur rôle parental plus difficile (Erikson et Egeland, 2002). De plus, certaines prédispositions génétiques peuvent aussi impliquer des défis supplémentaires pour les parents quant aux soins qu'ils doivent prodiguer à leur enfant. Par exemple, les enfants qui naissent prématurés, qui ont un handicap physique ou une déficience intellectuelle sont plus à risque d'être victime de négligence. Cicchetti et Lynch (1993) attribuent ce risque au fait que certains parents se sentent dépassés par l'ampleur des soins qu'ils doivent donner pour combler les vulnérabilités de leur enfant diminuant ainsi leur capacité à être disponible dans l'exercice de leur rôle parental.

#### *Conséquences sur l'attachement et le trauma associé*

Les répercussions de la négligence sont nombreuses, tant au niveau du développement de l'enfant que sur la qualité de la relation d'attachement avec son parent. D'abord, l'attachement se définit comme étant un lien privilégié qui unit l'enfant à la personne qui répond à ses besoins et sert de base sécurité pour permettre à l'enfant d'explorer son environnement, développer des relations sociales et encourager sa maturation cognitive (Bacon et Richardson, 2001). Ainsi, la figure d'attachement qui n'est pas disponible pour donner les soins nécessaires et répondre aux besoins de proximité et d'exploration du jeune enfant joue un rôle déterminant dans le développement d'une relation d'attachement de type insécurisée et désorganisée (Milot, Éthier, St-Laurent et Provost, 2010). De ce fait, en lien avec les caractéristiques des parents négligents, ceux-ci compromettent la qualité de la relation d'attachement. Selon certaines études, notamment celle de Cicchetti et Barnett (1991) et Beeghly et Cicchetti (1994), 80% des jeunes victimes de négligence présenteraient un lien insécurisant avec leur figure d'attachement principale. Tel que défini par Bowlby (1973), l'enfant intériorise les expériences et interactions qu'il a avec sa figure d'attachement et ces modèles lui servent de représentation mentale quant à ses expériences relationnelles futures. Ces représentations mentales influencent la façon dont l'enfant va par la suite interpréter les comportements d'autrui ainsi que la façon dont il va y répondre. Les enfants en

situation de négligence ont des représentations négatives de soi, de sa figure d'attachement, mais aussi des relations avec les autres. Plus spécifiquement, ces enfants n'ont pas eu l'occasion d'intégrer des expériences positives et rassurantes durant leur enfance et de ce fait, une crainte perpétuelle d'être abandonné et un sentiment d'impuissance s'observent auprès de ces jeunes (Bacon et Richardson, 2001). D'autant plus, « ces représentations mentales se caractérisent par une dévalorisation de soi, une méfiance des autres, une tendance à faire des attributions négatives aux comportements des autres et une crainte de développer des relations intimes » (Mennen et O'Keefe, 2005).

Selon cette perception, la négligence s'opérationnalise comme étant un traumatisme relationnel (Milot, Éthier, St-Laurent et Provost, 2010). Le terme relationnel définit le cadre dans lequel surviennent les traumatismes, c'est-à-dire dans le contexte d'une relation parent-enfant à travers laquelle le parent induit des traumatismes chez son enfant. Le terme traumatique quant à lui indique la présence de symptômes traumatiques présents à la fois chez l'enfant, mais pouvant aussi être vécus par le parent (Milot, Éthier, St-Laurent et Provost, 2010). Les parents négligents induisent un état de stress auprès de l'enfant sans être en mesure d'offrir un support adéquat pour permettre à celui-ci d'y faire face. Les enfants victimes de négligence ne sont pas en mesure d'utiliser leur figure d'attachement pour développer des stratégies de régulation émotionnelle, les mettant à risque de développer un état de stress chronique ayant des répercussions importantes sur leur fonctionnement futur (Schoe, 2001). Certains auteurs décrivent la négligence comme une forme complexe de trauma en raison de son caractère chronique et les répercussions qui s'observent sur toutes les sphères de développement chez l'enfant (Brière et Spinazzola, 2005; Cook et al., 2005; Courtois et Ford, 2009). Un trauma complexe comme la négligence peut s'observer par plusieurs comportements tels que constamment revivre les émotions associées à la situation traumatique, l'évitement de certaines situations pouvant rappeler le trauma et finalement un état de constante hyper vigilance résultant à des nombreuses craintes vécues par la personne au quotidien (Milot, Éthier, St-Laurent et Provost, 2010). Ces comportements sont généralement utilisés pour décrire le syndrome de stress post-traumatique, mais ceux-ci s'apparentent bien à la problématique de la négligence. En effet la négligence constitue aussi une menace à l'intégrité physique et psychologique de la victime. Elle suscite également des émotions de peur, un stress intense, des craintes d'être abandonné ainsi qu'un sentiment d'impuissance important chez les enfants (Milot, Éthier, St-Laurent et Provost, 2010). Même si tous les enfants victimes de négligence ne développent pas nécessairement un trauma (Glaser, 2000), plusieurs études démontrent que la

négligence est un facteur de risque important pour développer un syndrome de stress post-traumatique durant l'enfance, l'adolescence ainsi qu'à l'âge adulte (Adam, Everett et O'Neal, 1992; Sullivan, Fehon, Andres-Hyman, Lipschitz et Grilo, 2006).

### *Conséquences sur les sphères développementales*

Tel que mentionné précédemment, nombreuses conséquences observables sur différentes sphères de développement sont associées à un vécu teinté de négligence. De plus, l'absence d'une relation d'attachement sécurisante ainsi que les symptômes traumatiques pouvant être associés à la négligence ne font qu'accentuer certaines des difficultés observables sur le développement des enfants. D'abord, sur le plan neurobiologique, nombreuses études rapportent des altérations de certaines régions cérébrales, notamment au niveau des structures cérébrales responsables de la réponse au stress (Glaser, 2000). Les expériences négatives notamment, un stress intense et parfois chronique, associées à la négligence et vécues pendant le développement de ces structures prédisposent les enfants à une vulnérabilité élevée au stress plus tard dans la vie (Heim, 2009). Plus spécifiquement, un dérèglement de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (axe HPS) aussi connue sous le nom de l'axe du stress, semble être associé à cette augmentation quant à la vulnérabilité au stress modifiant la façon, dont les enfants victimes, de maltraitance réagissent au stress et ce tout au long de leur développement (Heim, 2009). Ainsi, lorsqu'un stress intense perturbe cet axe, l'hormone du stress, le cortisol, peut être libéré de manière continue, renvoyant à un niveau perpétuel élevé de vigilance (Turgeon et Gendreau, 2007) augmentant le risque de développer un trouble anxieux (Albano, Chorpita et Barlow, 2003). L'hyper activation de l'axe du stress semble aussi avoir un impact sur plusieurs autres structures du cerveau, notamment sur l'amygdale et sur le système limbique (Dumas, 2013). Ces structures, responsables de l'expression des émotions et de l'inhibition comportementale semblent aussi être altérées ayant un impact important quant à la régulation de l'anxiété et des émotions négatives (Rockhill et al., 2010). En effet, lorsque les jeunes sont confrontés à diverses situations stressantes telle que la négligence, le stress peut rapidement devenir chronique. Dans ce cas, « le cortisol remonte trop souvent au cerveau, modifiant les zones de la mémoire et des émotions et affectant la perception des situations futures » (Massé et Plusquellec, 2018). Ces difficultés de régulation ont un impact important sur l'adaptation des jeunes à plus long terme engendrant de nombreuses conséquences quant à leur développement. La prochaine section permet de mettre en évidence certaines des répercussions associées à la négligence, et c particulièrement pendant la période développementale de l'adolescence.



Premièrement, une des conséquences de la négligence s'observe sur le développement socio-émotionnel des adolescents (Éthier et Milot, 2009). D'abord, les jeunes victimes de négligence présentent des difficultés importantes au niveau de la régulation de leurs émotions. Souvent laissés à eux-mêmes, ces enfants n'ont pas eu de modèle pour les aider à comprendre et exprimer leurs émotions de façon pro sociale. Ainsi, ils n'ont pas les ressources internes nécessaires pour réguler les différentes émotions qu'ils vivent. Tel que décrit dans l'étude longitudinale d'Éthier et Milot (2009), les enfants ayant été victimes de négligence présentent d'importantes difficultés interpersonnelles, une altération dans l'identité ainsi qu'une incapacité à réguler les affects durant l'adolescence. Selon ces mêmes auteurs, les conséquences associées à la négligence pendant l'enfance sont sévères et celles-ci persistent dans le temps. Une autre étude de Wolfe, Scott, Wekerle et Pittman (2001) auprès de 1419 adolescents, démontre que ceux qui ont été victimes de négligence dans leur enfance ressentent un niveau élevé de détresse émotionnelle à l'adolescence. En effet, ces derniers vivent souvent beaucoup de culpabilité et se blâment pour ce qu'ils ont vécu et leurs difficultés (Guay, 2014).

Certaines répercussions s'observent aussi par des difficultés intra personnelles notamment, une faible estime de soi, une perception négative de soi ainsi qu'un faible sentiment de compétence personnelle. Ces jeunes ont souvent une perception que le monde est dangereux, qu'ils ne valent pas l'amour des autres et qu'autrui est menaçant. Ces perceptions et cognitions influencent l'établissement des relations positives avec leurs pairs ainsi que le développement de relation de confiance avec les adultes. Les jeunes négligés présentent plusieurs difficultés au niveau de leurs habiletés sociales, de leur capacité à résoudre les conflits ainsi que des difficultés d'ordre scolaire suscitant beaucoup de victimisation par leurs pairs. Une étude de Mueller et Silverman (1989) démontre que les jeunes victimes de maltraitance expriment un niveau élevé d'agression verbale et physique à travers les interactions avec leurs pairs. Selon les théories de l'attachement, les jeunes reproduisent les modèles relationnels qu'ils ont intériorisés durant leur enfance et de ce fait, peuvent mettre en place des comportements agressifs, mais aussi d'évitement. Dans la même étude, les auteurs décrivent que les jeunes maltraités présentent aussi beaucoup plus d'évitement et d'inhibition dans les interactions avec les autres, en comparaison à un échantillon normatif (Mueller et Silverman, 1989). Ainsi, en raison de ces difficultés, nombreux jeunes négligés sont souvent retirés et isolés socialement. De plus, plusieurs recherches indiquent qu'en raison des difficultés au niveau des relations sociales avec les pairs, les jeunes victimes de négligence sont aussi plus à risque d'être victimes d'intimidation par leurs pairs ainsi que vivre d'autres formes de

maltraitance pouvant aussi se transposer dans leurs relations amoureuses et intimes (Finkelhor, Ormrod, Turner et Hamby, 2005). Ces derniers présentent davantage de problèmes de comportement et sont beaucoup plus à risque de souffrir de dépression et d'anxiété (Clément et Dufour, 2009) au courant de leur vie.

### *Conséquences sur la vulnérabilité au stress et l'adolescence*

Le stress est un facteur de risque important quant à l'émergence de troubles de santé physique et mentale chez les jeunes enfants et les adolescents (Lohman et Jarvis, 2000). De plus, les jeunes confrontés à des adversités importantes tel que la négligence, présentent des niveaux d'hormones de stress beaucoup plus élevés et de ce fait sont davantage à risque de développer un trouble intériorisé et ce particulièrement à l'adolescence (Plusquellec et al., 2015). En effet, le cerveau des adolescents serait plus sensible à ces niveaux élevés d'hormones de stress puisque le nombre de récepteurs spécifiques au cortisol dans le cerveau est aussi plus élevé pendant cette période développementale (Plusquellec et al., 2015). Ainsi, pendant l'adolescence davantage de cortisol franchit la barrière hématoencéphalique pour se fixer aux récepteurs se trouvant dans le cerveau (Plusquellec et al., 2015) et de ce fait, l'impact du stress sur le développement s'avère être important et ce particulièrement lorsque les jeunes sont confrontés à de nombreuses situations stressantes.

La période développementale de l'adolescence se caractérise aussi par la diversité et l'intensité des changements qu'elle apporte. Certains de ces changements peuvent s'observer par des transformations physiques, la construction de l'identité et le développement de l'autonomie. C'est aussi une période pendant laquelle les relations sociales et intimes prennent beaucoup de place et l'influence des pairs devient particulièrement importante. En quête de liberté et de nouvelles expériences, certains jeunes peuvent s'exposer à des situations risquées par désir de vivre des sensations fortes. L'adolescence est une période critique, et ce principalement pour les jeunes ayant vécu des adversités importantes. En effet, ces jeunes ont souvent de la difficulté à s'adapter aux nombreux changements auxquels ils sont confrontés résultant en un niveau élevé de stress vécu au quotidien. Présentant des lacunes importantes au niveau de certaines ressources internes et externes, les jeunes victimes de négligence sont beaucoup plus vulnérables aux événements stressants ayant des répercussions importantes sur leur développement (Dumont et Provost, 1999). Nombreuses conséquences associées à la négligence peuvent aussi influencer cette vulnérabilité au stress tel qu'une estime de soi plus faible, le manque de support social ainsi que l'absence de

stratégies positives de *coping* visant la gestion de l'anxiété (Dumont et Provost, 1999), ne faisant qu'accentuer l'impact négatif du stress sur le bien-être des jeunes pendant l'adolescence. En raison de cette vulnérabilité accrue au stress pendant l'adolescence, ainsi que les particularités des jeunes victimes de négligence particulièrement au niveau de l'intensité de stress vécu au quotidien, il s'avère pertinent et primordial de cibler des interventions visant la diminution du stress afin d'augmenter leur bien-être et diminuer le risque de développer un trouble intériorisé tel que l'anxiété et la dépression à plus long terme.

#### *Effet modérateur de l'estime de soi et du sentiment d'efficacité personnelle*

Certains facteurs personnels ont aussi une influence quant à l'intensité du stress perçu. D'abord, l'estime de soi peut amplifier ou atténuer l'intensité du stress perçu et de ce fait, a un impact considérable sur le bien-être (Lazarus et Folkman, 1987). Plus spécifiquement, « une estime de soi faible est associée à un stress et détresse psychologique plus élevés » (Abouserie, 1994). Selon le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1987), la façon dont une personne s'adapte à son environnement est influencée par l'évaluation qu'elle fait d'abord de la situation et ensuite des ressources qu'elle possède pour y faire face. Ainsi, plus la personne a une image de soi positive c'est-à-dire, qu'elle perçoit avoir les ressources personnelles nécessaires pour faire face à la situation, moins celle-ci sera perçue comme étant menaçante et non contrôlable. À cet égard, puisque « l'évaluation cognitive d'une situation stressante ne sera pas la même selon le niveau d'estime de soi » (Faurie, Thouin et Sauvezon, 2016), il s'avère pertinent de miser sur l'estime de soi en tant que facteur de protection pour les jeunes présentant une vulnérabilité élevée au stress. En effet, les résultats rapportés par une étude menée auprès de 1504 adolescents norvégiens indiquent l'existence d'une corrélation négative importante entre l'estime de soi et le stress perçu (Moksnes, Moljord, Espnes et Byrne, 2010). Mais encore, il est démontré qu'une estime de soi positive permet d'atténuer l'influence du stress sur les émotions négatives associées à l'émergence des troubles intériorisés comme la dépression et l'anxiété (Moksnes, Moljord, Espnes et Byrne, 2010). En ce qui a trait au sentiment d'efficacité personnelle, celui-ci tel que défini par Bandura (2003), fait référence aux croyances individuelles quant aux compétences disponibles pour faire face aux événements de la vie quotidienne. Ces capacités individuelles permettant l'organisation et la réalisation avec succès des différentes tâches contribuent également au jugement qu'ont les individus de soi (Bandura, 2003). Ainsi, le développement du sentiment d'efficacité personnelle aura un impact sur l'estime de soi et de ce fait, permet également d'atténuer l'intensité du stress perçu.

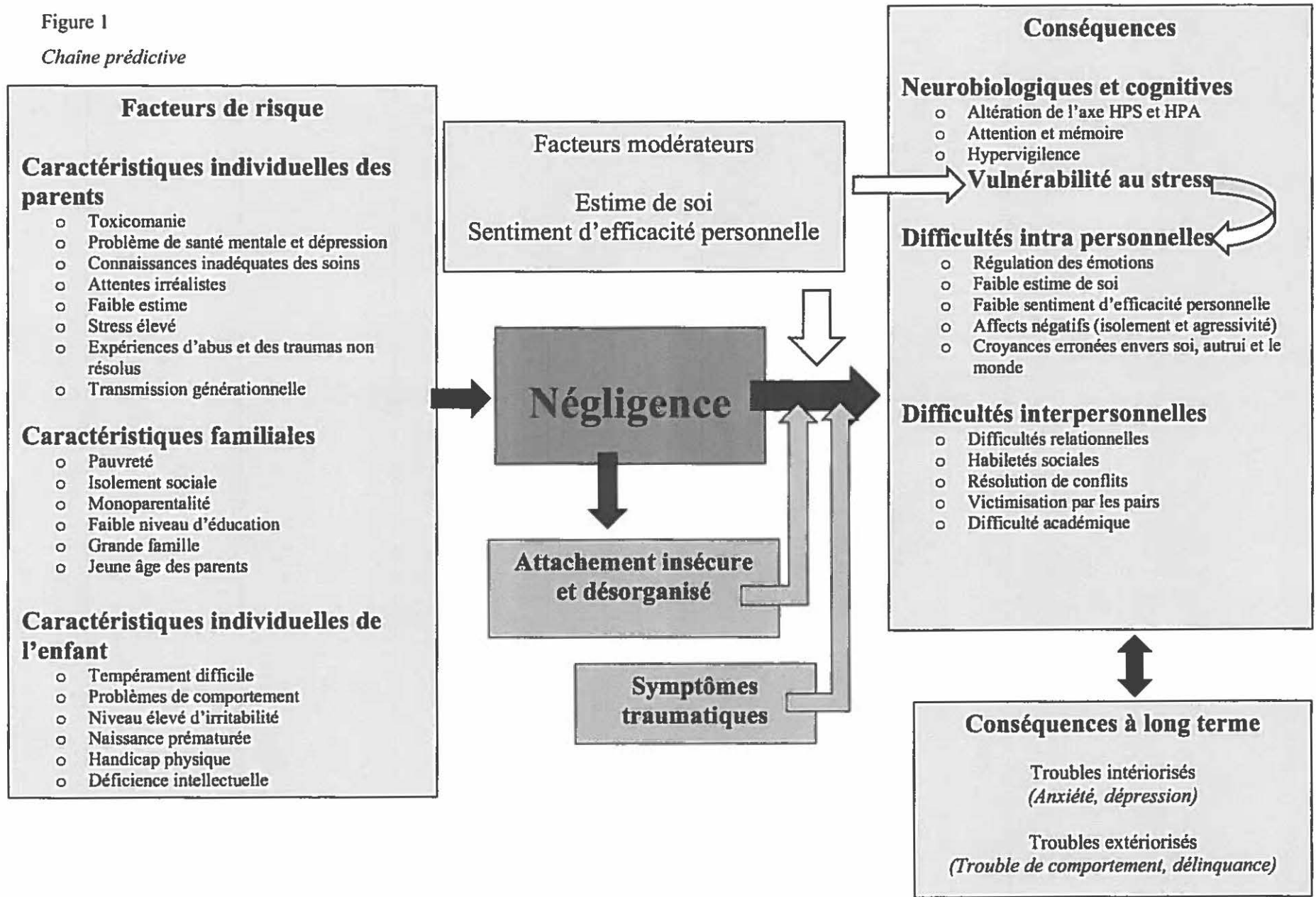


### *Chaîne développementale*

La figure suivante permet d'illustrer les liens qui existent entre les facteurs influençant l'émergence de la négligence ainsi que les conséquences associées à cette problématique. D'abord, certaines caractéristiques individuelles des parents ainsi que des enfants agissent comme facteur de risque de la négligence. À ces caractéristiques s'ajoutent des facteurs de risque observés au sein des familles influençant aussi l'émergence de la problématique. Aucun facteur ne cause directement la négligence, mais c'est davantage l'accumulation de plusieurs facteurs qui augmente le risque d'émergence de celle-ci. L'impact de la négligence s'observe aussi à travers diverses conséquences tant sur la relation d'attachement que sur le développement des enfants, et ce jusqu'à l'âge adulte. L'absence d'une relation d'attachement sécurisante ainsi que les symptômes traumatiques résultant de la problématique ont aussi des répercussions importantes sur les différentes sphères de développement de l'enfant et accentuent l'impact de la problématique. À ces facteurs, certaines caractéristiques personnelles permettent aussi de diminuer l'impact de la négligence sur le développement. À cet effet, deux facteurs sont considérés, soit l'estime de soi ainsi que le sentiment d'efficacité personnelle agissant en tant que modérateur dans l'émergence des conséquences, et ce particulièrement au niveau de l'intensité du stress vécu.

Figure 1

Chaîne prédictive



## 1.2 Interventions déjà expérimentées

### *Interventions ciblant la négligence*

Plusieurs programmes d'intervention ciblant la problématique sont reconnus comme étant efficaces pour diminuer le risque d'apparition des contextes de négligence ainsi que les conséquences y étant associées. Ces programmes s'adressent aux familles vulnérables et visent l'amélioration des conditions de vie afin de diminuer le risque d'émergence ou de récurrence de la négligence (Rubin, 2012). La majorité des programmes offerts en contexte de négligence ciblent principalement les habiletés parentales, la relation d'attachement et le développement des enfants.

Le programme *Ces années incroyables*, vise la diminution des comportements problématiques de l'enfant tout en favorisant le développement d'une relation parent-enfant harmonieuse ainsi que l'apprentissage de pratiques parentales efficaces (Letarte, Normandeau et Allard, 2010). Afin d'encourager les apprentissages, des vignettes vidéos, des échanges de groupe, des stratégies de résolution de problèmes ainsi que des jeux de rôles et des activités à expérimenter à la maison sont préconisés. Le programme a été implanté auprès de parents référés à la direction de la protection de la jeunesse pour négligence. Les résultats rapportés suivant l'évaluation du programme indiquent une augmentation des pratiques parentales positives, une diminution des méthodes éducatives coercitives ainsi qu'une amélioration des comportements des enfants (Letarte, Normandeau et Allard, 2010). Ces effets observés permettent de diminuer le risque de négligence ainsi que la récurrence de la maltraitance au sein des familles vulnérables.

Le programme *Positive Parenting* vise aussi par le développement des pratiques parentales positives, une diminution des comportements problématiques et des difficultés émotionnelles des enfants. Ces difficultés représentent des facteurs de risque importants quant à l'émergence de la négligence. De plus, miser sur l'apprentissage des habiletés parentales permet aussi de diminuer les conséquences pouvant être associées à la problématique (Sanders et al., 2004). Ce programme comprend plusieurs niveaux d'intervention variant selon l'intensité des services offerts et les besoins des familles. Des interventions de nature ciblées et intensives s'adressent généralement aux familles présentant des facteurs de risque importants. Ces interventions visent spécifiquement les attributions erronées qu'ont les parents face à leurs comportements et ceux de leurs enfants ainsi que la gestion de la colère puisque ces caractéristiques sont associées à l'émergence de comportements négligents (Black, Heyman et Slep, 2001). En effet, les parents ayant des croyances

erronées et des attentes irréalistes envers leurs comportements parentaux et le développement de leur enfant présentent un risque élevé d'attribuer des intentions hostiles aux actions de leur jeune. Ces attributions négatives sont aussi associées à la mise en place de méthodes éducatives coercitives (Bugental, 2000). Une étude évaluant les effets du programme démontre que les interventions ciblées pour les familles à risque sont efficaces pour augmenter le sentiment de compétence des parents ainsi que diminuer les problèmes de comportement des enfants (Bor, Sanders et Markie-Dadds, 2002).

Le programme d'*Intervention Relationnelle* (Larin, St-Georges, Jacques et Otis, 2006) vise spécifiquement l'augmentation de la sécurité d'attachement entre le parent et son enfant par l'amélioration de la sensibilité parentale. S'adressant principalement aux enfants sous la protection de la jeunesse et leurs parents, le programme cible les familles vulnérables ou en contexte de maltraitance. Similairement aux autres programmes, celui-ci vise à améliorer les pratiques parentales afin de diminuer le risque de récurrence de la négligence. S'échelonnant sur huit semaines, l'intervention préconise l'utilisation de la rétroaction vidéo permettant de mettre en évidence les interactions entre le parent et son enfant en contexte de jeu afin d'encourager l'augmentation des comportements de sensibilité, de proximité et de réciprocité (Lafortune, Cousineau et Tremblay, 2000). L'interaction filmée est par la suite visionnée par le parent en compagnie de l'intervenant qui souligne les forces de celui-ci afin d'encourager la mise en place de comportements adaptés aux besoins de l'enfant. Ces trois programmes ne sont que quelques exemples d'interventions ciblant la problématique de négligence. Les effets présentent des répercussions positives sur le développement des enfants et agissent comme facteur de protection quant à l'émergence de la négligence. Néanmoins, ces programmes sont difficilement adaptables pour les adolescents placés en hébergement au Centre Jeunesse. Ces jeunes ont été confrontés à un vécu teinté de négligence, mais la majorité d'entre eux ne retourneront pas dans leur milieu familial priorisant davantage un projet de vie visant l'autonomie. Bien que miser sur les pratiques parentales positives s'avère être une intervention optimale pour les familles vulnérables, des interventions ciblant les conséquences associées à la maltraitance sur le développement sont beaucoup plus optimales pour les jeunes adolescents. Tel que rapporté précédemment, la négligence a des répercussions importantes sur le développement des enfants, notamment la propension à développer une vulnérabilité accrue au stress pendant l'adolescence. Ainsi, la prochaine section comprend une recension des programmes reconnus comme étant efficaces quant à la diminution

du stress ainsi que des symptômes associés à l'anxiété. C'est d'ailleurs sur ces programmes que s'appuie l'intervention qui sera proposée dans le présent travail.

### *Interventions ciblant l'anxiété et le stress*

Les interventions reconnues comme étant efficaces pour traiter l'anxiété chez les enfants et les adolescents sont basées sur la thérapie cognitivo comportementale (Compton et al., 2004). L'objectif de la thérapie cognitivo comportementale est de modifier les comportements et les cognitions associés à l'anxiété. Tel que défini par Compton et al. (2004), les interventions de type cognitivo-comportementales sont basées sur cinq composantes principales. D'abord, le choix de la thérapie cognitivo comportementale s'effectue selon l'évidence empirique de son efficacité quant au traitement des troubles anxieux. Pour ce faire, une évaluation fonctionnelle des comportements problématiques est préconisée afin de mettre en évidence les facteurs influençant l'émergence et le maintien des comportements (Turgeon, Brousseau et Denis, 2007). Ensuite une transmission des connaissances sur la problématique à la personne est encouragée afin qu'elle ait une compréhension quant aux causes et manifestations de l'anxiété. Une autre composante majeure des thérapies cognitivo comportementales est l'importance accordée à la généralisation des acquis dans l'environnement naturel de la personne ainsi que des modalités mises en place pour prévenir les rechutes (Turgeon, Brousseau, Denis, 2007).

Plus spécifiquement en lien avec la vulnérabilité au stress, les thérapies cognitivo comportementales sont basées sur le modèle de l'anxiété développé par Barlow (1988) et comprennent des interventions ciblant les composantes physiologiques, cognitives et comportementales (Kendall, Chu, Pimentel et Choudhury, 2000). Ces techniques visent à diminuer les symptômes physiques associés à l'anxiété, modifier les cognitions erronées ainsi qu'exposer la personne à la situation anxiogène. Typiquement, les programmes cognitivo comportementaux s'échelonnent sur une période entre huit et 16 semaines. Plusieurs programmes ciblant l'anxiété sont basés sur les fondements théoriques de la thérapie cognitivo comportementale et comportent de nombreuses modalités d'intervention similaires. D'abord, une emphase particulière est portée sur la transmission des connaissances quant à la problématique ciblée. Dans le cas présent, les programmes ciblant l'anxiété visent d'abord la reconnaissance des différentes composantes de l'anxiété ainsi que les manifestations cognitives, émotionnelles et comportementales possibles de celle-ci. Des techniques de relaxation sont aussi proposées afin de permettre aux jeunes de prendre conscience des réactions physiologiques associées au stress pour ainsi être en mesure d'avoir

davantage de contrôle sur ceux-ci. Des techniques de restructuration cognitive et de résolution de problème font aussi parties de la thérapie cognitivo comportementale. Ces techniques d'intervention visent à modifier les pensées automatiques négatives ainsi que les distorsions cognitives associées à l'émergence de l'anxiété tout en offrant des stratégies positives quant à la gestion du stress. Finalement, le modelage et l'exposition aux situations anxiogènes sont aussi des moyens privilégiés par les interventions ayant comme objectif une fois de plus de diminuer l'anxiété.

L'efficacité de la thérapie cognitivo comportementale favorise l'émergence de nombreux programmes curatifs et préventifs ciblant les troubles intériorisés. D'abord, le programme *Coping Cat* développé par Kendall (1992) s'avère être une référence en matière d'intervention auprès des jeunes enfants et adolescents. Issu de l'approche cognitivo comportementale, celui-ci est un programme reconnu comme ayant des effets positifs quant à la diminution des symptômes associés à l'anxiété. Destiné aux enfants de 6 à 13 ans, le programme implique une intervention individuelle de type cognitivo-comportementale s'échelonnant sur 16 séances. Les résultats indiquent qu'en moyenne 64% des enfants ayant participé au programme ne démontrent plus de critères diagnostics de l'anxiété en plus d'un maintien des gains jusqu'à 9 ans après l'intervention comparativement à 5 % des jeunes du groupe contrôle (Kendall, 1994; Ollendick et King, 1998). Plusieurs programmes ciblant l'anxiété et le stress découlent de *Coping Cat* notamment, *Coping Koala*, une adaptation australienne du programme (Barrett, 1996), *FRIENDS* (Barrett, Lowry-Webster et Holmes, 1999) et *The Cool Kids* (Rapee et al., 2006). Le programme *The Cool Teens CD-ROM* (Cunningham, Rapee et Lyncham, 2006) et *BRAVE for Teenagers ONLINE* (Spence et al., 2011) sont aussi des programmes d'interventions de type cognitivo comportemental, mais ceux-ci en plus de cibler spécifiquement les adolescents présentant des symptômes anxieux, visent aussi à augmenter la participation des jeunes par l'entremise de l'intégration des nouvelles technologies. Ainsi, les jeunes peuvent compléter le programme de façon virtuelle, et ce à partir d'un ordinateur.

Certains programmes de type préventifs s'adressent aussi aux jeunes présentant des symptômes d'anxiété et une vulnérabilité élevée au stress sans nécessairement répondre aux critères diagnostics des troubles anxieux. Une intervention précoce et préventive permet de diminuer les risques que l'anxiété devienne un état chronique de détresse et de ce fait s'avère être particulièrement pertinente pour les jeunes présentant des facteurs de risque importants (Ollendick et King, 1994). Par exemple le programme *Queensland Early Intervention and Prevention of*



*Anxiety Project* (Dadds, Spence, Holland, Barrett et Laurens, 1997) est un programme d'intervention ciblant des jeunes enfants âgés entre 7 et 14 ans qui présentent des symptômes d'anxiété légers à modérés. Celui-ci s'inspire aussi du programme *Coping Cat. The Resourceful Adolescent Program* (Shochet, Holland et Whitefield, 1997) est un programme s'adressant à des jeunes adolescents âgés de 13 à 18 ans qui présentent des traits anxieux et dépressifs. L'objectif de ce programme est d'augmenter la résilience des jeunes adolescents présentant des difficultés émotionnelles (Turgeon, Brousseau et Denis, 2007). Les résultats indiquent une réduction significative des traits anxieux et dépressifs pour les jeunes du groupe d'intervention ainsi qu'une amélioration du sentiment de compétence personnelle (Turgeon, Brousseau et Denis, 2007; Muris, Bogie et Hoogsteder, 2001). Nombreuses évaluations subséquentes rapportent des effets prometteurs quant à l'amélioration de la qualité de vie des adolescents ayant participé à ce programme. Le programme de prévention *Funambule : pour une gestion équilibrée du stress* (Dumont, Leclerc, Massé et Mckinnon, 2015) s'inspire aussi de la thérapie cognitivo comportementale et a comme objectif d'améliorer la gestion du stress dans les situations susceptibles d'être anxiogènes pour les adolescents. Finalement, le programme universel de prévention *Détresse et Progrès* développé par les chercheurs du Centre de recherche sur le stress humain (2011) a comme objectif de transférer les connaissances sur la science du stress aux adolescents. D'abord ciblant des jeunes adolescents afin de diminuer l'anxiété associée à la transition entre le primaire et le secondaire, une adaptation du programme a aussi été implantée dans plusieurs unités du Centre Jeunesse de Montréal (Plusquellec et al., 2015). Des adolescents garçons ayant vécu plusieurs adversités notamment des situations de négligence ont été ciblés car c'est possiblement ces jeunes qui vivent le plus de stress au quotidien en raison des nombreuses conséquences résultantes de leur vécu. Les recherches ont également démontré que ce programme d'intervention s'avère être efficace à l'égard de la vulnérabilité au stress des jeunes victimes d'adversités importantes telle que la négligence.

Les tableaux 1 à 20 présentent une recension davantage détaillée des programmes décrits ci-dessus ainsi que les effets rapportés lors de l'implantation de ceux-ci. Cette recension détaillée permet donc de rendre compte de l'efficacité des programmes en lien avec la problématique ciblée.

Tableau 1

*Description du programme d'intervention Coping Cat*

Auteurs	Nom du programme	Type d'intervention (Universelle ou ciblée)	Modalités d'intervention
Kendall (1990)	Coping Cat	Intervention ciblée pour les jeunes présentant un trouble anxieux âgés entre 7 et 13 ans.	<p>Thérapie individuelle cognitivo comportementale</p> <p>Objectifs visés par le programme : reconnaissance des signes associés à l'anxiété et augmentation des stratégies de coping.</p> <p>Contenu du programme 16 sessions hebdomadaires d'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification de la nature et indicateurs de l'anxiété (FEAR plan) <i>F : Feeling frightened</i> <i>E : Expecting Bad Things to happen</i> <i>A: Attitudes and Actions that might help</i> <i>R: Results and Reward</i></li> <li>- Identification des pensées anxiogènes</li> <li>- Identification de stratégies de résolution de problèmes centrées sur les comportements, les cognitions et les réactions physiologiques.</li> </ul> <p>Moyens d'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Techniques de relaxation</li> <li>- Restructuration cognitive</li> <li>- Exposition graduée imaginaire et in vivo</li> <li>- Exercices à faire avec l'intervenant</li> <li>- Devoirs à compléter à la maison</li> <li>- Implication des parents</li> </ul> <p>Manuel d'instruction afin d'uniformiser l'implantation du programme.</p> <p>Cahier du participant avec des exercices et activités</p>



Tableau 2

*Évaluation du programme d'intervention Coping Cat*

Caractéristiques des participants	Durée	Devis/Protocole	Résultats Proximaux	Résultats Distaux
47 enfants âgés entre 9 et 13 ans présentant un trouble anxieux (Kendall, 1994)	16 semaines	Devis expérimental à répartition aléatoire (Deux conditions)  1. Intervention 2. Contrôle	64% des jeunes ayant reçu l'intervention ne répondent plus aux critères diagnostiques des troubles anxieux comparativement à 5% des jeunes du groupe contrôle	Maintien des gains un an suivant l'intervention.
94 enfants âgés entre 9 et 13 ans présentant un trouble anxieux (Kendall et al., 1997)	16 semaines	Devis expérimental à répartition aléatoire (Deux conditions)  1. Intervention 2. Contrôle	71% des jeunes ayant reçu l'intervention ne répondent plus aux critères diagnostiques des troubles anxieux.	Maintien des gains un an suivant l'intervention.
161 enfants âgés entre 7 et 14 ans présentant un trouble anxieux (Kendall et al., 2008)	16 semaines	Devis expérimental à répartition aléatoire (Trois conditions)  1. Intervention individuelle 2. Intervention familiale 3. Contrôle	Diminution significative des symptômes anxieux pour les deux groupes d'intervention lorsque comparé au groupe contrôle.  Diminution plus marquée pour le groupe d'enfants ayant reçu l'intervention individuelle lorsque comparé au groupe d'intervention familiale.	Maintien des gains un an suivant l'intervention.

Tableau 3

*Description du programme d'intervention Coping Koala*

Auteurs	Nom du programme	Type d'intervention (Universelle ou ciblée)	Modalités d'intervention
Barrett (1995)	Coping Koala  Adaptation australienne du programme Coping Cat.	Intervention ciblée pour les jeunes présentant un trouble anxieux âgés entre 7 et 14 ans.	<p>Thérapie cognitivo comportementale</p> <p>Objectifs visés par le programme : reconnaissance des signes associés à l'anxiété et augmentation des stratégies de coping.</p> <p>Contenu du programme</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification des pensées anxiogènes</li> <li>- Identifications des émotions associées à l'anxiété</li> <li>- Identification de stratégies de résolution de problèmes centrées sur les comportements, les cognitions et les réactions physiologiques.</li> <li>- Identifier les pensées aidantes et positives</li> </ul> <p>Moyens d'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Techniques de relaxation</li> <li>- Restructuration cognitive</li> <li>- Exposition graduée imaginaire et in vivo</li> <li>- Exercices à faire avec l'intervenant</li> <li>- Jeux de rôles</li> <li>- Modelage par les pairs</li> <li>- Renforcements des progrès</li> <li>- Implication des parents (manuel d'intervention disponible)</li> </ul> <p>Manuel d'instruction afin d'uniformiser l'implantation du programme.</p> <p>Cahier du participant avec des exercices et activités</p>

Tableau 4

*Évaluation du programme d'intervention Coping Koala*

Caractéristiques des participants	Durée	Devis/Protocole	Résultats Proximaux	Résultats Distaux
66 enfants âgés entre 7 et 14 ans présentant un trouble anxieux (Barrett, 1998)	12 semaines	Devis expérimental à répartition aléatoire (trois conditions)  1. Programme 2. Programme et intervention familiale ( <i>Group Family Anxiety Management</i> , Barrett, 1995) 3. Contrôle	64,8% des jeunes ayant reçu l'intervention (groupe 1 et 2) ne répondent plus aux critères diagnostiques des troubles anxieux comparativement à 25,2% des jeunes du groupe contrôle.  Aucune différence significative entre les jeunes ayant reçu uniquement le programme (groupe 1) et les jeunes ayant participé à l'intervention familiale aussi (groupe 2) quant aux symptômes anxieux.  Différence significative entre le groupe 1 et le groupe 2 pour certaines des variables mesurées (par exemple, comportements internalisés et externalisés ont davantage diminué pour les jeunes du groupe 2, tel que rapporté par les parents).	Maintien des gains un an après l'intervention.
79 enfants âgés entre 7 et 14 ans présentant un trouble anxieux (Barrett, Dadds et Rapee, 1996)		Devis expérimental à répartition aléatoire (trois conditions)  1. Programme 2. Programme et intervention familiale ( <i>Group Family Anxiety Management</i> , Barrett, 1995) 3. Contrôle	69,8% des jeunes ayant reçu l'intervention (groupe 1 et 2) ne répondent plus aux critères diagnostiques des troubles anxieux comparativement à 26% des jeunes du groupe contrôle.  Différence significative entre les deux groupes d'intervention (1 et 2). 57% des jeunes ayant participé au programme (groupe 1) ne présentent plus de symptômes diagnostiques comparativement à 84% des jeunes ayant aussi reçu l'intervention familiale (groupe 2).	Maintien des gains 6 mois et un an après l'intervention.  Amélioration significative pour le groupe 2, un an suivant l'intervention. 69,8% des jeunes du groupe 1 ne présentent plus de symptômes diagnostiques comparativement à 95,6% des jeunes du groupe 2.

Tableau 5

*Description du programme d'intervention Friends*

Auteurs	Nom du programme	Type d'intervention (Universelle ou ciblée)	Modalités d'intervention
Barrett (2005)	Friends	Intervention ciblée pour les jeunes âgés entre 7 et 16 ans présentant un trouble anxieux ou des symptômes anxieux.	<p>Thérapie individuelle ou de groupe cognitivo-comportementale</p> <p>Objectifs visés par le programme : Remplacer les pensées négatives par des pensées positives et reconnaissance des manifestations physiques de l'anxiété.</p> <p>Contenu du programme 10 sessions hebdomadaires d'intervention</p> <p>À chaque séance, une composante de l'acronyme FRIENDS est présentée  <i>F : Feelings</i>  <i>R : Remember to relax</i>  <i>I : I can do it!</i>  <i>E : Explore solutions</i>  <i>N : Now reward yourself</i>  <i>D : Dont forget to practice</i>  <i>S : Smile, stay calm</i></p> <p>Moyens d'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Techniques de relaxation</li> <li>- Restructuration cognitive</li> <li>- Exposition graduée</li> <li>- Devoirs à compléter à la maison</li> <li>- Volet parents (4 séances)</li> <li>- Stratégies pour améliorer l'attention</li> </ul> <p>Manuel d'instruction afin d'uniformiser l'implantation du programme.</p> <p>Cahier du participant avec des exercices et activités</p>

Tableau 6

*Évaluation du programme d'intervention Friends*

Caractéristiques des participants	Durée	Devis/Protocole	Résultats Proximaux	Résultats Distaux
79 enfants âgés entre 7 et 14 ans ayant un diagnostic de trouble anxieux (Barrett, Rappee et Dadds, 1996)	12 semaines	Devis expérimental à répartition aléatoire (Trois conditions)  1. Intervention 2. Intervention et implication des parents 3. Contrôle	57% des jeunes ayant reçu l'intervention (groupe 1) ne remplissaient plus les critères diagnostics d'un trouble anxieux  84% des jeunes ayant reçu l'intervention (groupe 2) ne remplissaient plus les critères diagnostics d'un trouble anxieux.  Les enfants de 7 à 10 ans répondent mieux à la condition 2 de l'intervention (implication des parents)  Les enfants de 11 à 14 ans répondent mieux à la condition 1 de l'intervention (programme uniquement)	Maintien des gains 6 mois et un an après l'intervention.
733 enfants âgés entre 9 et 16 ans (7 écoles) (Lock et Barrett, 2003)	10 semaines	Devis expérimentale à répartition aléatoire (Deux conditions)  1. Intervention 2. Cursus scolaire régulier	Réduction davantage significative des symptômes d'anxiété pour les jeunes ayant participé à l'intervention, tel que mesuré par <i>The Spence Child Anxiety Scale</i> (Spence, 1998) comparativement au groupe suivant le cursus scolaire régulier.  Réduction davantage marquée pour les jeunes âgés entre 10 et 13 ans.	Maintien des gains un an suivant l'intervention.

Tableau 7

*Description du programme d'intervention The Cool Kids*

Auteurs	Nom du programme	Type d'intervention (Universelle ou ciblée)	Modalité d'intervention
Rapee et al., 2006	<i>The Cool Kids and Adolescent Anxiety Program</i>	Intervention ciblée pour les jeunes âgées entre 7 et 18 ans présentant des symptômes ou un trouble anxieux.	<p>Thérapie individuelle ou de groupe cognitivo-comportementale</p> <p>Objectifs visés par le programme : Réduire les symptômes associés à l'anxiété, reconnaître les pensées, émotions et comportements sous-jacents.</p> <p>Contenu du programme 10 sessions hebdomadaires d'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier les composantes cognitives, émotionnelles et comportementales de l'anxiété.</li> <li>- Résolution de problèmes</li> <li>- Hiérarchisation des peurs associées à l'anxiété</li> <li>- Exposition graduée aux situations anxiogènes.</li> </ul> <p>Moyens d'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Techniques de relaxation</li> <li>- Restructuration cognitive</li> <li>- Exposition graduée</li> <li>- Renforcements des progrès et atteinte des objectifs</li> <li>- 2 sessions d'information pour les parents</li> </ul> <p>Plusieurs adaptations du programme sont disponibles</p>

Tableau 8  
*Évaluation du programme d'intervention The Cool Kids*

Caractéristiques des participants	Durée	Devis/Protocole	Résultats Proximaux	Résultats Distaux
112 enfants âgés entre suivant 7 et 16 ans présentant un trouble anxieux (Hudson et al., 2009)	11 semaines	Devis expérimental à répartition aléatoire (Deux conditions)  1. Intervention 2. Contrôle	68,6% des jeunes ayant reçu l'intervention (groupe 1) ne remplissaient plus les critères diagnostics d'un trouble anxieux comparativement à 45,5% des jeunes du groupe contrôle.	Maintien des gains 6 mois l'intervention.
91 enfants âgés entre suivant 8 et 11 ans issus de milieux défavorisés présentant des symptômes anxieux (Mifsud et Rapee, 2005)	8 semaines	Devis expérimental à répartition aléatoire (Deux conditions)  1. Intervention 2. Contrôle	Diminution significative des symptômes anxieux pour les jeunes ayant participé à l'intervention.  Aucun changement pour les jeunes du groupe contrôle.	Maintien des gains 4 mois l'intervention.

Tableau 9

*Description du programme d'intervention Cool Teens CD-ROM*

Auteurs	Nom du programme	Type d'intervention (Universelle ou ciblée)	Modalités d'intervention
Cunningham et al., 2006	<i>The Cool Teens CD-ROM</i>	Ciblée pour des adolescents âgés entre 14 et 18 ans présentant des symptômes anxieux.	<p data-bbox="1360 345 1919 401">Intervention cognitivo comportementale assistée par l'ordinateur.</p> <p data-bbox="1360 433 1919 518">Objectifs visés par le programme : Développer des stratégies visant à diminuer les émotions négatives associées à l'anxiété.</p> <p data-bbox="1360 553 1919 638">Contenu du programme 8 modules (30 à 60 minutes chacun) à compléter sur une période pouvant varier entre 8 et 12 semaines.</p> <ul data-bbox="1409 641 1919 898" style="list-style-type: none"> <li>- Connaissances théoriques sur l'anxiété</li> <li>- Résolution de problèmes</li> <li>- Augmenter son estime de soi</li> <li>- Hiérarchisation des peurs associées à l'anxiété</li> <li>- Exposition graduée aux situations anxiogènes.</li> <li>- Remplacer les inquiétudes par des pensées réalistes</li> </ul> <p data-bbox="1360 933 1919 1192">Moyens d'intervention</p> <ul data-bbox="1409 963 1919 1192" style="list-style-type: none"> <li>- Restructuration cognitive</li> <li>- Illustrations, vidéos, textes et dessins animés</li> <li>- Exposition graduée</li> <li>- Activités et devoirs à compléter</li> <li>- Séquence d'intervention personnalisée selon le rythme du jeune</li> <li>- Appel d'un intervenant servant comme source de soutien pour le jeune</li> </ul>



Tableau 10

*Évaluation du programme d'intervention Cool Teens CD-ROM*

Caractéristiques des participants	Durée	Devis/Protocole	Résultats Proximaux	Résultats Distaux
43 adolescents âgés entre 14 et 17 ans présentant un trouble anxieux (Wuthrich et al., 2012)	12 semaines	Devis expérimental à répartition aléatoire (deux conditions)  1. Programme 2. Liste d'attente	41% des jeunes ayant participé au programme (groupe 1) ne remplissaient plus les critères diagnostiques d'un trouble anxieux comparativement à aucun des participants de la liste d'attente (groupe 1).  Les jeunes ayant participé au programme rapportent une réduction significative de l'interférence des symptômes associés à l'anxiété dans leur vie.	3 mois après l'intervention 26 % des jeunes ayant participé au programme ne remplissaient plus les critères diagnostiques comparativement à aucun des jeunes de la liste d'attente.

Tableau 11

*Description du programme d'intervention BRAVE for Teenagers ONLINE*

Auteurs	Nom du programme	Type d'intervention (Universelle ou ciblée)	Modalités d'intervention
Spence, Holmes et Donovan, 2006	BRAVE for Teenagers ONLINE	Ciblée pour des adolescents âgés entre 14 et 18 ans présentant des symptômes anxieux.	<p>Intervention cognitivo comportementale assistée par l'ordinateur.</p> <p>Objectifs visés par le programme : Diminuer les symptômes associés à l'anxiété.</p> <p>Contenu du programme 10 sessions hebdomadaires d'une heure</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaissances théoriques sur l'anxiété</li> <li>- Résolution de problèmes</li> <li>- Hiérarchisation des peurs associées à l'anxiété</li> <li>- Exposition graduée aux situations anxiogènes.</li> <li>- Remplacer les inquiétudes par des pensées réalistes</li> <li>- Reconnaître les composantes de l'anxiété</li> </ul> <p>Moyens d'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Restructuration cognitive</li> <li>- Illustrations, vidéos, textes, dessins animés et quizz</li> <li>- Exposition graduée</li> <li>- Techniques de relaxation</li> <li>- Activités et devoirs à compléter</li> <li>- Séquence d'intervention personnalisée selon le rythme du jeune</li> <li>- Appels/courriels d'un intervenant servant comme source de soutien pour le jeune et les parents</li> </ul>

Tableau 12

*Évaluation du programme d'intervention BRAVE for Teenagers ONLINE*

Caractéristiques des participants	Durée	Devis/Protocole	Résultats Proximaux	Résultats Distaux
115 adolescents âgés entre 12 et 18 ans présentant un trouble anxieux (Spence et al., 2011)	10 semaines	Devis expérimental à assignation aléatoire (trois conditions)  1. Programme assisté par ordinateur 2. Programme TCC régulier 3. Liste d'attente	Diminution significative des symptômes pour les jeunes ayant participé aux programmes (groupe 1 et 2) lorsque comparé aux jeunes de la liste d'attente.  Aucune différence significative entre les deux groupes d'intervention.  19.5% des jeunes ayant reçu l'intervention en ligne (groupe 1) et 22.5% des jeunes ayant participé au programme régulier (groupe 2) ne présentaient plus de diagnostic comparativement à 4.2% des jeunes sur la liste d'attente (groupe 3).	Maintien des gains un an après l'intervention.

Tableau 13

*Description du programme d'intervention Queensland Early Intervention and Prevention of Anxiety Project*

Auteurs	Nom du programme	Type d'intervention (Universelle ou ciblée)	Modalités d'intervention
Dadds, Spence, Holland, Barrett et Laurens, 1997)	Queensland Early Intervention and Prevention of Anxiety Project	Ciblée pour des jeunes âgés entre 7 et 14 ans présentant des symptômes légers à Modérés d'anxiété.  Programme de prévention et d'intervention précoce en milieu scolaire pour les jeunes présentant des facteurs de risque importants	Intervention de groupe cognitivo comportementale  Objectifs visés par le programme : Augmentation des stratégies positives de gestion de l'anxiété.  Contenu du programme 10 sessions hebdomadaires d'intervention  Basé sur le programme <i>Coping Cat</i> (Kendall,1990)  - Identification de la nature et indicateurs de l'anxiété (FEAR plan) <i>F : Feeling frightened</i> <i>E : Expecting Bad Things to happen</i> <i>A: Attitudes and Actions that might help</i> <i>R: Results and Reward</i>  - Stratégies de <i>coping</i> centrées sur les réactions physiologiques, cognitives et comportementales.  Moyens d'intervention - Restructuration cognitive - Renforcement positif par les pairs - Modélage par les pairs - Devoirs à compléter - Techniques relaxation - Implication des parents (3 sessions)  Manuel d'instruction afin d'uniformiser l'implantation du programme.  Cahier du participant avec des exercices et activités

Tableau 14

*Évaluation du programme d'intervention Queensland Early Intervention and Prevention of Anxiety Project*

Caractéristiques des participants	Durée	Devis/Protocole	Résultats Proximaux	Résultats Distaux
128 jeunes âgées entre 7 et 14 ans présentant des symptômes légers à modérés d'anxiété (Dadds, Holland, Laurens, Mullins, Barrett et Spence, 1999).	10 semaines	Devis quasi-expérimental assignation non aléatoire (deux conditions)  1. Intervention 2. Cursus scolaire	Diminution des symptômes d'anxiété pour les deux groupes.	6 mois suivant l'intervention moins de jeunes ayant participé au programme présentaient un trouble anxieux. 54% des jeunes n'ayant pas participé au programme ont été diagnostiqués avec un trouble anxieux comparativement à 16% du de groupe ayant reçu l'intervention.  Aucune différence entre les deux groupes 12 mois après l'intervention.  24 mois après l'intervention, 39% des jeunes du groupe n'ayant pas participé au programme remplissaient les critères diagnostiques d'un trouble anxieux, comparativement à 20% pour les jeunes du groupe intervention.

Tableau 15

*Description du programme d'intervention Funambule : pour une gestion du stress équilibrée*

Auteurs	Nom du programme	Type d'intervention (Universelle ou ciblée)	Modalité d'intervention
Dumont, Leclerc, Massé et McKinnon (2015)	Funambule : pour une gestion du stress équilibrée	Universelle destinée aux jeunes du secondaire  Certains des jeunes peuvent être ciblés par des professionnels de leur école ou tout simplement démontrer un intérêt à participer au programme.	Intervention de groupe cognitivo-comportementale  Objectifs visés par le programme : Augmenter la compréhension des jeunes quant à leurs expériences stressantes.  Contenu du programme 8 sessions hebdomadaires d'intervention - Reconnaître les situations stressantes - Stratégies positives de gestion du stress - Reconnaître les différentes composantes du stress  Moyens d'intervention - Restructuration cognitive - Techniques de relaxation - Résolution de problème - Journal de bord et devoirs à compléter - Implication des proches (parents et enseignants) par l'entremise d'un guide d'accompagnement  Manuel d'instruction afin d'uniformiser l'implantation du programme  Cahier du participant avec des exercices et activités.

Tableau 16

*Évaluation du programme d'intervention Funambule : pour une gestion du stress équilibrée*

Caractéristiques des participants	Durée	Devis/Protocole	Résultats Proximaux	Résultats Distaux
138 adolescents québécois âgés entre 14 et 19 ans (Dumont, Leclerc, Massé et McKinnon, 2015)	8 semaines	Devis quasi-expérimental assignation non aléatoire (deux conditions)  1. Groupe intervention 2. Groupe témoin	Diminution du score d'anxiété de performance en situation d'évaluation des jeunes ayant participé au programme, tel que mesuré par l' <i>Échelle d'anxiété en contexte de performance</i> (Cassady et Johnson, 2002).  Augmentation des stratégies de résolution de problèmes efficaces observée pour les jeunes du groupe intervention, tel que mesuré par l' <i>Inventaire de résolution de problèmes sociaux</i> (Maydeu-Olivares et D'Zurilla, 1996).  Amélioration significative de la gestion du stress pour les jeunes ayant participé au programme, tel que mesuré par le <i>Questionnaire des stratégies de gestion du stress</i> (Dumont, Massé, Leclerc et Potvin, 2007).	Non disponible

Tableau 17

*Description du programme d'intervention The Resourceful Adolescent Program*

Auteurs	Nom du programme	Type d'intervention (universelle ou ciblée)	Modalité d'intervention
Shochet, Holland et Whitefield (1997)	<i>The Resourceful Adolescent Program</i>	Universelle pour les adolescents âgés entre 13 et 18 ans.	<p>Intervention de groupe cognitivo-comportementale</p> <p>Objectifs visés par le programme : Augmenter la résilience des adolescents présentant des difficultés émotionnelles.</p> <p>Contenu du programme 11 sessions hebdomadaires d'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmenter son estime de soi</li> <li>- Reconnaître les situations stressantes, manifestations physiologiques et cognitives associées à l'anxiété</li> <li>- Reconnaître ses forces et ses rêves</li> <li>- Importance des sources de soutien positives</li> </ul> <p>Moyens d'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Restructuration cognitive</li> <li>- Techniques de relaxation</li> <li>- Résolution de problème</li> <li>- Journal de bord avec des activités à compléter</li> <li>- Un volet du programme destiné aux parents</li> </ul> <p>Manuel d'instruction afin d'uniformiser l'implantation du programme.</p> <p>Cahier du participant avec des exercices et activités.</p>



Tableau 18

*Évaluation du programme d'intervention The Resourceful Adolescent Program*

Caractéristiques des participants	Durée	Devis/Protocole	Résultats Proximaux	Résultats Distaux
260 adolescents âgés entre 14 et 15 ans (Shochet et al., 2001)	11 semaines	Devis expérimental à répartition aléatoire (deux conditions)  1. Groupe intervention 2. Groupe contrôle	Les adolescents ayant participé au programme d'intervention présentaient moins de symptômes dépressifs en comparaison au groupe contrôle mesurés par le <i>Reynolds Adolescent Depression Scale</i> (Reynolds, 1987) et le <i>Children's Depression Inventory</i> (Kovacs, 1992).  Effets positifs observés tant pour les jeunes à risque que les adolescents présentant moins de risque de développer un trouble intériorisé.	Maintien des gains 10 mois suivant l'intervention.
392 adolescents âgés entre 13 et 15 ans (Merry et al., 2004)	11 semaines	Devis expérimental à répartition aléatoire (deux conditions)  1. Groupe intervention 2. Groupe contrôle	Les adolescents ayant participé au programme d'intervention présentaient moins de symptômes dépressifs en comparaison au groupe contrôle tel que mesuré par le <i>Beck Depression Inventory</i> (Beck et al., 1996) et le <i>Reynolds Adolescent Depression Scale</i> (Reynolds, 1987).	Maintien des gains 18 mois suivant l'intervention.
2664 adolescents âgés entre 13 et 14 ans et 3372 parents (Shochet et Ham, 2004)	11 semaines	Devis expérimental à répartition aléatoire (trois conditions)  1. Programme 2. Programme et volet parents 3. Groupe contrôle	Les adolescents ayant participé au programme (condition 1 et 2) présentaient moins de symptômes dépressifs en comparaison au groupe contrôle tel que mesuré par le <i>Children's Depression Inventory</i> (Kovacs, 1992).  49.1% des jeunes (condition 1 et 2) ayant obtenu un score supérieur au seuil clinique de l'inventaire avant l'intervention, obtiennent des scores normatifs suivant le programme comparativement à 34.3% des jeunes du groupe contrôle.	Maintien des gains 12 mois suivant l'intervention.

Tableau 19

*Description du programme d'intervention Déstresser et Progresser*

Auteurs	Nom du programme	Type d'intervention (universelle ou ciblée)	Modalité d'intervention
Centre de recherche sur le stress humain (2011)	<i>Déstresser et Progresser</i>	Intervention universelle auprès d'adolescents âgés entre 12 et 16 ans.	<p>Intervention de groupe</p> <p>Objectifs visés par le programme : Reconnaissance des composantes et des réactions physiologiques associées au stress. Développer des stratégies positives visant la gestion du stress afin d'augmenter la santé mentale et physique des adolescents.</p> <p>Contenu du programme 5 sessions hebdomadaires d'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Présentation du modèle S.P.I.N (composantes du stress) <i>S : Sentiment de contrôle faible</i> <i>P : Personnalité menacée</i> <i>I : Imprévisibilité</i> <i>N : Nouveauté</i></li> <li>- Présentation de stratégies d'adaptation centrées sur les émotions et sur le problème</li> <li>- Décortiquer les composantes de son stress</li> <li>- Impact du support social et de la pression sociale</li> </ul> <p>Moyens d'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jeux de rôle</li> <li>- Journal de bord avec des exercices à compléter</li> <li>- Exercices en petits groupes</li> <li>- Techniques de relaxation</li> <li>- PowerPoint (support visuel)</li> </ul> <p>Manuel d'instruction afin d'uniformiser l'implantation du programme et formations offertes pour les intervenants souhaitant animer le programme.</p>

Tableau 20

*Évaluation du programme d'intervention Déstresser et Progresser*

Caractéristiques des participants	Durée	Devis/Protocole	Résultats Proximaux	Résultats Distaux
504 adolescents québécois l'intervention, âgés entre 11 et 13 ans (Lupien et al., 2013) présentaient	5 séances  d'une durée de 40 minutes	Devis quasi-expérimental  Assignation non aléatoire des écoles à deux groupes  1. Programme 2. Liste d'attente	Pas de différence significative entre les deux groupes tel que mesuré par le niveau de cortisol.  Les jeunes ayant participé au programme et qui présentaient un niveau élevé de colère avant l'intervention, présentent une diminution significative quant à leur taux de cortisol.	3 mois suivant  les jeunes dont le niveau de cortisol a augmenté,  2,45 fois plus de risque de présenter des symptômes dépressifs.
29 adolescents âgés entre 12 et 15 ans placés en hébergement au Centre Jeunesse de Montréal (Plusquellec et al., 2016)	5 séances d'une durée de 40 minutes	Étude pilote	Augmentation de l'estime de soi mesurée par le <i>Rosenberg Self-Esteem Questionnaire</i> (Rosenberg, 1965).  Diminution du stress perçu mesuré par <i>The Perceived Stress Scale</i> (Cohen, Kamarck et Mermelstein, 1983).  Augmentation de la reconnaissance des émotions positives  Diminution des symptômes dépressifs	Non disponible

### 1.3 Intervention proposée

La vulnérabilité au stress représente une cible pertinente d'intervention auprès d'adolescents victimes de négligence. En effet, étant une conséquence associée à cette forme de maltraitance, il s'avère primordial d'intervenir à ce niveau afin de diminuer le risque d'émergence des troubles intériorisés tels que l'anxiété et la dépression. À partir de la recension des programmes ciblant spécifiquement l'anxiété et le stress, l'intervention proposée comprend d'abord l'utilisation de la thérapie cognitivo comportementale puisque celle-ci est privilégiée et reconnue comme étant efficace dans le traitement de l'anxiété et des symptômes associés (Kendall, 1990). Ainsi, l'utilisation de techniques d'intervention tels que la restructuration cognitive visant à défaire les pensées négatives automatiques, la reconnaissance des composantes associées au stress, la gestion des émotions, les stratégies de résolution de problèmes et les techniques de relaxation sont préconisées à travers l'intervention proposée. De plus, deux programmes d'intervention soit le programme *Déstresse et Progresse* (Lupien et al., 2003) ainsi que *The Resourceful Adolescent Program* (Shochet, Holland et Whitefield, 1997) ont été sélectionnés afin de mettre en place une intervention adaptée aux besoins des jeunes présentant des difficultés d'adaptation importantes. D'abord le programme *Déstresse et Progresse*, développé par le Centre d'étude sur le stress humain a été sélectionné en raison des résultats positifs observés suite à son implantation d'abord auprès de 500 adolescents débutant le secondaire. Les résultats de l'étude de validation indiquent que les jeunes ayant participé au programme présentaient une diminution significative des hormones de stress ainsi que des symptômes associés à la dépression, et ce particulièrement pour les adolescents présentant un niveau élevé de colère avant l'intervention (Lupien et al., 2003). De plus, le programme a été adapté pour des adolescents du Centre Jeunesse de Montréal. Implanté dans quatre unités d'hébergement auprès de 29 garçons adolescents, les résultats d'une première étude pilote indiquent une diminution au niveau du stress perçu, des symptômes dépressifs ainsi qu'une augmentation de l'estime de soi (Plusquellec et al., 2016). Certains éléments du programme *The Resourceful Adolescent* sont aussi proposés visant à augmenter la résilience des adolescents présentant des difficultés émotionnelles. (Shochet, Holland et Whitefield, 1997) par l'augmentation de certains facteurs de protection tels que l'estime de soi et le sentiment d'efficacité personnelle.

L'intervention comprend d'abord deux volets, des séances de groupe ainsi que des séances individuelles. Le volet de groupe s'adresse à l'ensemble des adolescentes puisque le stress est une composante majeure pendant cette période développementale. L'ensemble des programmes

recensés indique d'abord l'importance de la transmission des connaissances en lien avec l'anxiété et le stress. Ainsi une partie de l'intervention proposée met d'abord l'emphase sur la reconnaissance des composantes cognitives, émotionnelles, physiologiques et comportementales associées au stress. Pour ce faire, l'implantation du programme *Déstresse et Progresse* est utilisée pour le volet groupe de l'intervention. En plus des contenus théoriques du programme, certaines activités interactives telles que des jeux de rôle, des exercices physiques ainsi que des techniques de respiration sont aussi mises en place dans le volet de groupe visant à diminuer l'impact du stress sur le vécu des jeunes. Une composante majeure du volet de groupe comprend des discussions dirigées au début de chacune des séances d'intervention. Cette modalité particulière de l'intervention permet aux participantes de partager leurs préoccupations, leurs situations stressantes ainsi que leurs pensées anxiogènes avec le groupe afin d'être en mesure de trouver des stratégies de gestion du stress non seulement efficaces, mais également adaptées à leur réalité et besoins. Cet aspect de l'intervention vise aussi la normalisation du vécu des participantes par le partage d'expériences similaires ainsi que le développement de l'entraide entre les jeunes du milieu.

L'aspect individualisé du programme permet d'offrir un suivi davantage intensif aux jeunes présentant le plus de vulnérabilités. Cet aspect de l'intervention est d'autant plus important pour les jeunes confrontés à des événements traumatiques tel que la négligence. À cet effet, offrir un endroit sécuritaire à travers lequel les participantes peuvent partager leurs préoccupations et vécus est priorisé. Pour ce faire, l'utilisation de discussions dirigées est d'abord préconisée permettant d'avoir une meilleure compréhension quant au vécu et besoins des jeunes. De plus, l'individualisation de l'intervention permet aux jeunes de mettre davantage d'emphase sur leurs problématiques et difficultés afin d'être en mesure de reconnaître les différentes composantes associées à leur anxiété. À cet égard, certaines composantes de la thérapie cognitivo comportementale sont utilisées ainsi que des activités ciblant l'estime de soi et la régulation des émotions. Des techniques de respiration et de relaxation permettent de diminuer les manifestations physiologiques du stress à court terme pour ensuite mettre en place des stratégies de régulation davantage à long terme, et ce toujours en tenant compte de la réalité des jeunes. De plus, ce volet du programme vise aussi la généralisation des acquis faits à travers les séances d'intervention de groupe.

## 2. Méthodologie

### 2.1 Description

#### *Sujets caractéristiques et recrutement*

Les participantes ciblées sont des jeunes filles âgées entre 13 et 17 ans, en hébergement dans un foyer de groupe au Centre Jeunesse de Montréal. La Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) voit à l'application de la loi sur la protection de la jeunesse et décide suite à un signalement, la présence de motifs de compromission quant à la sécurité et au développement de l'enfant. Les raisons d'un placement peuvent être multiples. Pour ce qui est des jeunes filles placées au foyer de groupe, le motif de compromission principal est la négligence. Les jeunes filles démontrent des symptômes traumatiques et de nombreuses difficultés associées à la négligence en plus de se retrouver dans une période développementale qui les prédispose à un niveau de stress accru, l'adolescence. Ainsi, en raison de leurs caractéristiques similaires et pour encourager l'établissement de liens positifs entre les participantes qui vivent ensemble dans le milieu, toutes les filles du foyer sont sélectionnées pour le premier volet du programme, soit l'intervention de groupe inspirée du programme *Détresse et Progresse*. Pour ce qui est du deuxième volet du programme, trois participantes sont sélectionnées pour l'intervention individuelle. Les trois participantes ayant les scores les plus élevés sur l'échelle de stress perçu (Cohen, Kamarck, et Mermelstein, 1983) ainsi que les scores les plus faibles sur l'échelle d'estime de soi de *Rosenberg* (Rosenberg, 1965) sont choisies pour recevoir une intervention adaptée à leurs besoins. Puisqu'elles présentent davantage de traits anxieux et une estime de soi plus faible en comparaison au reste du groupe, l'intervention permet d'individualiser le programme à leur vécu au quotidien en ciblant les besoins spécifiques à chacune d'elles, et ce tout en visant la généralisation des habiletés acquises et connaissances théoriques abordées par l'intervention de groupe.

#### *But et objectifs de l'intervention*

L'objectif à plus long terme du programme vise la prévention des conséquences pouvant être associées à la négligence. Pour ce faire, il est question de prévenir le développement des troubles intériorisés soit l'anxiété et la dépression. Un premier objectif à plus court terme visé par l'implantation du programme est la diminution de l'impact du stress sur le bien-être des adolescentes. Afin d'atteindre ce premier objectif, deux objectifs spécifiques en découlent soient la diminution de l'intensité du stress perçu au quotidien par les participantes ainsi que la diminution de la fréquence des pensées négatives associées au stress. Dans un deuxième temps, afin de

permettre aux participantes de faire face à des situations stressantes, l'augmentation de l'estime de soi des jeunes est aussi préconisée par l'intervention. À cette fin, deux objectifs spécifiques sont ciblés par l'implantation du programme soit l'augmentation du sentiment d'auto efficacité des participantes dans l'une des trois sphères suivantes : sociale, émotionnelle et scolaire, ainsi que l'augmentation de la fréquence d'utilisation de stratégies positives de gestion du stress au quotidien par les adolescentes. Finalement, puisqu'il existe une comorbidité importante entre les troubles anxieux et les troubles de l'humeur, il est prévu que l'intervention visant la réduction des symptômes anxieux aura aussi un impact quant à la diminution des affects négatifs. Les objectifs visés par le programme décrits ci-haut sont aussi représentés par le tableau 21.

Tableau 21

*Objectifs visés par l'implantation du programme d'intervention*

Type d'objectif	Effets visés par l'atteinte de l'objectif
Objectif distal	Prévenir le développement des troubles intériorisés (anxiété et dépression) Prévenir les conséquences associées à la négligence
Objectif général 1	Diminution de l'impact du stress sur le bien-être des participantes
Objectif spécifique 1.1	Diminution de l'intensité du stress perçu au quotidien par les participantes
Objectif spécifique 1.2	Diminution de la fréquence des pensées négatives associées au stress
Objectif général 2	Augmentation de l'estime de soi des participantes
Objectif spécifique 2.1	Augmentation du sentiment d'auto efficacité des participantes dans un des trois domaines suivants : scolaire, social et émotionnel
Objectif spécifique 2.2	Augmentation de la fréquence d'utilisation de stratégies positives de gestion du stress au quotidien par les adolescentes
Objectif collatéral	Diminution des affects négatifs

*Animateurs*

Les deux volets du programme sont mis en place par une étudiante de l'Université de Montréal dans le cadre de sa maîtrise en psychoéducation. Elle est responsable de l'élaboration, de l'implantation ainsi que de l'évaluation du programme. Elle a suivi un atelier de formation offerte par l'équipe du Centre d'étude sur le stress humain, les créateurs du programme *Déstresse et Progrès*. De plus, elle est encadrée par une psychoéducatrice et spécialiste en activité clinique qui agit à titre d'accompagnatrice dans son milieu de stage, en plus d'être soutenue par un professeur à l'École de psychoéducation dans la réalisation du projet. L'implication d'une éducatrice du milieu faisant partie de l'ordre des psychoéducatrices est sollicitée. Elle supporte l'étudiante durant l'animation du volet de groupe de l'intervention ainsi qu'au niveau de la collecte des données visant l'évaluation des effets du programme. Les intervenants du milieu ont aussi



comme rôle d'encourager la généralisation des acquis à travers le vécu éducatif partagé avec les participantes ainsi que de distribuer les questionnaires visant la récolte des mesures répétées quotidiennes.

### *Programme et contenu*

*Structure de l'intervention de groupe.* Chaque séance de groupe débute d'abord avec l'accueil des participantes d'une durée de dix minutes offrant aux jeunes un moment pour partager des situations stressantes qu'elles vivent au quotidien. Durant ces échanges, l'animatrice peut simplement faire preuve d'écoute active, solliciter l'implication des participantes quant à la résolution de problèmes ou faire des liens avec les différentes notions théoriques qui sont présentées tout au long du programme. Une période de 15 minutes est ensuite consacrée aux discussions dirigées ayant comme objectif d'adapter les sujets abordés au vécu et besoins des participantes. Une attention particulière est portée sur certaines pensées négatives et comportements que les jeunes mettent en place lorsqu'elles sont confrontées à des situations stressantes. Ces discussions ont aussi pour but de favoriser l'établissement d'un lien de confiance avec l'animatrice ainsi qu'entre les participantes, en plus de faciliter l'implication des jeunes à l'intervention proposée. Une période d'environ dix minutes est ensuite consacrée à la présentation de certains concepts théoriques préconisés à travers le programme *Déstresse et Progresse* par les chercheurs du Centre d'Étude sur le Stress Humain afin de transférer les connaissances sur la science du stress aux adolescentes. Une description détaillée des différents volets théoriques du programme est décrite dans la prochaine section prévue pour le contenu de l'intervention de groupe. Des activités interactives et des mises en situation sont aussi proposées pour chacun des ateliers par ces chercheurs afin de consolider certaines des notions théoriques et généraliser l'acquisition des apprentissages. Pour conclure chacune des séances d'intervention, l'animatrice fait un retour sur les notions abordées et présente les activités ciblées dans le journal de bord pour la semaine suivante. Avant de quitter, les participantes remplissent aussi un questionnaire visant à évaluer leur niveau de satisfaction quant au programme.

*Contenus théoriques et activités de l'intervention de groupe.* Une des notions théoriques abordée est celle de la reconnaissance du stress selon le modèle SPIN. À partir de ce modèle, bien que les situations perçues comme étant stressantes varient d'une personne à l'autre, il existe quatre éléments toujours présents, et ce indépendamment de la personne qui vit le stress. Ces éléments, définis comme étant les ingrédients du stress sont les suivantes : un sens de contrôle faible sur la



situation, une personnalité menacée, l'imprévisibilité de l'événement et la nouveauté. L'expression « *SPIN ton stress* » est utilisée pour représenter la première lettre de chaque élément associé au stress afin d'aider les jeunes à les reconnaître puis les mémoriser. Pendant l'animation de cette première activité, les participantes sont amenées à reconnaître ces ingrédients qui se retrouvent dans les situations stressantes qu'elles vivent au quotidien. Il est supposé que le simple fait d'avoir une meilleure compréhension quant aux notions théoriques du stress permet de diminuer le niveau de stress perçu au quotidien.

Le deuxième atelier, vise la reconnaissance et l'interprétation faite par chacune des participantes quant aux situations stressantes qu'elles vivent au quotidien. Une fois de plus, la reconnaissance des différents ingrédients du stress est visée. L'identification d'une situation stressante partagée par l'ensemble des participantes est aussi préconisée afin de mettre en évidence que certaines situations, bien qu'elles se ressemblent, l'interprétation faite par chacune des participantes quant aux causes de ce stress varie selon les perceptions et vécus de chacune. De plus, une mise en situation est aussi proposée afin de permettre aux participantes de représenter une situation stressante ainsi que les stratégies de régulation existantes afin d'avoir une gestion efficace du stress.

Lors de la troisième séance d'intervention, une activité physique est mise en place permettant aux participantes d'observer les réactions physiologiques de l'anxiété. À partir de cet exercice, les participantes sont en mesure de reconnaître les changements physiques ainsi qu'émotionnels qui se produisent lorsque le corps mobilise de l'énergie pour faire face au stress. Plusieurs stratégies de gestion du stress sont aussi présentées aux participantes visant la régulation de l'anxiété à court terme. Pour ce faire, des techniques de respiration ainsi que différentes activités ludiques sont proposées afin de permettre aux participantes d'expérimenter des moyens de gestion du stress ciblant la réduction des émotions négatives associées à l'anxiété. Afin de conclure la séance d'intervention, chacune des participantes présente une nouvelle stratégie de gestion du stress qu'elle s'engage à essayer avant le prochain atelier.

Les notions théoriques abordées lors de la quatrième séance d'intervention impliquent des stratégies de résolution de problème visant la mise en place de moyens davantage à long terme quant à la gestion du stress. Les participantes sont amenées à définir certaines sources récurrentes de stress dans leur quotidien ainsi que des moyens qu'elles peuvent mettre en place pour atténuer

l'impact de celles-ci sur leur bien-être. Pour ce faire, l'identification des ingrédients du stress est visée afin d'établir des moyens pour modifier leur impact. Par exemple, les jeunes sont amenées à trouver des façons pour augmenter leur sentiment de contrôle dans certaines situations et ainsi favoriser la prévisibilité de celles-ci. Une emphase est aussi portée sur la réaction du corps qui une fois que des stratégies sont envisageables, arrête de produire une réponse de stress, car le cerveau ne détecte plus de menace dans l'environnement.

Le dernier atelier de groupe du groupe vise l'identification du support social comme une stratégie adaptative permettant de diminuer l'impact du stress sur le bien-être. Une mise en situation est proposée dans laquelle les jeunes doivent faire un exposé sur un sujet quelconque d'abord seul puis ensuite en équipe. Il est question de représenter l'impact du support social sur la diminution du stress vécu. Les participantes complètent aussi une activité dans le journal de bord visant l'identification des sources de soutien pour chacune dans leur vie, l'objectif étant de définir des ressources disponibles en cas de situations difficiles afin de recevoir le type de support dont chacune a besoin. Le tableau 22 qui suit présente les différentes composantes prévues pour chacun des ateliers de groupe ainsi que la durée prévue pour celles-ci.

Tableau 22

*Contenu de chaque séance du volet de groupe*

<b>Séance</b>	<b>Structure du programme</b>	<b>Contenu</b>	<b>Durée</b>
1	Accueil des participantes	Situations stressantes vécues par les participantes	10 minutes
	Discussion dirigée	Qu'est-ce que le stress?	15 minutes
	Concepts théoriques	Le stress selon les ingrédients du SPIN	10 minutes
	Activités interactives	Trouver des stresseurs et les éléments du SPIN	10 minutes
	Journal de bord	Présentation de l'activité 1	5 minutes
	Retour sur l'atelier	Retour sur les concepts théoriques et passation questionnaire de satisfaction	10 minutes
2	Accueil des participantes	Situations stressantes vécues par les participantes	10 minutes
	Discussion dirigée	Ingrédients du SPIN dans les situations rapportées	15 minutes
	Concepts théoriques	Les stresseurs communs	10 minutes
	Activités interactives	Trouver un stresseur commun et jeux de rôles	10 minutes
	Journal de bord	Présentation de l'activité 2	5 minutes
	Retour sur l'atelier	Retour sur les concepts théoriques et passation questionnaire de satisfaction	10 minutes
3	Accueil des participantes	Situations stressantes vécues par les participantes	10 minutes
	Discussion dirigée	Comment réagit ton corps lorsque tu es stressée?	15 minutes
	Concepts théoriques	Réactions physiologiques du corps et stratégies de gestion du stress	20 minutes
	Activités interactives	Exercice physique, mobilisation de l'énergie et respiration abdominale	10 minutes
	Journal de bord	Présentation de l'activité 3	5 minutes
	Retour sur l'atelier	Retour sur les concepts théoriques et passation questionnaire de satisfaction	10 minutes
4	Accueil des participantes	Situations stressantes vécues par les participantes	10 minutes
	Discussion dirigée	Stratégies de gestion du stress individuelles	15 minutes
	Concepts théoriques	La résolution de problèmes comme stratégie	10 minutes
	Activités interactives	Disséquer et reconstruire les stresseurs	10 minutes
	Journal de bord	Présentation de l'activité 4	5 minutes
	Retour sur l'atelier	Retour sur les concepts théoriques et passation questionnaire de satisfaction	10 minutes
5	Accueil des participantes	Situations stressantes vécues par les participantes	10 minutes
	Discussion dirigée	Expérience personnelle et stratégies utilisées	15 minutes
	Concepts théoriques	Le rôle du support social pour diminuer le stress, impact de la pression sociale	10 minutes
	Activités interactives	Faire un exposé seul et en équipe, faire son arbre de support social	20 minutes
	Journal de bord	Présentation de l'activité 5	5 minutes
	Retour sur l'atelier	Retour sur les concepts théoriques et passation questionnaire de satisfaction	10 minutes

*Structure de l'intervention individuelle.* Pour ce qui est de l'intervention individuelle, celle-ci comprend aussi cinq séances d'une durée d'une heure chacune. Ce volet du programme comprend des composantes privilégiées par la thérapie cognitivo-comportementale et s'inspire du programme d'intervention *The Resourceful Adolescent* (Muris, Bogie et Hoogsteder, 2001) visant comme objectif d'augmenter la résilience des jeunes adolescents ayant des difficultés émotionnelles. Chaque atelier individuel débute d'abord par l'accueil des participantes d'une durée d'environ dix minutes ainsi que la passation du questionnaire de sentiment d'efficacité (Muris, 2001). Lors de la première séance d'intervention, les participantes répondent aux questions des trois échelles du questionnaire soit leur sentiment de compétence au niveau de la gestion des émotions, de l'établissement de relations sociales et finalement leur capacité de s'investir sur le plan académique. Sous forme d'entrevue structurée, l'animatrice compile les réponses des participantes pour ensuite déterminer les scores obtenus pour chaque domaine. Le domaine pour lequel les participantes obtiennent le score le plus faible quant à leur sentiment de compétence, sera utilisé lors des quatre prochaines séances d'intervention afin de structurer les discussions dirigées et cibler des stratégies visant l'augmentation de l'estime des participantes quant à leur sentiment de compétence dans le domaine ciblé. De plus, l'évolution des scores du domaine ciblé pour chacune des participantes est compilée par l'animatrice au fil des séances d'intervention. Une période d'environ 20 minutes est ensuite consacrée aux discussions dirigées. Pour ce faire, l'animatrice utilise les énoncés du questionnaire afin de poser des questions spécifiques quant au sentiment de compétences et les préoccupations rapportées par les jeunes. De plus, les discussions permettent aux participantes de partager certaines situations stressantes et préoccupations vécues afin de cibler des objectifs selon les besoins et particularités de chacune.

Pendant les séances d'intervention individuelles, l'animatrice fait d'abord preuve d'une écoute active pour ensuite établir des liens avec les notions théoriques abordées à travers les activités de groupe. Une emphase particulière est accordée quant aux pensées négatives et perceptions individuelles de chaque des participantes lorsqu'elles sont confrontées à des situations anxiogènes. Poursuivant les discussions dirigées, les participantes définissent une situation particulièrement stressante qu'elles ont vécue pour ensuite définir les pensées, les émotions et les comportements associés à cette situation. L'objectif étant de modifier certaines des cognitions erronées et comportements d'évitement favorisant le développement et le maintien de l'anxiété des participantes. Pour conclure chacune des séances individuelles du programme, une période de dix minutes est consacrée à la diminution des symptômes physiologiques associés au stress. Pour ce

faire, des techniques de respiration et de relaxation musculaire sont proposées aux participantes comme stratégies positives de gestion du stress. Finalement, par l'entremise d'un questionnaire, les participantes indiquent aussi leur perception d'utilité ainsi que leur niveau de satisfaction quant au volet individualisé du programme à la fin de chacune des séances d'intervention.

*Contenus théoriques et activités de l'intervention individuelle.* Tel que défini dans la section précédente, chaque séance d'intervention individuelle suit une structure préétablie (accueil, discussions dirigées, activités TCC, relaxation et retour sur l'atelier). Bien que le contenu abordé dans chaque séance varie d'une participante à l'autre, certaines notions théoriques sont explorées par l'ensemble des jeunes à travers les activités inspirées du programme *The Resourceful Adolescent* (Muris, Bogie et Hoogsteder, 2001) et l'approche cognitivo-comportementale, mettant l'emphase sur les forces et capacités adaptatives des adolescents afin de les actualiser au quotidien et d'augmenter leur résilience. La première séance d'intervention vise l'identification des pensées anxiogènes. Les participantes définissent certaines pensées négatives et distorsions cognitives qu'elles ont lorsqu'elles vivent des situations anxiogènes pour ensuite trouver des réponses alternatives possibles. Lors de la deuxième séance, les participantes apprennent des stratégies visant la gestion de leurs émotions négatives au quotidien. Les trois dernières séances d'intervention visent le développement de l'estime de soi et l'utilisation de stratégies positives de gestion du stress. Pour ce faire, la reconnaissance des forces, des rêves et des ressources par chacune des participantes est visée afin qu'elles puissent les actualiser de façon concrète et utiliser des sources de soutien positives dans leur environnement. Un des aspects importants du volet individuel du programme est que celui-ci permet à l'animatrice, à partir des expériences rapportées par les participantes, de mettre en place des interventions visant la résolution de problème et la généralisation des apprentissages du volet de groupe au contexte de vie de chacune. De plus, l'exploration d'expériences traumatiques résultant d'un vécu teinté de négligence et d'abandon est davantage possible dans ce contexte d'intervention individualisé. Le tableau 23 qui suit présente les différentes composantes prévues pour chacune des séances individuelles du programme ainsi que la durée de celles-ci.

Tableau 23

*Contenu de chaque séance du volet individuel*

<b>Séance</b>	<b>Structure du programme</b>	<b>Contenu du programme</b>	<b>Durée</b>
1	Accueil de la participante Discussion dirigée Activité issue de la TCC Relaxation Retour sur l'atelier	Passation du questionnaire d'auto efficacité Préoccupations rapportées par la jeune et choix d'une situation stressante Reconnaissance des pensées anxiogènes Techniques de respiration et relaxation musculaire Questionnaire de satisfaction de l'intervention	10 minutes 20 minutes 20 minutes 10 minutes 5 minutes
2	Accueil de la participante Discussion dirigée Activité issue de la TCC Relaxation Retour sur l'atelier	Passation du questionnaire d'auto efficacité Préoccupations rapportées par la jeune et choix d'une situation stressante Reconnaissance des émotions négatives Techniques de respiration et relaxation musculaire Questionnaire de satisfaction de l'intervention	10 minutes 20 minutes 20 minutes 10 minutes 5 minutes
3	Accueil de la participante Discussion dirigée Activité issue de la TCC Relaxation Retour sur l'atelier	Passation du questionnaire d'auto efficacité Préoccupations rapportées par la jeune et choix d'une situation stressante Résolution de problèmes et stratégies de gestion du stress positives Techniques de respiration et relaxation musculaire Questionnaire de satisfaction de l'intervention	10 minutes 20 minutes 20 minutes 5 minutes 5 minutes
4	Accueil de la participante Discussion dirigée Activité issue de la TCC Relaxation Retour sur l'atelier	Passation du questionnaire d'auto efficacité Préoccupations rapportées par la jeune et choix d'une situation stressante Identification de rêves, forces, sources de soutien Techniques de respiration et relaxation musculaire Questionnaire de satisfaction de l'intervention	10 minutes 20 minutes 20 minutes 10 minutes 5 minutes
5	Accueil de la participante Discussion dirigée Activité issue de la TCC Relaxation Retour sur l'atelier	Passation du questionnaire d'auto efficacité Préoccupations rapportées par la jeune et choix d'une situation stressante Identification de rêves, forces, sources de soutien Techniques de respiration et relaxation musculaire Questionnaire de satisfaction de l'intervention	10 minutes 20 minutes 20 minutes 10 minutes 5 minutes

### *Contexte spatial*

*L'espace objectif.* L'ensemble des activités du programme se déroule au foyer de groupe. Le volet de groupe a lieu dans le salon de la résidence. Dans cette pièce se trouvent des divans et une télévision sur laquelle un support visuel peut être projeté. Pour ce qui est du volet individuel de l'intervention, les rencontres ont lieu dans une salle au sous-sol. Cette salle, réservée pour les rencontres d'accompagnement, comprend des chaises, une table ainsi que quelques décorations sur les murs. Afin de préserver la confidentialité des rencontres, il est aussi possible de fermer la porte de la salle en cas de besoin.

*L'espace subjectif.* Le salon fait référence à un endroit commun utilisé par toutes les participantes. Cet espace, utilisé pour les activités de groupe, représente pour les jeunes un endroit associé aux discussions ainsi qu'aux activités plaisantes de groupe. L'espace ciblé pour le volet individuel du programme est une salle fermée que les jeunes associent aux rencontres qu'elles ont à chaque semaine avec leur intervenante de suivi. Cet endroit représente pour les jeunes un espace calme et sécuritaire qu'elles utilisent pour discuter de sujets difficiles, et ce en toute confidentialité.

### *Contexte temporel et dosage de l'intervention*

Le programme s'étend sur une durée de cinq semaines consécutives à raison d'une heure par semaine pour les deux volets d'intervention. Les deux volets du programme se font en même temps. Deux rencontres sont ajoutées la semaine avant et après la mise en place du programme afin de récolter les données qui sont utilisées pour l'évaluation des effets du programme. Une période de trois semaines avant l'intervention est aussi consacrée afin d'établir un niveau de base quant aux mesures répétées utilisées tout au long du programme.

### *Stratégie de gestion des apprentissages*

Afin d'encourager l'efficacité du programme pour toutes les participantes, l'animatrice utilise des exemples concrets et adaptés à la réalité des jeunes placés au Centre Jeunesse. La mise en place d'un climat positif et empathique permet aussi d'encourager la participation des jeunes aux discussions ainsi que leur engagement à l'intégralité du programme. À cet effet, il importe de considérer l'établissement d'un lien de confiance avec les participantes ainsi qu'encourager leur collaboration afin d'assurer le succès des interventions (Stallard, 2009). L'utilisation d'un journal de bord et des modalités visuelles permettent aussi aux participantes d'avoir une meilleure compréhension des contenus théoriques et des activités qui sont proposées à travers le programme.



Certaines techniques d'intervention sont aussi privilégiées par l'animatrice notamment, la proximité afin de favoriser la cohésion et l'entraide lors de la réalisation des activités, la clarification des attentes et des objectifs du programme ainsi que la reformulation des propos des participantes à travers les discussions dirigées et l'humour. L'utilisation de mise en situation ainsi que des jeux de rôles sont aussi utilisés afin d'encourager le transfert des connaissances et la généralisation des apprentissages.

#### *Stratégie de gestion et des comportements*

*Volet de groupe.* Un rappel verbal des valeurs préconisées au sein du milieu est effectué par l'animatrice lors de la première séance d'intervention. Une emphase particulière est portée sur l'importance du respect entre les participantes. En cas de besoin de gestion de comportements, des techniques d'intervention tels que l'intervention par signes, la décontamination par l'humour et l'aide opportune sont utilisées par l'animatrice. L'intervenante qui participe à l'animation de l'activité de groupe offre aussi un support quant à la gestion des comportements lorsque nécessaire. De plus, les comportements désirés sont aussi soulignés à travers l'intervention afin d'encourager l'implication positive des participantes.

*Volet individuel.* Lorsque nécessaire, les stratégies de gestion des comportements prévues pour le volet de groupe peuvent aussi être mises en place lors des séances individuelles. Néanmoins, il est prévu que la fréquence d'utilisation de ces stratégies sera moins élevée dans un contexte individualisé en comparaison à l'activité de groupe, qui implique nécessairement davantage de gestion en raison des particularités et besoins différents de chacune des participantes.

#### *Codes et procédures*

Une des règles importantes mises en place dès le début du programme est la confidentialité des séances. Les discussions entre les participantes, les propos qu'elles rapportent ainsi que les situations qu'elles racontent doivent demeurer entre les participantes et l'animatrice. De plus, le respect et l'écoute entre les participantes sont aussi des valeurs importantes préconisées dans le programme. Les règles du milieu de vie sont aussi appliquées durant tout le programme. Ceux-ci sont affichés à un endroit précis dans le milieu et l'animatrice peut référer les participantes en cas de besoin. Les jeunes sont aussi encouragées à participer notamment en complétant les exercices et en participant aux discussions ainsi qu'aux activités proposées par l'animatrice. Les participantes



sont aussi tenues à arriver à l'heure prévue des rencontres afin de respecter les ententes préétablies avec l'animatrice.

### *Système de responsabilité*

*Rôles et tâches de l'animatrice.* L'animatrice doit encourager la participation des jeunes aux rencontres. Pour ce faire, dans le volet de groupe elle sollicite directement les participantes qui sont plus réservées dans les discussions en plus de répartir le temps de participation également entre les jeunes. De plus, la préparation des activités ainsi que du matériel avant chaque séance est préconisée. Offrir un cadre sécurisant en établissant un climat respectueux ainsi qu'en reconnaissant les émotions vécues par les participantes est aussi une responsabilité importante de l'animatrice quant à l'accomplissement de son rôle. Finalement le respect du rythme de chacune des participantes est aussi valorisé à travers les interventions afin d'offrir un soutien adapté aux besoins de chacune des jeunes.

*Rôles et tâches des participantes.* Chaque participante doit respecter les codes et procédures préétablis. Les jeunes doivent aussi s'engager quant à leur participation dans la totalité du programme ainsi que s'investir dans le processus d'introspection qu'implique le programme. Certaines responsabilités spécifiques seront aussi assignées aux participantes du volet de groupe, telles que la distribution du matériel, l'utilisation du tableau pour écrire les concepts théoriques et les exemples rapportés par les jeunes ainsi que l'attribution des tours de parole.

### *Stratégie de transfert de la généralisation*

Le journal de bord remis aux participantes lors de la première rencontre de groupe permet la pratique quotidienne des habiletés ainsi que des connaissances enseignées. Le volet individuel du programme permet aussi aux participantes de généraliser les construits de l'intervention de groupe à leur vécu en plus d'encourager l'apprentissage de nouvelles habiletés. Les mises en situation ainsi que les jeux de rôles favorisent aussi le transfert des apprentissages théoriques en les rendant plus concrets et davantage adaptés aux situations vécues par les participantes au quotidien. Les intervenants du milieu encouragent aussi la généralisation des acquis faits par les jeunes en faisant des retours sur les notions abordées à travers leur rencontre hebdomadaire, en faisant des rappels quant aux exercices à faire dans le journal de bord et en mettant l'accent sur les connaissances enseignées lorsqu'ils sont en présence avec les jeunes.

### *Système de reconnaissance*

L'animatrice met en place des renforcements verbaux pour féliciter la participation des jeunes au fil des séances d'intervention. Cette reconnaissance individualisée au progrès de chacune des participantes encourage non seulement leur participation, mais également le développement d'un sentiment de compétence. Des collations spéciales ainsi qu'un certificat de reconnaissance sont aussi prévus afin d'offrir une reconnaissance quant à la participation et l'implication des jeunes.

## **2.2 Évaluation de la mise en œuvre**

### *Composantes retenues*

Afin d'évaluer la mise en œuvre du programme, cinq composantes sont retenues soit l'adhérence, le degré d'exposition, la qualité de la participation, la perception d'utilité de l'intervention et le débordement. D'abord, l'évaluation de l'adhérence permet de mettre en évidence si le programme mis en place correspond à celui ayant préalablement été planifié en plus de relever les modifications qui ont été apportées en cours de l'implantation. L'exposition des sujets aux contenus de l'intervention est aussi évaluée afin d'illustrer les apprentissages reçus par chacune des participantes. Ainsi, le nombre et la durée des séances d'intervention auxquelles les sujets ont participé sont pris en considération afin de rendre compte du contenu d'intervention reçu. De plus, la participation des sujets aux différents exercices proposés ainsi que les devoirs complétés sont aussi susceptibles de rendre compte du degré d'exposition des participantes au programme d'intervention. L'évaluation de la qualité de la participation ainsi que le niveau de satisfaction des participantes quant au programme d'intervention permettent aussi d'expliquer certains des résultats en plus de porter un regard sur la qualité de la mise en œuvre de l'intervention. Finalement, le débordement fait référence aux interventions, activités et médications que les sujets auraient pu recevoir avant, pendant ou après la durée du programme. Il importe d'obtenir ces informations afin de savoir si les résultats peuvent être attribués à ces autres interventions.

### *Outils et procédures*

*Adhérence.* Afin d'évaluer l'adhérence au programme, le contenu livré du programme est pris en considération par l'entremise d'un journal de notes chronologiques (Annexe I et II) rempli par l'animatrice tout au long du processus d'intervention. D'abord pour le volet de groupe de l'intervention, l'animatrice indique si chacune des parties de la structure des séances ainsi que les

notions théoriques prévues par le programme ont été mises en place. Pour ce qui est du volet individualisé, les composantes prévues pour chacune des séances (accueil, questionnaire d'auto efficacité, discussion dirigée, activité issue de la thérapie cognitivo-comportementale, période de relaxation et retour) sont aussi notées afin de rendre compte de la conformité de l'intervention planifiée. Les sujets abordés lors des discussions dirigées tout au long de l'intervention sont aussi compilés afin de porter un jugement quant à l'adhérence au programme.

*Exposition.* Afin de rendre compte de l'exposition des participantes au programme, le nombre de séances réalisées ainsi que la durée totale de chacune des séances sont notées. La durée de chacune des composantes prévues dans les différentes séances d'intervention est aussi prise en compte dans l'évaluation de l'exposition à l'intervention. Ainsi, pour chacune des participantes, le nombre et la durée des différentes composantes de l'intervention prévues auxquelles chacune a participé sont compilés par l'animatrice afin d'illustrer les apprentissages reçus.

*Qualité de la participation.* Les notes chronologiques tenues par l'animatrice servent aussi à évaluer la qualité de la participation des jeunes au programme. D'abord, les situations stressantes et préoccupations rapportées par les participantes lors des discussions dirigées sont notées afin de rendre compte de l'implication des participantes. Une grille d'observation est aussi remplie par l'animatrice et la co-animatrice pour le volet de groupe afin d'évaluer une fois de plus la participation des jeunes. Pour ce faire, à chaque fois qu'une participante partage ses opinions et donne des exemples de situations qu'elle a vécu, les animatrices notent l'interaction pour ensuite compiler le nombre de fois que les jeunes ont participé dans chacun des ateliers de groupe. Il est aussi question de noter la capacité des participantes à soutenir leur attention pendant l'animation de chacune des ateliers du programme. Pour ce faire, les comportements perturbateurs et lorsque les participantes font autre chose que ce qui est attendu, sont pris en considération par les animatrices.

*Satisfaction de l'intervention.* Afin d'évaluer la perception d'utilité de l'intervention ainsi que l'appréciation des jeunes quant au programme, l'utilisation d'un questionnaire de satisfaction est préconisée. Suite à la mise en place du programme, les participantes remplissent ce questionnaire afin d'indiquer leur niveau de satisfaction quant à l'intervention de groupe ainsi que leur perception de l'utilité des concepts qui leur sont présentés. D'abord les participantes doivent indiquer leur perception quant à l'évolution du stress perçu suivant l'implantation du programme.

Pour ce faire, chacune des participantes indique si son niveau de stress au quotidien a augmenté, diminué ou demeuré le même après l'intervention. De plus, il est aussi question d'évaluer la perception des participantes quant à l'utilité des contenus abordés ainsi que leur capacité à appliquer de façon concrète les apprentissages et moyens présentés. Ainsi, chacune des participantes indique ce qu'elle retient du programme ainsi que ce qu'elle a le plus apprécié de l'intervention. L'apprentissage de nouveaux concepts ainsi que l'actualisation de nouvelles compétences sont aussi évalués par l'entremise d'une échelle de Likert en trois points variant de « non pas du tout » à « oui beaucoup », et ce pour cinq énoncés distincts. Plus spécifiquement, il est aussi question de rendre compte de l'intérêt des jeunes aux activités de l'intervention, leur niveau de satisfaction ainsi que leur capacité à mettre en application les apprentissages et moyens proposés par le programme. De plus, la rétroaction des participantes à la fin de chacune des séances est aussi préconisée quant à leur niveau de satisfaction et perception d'utilité de l'intervention. Les commentaires rapportés sont notés par l'animatrice afin d'apporter des ajustements lorsque nécessaire et s'assurer que l'intervention convient aux besoins et intérêts des participantes.

Pour ce qui est de l'intervention individuelle, à la fin de chacune des séances, les participantes remplissent un questionnaire comportant quatre énoncés selon une échelle de Likert en trois points variant de « non pas du tout » à « oui beaucoup ». Une fois de plus, il est question d'évaluer la perception des participantes quant à l'utilité de l'intervention ainsi que leur niveau de satisfaction du programme. Une entrevue semi-structurée est aussi effectuée à la suite de la dernière séance d'intervention afin d'obtenir davantage d'informations quant aux impressions et progrès des participantes. Plus spécifiquement, les participantes décrivent la pertinence du volet individualisé du programme ainsi que leurs impressions quant aux contenus abordés ainsi que l'animation de ce volet du programme.

*Débordement.* Une dernière composante évaluée est le débordement du programme faisant référence aux interventions, activités de réadaptation, suivis psychosociaux et médications que les jeunes auraient pu recevoir avant, pendant ou après le programme. Pour ce faire, la consultation des dossiers cliniques des participantes est privilégiée. Le tableau 24 qui suit présente les différentes composantes ciblées ainsi que les instruments utilisés et les différents temps de mesure préconisés lors de la planification de l'évaluation de la mise en œuvre du programme.

Tableau 24  
*Évaluation de la mise en œuvre*

Composantes	Instruments de mesure	Variables dérivées	Temps de mesure
Conformité	Notes chronologiques tenues par l'animatrice	Respect de la structure prévue d'une séance d'intervention individuelle (accueil, discussion dirigée, activités TCC, relaxation et retour sur la séance).	T2, T3, T4, T5, T6
		Respect de la structure d'une séance d'intervention de groupe (accueil, discussion dirigée, concepts théoriques, activités interactives, présentation du journal de bord et retour sur la séance).	T2, T3, T4, T5, T6
		Sujets abordés à travers les discussions dirigées des séances individuelles et de groupe.	T2, T3, T4, T5, T6
Exposition	Notes chronologiques tenues par l'animatrice	Nombre de séances individuelles et de groupe réalisé	T2, T3, T4, T5, T6
		Durée des séances individuelles et de groupe Durée des différentes activités prévues	T2, T3, T4, T5, T6 T2, T3, T4, T5, T6
		Raison des annulations et possibilité de remettre les séances d'intervention	En cas de besoin
Qualité de la participation	Notes chronologiques tenues par l'animatrice et co-animatrice	Participation des jeunes aux discussions dirigées des volets individuels et de groupe (Exemple de stressseurs et préoccupations rapportées par les participantes)	T2, T3, T4, T5, T6

<b>Composantes</b>	<b>Instruments de mesure</b>	<b>Variables dérivées</b>	<b>Temps de mesure</b>
Qualité de la participation	Notes chronologiques tenues par l'animatrice et co-animatrice	Participation des jeunes aux activités du volet de groupe de l'intervention <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de fois que les participantes partagent des situations qu'elles ont vécu</li> <li>- Nombre de fois que les participantes donnent des exemples</li> <li>- Nombre de fois que les participantes répondent aux questions posées par l'animatrice</li> </ul>	T2, T3, T4, T5, T6
Perception d'utilité de l'intervention et appréciation	Entrevue semi-structurée (volet individuel du programme)	Niveau de satisfaction des participantes par rapport aux séances individuelles au moyen d'une échelle de Likert	T7
	Notes chronologiques tenues par l'animatrice et co-animatrice	Propos qualitatifs rapportés par les participantes	T7
	Questionnaire de satisfaction (volet de groupe du programme)	Niveau de satisfaction des participantes au moyen d'une échelle de Likert par rapport au volet de groupe du programme	T7
	Notes chronologiques tenues par l'animatrice et co-animatrice	Propos qualitatifs rapportés par les participantes	T7
Débordement	Consultation des dossiers des participantes	Autres services reçus durant l'intervention	T1 et T7

## 2.3 Évaluation des effets

### *Protocole d'évaluation privilégié*

Les effets de l'intervention sont évalués à l'aide d'un protocole à cas unique de type AB à groupe unique combiné avec un devis pré-test/post-test. Ce type de protocole comprend d'abord une période de niveau de base (A) suivi de l'intervention (B). La sélection de ce protocole tient compte de la taille de l'échantillon, des contraintes organisationnelles et des ressources disponibles dans le milieu afin d'encourager une implantation optimale du programme d'intervention. Ainsi, puisque la taille de l'échantillon est petite et la durée de l'intervention ne s'échelonne que sur quelques semaines, la mise en place de deux groupes de sujets, soit un groupe expérimental et un groupe contrôle s'avère être impossible. De plus, l'utilisation d'un protocole de type AB est recommandée lorsque par la mise en place de l'intervention les participants font l'acquisition de nouvelles habiletés et de ce fait, les effets de l'intervention ne sont pas réversibles (Bouchard et Cyr, 2005).

Le protocole de recherche préconisé pour le programme d'intervention comprend trois phases distinctes. D'abord, une période de trois semaines est consacrée pour l'établissement du niveau de base et la collecte des données en pré-test (T1 à T3). La deuxième phase comprend la mise en place de l'intervention s'échelonnant sur cinq semaines consécutives (T4 à T8). Finalement, la troisième phase permet la collecte des données en post-test une fois l'intervention terminée afin de rendre compte des effets du programme (T9). Pendant les trois phases, la collecte de données répétées est préconisée d'abord en l'absence de l'intervention puis ensuite pendant la durée complète de l'implantation du programme.

### *Construits évalués*

Afin de rendre compte des effets du programme d'intervention, plusieurs construits sont évalués avant et après l'intervention ainsi que par l'entremise de mesures répétées qui sont recueillies tout au long de l'implantation du programme. Ces construits découlent directement des objectifs ciblés par le présent programme soit la diminution de l'impact du stress sur le bien-être et l'augmentation de l'estime de soi des adolescentes placées en centre d'hébergement. Plus spécifiquement, l'évaluation du stress perçu, la fréquence des pensées automatiques négatives, la fréquence d'utilisation de stratégies positives de gestion du stress et le sentiment d'auto efficacité sont les construits évalués afin d'observer les effets de l'intervention et l'atteinte des objectifs



spécifiques au programme. Chacun de ces construits est évalué par l'entremise de mesures répétées quotidiennes ou par des mesures en pré-test/post-test. Les effets du programme quant à l'objectif collatéral ciblé soit la diminution des affects négatifs sont aussi évalués avant et après l'intervention.

Il est d'abord question d'évaluer l'évolution du niveau de stress perçu, de la fréquence des pensées automatiques négatives, l'estime de soi global des participantes et les affects négatifs avant et suivant l'intervention. Pour les participantes du volet individuel du programme, l'évolution du sentiment d'auto-efficacité est aussi évaluée par des mesures pré-test/post-test. Ainsi, pendant les trois premières semaines correspondant au niveau de base (T1 à T3), l'animatrice soumet les participantes à plusieurs questionnaires qui servent à l'évaluation future du programme. Les données récoltées par l'entremise de ces questionnaires sont d'abord utilisées comme mesures pré-test et une fois le programme terminé, ces mêmes questionnaires seront remplis à nouveau pour rendre compte des effets (T9). L'utilisation d'une grille d'auto-observation (Annexe III) est aussi complétée quotidiennement par les participantes afin de recueillir des mesures répétées quant au niveau de stress vécu, de la fréquence des pensées négatives et les stratégies de gestion du stress utilisées tout au long de l'implantation du programme (T1 À T9). Une brève description quant aux différents outils d'évaluation utilisés afin de récolter les mesures répétées et pré-test/post-test ainsi que les protocoles de passation de ceux-ci est présentée dans la prochaine section du rapport.

#### *Instruments de mesure et protocole de passation*

*Stress perçu.* Il est d'abord question d'évaluer l'atteinte du premier objectif spécifique soit la diminution du niveau de stress perçu par les participantes. Pour ce faire, l'Échelle de stress perçu (Cohen, Kamarck et Mermelstein, 1983) est administrée avant et après l'intervention auprès des participantes (Annexe IV). De nature quantitative et validée auprès de différentes populations, notamment des adolescents francophones, cette échelle permet d'évaluer la fréquence à laquelle certaines situations de la vie sont perçues comme étant menaçantes, imprévisibles, incontrôlables et pénibles (Quintard, 2001). Pour chacun des 14 items de l'échelle, les participantes doivent indiquer la fréquence d'apparition de certaines sensations et pensées au courant du dernier mois allant d'un score de 0 (jamais) à 4 (très souvent). L'échelle permet de mettre en évidence l'évolution du sentiment de contrôle, la détresse perçue et le sentiment d'auto efficacité des participantes, ayant un impact important quant au niveau de stress qu'elles perçoivent au quotidien. Bien que n'étant pas un outil diagnostique, certaines pistes d'intervention peuvent être ciblées à



partir des scores recueillis lors de la passation de cette échelle. En effet, un score plus élevé lorsque comparé à un échantillon normatif permet de cibler les personnes qui perçoivent des menaces dans leur environnement et de ce fait n'ont pas les outils nécessaires pour gérer leur stress. De plus, afin d'évaluer la diminution de stress perçu par les participantes, l'utilisation de mesures répétées est aussi préconisée. Pour ce faire, les participantes complètent une grille d'auto-observation, d'abord pour établir un niveau de base et ensuite afin d'observer l'évolution du niveau de stress vécu pendant la mise en place de l'intervention. Plus spécifiquement, il est question d'indiquer tous les jours l'intensité du stress vécu sur une échelle allant de 0 (pas du tout) à 4 (très élevée) afin d'avoir un portrait global de chacune des participantes quant à l'évolution de leur stress tout au long de l'implantation du programme. Ces données autorapportées permettent de rendre compte de la perspective des participantes quant à leurs symptômes anxieux, un aspect important à considérer étant donné la nature subjective de l'anxiété (Bernstein et al., 1996).

*Pensées négatives automatiques.* Afin d'évaluer l'atteinte du deuxième objectif spécifique visée par l'intervention soit la diminution de la fréquence des pensées négatives, les participantes complètent d'abord le *Children's Automatic Thought Scale* (Schneiring et Rapee, 2002) avant et après l'implantation du programme (Annexe V). De nature quantitative, cette échelle d'évaluation permet de mettre en évidence certaines pensées négatives automatiques qu'ont les enfants et les adolescents. Une traduction libre en français a été faite par l'animatrice et une autre étudiante afin d'obtenir un accord quant à la formulation des énoncés de l'échelle avant d'être administrée aux jeunes. Pour chacun des 40 items, les participantes doivent indiquer la fréquence d'apparition de la pensée énoncée sur une échelle allant de 0 (pas du tout) à 4 (toujours). L'utilisation d'une grille d'auto-observation est aussi préconisée afin d'évaluer la fréquence des pensées négatives de façon répétée. Ainsi, afin d'établir un niveau de base ainsi que recueillir des données de façon quotidienne, les participantes indiquent tous les jours la fréquence de leurs pensées automatiques négatives selon une échelle allant de 0 (jamais) à 4 (très souvent).

*Estime de soi.* Afin d'évaluer l'évolution de l'estime de soi des participantes, la passation de l'Échelle de l'estime de soi global (Rosenberg, 1965) est préconisée avant et après l'implantation du programme (Annexe VI). Traduite et validée auprès de différentes populations et cultures, l'échelle composée de 10 items permet de rendre compte du niveau global d'estime de soi (Vallières et Vallerand, 1990). Pour chacun des items, les participantes doivent indiquer jusqu'à

quel point elles sont en accord avec ce qui est énoncé à l'aide d'une échelle de Likert variant entre 1 (tout à fait en désaccord) et 4 (tout à fait d'accord).

*Sentiment d'efficacité personnelle.* L'évolution du sentiment d'auto-efficacité est évaluée par l'Échelle du sentiment d'efficacité personnelle (Muris, 2001) (Annexe VII). Pour ce faire, les trois participantes du volet individuel du programme complètent l'échelle avant et suivant l'implantation du programme. Pour cette échelle, une traduction libre en français a été faite par l'animatrice et une autre étudiante afin d'obtenir une cohérence quant à la formulation des différents énoncés. Deux scores sont compilés à partir de cette échelle, un score global quant au sentiment d'efficacité selon les trois domaines évalués par ce questionnaire soit l'efficacité par rapport à l'école, au niveau des relations interpersonnelles et la gestion des émotions ainsi qu'un score pour chacun des domaines de fonctionnement. Pour chacun des 24 items de l'échelle, les participantes doivent indiquer leur capacité d'accomplir ce qui est énoncé au quotidien selon une échelle variant de 1 (pas du tout capable) à 5 (tout à fait capable). Selon les scores rapportés par les participantes, le domaine pour lequel elles obtiennent le score le plus faible sera ciblé et utilisé à travers les suivis individuels afin d'augmenter le sentiment d'efficacité spécifique à cette sphère par la mise en place de stratégies de résolution de problème.

*Stratégies de gestion du stress.* Afin d'observer l'évolution des participantes quant à leur capacité à utiliser des stratégies positives de gestion du stress, l'utilisation de la grille d'auto-observation est préconisée. Similairement aux autres mesures répétées recueillies quant à l'intensité du stress vécu et la fréquence des pensées négatives, les participantes indiquent au quotidien les stratégies qu'elles ont utilisées afin de gérer leur stress. Un score global est ensuite calculé de façon hebdomadaire afin d'observer l'évolution quant au nombre de stratégies utilisées par chacune des participantes. Ces mesures répétées servent aussi pour établir un niveau de base en l'absence de l'intervention.

*Affects négatifs.* Un dernier objectif du programme suppose une diminution des affects négatifs après l'intervention en raison de la comorbidité qui existe entre les symptômes anxieux et dépressifs. Afin d'évaluer cet effet collatéral prévu par l'implantation du programme, l'utilisation de l'Échelle d'auto-évaluation *Center for Epidemiological Studies Depression* (Radloff, 1977) est complétée par l'ensemble des participantes avant et après l'intervention (Annexe VIII). L'utilisation de cette échelle est pertinente pour évaluer les symptômes dépressifs ou dépister les

troubles dépressifs auprès de populations francophones cliniques et normatives (Morin et al., 2011). Pour chacun des 20 items, les participantes doivent indiquer la fréquence d'apparition de ce qui est énoncé au courant des deux dernières semaines selon une échelle variant de 0 (rarement ou jamais) à 3 (la plupart du temps ou tout le temps). Le tableau 25 présente les instruments de mesure utilisés afin de rendre compte de l'atteinte des différents objectifs visés par l'implantation du programme.

Tableau 25  
Évaluation des effets

Objectifs et construits	Instruments de mesure	Variables dérivées (nb. d'items)	Temps de mesure <sup>1</sup>	Nature des mesures	Caractéristiques psychométriques	Cibles de l'évaluation
Diminution du stress perçu par les participantes	Échelle de stress perçu (Cohen Kamarck et Mermelstein, 1983).	Fréquence d'apparition de sensations et perceptions associées au stress (14)	T1 et T9 Mesures pré-test/post-test)	Échelle de Likert (0-jamais à 4-très souvent)	Fidélité test-retest : > 0.70 Alpha de Cronbach : 0.70	Toutes les participantes
Diminution de l'intensité du stress vécu au quotidien	Grille d'auto-observation (maison)	Intensité du stress vécu (1)	T1 à T9 (Mesures répétées quotidiennes)	Échelle de Likert (0-pas du tout à 4-très élevée)	Non disponible	Toutes les participantes
Diminution de la fréquence des pensées automatiques négatives	Grille d'auto-observation (maison)	Fréquence des pensées automatiques négatives (1)	T1 à T9 (Mesures répétées quotidiennes)	Échelle de Likert (0-jamais à 4-très souvent)	Non disponible	Toutes les participantes
	Children's Automatic Thoughts Scale (Schneiring et Rapee, 2002)  (Traduction libre)	Fréquences de manifestation des pensées automatiques négatives (40)	T1 et T9 Mesures pré-test/post-test)	Échelle de Likert (0-jamais à 4-très souvent)	Alpha de Cronbach : 0.95 Consistance interne : de 0.85 à 0.92 Fidélité test-retest : 0.76	Toutes les participantes

<sup>1</sup> Pré-test T1, Niveau de base T1 à T3, Implantation de l'intervention T4 à T8, Post-test T9

<b>Objectifs et construits</b>	<b>Instruments de mesure</b>	<b>Variables dérivées (nb. d'items)</b>	<b>Temps de mesure<sup>2</sup></b>	<b>Nature des mesures</b>	<b>Caractéristiques psychométriques</b>	<b>Cibles de l'évaluation</b>
Augmentation de l'estime de soi	Échelle d'Estime de soi global (Ronsenberg,1965)	Perception de soi (10)	T1 et T9 Mesures pré-test/post-test)	Échelle de Likert (1-tout à fait en désaccord à 4-tout à fait d'accord)	Consistance interne : de 0.70 à 0.90 Alpha de Cronbach : 0.81	Toutes les participantes
Augmentation de la fréquence d'utilisation de stratégies positives de gestion du stress	Grille d'auto-observation (maison)	Stratégies de gestion du stress utilisées (1)	T1 à T9 (Mesures répétées quotidiennes)	Qualitatives (Moyenne hebdomadaire du nombre de stratégies utilisées au quotidien)	Non disponible	Toutes les participantes
Augmentation du sentiment d'auto-efficacité	Échelle d'évaluation du sentiment d'efficacité personnelle (Muris, 2001)  (Traduction libre)	Sentiment d'efficacité personnelle au niveau scolaire, social et émotionnel (24)	T1 et T9 Mesures pré-test/post-test)	Échelle de Likert (1-pas du tout capable à 5- tout à fait capable)	Alpha de Cronbach: 0.90 Consistance interne: > 0.70	Participantes du volet individuel du programme

<sup>2</sup> Pré-test T1, Niveau de base T1 à T3, Implantation de l'intervention T4 à T8, Post-test T9

### 3. Résultats

#### 3.1 Évaluation de la mise en œuvre

##### 3.1.1 Comparaison entre le prévu et le vécu

La prochaine section vise la comparaison entre l'intervention qui a été prévue lors de l'élaboration du programme et celle qui a concrètement été mise en place lors de son implantation dans le milieu. Pour ce faire, les composantes de la structure d'ensemble (Gendreau, 2001) ainsi que les autres composantes prévues quant à la mise en œuvre du programme sont analysées afin de rendre compte des changements survenus en cours d'implantation.

##### *Composantes de l'intervention pour lesquelles il n'y a eu aucun changement*

Pendant l'implantation du programme, les composantes objectifs, animatrices, contexte spatial, codes et procédures ainsi que le système de reconnaissance et le système de responsabilité n'ont subi aucun changement. Ces composantes ont été mises en place tel que prévu lors de l'élaboration du programme.

##### *Composantes de l'intervention pour lesquelles il y a eu des changements*

*Sujets, caractéristiques et recrutement.* Pendant la mise en place du programme d'intervention, huit adolescentes étaient placées en hébergement au foyer de groupe du Centre Jeunesse de Montréal. Il a d'abord été prévu que toutes les jeunes participent au volet de groupe du programme. Toutefois, une des jeunes ayant des objectifs spécifiques dans son plan d'intervention visant le développement de son autonomie ainsi que son intégration sur le marché du travail n'a pas participé au programme, car son horaire ne lui permettait pas d'être présente pendant l'animation de l'activité. Pour ce qui est des sept autres jeunes, chacune a complété les mesures visant l'évaluation des effets du programme ainsi que participé aux ateliers de l'intervention de groupe. En ce qui concerne les raisons de placement des participantes au Centre Jeunesse, il était prévu que le motif de compromission principal serait la négligence. Néanmoins, les motifs de placement n'étaient pas exclusivement la négligence. Il importe d'indiquer que les jeunes placées en hébergement partagent nombreuses difficultés d'adaptation similaires en raison d'un vécu pour l'ensemble teinté de négligence et ce malgré le fait que la raison de leur placement n'est pas exclusive à cette forme de maltraitance. Une description détaillée des jeunes ayant participé au programme dans la prochaine section permettra de mettre en évidence les caractéristiques propres à chacune ainsi que les motifs de compromissions retenus lors de leur

placement au foyer de groupe. De plus, une attention particulière sera portée quant au vécu de chacune, et ce toujours en lien avec la problématique ciblée par le présent programme d'intervention, soit la négligence.

*Portrait de chacune des participantes.* Afin de préserver la confidentialité, des prénoms fictifs sont utilisés pour représenter chacune des participantes.

*Participante 1 : Mathilde.* Mathilde est une jeune fille de 16 ans qui a d'abord été placée en famille d'accueil suite à de mauvais traitements psychologiques avant d'arriver au foyer de groupe, il y a de cela quelques années. Elle présente des difficultés importantes sur le plan de l'attachement associé à un vécu teinté d'abandon et de négligence. Ces difficultés ont un impact important quant à sa capacité à établir des relations positives avec ses pairs et les adultes de son entourage. Présentant une estime d'elle-même faible, Mathilde n'est pas en mesure de se projeter dans l'avenir par crainte de ne pas être à la hauteur des attentes de son environnement. Bien qu'elle entretienne des contacts sporadiques avec ses parents biologiques, ceux-ci ne sont pas en mesure de s'impliquer dans sa vie, car eux-mêmes vivent nombreuses difficultés interpersonnelles. Mathilde vise présentement le développement de son autonomie par son intégration sur le marché du travail ainsi qu'en participant à des stages professionnels. Dès lors la mise en place du programme, elle vivait beaucoup d'anxiété en lien avec l'actualisation de son projet de vie étant de vivre en appartement supervisé à l'âge de 17 ans.

*Participante 2 : Béatrice.* Béatrice est une jeune fille de 14 ans qui a d'abord été placée en famille d'accueil pour des motifs de risque de négligence importants. Elle est arrivée au foyer l'été dernier suite à une demande faite par ses parents d'accueil en raison de difficultés comportementales et une non-fréquentation scolaire récurrente. Depuis son hébergement au foyer de groupe, Béatrice a de la difficulté à gérer sa colère ayant un impact important quant à sa capacité à établir des relations positives avec ses pairs à l'école ainsi que les autres filles dans son milieu de vie. Présentant des difficultés d'attachement importantes, Béatrice n'est pas en mesure de s'investir dans son milieu et faire confiance aux adultes s'avère être très difficile pour elle. Béatrice craint énormément l'abandon de sa famille d'accueil qui depuis son placement semble graduellement se désinvestir de sa vie. Pendant l'implantation du programme Béatrice a été suspendue de l'école et aussi placée dans une autre unité du Centre Jeunesse pendant quelques jours afin de recevoir un encadrement davantage adapté à ses besoins.

*Participante 3 : Pénélope.* Pénélope est une jeune fille âgée de 13 ans qui est arrivée au foyer depuis quelques mois. Elle est placée pour des motifs de mauvais traitements psychologiques suite à un conflit important de séparation entre ses parents. Pendant la mise en place du programme d'intervention, elle était toujours en attente pour une décision du tribunal quant à la durée de son placement ET DE son projet de vie, influençant AINSI sa capacité à s'investir dans son milieu de vie. Confrontée à un conflit de loyauté important envers ses parents, Pénélope vivait énormément de stress pendant la mise en place du programme, ce qui a influencé sa capacité à être disponible lors des séances d'intervention.

*Participante 4 : Florence.* Florence est aussi une jeune fille âgée de 13 ans qui a d'abord été placée en famille d'accueil pour motif de négligence dans sa famille biologique. Elle est arrivée au foyer l'été dernier suite à une demande faite par ses parents d'accueil en raison de difficultés comportementales. Florence présente des difficultés d'attachement qui s'observent dans sa capacité à faire confiance aux adultes. Elle craint énormément l'abandon de sa famille d'accueil qui n'arrive pas à se positionner quant à son projet de vie. Florence intériorise beaucoup ce qu'elle vit par crainte de déplaire à sa famille pouvant avoir un impact quant à leur décision de la reprendre une fois son placement terminé. Cette crainte de reconnaître et nommer ses difficultés a sans aucun doute eu un impact quant aux résultats des évaluations subjectives qu'elle a complétées dans le cadre de l'évaluation du programme.

*Participante 5 : Thalia.* Thalia est une jeune fille de 14 ans arrivée au foyer depuis un an. Elle est placée en hébergement pour des motifs de mauvais traitements psychologiques en raison d'un conflit important de séparation entre ses parents. Depuis la dernière année, Thalia a graduellement repris contact avec sa mère et un retour chez elle est prévu en juillet 2018. Elle a grandi dans un milieu familial où l'expression des émotions n'était pas valorisée et elle a souvent été portée à s'autoréguler par elle-même ainsi qu'assumer de nombreuses responsabilités qui n'étaient pas adaptées à son âge. Depuis son arrivée, Thalia a beaucoup de difficulté à nommer ses émotions et s'affirmer particulièrement dans un contexte de groupe. Elle présente souvent des signes d'anxiétés, mais il est difficile pour elle de se montrer vulnérable et reconnaître qu'elle peut vivre des difficultés. Ces caractéristiques ont sans aucun doute influencé les résultats des évaluations subjectives prévues dans le programme.



*Participante 6 : Juliette.* Juliette est une jeune fille de 17 ans placée en hébergement depuis quelques mois pour des motifs de mauvais traitements psychologiques et de négligence. Elle vit beaucoup d'anxiété par rapport à son futur ainsi qu'au niveau de sa capacité à développer son autonomie. Difficile pour elle de nommer ses émotions, elle intériorise énormément ce qu'elle vit et s'isole lorsqu'elle vit des difficultés.

*Participante 7 : Danaé.* Danaé est une jeune fille de 17 ans placée depuis environ un an au Centre Jeunesse de Montréal suite à une demande de service volontaire. D'abord dans une unité d'encadrement davantage restrictif pour troubles de comportements importants, elle est arrivée au foyer de groupe quelques semaines avant la mise en place du programme. En intégration dans son nouveau milieu pendant la mise en place du programme, Danaé commençait à prendre sa place au sein du groupe et à participer aux différentes activités cliniques du milieu.

Comme prévu initialement, trois participantes ont été sélectionnées pour prendre part à l'intervention individuelle selon les scores qu'elles ont obtenu sur l'échelle d'estime de soi (Rosenberg, 1965) et l'échelle de stress perçu (Cohen, Kamarck, et Mermelstein, 1983). Mathilde, Béatrice et Pénélope obtiennent les scores les plus élevés quant à leur niveau de stress perçu au quotidien comparativement aux autres jeunes du groupe. De plus, lorsque comparées à un échantillon normatif (Cohen, Kamarck et Mermelstein, 1983), elles obtiennent des scores se situant à plus de deux écarts-types au-dessus de la moyenne, indiquant qu'elles rapportent un niveau de stress perçu élevé. De plus, elles obtiennent aussi les scores les plus faibles au niveau de leur estime de soi se situant à plus de deux écarts-types sous la moyenne, lorsque comparée à un échantillon normatif d'adolescents (Vallières et Vallerand, 1990). Ainsi, à partir de ces résultats obtenus en prétest, Mathilde, Béatrice et Pénélope ont été sélectionnées pour participer au volet individualisé du programme, car elles présentent le niveau de stress perçu le plus élevé ainsi que l'estime de soi la plus faible, et ce toujours lorsque comparé au reste du groupe, de même que lorsque comparé aux scores obtenus sur ces deux échelles par des échantillons normatifs d'adolescents. La figure 2 présente la distribution des scores pour chacune des jeunes sur ces deux échelles utilisées quant à la sélection des participantes pour l'intervention individuelle.

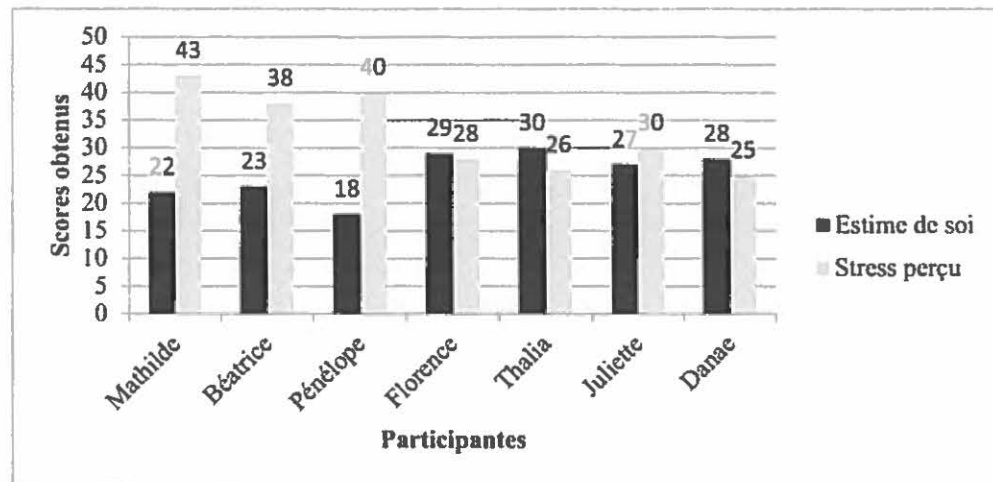


Figure 2. Distribution des scores obtenus à l'échelle d'estime de soi et à l'échelle de stress perçu par les participantes

*Contexte temporel et dosage de l'intervention de groupe.* La mise en place du programme d'intervention était prévue pour le début du mois d'octobre et devait s'échelonner jusqu'à la fin du mois de novembre. En raison de certaines contraintes organisationnelles, la mise en place du programme n'a été possible qu'au début du mois de janvier 2018. Tel que prévu, cinq séances d'intervention de groupe ont été animées à partir de la semaine du 15 janvier, et ce jusqu'au 12 février à une fréquence d'une fois par semaine. De plus, un moment a aussi été ciblé afin de récolter les mesures pré-tests et post-tests pendant les semaines du 8 janvier et du 26 février. Pour ce qui est de l'établissement du niveau de base à partir des mesures répétées, celui-ci s'est échelonné pendant une semaine uniquement plutôt que trois tel que prévu, soit du 8 janvier au 15 janvier. Le tableau 26 présente la répartition du contenu prévu pour chaque séance d'intervention ainsi que la durée moyenne de chacune des composantes observées, une fois la mise en place des cinq ateliers.

Tableau 26

*Durée (minutes) d'exposition au contenu des séances de groupe*

Contenu des séances d'intervention	Durée prévue	Durée observée (moyenne)	Durée minimale	Durée maximale
Accueil et discussion dirigée	25 minutes	21 minutes	15 minutes	25 minutes
Concepts théoriques	10-20 minutes	17 minutes	15 minutes	20 minutes
Activités interactives	10-20 minutes	23 minutes	15 minutes	30 minutes
Journal de bord et retour sur la séance	10 minutes	11 minutes	10 minutes	15 minutes
Total	55-75 minutes	72 minutes	55 minutes	90 minutes

Dans l'ensemble, la durée prévue pour chacune des composantes des séances d'intervention de groupe a été respectée pendant la mise en place du programme. En effet, la durée des discussions dirigées, la présentation des concepts théoriques ainsi que la présentation des activités dans le journal de bord correspondent à ce qui avait été prévu lors de la planification du programme. En moyenne, la durée consacrée aux activités interactives pendant l'animation du programme se situe légèrement au-dessus de ce qui avait été anticipé. À ce niveau, une variation s'observe quant à la durée minimale et maximale ayant été consacrée à cette composante du contenu. En effet, les activités comprenant des mises en situation ainsi que des jeux de rôles se sont déroulés sur une plus longue période de temps, soit pendant 30 minutes (durée maximale) lors de la deuxième et cinquième séance d'intervention.

En ce qui concerne l'exposition des participantes aux différents contenus prévus, la majorité des jeunes ont participé à l'ensemble des cinq séances d'intervention. En effet, on remarque en moyenne un pourcentage de participation de 88.6%. Il importe cependant d'indiquer que Mathilde n'était pas présente à deux séances d'intervention de groupe, soit la première et la quatrième en raison de sa participation à un autre programme du Centre Jeunesse visant son intégration sur le marché du travail. Pour ce qui est de Béatrice et de Danaé, elles ont chacune manqué une séance d'intervention, la deuxième et la dernière respectivement, en raison de contraintes personnelles. Rappelons que Mathilde et Béatrice participaient aussi au volet individualisé du programme.

*Contexte temporel et dosage de l'intervention individuelle.* Similairement au volet de groupe, l'intervention individualisée était prévue pour l'automne 2017, mais celui-ci a été mis en place conjointement avec l'intervention de groupe du programme, soit pendant le mois de janvier et de février 2018. Béatrice et Pénélope ont participé à l'ensemble des cinq séances d'intervention prévue par l'animatrice, alors que Mathilde n'a pas complété la dernière séance individuelle. Le tableau 27 qui suit démontre la répartition des différentes composantes prévues pour chacune des séances individuelles, et ce pour chaque participante.

Tableau 27

*Durée (minutes) d'exposition au contenu des séances individuelles pour chacune des participantes*

<b>Participante</b>	<b>Contenu des séances d'intervention</b>	<b>Durée prévue</b>	<b>Durée observée (moyenne)</b>	<b>Durée minimale</b>	<b>Durée maximale</b>
<b>Mathilde</b>	Discussion dirigée	15-20 minutes	12.5 minutes	10 minutes	20 minutes
	Activité issue de la Thérapie cognitivo-comportementale	20-30 minutes	33.8 minutes	30 minutes	35 minutes
	Activités de relaxation	10 minutes	5 minutes	0 minute	10 minutes
	Total	45-60 minutes	51.3 minutes	45 minutes	65 minutes
<b>Béatrice</b>	Discussion dirigée	15-20 minutes	27 minutes	20 minutes	35 minutes
	Activité issue de la Thérapie cognitivo-comportementale	20-30 minutes	19 minutes	15 minutes	20 minutes
	Activités de relaxation	10 minutes	4 minutes	0 minute	10 minutes
	Total	45-60 minutes	50 minutes	35 minutes	65 minutes
<b>Pénélope</b>	Discussion dirigée	15-20 minutes	30 minutes	25 minutes	35 minutes
	Activité issue de la Thérapie cognitivo-comportementale	20-30 minutes	20 minutes	20 minutes	20 minutes
	Activités de relaxation	10 minutes	7 minutes	5 minutes	10 minutes
	Total	45-60 minutes	57 minutes	50 minutes	65 minutes

En moyenne, chacune des participantes a complété l'intervention individuelle tel que prévu à l'exception de Mathilde qui a participé à quatre séances d'intervention. D'abord pour ce qui est de la discussion dirigée, Mathilde se situe sous le temps prévu pour cette composante de l'intervention alors que Béatrice et Pénélope se retrouvent en moyenne au-dessus de la durée anticipée. Ainsi, pendant la mise en place du programme, Mathilde a consacré moins de temps aux discussions dirigées avec l'animatrice, alors que les deux autres participantes présentaient davantage de préoccupations et d'incertitudes qu'elles rapportaient à travers ce moment prévu à cet effet. On remarque aussi que Béatrice présente une plus grande variation quant au temps

consacré aux discussions dirigées à travers les cinq séances. Puisque cette composante représente un moment pour les participantes à s'exprimer selon les préoccupations qu'elles ont, il est attendu qu'une certaine variation individuelle soit observée, et ce d'une séance à l'autre ainsi qu'entre les jeunes.

Au niveau de l'exposition aux activités de la thérapie cognitivo-comportementale, Mathilde en moyenne se retrouve légèrement au-dessus du temps prévu pour cette composante, Béatrice légèrement au-dessous et Pénélope se retrouve dans la moyenne. Il importe de considérer les besoins de chacune des participantes ainsi que la disponibilité de chacune lors des séances d'intervention quant à ces données qui seront davantage détaillées dans la section réservée à la discussion. Une variation importante en ce qui a trait à la durée consacrée aux activités de relaxation s'observe aussi pour Mathilde et Béatrice puisque pour chacune, à une reprise, la mise en place de cette composante n'a pas eu lieu. N'étant pas des composantes majeures de l'intervention, le temps accordé à l'accueil et au départ des participantes n'a pas été représenté.

*Programme et contenu de l'intervention de groupe.* Le contenu du volet de groupe du programme a été livré tel que prévu. D'abord, les discussions dirigées au début de chacun des ateliers ont permis aux participantes de s'impliquer activement dans les ateliers en partageant des exemples concrets de situations stressantes de leur vécu visant l'adaptation de l'activité aux besoins des participantes. Pour ce faire, la participation de chacune des jeunes présentes a été sollicitée à travers l'animation de l'activité. De plus, ces discussions ont aussi permis aux participantes de prendre conscience que certaines difficultés et stressors étaient partagés par l'ensemble du groupe favorisant la cohésion du groupe, ainsi que la normalisation des vécus de chacune.

Une des préoccupations principales qui revenait fréquemment lors des discussions dirigées était la crainte des participantes de ne pas réussir à l'école. Thalia, Juliette et Danaé décrivaient souvent être confrontée à vivre beaucoup d'anxiété quant à leur performance à l'école. Souvent en raison de difficultés personnelles, elles n'arrivent pas à s'investir pleinement sur le plan académique ayant des répercussions non négligeables quant à leurs résultats scolaires ainsi que sur leur perception de soi. Juliette décrivait son désir d'être à la hauteur des attentes de sa famille qui valorise énormément la réussite scolaire, mais qu'elle a l'impression de ne vivre que des échecs à l'école. Béatrice décrivait elle aussi vivre beaucoup d'anxiété à l'école, mais pour des raisons complètement différentes. Pour elle, sa difficulté avec l'autorité des adultes ainsi qu'au niveau de

sa capacité à gérer sa colère fait en sorte qu'elle est souvent jugée par ses pairs à l'école ayant inévitablement un impact quant à sa capacité à s'investir sur le plan scolaire et vivre des réussites. Les participantes reconnaissaient l'école comme étant une source importante de stress. Le fait de ne pas être en mesure de vivre des réussites dans leur milieu scolaire avait un impact quant à leur perception de soi qui était pour la majorité négative ainsi qu'au niveau de leur sentiment d'efficacité personnelle.

Une autre source de stress importante rapportée par les participantes était les relations avec leurs pairs et les adultes. Plus spécifiquement au niveau de leur capacité à s'investir dans des relations positives et faire confiance aux autres. Béatrice décrivait fréquemment vivre beaucoup d'anxiété en raison de situations conflictuelles avec les autres. Mathilde quant à elle faisant souvent référence au fait qu'elle était facilement influençable par ses pairs et de ce fait, elle prend fréquemment de mauvaises décisions ayant un impact sur la perception que les autres ont d'elle. Florence craint énormément l'abandon de ses proches et perçoit nombreuses situations comme étant menaçantes. Par exemple, nombreuses de ses appréhensions font références à ses proches qui pourraient se blesser ou tomber malade. Pénélope quant à elle vivait beaucoup de détresse depuis son placement. Elle rapportait généralement des préoccupations faisant référence à son faible sentiment de contrôle quant aux décisions importantes prises à son égard par rapport à son projet de vie et de placement. Les motifs de son placement et la crainte de ne jamais pouvoir retourner dans son milieu familial sont des stressseurs importants pour elle.

En ce qui concerne les notions théoriques, l'ensemble des concepts prévus a été présenté aux participantes. Ainsi, à partir des connaissances scientifiques quant au stress prévu dans le programme *Détresse et Progresse*, tels que les ingrédients du stress, les manifestations physiologiques de l'anxiété et les stratégies visant une gestion positive du stress, les participantes ont eu l'occasion de développer une meilleure compréhension quant aux différentes composantes du stress en plus de pouvoir adapter les différentes stratégies selon les besoins et particularités étant propre à chacune. La personnalité menacée était la composante du stress la plus fréquemment rapportée par l'ensemble des participantes. L'impression de ne pas avoir les capacités pour faire face aux attentes de leur environnement ainsi que la crainte du jugement des autres sont des propos qui revenaient régulièrement à travers les discussions. Plusieurs activités interactives tels que des jeux de rôles, des mises en situation ainsi que des techniques de relaxation ont aussi été présentées aux participantes. D'abord, les jeux de rôles et les mises en situation ont permis aux jeunes



d'expérimenter certaines situations stressantes afin de trouver des moyens pour y faire face. De plus, elles ont aussi appris à décortiquer différentes situations stressantes pour ensuite trouver des stratégies afin de diminuer l'impact négatif du stress quant à leur sentiment de bien-être au quotidien. Les participantes ont aussi eu l'occasion d'expérimenter différentes techniques de respiration ainsi que des activités visant la réduction du stress telles que l'exercice physique, la musique, le dessin et l'écriture. Finalement, une activité visant la reconnaissance des différentes sources de soutien dans la vie des participantes a été préconisée, étant un facteur de protection important quant à l'émergence des troubles intériorisés.

*Programme et contenu de l'intervention individuelle.* Le volet individuel du programme a été livré tel que prévu, mais le contenu de chacune des rencontres a varié d'une participante à l'autre en raison de l'aspect personnalisé de l'intervention. Les situations rapportées par les participantes lors des discussions dirigées étaient des préoccupations particulières que les jeunes avaient et qui représentaient pour elles des sources importantes de stress au quotidien.

D'abord pour Mathilde, ses préoccupations principales étaient en lien avec son projet de vie visant le développement de son autonomie. Suite à la passation de l'Échelle d'évaluation du sentiment d'efficacité personnelle (Muris, 2001), elle présentait un niveau plus faible de sentiment de compétence quant à la gestion de ses émotions. Ainsi, une emphase particulière a aussi été mise sur sa capacité à reconnaître ses émotions, tout en se concentrant sur la gestion de celles-ci à travers les discussions dirigées. Dans le cas de Mathilde, la reconnaissance des composantes cognitives et émotionnelles associées aux situations stressantes vécues s'est déroulée rapidement. Elle avait beaucoup de facilité à porter un regard sur certaines de ses pensées et distorsions qui ont un impact sur son bien-être. Au niveau des pensées anxigènes rapportées par Mathilde, faire les mêmes erreurs que ses parents, s'investir dans une trajectoire délinquante et se retrouver seule une fois son placement terminé étaient des craintes fréquemment rapportées. Tout au long des séances d'intervention, elle présentait également une bonne capacité d'introspection quant à son vécu et sur l'impact de celui-ci sur sa façon de se projeter dans l'avenir. Pour ce qui est de la reconnaissance de ses forces et sources de soutien dans son environnement, Mathilde avait davantage de difficulté à les reconnaître. Ayant une perception négative d'elle-même, elle utilisait souvent des propos négatifs pour se décrire et mettait régulièrement l'emphase sur certaines de ses difficultés comportementales. Avec l'aide de l'animatrice, elle a néanmoins été en mesure de se reconnaître des forces et trouver des moyens visant la diminution de ses comportements d'évitement lorsqu'elle

vit des situations stressantes. L'utilisation de jeux de rôle ainsi que l'élaboration de plusieurs stratégies alternatives ont aussi été préconisées à travers l'intervention pour permettre à Mathilde de trouver des moyens concrets qu'elle peut mettre en place dans son quotidien. Elle a été en mesure d'expérimenter la mise en place de certains de ces moyens visant la diminution de son stress et pour ensuite discuter des difficultés rencontrées avec l'animatrice afin de trouver des solutions.

Pour Béatrice, sa difficulté à contrôler sa colère ainsi que ses difficultés relationnelles avec les autres jeunes étaient des sources de stress importantes. Suite à la passation de l'Échelle d'évaluation du sentiment d'efficacité personnelle (Muris, 2001), elle présentait un niveau plus faible de sentiment de compétence quant à la gestion de ses émotions. Ainsi, pour elle aussi, une emphase particulière a été mise quant à sa capacité à reconnaître ses émotions, de même que la gestion de celles-ci à travers les discussions dirigées. Dans le cas de Béatrice, la reconnaissance des différentes composantes cognitives et émotionnelles associées à son stress a été plus difficile. Elle décrivait nombreuses situations stressantes et préoccupations, mais lorsque questionnée quant aux pensées et émotions qui accompagnent son anxiété, elle présentait de nombreuses résistances. Une des pensées qui revenait fréquemment était en lien avec le regard des autres. Elle a souvent l'impression que les autres pensent qu'elle perd la tête et porte un jugement négatif sur elle. Ces perceptions négatives par rapport aux intentions des autres avaient un impact quant à sa capacité à développer des relations positives avec ses proches. Elle nommait aussi fréquemment avoir de la difficulté à faire confiance aux autres en raison des nombreux abandons qu'elle a vécus dans son passé. Davantage portée à mettre le blâme sur les autres particulièrement lors de situations conflictuelles, lorsqu'est venu le moment de trouver des moyens et des stratégies qu'elle peut mettre en place pour diminuer son stress, Béatrice n'en voyait pas l'utilité. Néanmoins, elle a tout de même été en mesure de soulever l'utilisation du sport comme moyen qu'elle souhaite essayer. Pour ce qui est de l'actualisation de sa participation à une activité sportive à l'école ou dans le quartier, Béatrice n'a pas été en mesure de l'expérimenter. Au niveau de la reconnaissance de ses forces, rêves et sources de soutien, elle s'est d'abord opposée à faire l'activité lors de la quatrième rencontre. Avec l'aide de l'animatrice, elle a été en mesure de reconnaître qu'elle avait beaucoup de difficulté à avoir une perception positive d'elle-même. Néanmoins, suite à une activité créative, Béatrice a été surprise de découvrir qu'elle avait de nombreux talents artistiques tels que le théâtre et l'écriture.



Pénélope quant à elle, était récemment arrivée au foyer le fait d'être séparée de sa mère et d'entretenir une relation conflictuelle avec son père, représentaient deux sources de stress importantes pour elle. Pour ce qui est de la reconnaissance des composantes associées au stress, Pénélope rapportait que les principales répercussions pour elle s'observaient sur le plan physiologique. En effet, elle décrivait avoir régulièrement des maux de ventre, de tête et des nausées. Pour cette raison, une emphase particulière a été mise quant aux moyens de relaxation et les techniques de respiration afin de lui permettre d'être en mesure de diminuer son stress rapidement. Un des objectifs travaillés par Pénélope était la mise en place de stratégies visant la diminution de son anxiété lorsqu'elle était en sortie chez son père. Pénélope avait beaucoup de facilité à reconnaître ses forces, ses rêves et ses sources de soutien dans son entourage. Elle avait une bonne connaissance quant à ses caractéristiques personnelles, mais elle avait beaucoup de difficulté à se différencier de sa mère. Elle nommait régulièrement que ses forces sont le résultat de l'éducation de sa mère alors que ses difficultés sont à cause de son père. Elle considérait que si son père n'était pas dans sa vie, elle serait beaucoup plus heureuse. Au fil des rencontres, elle a cependant réussi à se distancier un peu de sa mère et reconnaître certaines forces aussi à son père. Bien que sa perception de leur relation demeure majoritairement négative, elle a été en mesure de s'engager à participer à des activités plaisantes avec celui-ci. L'utilisation de jeux de rôles a aussi permis de développer sa capacité à se mettre à la place de son père et reconnaître davantage l'impact de ses comportements quant aux dynamiques relationnelles au sein de sa famille. La reconnaissance et sa capacité à gérer ses émotions ont aussi été mises de l'avant pendant l'intervention, car similairement à Mathilde et Béatrice, Pénélope présentait elle aussi un faible sentiment de compétence à ce niveau.

*Stratégies de gestion des apprentissages volet de groupe.* Quelques changements s'observent au niveau de la gestion des apprentissages. D'abord, les participantes ont complété leur journal de bord au début de chacune des activités plutôt que de s'y référer en cas de besoin entre les activités. Il a été convenu avec les participantes de leur offrir ce moment au début de chacune des activités, car elles trouvaient cela difficile de le faire entre les séances d'intervention. Pour ce qui est de l'utilisation d'un moyen visuel, la présentation de diapositives PowerPoint a été préconisée pour chacune des séances, une modalité de l'intervention que les participantes ont particulièrement apprécié. L'utilisation d'exemples concrets adaptés au vécu des jeunes ainsi que ceux rapportés par les pendant les discussions dirigées ont aussi favorisé l'intégration des différentes connaissances participantes théoriques en lien avec le stress.

*Stratégies de gestion des apprentissages volet individuel.* Pour ce qui est du volet individuel, l'utilisation d'un tableau afin d'offrir un support visuel pour les participantes a été privilégiée lors de séances d'intervention. Une fois de plus, l'utilisation d'exemples concrets ainsi que l'implication des participantes quant aux objectifs travaillés ont favorisé l'appropriation des différents concepts théoriques abordés.

*Stratégies de gestion des comportements volet de groupe.* Tel que prévu, lors de la première séance d'intervention de groupe une emphase particulière a été portée quant à l'importance du respect des codes et des procédures mis en place dans le milieu, et ce pour l'ensemble des activités cliniques du milieu. À quelques reprises une gestion de certains comportements perturbateurs s'est avérée nécessaire. L'utilisation de rappels verbaux ainsi que la décontamination par l'humour sont deux moyens d'intervention qui ont été préconisés régulièrement afin d'assurer le respect des codes et procédures ainsi qu'un déroulement optimal des activités. Les principaux comportements perturbateurs observés pendant l'animation du programme étaient davantage en lien avec la capacité des jeunes à écouter et demeurer attentive durant les activités. Il importe d'indiquer que certaines des participantes ont un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité ayant un impact quant à la mise en place de ces comportements. Un rappel quant à l'importance du respect des propos de chacune des participantes a aussi été fait lors de la troisième séance d'intervention suite à un conflit entre deux participantes.

*Stratégies de gestion des comportements volet individuel.* L'utilisation de certaines stratégies visant la gestion des comportements a été nécessaire pour Béatrice et Pénélope. En effet, elles étaient parfois distraites et l'animatrice a dû intervenir afin de les aider à se recentrer sur les objectifs visés par le programme. Néanmoins, elles ont toujours été en mesure de terminer les séances d'intervention.

*Stratégies de transfert de la généralisation.* Puisque l'utilisation du journal de bord s'est faite au début de chacune des activités, les jeunes n'ont pas été en mesure de s'y référer dans le quotidien afin de généraliser les acquis faits lors de l'intervention de groupe. Néanmoins, une généralisation des concepts abordés dans les ateliers a été possible à travers le vécu partagé avec les participantes puisque les intervenants du milieu étaient au courant des principales cibles d'intervention visées par le programme. Pour ce qui est du volet individuel, tel que prévu, les

concepts abordés lors de l'intervention de groupe ont été utilisés afin de permettre de les adapter davantage aux besoins et vécus des participantes.

### *Composantes complémentaires*

*Qualité de la participation volet groupe.* Les notes chronologiques tenues par l'animatrice ainsi que celles prises par la co-animatrice ont permis de rendre compte de la participation de chacune des jeunes lors des séances d'intervention de groupe. D'abord, les préoccupations ainsi que différentes sources de stressseurs rapportées par les jeunes lors des activités ont été prises en considération afin de définir la qualité de la participation. Pour ce faire, le nombre de préoccupations et stressseurs rapportés ainsi que la nature de ceux-ci ont été compilés pour chacune des participantes. Il importe d'indiquer qu'afin de définir la qualité de la participation, les préoccupations et les stressseurs rapportés devaient être en lien avec les sujets abordés lors de la séance d'intervention. De plus, le nombre de fois que les jeunes répondaient à une question posée par l'animatrice a aussi été pris en considération afin de rendre compte de la qualité de la participation. La figure 3 indique le nombre de fois en moyenne par séance d'intervention que les jeunes ont partagé une préoccupation, donné des exemples de stressseurs lors des discussions dirigées et répondu aux questions posées par l'animatrice.

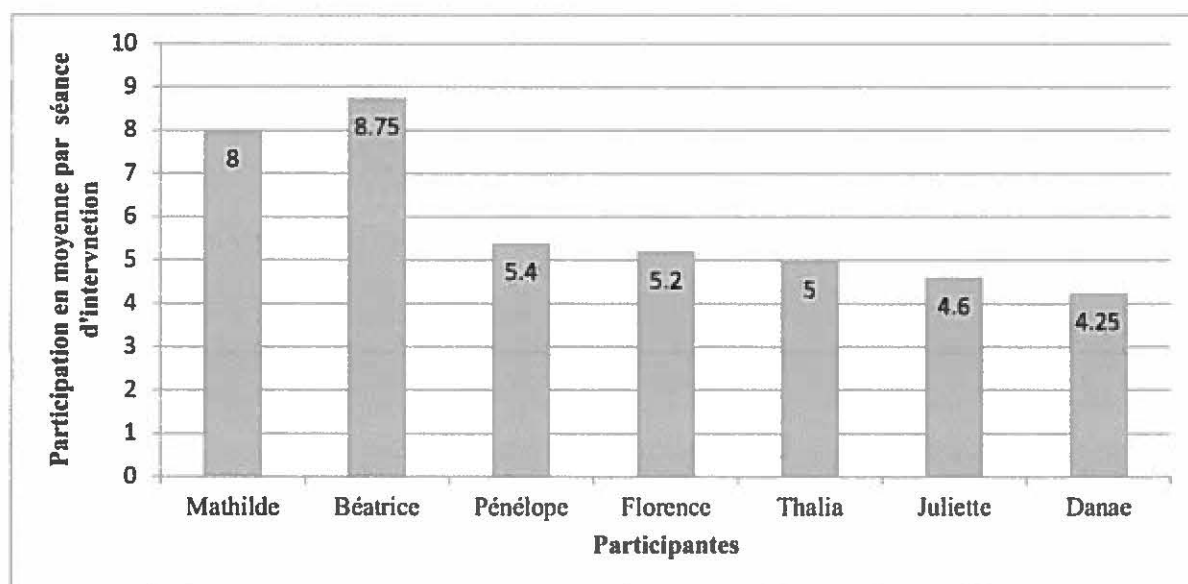


Figure 3. Distribution du nombre de fois en moyenne par séance d'intervention que les participantes ont donné des exemples de stressseurs, partagé leurs préoccupations ou répondu aux questions posées par l'animatrice.

On remarque d'abord que Mathilde et Béatrice, ayant notamment été ciblées pour le volet individuel ont participé en moyenne beaucoup plus que les autres participantes. En effet, elles présentent en moyenne huit participations par séance d'intervention comparativement aux autres jeunes du groupe se situant en moyenne entre quatre et cinq. Bien qu'on remarque une légère variation quant au niveau de participation entre les jeunes, il importe d'indiquer que chacune des participantes a été en mesure de nommer des préoccupations, des sources de stress ainsi que rapporter des exemples pertinents, et ce toujours en lien avec les sujets abordés pendant les séances d'interventions. Pour ce qui est de Pénélope, une autre des participantes du volet individuel du programme, il est arrivé à quelques reprises que les sujets qu'elles partageaient avec le groupe n'étaient pas en lien avec le stress ni son vécu étant davantage des commentaires pour faire rire les autres participantes. Néanmoins, une fois que la situation a été maîtrisée par l'animatrice, elle a été en mesure de s'adapter afin d'améliorer la qualité de sa participation.

*Qualité de la participation volet individuel.* Pour ce qui est du volet individuel, les sujets abordés lors des discussions dirigées ainsi que les activités issues de la thérapie cognitive-comportementale servent d'indicateur quant à la participation et l'implication des jeunes. Les trois participantes se sont impliquées de façon continue tout au long de l'intervention. Elles ont chacune été en mesure de cibler des préoccupations, se fixer des objectifs ainsi que partager leur vécu avec l'animatrice. De plus, elles ont aussi complété les activités proposées, et ce toujours en faisant preuve d'une capacité d'introspection remarquable tout au long des séances d'intervention. Cependant, Béatrice lors de la dernière séance d'intervention était beaucoup plus réticente à participer, car elle vivait beaucoup de colère. Bien qu'elle se soit opposée à faire les activités proposées, elle a tout de même été en mesure de nommer ce qu'elle vivait et partager son vécu avec l'animatrice. Ainsi, dans l'ensemble, la participation des jeunes du volet individualisé du programme s'avère être plus que satisfaisante.

*Pertinence de l'intervention et appréciation volet de groupe.* À la fin du programme, chacune des participantes du volet de groupe a rempli un questionnaire visant à évaluer son niveau de satisfaction et perception d'utilité de l'intervention. D'abord pour l'énoncé suivant « *En participant au programme, j'ai l'impression que mon niveau de stress au quotidien a* », toutes les participantes à l'exception de Juliette et de Florence indiquent que celui-ci semble avoir diminué. Pour ce qui est de Juliette, elle décrit que son niveau de stress est demeuré le même alors que Florence souligne que celui-ci a augmenté suite au programme. Pour ce qui est des énoncés « *J'ai*

*l'impression d'avoir appris de nouvelles choses suite au programme* » et « *le programme correspond aux attentes que j'avais* » toutes les participantes ont répondu à l'affirmative. Au niveau des commentaires rapportés par les participantes à la fin du programme, elles décrivent avoir particulièrement apprécié l'utilisation des modalités visuelles pendant l'animation des activités, facilitant non seulement leur compréhension des concepts théoriques, mais aussi leur capacité à rester concentré pendant les séances d'intervention. Elles ont aussi nommé avoir apprécié le climat positif des séances d'intervention, l'écoute et la patience des animatrices ainsi qu'avoir l'occasion de partager leur vécu avec le groupe. Les discussions dirigées ont aussi permis aux participantes de réaliser qu'elles partagent nombreuses craintes et sources de stress similaires et de ce fait, une certaine normalisation du vécu de chacune a été possible par l'entremise du volet de groupe du programme.

*Pertinence de l'intervention et appréciation volet individuel.* Pour ce qui est de l'intervention individuelle, une entrevue semi-structurée est effectuée à la fin de la dernière séance d'intervention afin d'obtenir le niveau de satisfaction des participantes. Toutes les participantes rapportent avoir apprécié le volet individualisé du programme, car elles ont plus de facilité à s'exprimer dans ce contexte plutôt qu'en groupe. De plus, elles ont aussi relevé certains éléments qu'elles ont apprécié durant le programme notamment, le climat positif des rencontres, l'écoute de l'animatrice, le fait qu'elles ont pu travailler des objectifs adaptés à leurs besoins et aborder les préoccupations qu'elles souhaitaient. Pénélope a aussi rapporté que durant les activités de groupe, elle craignait le jugement des autres filles alors que dans le contexte d'un suivi individuel, elle était beaucoup plus à l'aise de parler de son vécu et de ses émotions.

*Débordement.* En ce qui concerne le débordement, il importe d'indiquer que toutes les jeunes participent à des activités cliniques dans le milieu. Ces activités visent la réadaptation par l'enseignement et le développement de nombreuses compétences tels que par exemple, l'autonomie, l'estime de soi, l'affirmation de soi. Toutes les jeunes ont aussi des rencontres hebdomadaires avec leur intervenant de suivi visant l'atteinte des objectifs ciblés dans leur plan d'intervention. Pendant la mise en place du programme, Béatrice participait aussi à un atelier visant la gestion de sa colère. Mathilde, Florence, Béatrice et Pénélope prennent aussi de la médication pour leur trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité.

### *3.1.2 Jugement global sur la conformité*

Somme toute, la conformité de la mise en œuvre du programme s'avère être satisfaisante pour l'ensemble des participantes. De façon générale, les composantes prévues lors de la planification du programme ont été mises en place avec un dosage acceptable et aucun changement n'a été apporté aux composantes suivantes : les objectifs, l'animatrice, le contexte spatial, les codes et procédures ainsi que le système de reconnaissance et de responsabilité. Dans l'ensemble, le contenu des deux volets de l'intervention a aussi été mis en place tel que prévu pour la majorité des participantes, et ce bien que certaines modifications aient été apportées au courant de l'implantation du programme. Ces modifications reflètent davantage l'individualisation de certaines notions théoriques par l'entremise des discussions dirigées ainsi que sujets, préoccupations et exemples rapportés par les participantes, et ce à travers chacune des séances d'intervention. Ainsi, la participation et l'implication des jeunes quant aux notions abordées représentent une composante majeure de l'intervention afin que le programme soit adapté aux besoins des participantes.

L'exposition au volet de groupe du programme pour Mathilde, Béatrice et Danaé a cependant entraîné des variations quant au contenu qu'elles ont reçu, car elles ont respectivement manqué deux et une séance d'intervention chacune. Dans le cas de Mathilde et de Béatrice, puisqu'elles participaient à l'intervention individuelle, le contenu manqué a été repris lors d'une des séances individualisées. Pour ce qui est du volet individuel du programme, Béatrice et Pénélope ont assisté à toutes les rencontres prévues, alors que Mathilde a manqué la dernière. De plus, puisque le contenu des discussions dirigées du volet individuel du programme variait selon les besoins de chacune des participantes, il est possible de croire que certaines variations peuvent s'observer quant aux différents sujets et contenus abordés lors des séances d'intervention d'une participante à l'autre. Néanmoins, ces variations étaient attendues et n'impliquent pas de changements majeurs quant à ce qui avait été planifié. L'implication des jeunes tout au long du programme quant à leur niveau de participation influence aussi les contenus et les apprentissages qui ont été expérimentés par les participantes. Pour l'ensemble des participantes au volet de groupe, l'animatrice a été en mesure de susciter leur participation de façon satisfaisante à travers les discussions dirigées et les activités proposées afin qu'elles soient mises en interaction avec les différentes composantes prévues par le programme. Pour ce qui est des trois participantes du volet individualisé, bien que leur participation présente des variabilités individuelles, celle-ci s'avère



aussi être satisfaisante pendant l'implantation programme. Finalement, toutes les participantes rapportent avoir apprécié le programme et être en mesure d'appliquer de façon concrète plusieurs concepts théoriques et stratégies de gestion du stress qu'elles ont appris dans leur quotidien.

### *3.1.3 Implication en égard à l'évaluation des effets*

Rappelons que le programme d'intervention vise à réduire la vulnérabilité au stress pendant l'adolescence, une conséquence associée à la négligence. Bien qu'étant le motif de compromission le plus prévalent au Centre Jeunesse de Montréal, celui-ci n'était pas prédominant dans le milieu. En effet, les motifs de placement n'étaient pas exclusivement la négligence ayant possiblement un impact quant aux effets. Néanmoins, puisqu'il a été prévu que l'ensemble des jeunes du milieu participe à l'intervention de groupe, il n'était pas concevable de sélectionner les participantes en fonction des motifs de leur placement en hébergement. Il est tout de même important de mentionner que malgré cette réalité du milieu, l'ensemble des participantes ont vécu des adversités importantes et été confrontées à différentes formes de maltraitance et de ce fait, les cibles d'interventions et objectifs visés demeurent tout à fait pertinents. De plus, le stress étant une composante prédominante à l'adolescence représente aussi une cible d'intervention adaptée quant aux besoins des participantes ayant sans aucun doute un impact positif quant aux résultats ainsi que l'atteinte des objectifs visés par le programme.

Les caractéristiques des participantes peuvent aussi avoir un impact quant aux effets. D'abord tel que prévu les participantes présentant davantage de vulnérabilités ont été sélectionnées pour participer au volet individuel de l'intervention. Puisque ces jeunes présentaient un niveau de stress élevé ainsi qu'une estime de soi plus faible comparativement au reste du groupe et qu'elles ont participé à une intervention davantage intensive, il est possible d'envisager que ces particularités risquent d'influencer les résultats. De plus, pendant l'implantation du programme, les jeunes du milieu étaient également confrontées à différentes situations ayant un impact quant à leur bien-être et leur disponibilité pour l'intervention. À cette réalité, s'ajoute aussi différentes problématiques rapportées par les participantes pouvant avoir un impact sur les résultats. Par exemple, Pénélope et Florence ont été confrontées à plusieurs situations stressantes pendant l'intervention ayant sans aucun doute eu un impact quant à l'atteinte du premier objectif, soit la diminution de l'intensité du stress perçu et de ce fait influençant aussi les autres construits associés.

Dans le cas de Béatrice, le fait d'être suspendue de l'école ainsi que placée dans une autre unité du Centre Jeunesse pendant quelques jours peut aussi avoir influencé les résultats particulièrement l'atteinte des objectifs ciblant l'estime de soi et le sentiment d'efficacité personnelle. Pour Thalia, la crainte de déplaire à l'adulte risque d'influencer les résultats étant pour l'ensemble des mesures de nature autorapportées et de ce fait susceptible au biais de la désirabilité sociale.

L'exposition au programme peut aussi créer des variations quant aux résultats. En effet, puisque toutes les jeunes n'ont pas participé à l'ensemble des séances d'intervention, elles n'ont pas été confrontées à tous les contenus prévus dans le programme. Dans le cas de Mathilde et Béatrice, une partie des contenus théoriques manqués ont été repris lors des séances individuelles alors que pour Danaé il n'a pas été possible de le faire puisqu'elle participait uniquement au volet de groupe du programme. Ainsi, il est possible d'envisager que pour ces trois participantes, l'exposition a un impact quant aux résultats. Le degré de variation quant au niveau de participation des jeunes peut aussi avoir un effet quant aux apprentissages effectués pendant l'intervention. L'implication des jeunes aura donc possiblement un impact quant aux résultats. Les contenus abordés lors des séances d'intervention individuelles variant d'une participante à l'autre peuvent aussi influencer les effets observés suivant l'implantation du programme. En effet, dans le cas de Mathilde puisque davantage d'emphase a été portée aux activités issues de la thérapie-cognitivo-comportementale ciblant les différentes composantes du stress il est possible d'envisager des effets significatifs quant à l'atteinte de l'objectif ciblant la diminution du stress. Pour ce qui est de Béatrice et de Pénélope, davantage de temps a été consacré aux discussions dirigées ciblant les pensées négatives, l'estime de soi et le sentiment d'efficacité personnelle. Il est possible d'envisager que cette particularité de l'implantation de l'intervention a aussi eu un effet positif quant à l'atteinte des objectifs ciblant spécifiquement ces construits.

Finalement, le débordement a aussi un impact non négligeable quant aux résultats de la mise en œuvre du programme. Puisque les participantes sont placées en hébergement au Centre Jeunesse, elles participent régulièrement à des activités cliniques visant le développement et l'actualisation de leurs capacités adaptatives. De plus, pendant la mise en place du programme, Béatrice avait aussi un suivi psychoéducatif visant la gestion de sa colère. Danaé quant à elle, avait déjà participé à des ateliers de gestion du stress avant d'arriver au foyer. Ainsi, il est attendu que puisque les jeunes du milieu participent à d'autres programmes et reçoivent des services



psychosociaux, les résultats seront difficilement attribuables uniquement à l'effet du présent programme d'intervention.

### **3.2 Évaluation des effets**

#### *3.2.1 Stratégie d'analyse employée*

Tel que mentionné précédemment, un protocole à cas unique de type AB combiné avec un devis pré-test/post-test a été utilisé afin d'évaluer les effets de l'intervention. Pour ce faire, l'atteinte des objectifs ciblés a été analysée à l'aide de plusieurs échelles d'évaluation utilisées avant et après l'implantation du programme ainsi que d'une grille d'auto-observation permettant d'évaluer de manière répétée certains des construits. L'évolution du stress perçu par les participantes a été évaluée à l'aide de l'Échelle de stress perçu (Cohen, Kamarck et Mermelstein, 1983) en mesures pré-test/post-test ainsi que des données quotidiennes autorapportées. Pour ce qui est de la fréquence des pensées négatives, celle-ci a été évaluée par le *Children's Automatic Thought Scale* (Schneiring et Rapee, 2002) avant et après l'intervention ainsi que par des mesures quotidiennes rapportées par les participantes au programme. L'évolution de l'estime de soi a aussi été évaluée en mesures pré-test/post-test par l'Échelle d'estime de soi global (Rosenberg, 1965). En ce qui concerne, le sentiment d'efficacité personnelle, les trois participantes du volet individuel du programme ont complété l'Échelle du sentiment d'Efficacité personnelle (Muris, 2001) avant et suivant l'intervention. Afin de rendre compte de l'évolution des participantes quant à leur capacité à utiliser des stratégies positives de gestion de leur stress, l'utilisation de la grille d'auto-observation a été préconisée afin de recueillir des données répétées tout au long de l'intervention. Finalement, afin d'observer les effets de l'intervention quant aux affects négatifs rapportés par les jeunes, l'Échelle d'auto-évaluation *Center for Epidemiological Studies* (Radloff, 1977) a aussi été administrée afin de recueillir des mesures pré-test/post-test.

#### *3.2.2 Résultats obtenus*

##### *Changements relatifs au stress perçu*

Le stress perçu par les participantes a d'abord été évalué par l'Échelle de stress perçu (Cohen, Kamarck et Mermelstein, 1983) avant et après l'implantation du programme. Rappelons que le questionnaire comprend 14 items et évalue la fréquence à laquelle certaines situations sont

perçues comme étant menaçantes, imprévisibles, incontrôlables et pénibles. La somme des items permet de calculer un score global variant entre 0 et 56. Afin de faciliter l'interprétation des résultats, il s'avère pertinent d'indiquer que le score moyen obtenu à l'échelle auprès d'un échantillon de 274 jeunes femmes âgées entre 16 et 24 ans est de 24.64 avec un écart type de 6.88 (Cohen, Kamarck et Mermelstein, 1983). Il est aussi intéressant de noter que 29 garçons adolescents placés dans des unités d'hébergement du Centre Jeunesse de Montréal ont aussi complété cette échelle lors d'une étude pilote visant l'évaluation du Programme Distresse et Progresse (Plusquellec et al., 2016). Les scores obtenus quant au stress perçu par ces jeunes sont en moyenne de 27.50 avec un écart-type de 7.98 avant l'implantation du programme et de 23.06 avec un écart-type de 8.86 après l'intervention (Plusquellec et al., 2016). Il sera d'abord question de mettre évidence les scores obtenus par les jeunes filles participant au présent programme avant et après l'intervention en comparaison aux scores obtenus auprès de l'échantillon normatif. De plus, il sera aussi intéressant d'observer l'évolution des scores lorsque ceux-ci sont comparés à d'autres adolescents aussi placés au Centre Jeunesse de Montréal. Pour ce faire, les résultats obtenus par les sept jeunes avant et après leur participation au programme d'intervention sont présentés ci-dessous par la figure 4.

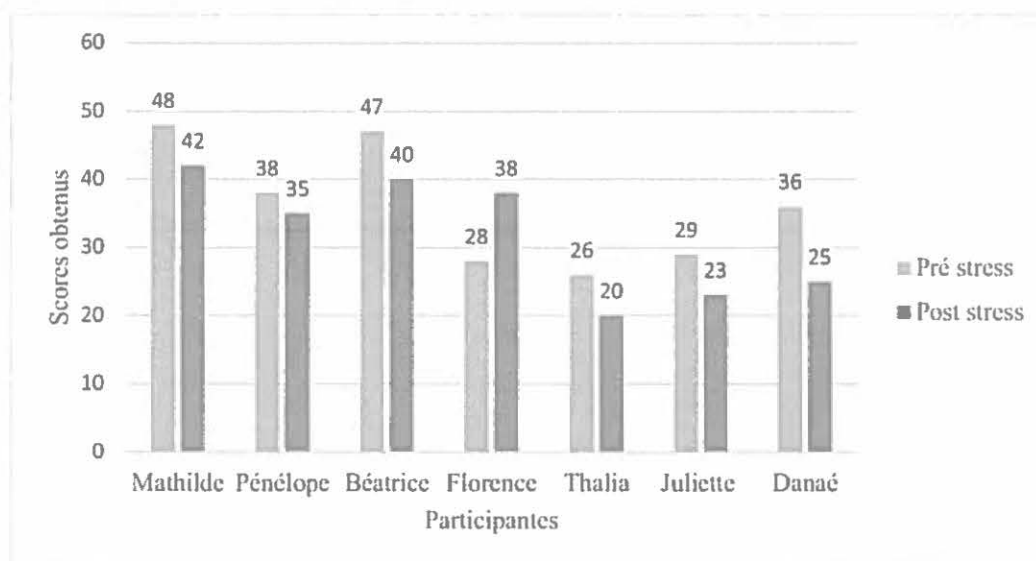


Figure 4. Évolution du stress perçu des participantes avant et après l'intervention

Une attention particulière sera d'abord portée sur les scores obtenus par les trois participantes du volet individualisé du programme. Mathilde, Pénélope et Béatrice ont obtenu les scores les plus élevés sur cette échelle au début de l'intervention et de ce fait, elles ont été

sélectionnées pour participer au suivi individuel du programme en plus du volet de groupe afin d'offrir un accompagnement davantage adapté à leurs besoins. Il est aussi intéressant de remarquer que ces trois jeunes filles présentent un niveau de stress perçu beaucoup plus élevé lorsqu'on compare leur score avec celui des autres adolescents également placés au Centre Jeunesse et ayant vécu des adversités importantes. En effet, elles obtiennent des scores se situant à près de trois écarts-types et deux écarts-types au-dessus de la moyenne avant l'intervention lorsque comparées aux autres adolescents. Rappelons que la moyenne de cet échantillon se situe à 27.50 avec un écart-type de 7.98 (Plusquellec et al., 2016). Pour ce qui est de Mathilde, elle a obtenu le score le plus élevé soit de 48 en mesure pré-test. Suivant l'implantation du programme, elle obtient un score de 42, une diminution de six points représentant près d'un écart-type, selon les résultats recueillis auprès d'un échantillon normatif d'adolescentes dont la moyenne se situe à 24.64 avec un écart type de 6.88 (Cohen, Kamarck et Mermelstein, 1983). Pour Pénélope, aucun changement n'est observé sur cette échelle suivant l'implantation de l'intervention. En ce qui concerne Béatrice, une diminution de sept points est observée en mesure post-test, représentant un changement d'un écart-type ( $s=6.88$ ).

Pour ce qui est des quatre participantes au volet de groupe uniquement, on remarque une diminution du score à l'échelle pour Thalia, Juliette et Danaé alors que Florence obtient un score plus élevé à la suite de l'implantation du programme. Thalia et Juliette présentent une diminution de six points en mesure post-test, représentant près d'un écart-type ( $s=6.88$ ). Pour ce qui est de Danaé, on remarque une diminution de 11 points, représentant près de deux écarts-types à la suite de l'intervention. On remarque que pour Florence il y a une augmentation à la fin de l'intervention. En effet, elle obtient un score de 38, représentant une augmentation de plus d'un écart-type comparativement à son score initial. En somme, une diminution significative quant au niveau du stress perçu tel qu'évaluée par l'Échelle de stress perçu (Cohen, Kamarck et Mermelstein, 1983) s'observe pour la majorité des participantes à l'exception de Florence qui présente une augmentation quant à son niveau de stress perçu suivant l'implantation du programme, de même qu'à l'exception des scores de Pénélope pour lesquels on remarque aucun changement.

L'évolution de stress perçu par les participantes a aussi été évaluée par l'entremise de mesures répétées pendant l'implantation du programme. Pour ce faire, les participantes ont complété une grille d'auto-observation dans laquelle elles ont indiqué chaque jour l'intensité de leur stress sur une échelle variant de 0 (pas du tout élevée) à 4 (très élevée). Une moyenne

hebdomadaire a par la suite été calculée pour chacune des participantes. La figure 5 présente d'abord l'intensité du stress rapportée par les trois participantes du volet individuel pendant la mise en place de l'intervention. Rappelons que la durée du niveau de base s'échelonne sur une semaine (T1), l'intervention sur cinq semaines (T2 à T6) et une semaine est consacrée aux mesures post-test du programme (T7).

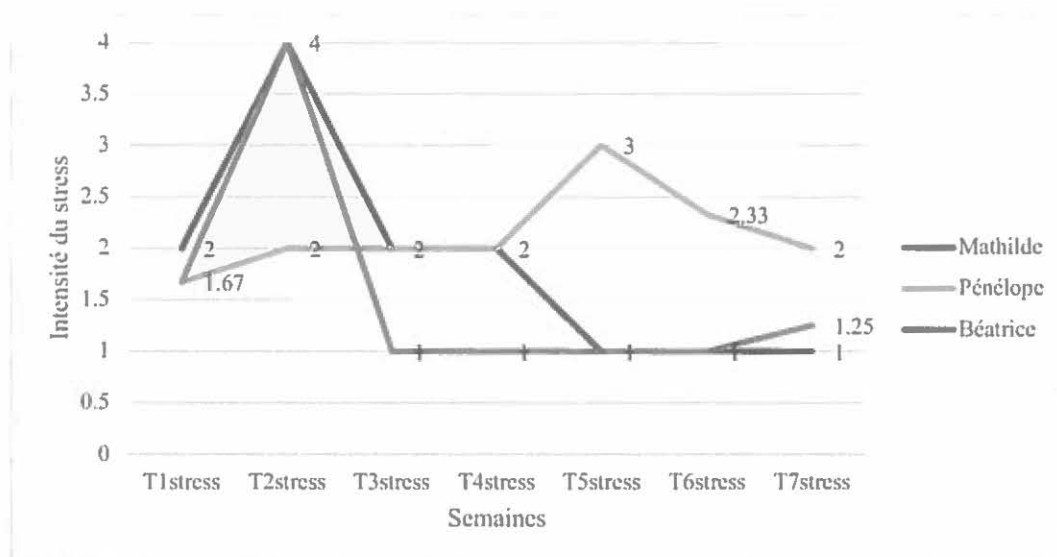


Figure 5. Évolution de l'intensité du stress perçue par les trois participantes du volet individuel pendant l'intervention où 0 = aucun stress; 1 = stress peu élevé; 2 = stress moyen; 3 = stress élevé; 4 = stress très élevé.

Il importe d'abord d'indiquer que puisque le niveau de base s'échelonne sur une semaine, il n'a pas été possible de recueillir suffisamment de mesures afin d'observer une stabilité au niveau des scores rapportés par les participantes avant l'implantation du programme. Néanmoins, on remarque qu'avant l'intervention (T1), Mathilde, Pénélope et Béatrice se situent relativement au même niveau, elles indiquent vivre un niveau de stress moyen ( $\bar{x}=2$ ). Pour Pénélope, ce score demeure stable tout au long de l'implantation du programme avec une légère augmentation lors de la quatrième semaine de l'intervention ( $\bar{x}=3$ ). Pour ce qui est de Mathilde et de Béatrice, on observe que lors de la première semaine de l'intervention, elles rapportent en moyenne un niveau très élevé de stress ( $\bar{x}=4$ ). Dans le cas de Béatrice, on observe par la suite une diminution ainsi qu'une stabilité pour le restant de l'intervention, soit en moyenne par semaine elle rapporte percevoir un niveau peu élevé de stress dans son quotidien ( $\bar{x}=1$ ). Finalement, pour Mathilde on remarque aussi une légère diminution au courant des semaines pour éventuellement se stabiliser à partir de la quatrième semaine d'intervention. Elle aussi rapporte percevoir un niveau peu élevé de stress dans son quotidien à la fin de l'intervention ( $\bar{x}=1$ ). On observe donc une légère diminution quant à l'intensité

du stress perçu telle que rapportée par Mathilde et Béatrice pendant la mise en place du programme. La figure 6 présente l'évolution de l'intensité du stress perçu par les quatre participantes du volet de groupe rapportée par des mesures répétées pendant l'implantation du programme.

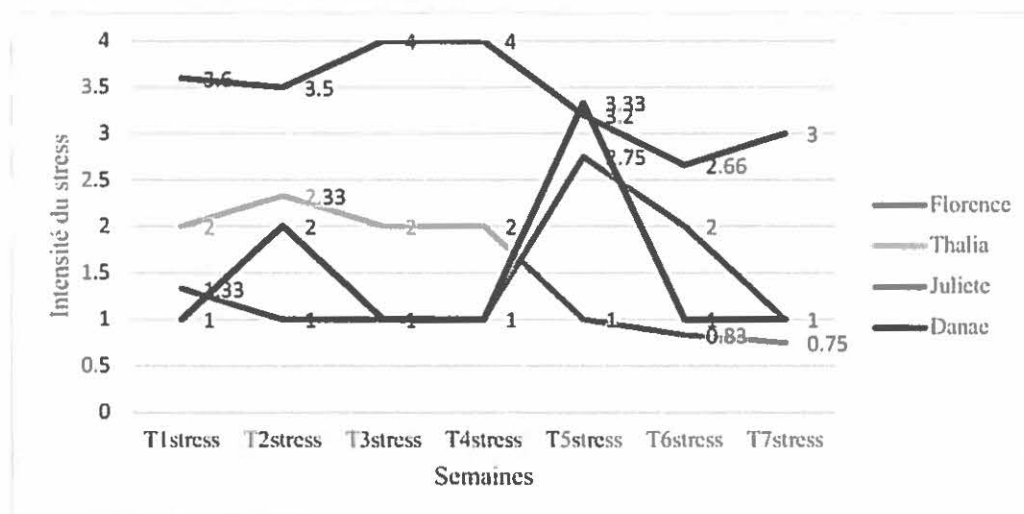


Figure 6. Évolution de l'intensité du stress perçu par les quatre participantes du volet de groupe uniquement pendant l'intervention où 0 = aucun stress; 1 = stress peu élevé; 2 = stress moyen; 3 = stress élevé; 4 = stress très élevé

Tel que mentionné précédemment, en raison de la durée du niveau de base, il n'a pas été possible d'observer une stabilité au niveau des données recueillies avant l'intervention. On remarque tout de même une grande variabilité entre les participantes au niveau des scores moyens obtenus avant l'intervention. D'abord Florence, avant l'intervention, rapporte en moyenne percevoir un niveau très élevé de stress au quotidien ( $\bar{x}=3.6$ ). On remarque une stabilité au niveau des résultats. En effet, Florence rapporte un niveau élevé de stress perçu tout au long de l'implantation du programme ainsi que la semaine suivant l'intervention (T7). Pour ce qui est de Thalia, on observe une légère diminution au fil des séances d'intervention quant à l'intensité du stress perçu. En effet, au début de l'intervention, elle rapporte un niveau de stress moyen ( $\bar{x}=2$ ) qui semble graduellement diminuer au courant du programme. On remarque une stabilité au niveau des scores de Danaé et de Juliette se situant entre deux et un tout au long de l'intervention, à l'exception de la quatrième semaine du programme lorsqu'elles rapportent un niveau de stress plus élevé ( $\bar{x}=3.33$  et  $\bar{x}=2.75$ ). En sommes, une légère diminution quant à l'intensité du stress perçu s'observe pour Thalia alors que pour les trois autres participantes, les scores rapportés demeurent relativement stables pendant l'intervention.

### Changements relatifs quant à la fréquence des pensées automatiques négatives

Afin d'évaluer la fréquence des pensées négatives, le *Children's Automatic Thought Scale* (Schneiring et Rapee, 2002) a été complété par les participantes avant et après l'implantation du programme. Rappelons que cette échelle comprend 40 items permettant de mettre en évidence la fréquence de certaines pensées négatives automatiques qu'ont les jeunes sur une échelle allant de 0 (pas du tout) à 4 (toujours). La somme des items permet de calculer un score global variant entre 0 et 160. Une corrélation positive s'observe entre les scores obtenus et la fréquence des pensées négatives. Bien que n'étant pas un outil diagnostique, l'échelle permet de mettre en évidence certaines distorsions cognitives pouvant être associées à des troubles intériorisés et de ce fait, orienter une évaluation plus approfondie ainsi que la mise en place d'interventions adaptées (Micco et Ehrenreich, 2009).

Afin d'avoir une meilleure compréhension quant à la signification des scores, il sera question de comparer les résultats à des scores obtenus auprès d'un échantillon normatif et clinique. D'abord, le score moyen à l'échelle auprès d'un échantillon de 762 adolescents âgés entre 11 et 15 ans est de 37.48 avec un écart type de 25.51 (Schneiring et Rapee, 2002). Dans la même étude de validation, il est rapporté que les jeunes de l'échantillon clinique présentant un diagnostic de troubles intériorisés obtiennent un score beaucoup plus élevé soit en moyenne de 63.36 ( $s=34.29$ ) pour les jeunes ayant un diagnostic de troubles anxieux et de 68 ( $s=32.65$ ) pour ceux présentant un trouble dépressif (Schneiring et Rapee, 2002). Les résultats obtenus par les jeunes avant et après leur participation au programme d'intervention sont présentés par la figure 7 ci-dessous.

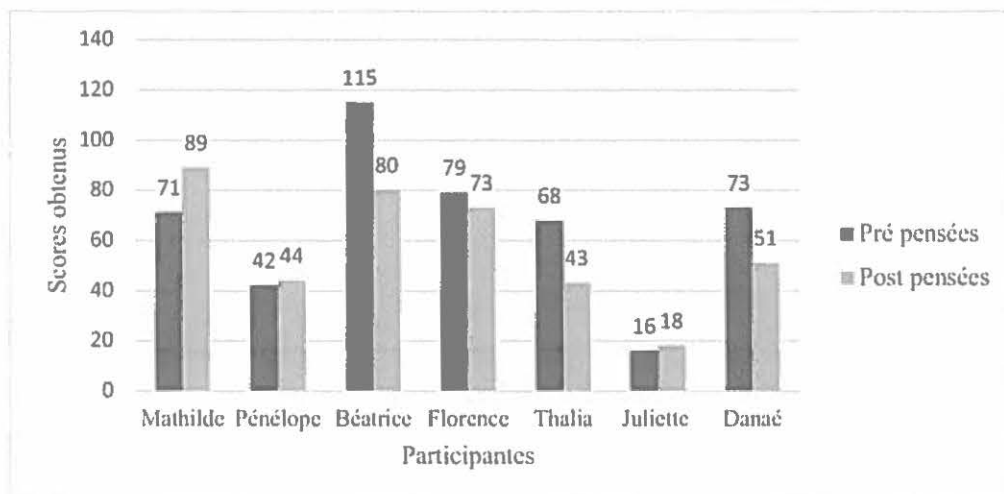


Figure 7. Évolution de la fréquence des pensées automatiques négatives des participantes avant et après l'intervention.



D'abord pour Mathilde, on observe une augmentation au niveau de la fréquence des pensées automatiques négatives. Elle obtient un score de 71 avant l'intervention et de 89 suivant l'implantation du programme, une augmentation de près d'un écart-type ( $s=25.51$ ). En ce qui concerne Pénélope, on ne remarque aucun changement au niveau des scores et ceux-ci se retrouvent dans la moyenne lorsque comparés à un échantillon normatif ( $\bar{x}=37.48$ ). Béatrice quant à elle, obtient le score le plus élevé au début de l'intervention soit de 115, représentant près de trois écarts-types de plus que la moyenne obtenue auprès d'un échantillon normatif d'adolescent. Suivant le programme, on remarque une diminution de plus d'un écart-type ( $s=25.51$ ). Il est pertinent de noter que les scores obtenus par Mathilde et Béatrice sont aussi comparables aux scores de l'échantillon clinique. Rappelons que les jeunes présentant des troubles intériorisés dans cet échantillon obtiennent en moyenne des scores de 63.36 et de 68 (Schneiring et Rapee, 2002).

Pour ce qui est des autres participantes, on remarque un changement pour Thalia et Danaé. Respectivement, on observe une diminution de 25 points et de 22 points représentant près d'un écart-type pour les deux ( $s=25.51$ ). Dans le cas de Juliette, on remarque que dès le début de l'intervention, elle obtient un score faible sur cette échelle soit de 16, près d'un écart type en dessous de la moyenne, lorsque comparé à d'autres adolescents. Le score de Florence demeure relativement élevé et stable avant et après l'implantation du programme. En somme, en ce qui a trait à la diminution de la fréquence des pensées automatiques négatives, un changement significatif s'observe pour Béatrice, Thalia et Danaé. Pour ce qui est de Mathilde on remarque plutôt une augmentation des pensées automatiques négatives suivant l'intervention alors que pour Pénélope, Florence et Juliette les scores demeurent stables.

Similairement au stress perçu, l'évolution de la fréquence des pensées automatiques négatives a aussi été évaluée par l'entremise de mesures répétées pendant la mise en place du programme. Rappelons que les jeunes ont complété une grille d'auto-observation au quotidien dans laquelle elles ont indiqué la fréquence d'apparition de leurs pensées automatiques négatives selon une échelle allant de 0 (jamais) à 4 (très souvent). Une moyenne hebdomadaire quant aux scores rapportés par chacune des participantes a été calculée. Les résultats obtenus d'abord par Mathilde, Pénélope et Béatrice sont présentés ci-dessous par la figure 8.

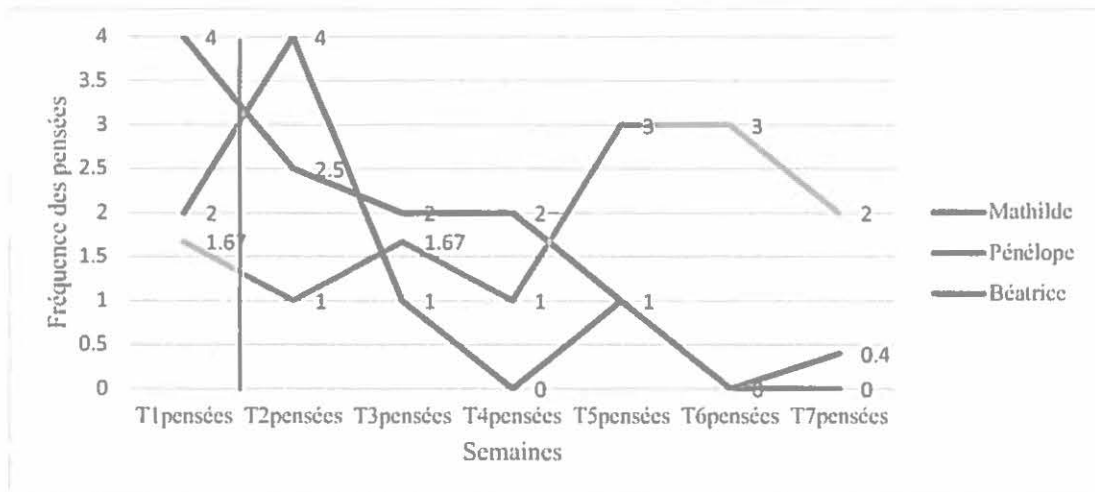


Figure 8. Évolution de la fréquence des pensées automatiques négatives rapportée par les trois participantes du volet individuel pendant l'intervention où 0 = jamais; 1 = presque jamais; 2 = quelques fois; 3 = souvent; 4 = très souvent.

Une fois de plus, en raison de la durée du niveau de base, il n'a pas été possible de recueillir suffisamment de données afin d'observer une stabilité quant à ceux-ci avant la mise en place du programme. On remarque qu'avant l'intervention (T1), Mathilde rapporte en moyenne avoir très souvent des pensées négatives ( $\bar{x}=4$ ). Pendant l'intervention (T2 à T6), on observe une diminution graduelle et lors de la dernière semaine du programme, elle ne rapporte en moyenne aucune pensée négative automatique ( $\bar{x}=0$ ). Pour ce qui est de Pénélope et de Béatrice, avant l'intervention, elles rapportent avoir quelques fois des pensées négatives ( $\bar{x}=2$ ). On remarque une augmentation lors de la première semaine d'intervention pour Béatrice, suivie d'une diminution jusqu'à un score de 0 vers la fin du programme. Les mesures rapportées par Pénélope demeurent stables au fil des semaines. Elle indique en moyenne quelques fois ( $\bar{x}=2$ ) et souvent ( $\bar{x}=3$ ) pour ce qui est de la fréquence de ses pensées automatiques négatives. La figure 9 ci-dessous indique l'évolution de la fréquence des pensées négatives rapportées par les quatre participantes du volet de groupe uniquement.



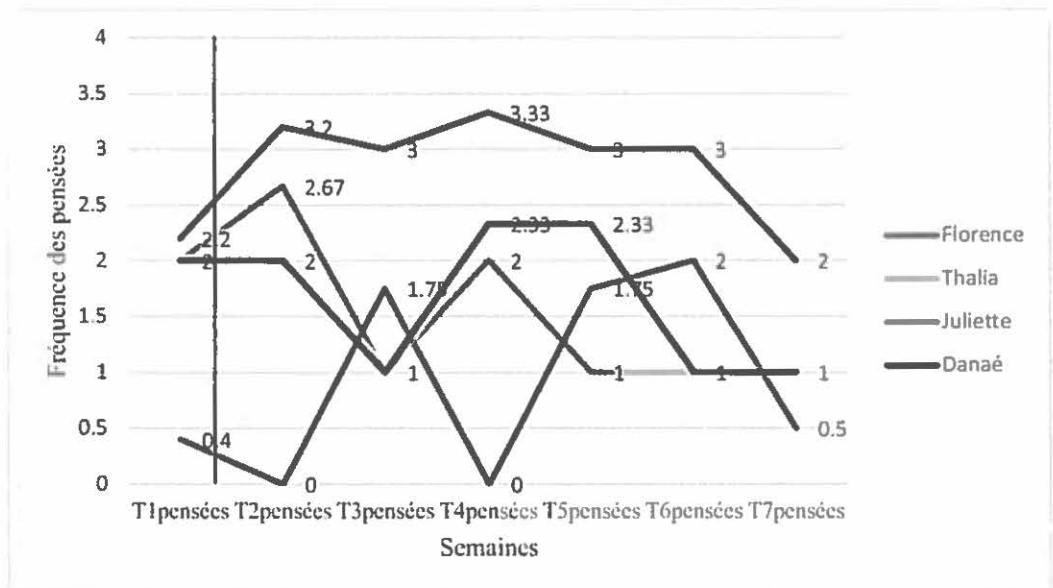


Figure 9. Évolution de la fréquence des pensées automatiques rapportée par les quatre participantes du volet de groupe uniquement pendant l'intervention où 0 = jamais; 1 = presque jamais; 2 = quelques fois; 3 = souvent; 4 = très souvent.

On observe qu'avant l'intervention (T1), Florence, Thalia et Juliette rapportent en moyenne avoir quelques fois des pensées négatives ( $\bar{x}=2$ ). D'abord pour Florence on ne remarque pas de changement à ce niveau pendant l'implantation du programme, si ce n'est qu'une légère augmentation ( $\bar{x}=3$ ). Pour ce qui est de Thalia une légère diminution quant à la fréquence d'apparition des pensées automatiques est notée à partir de la troisième semaine d'intervention ( $\bar{x}=1$ ) et ce jusqu'à la dernière semaine (T7). Similairement pour Danaé, elle rapporte d'abord avoir quelques fois des pensées négatives pour finalement lors des deux dernières semaines indiquer n'en avoir presque jamais. Finalement, pour Juliette on remarque beaucoup de variabilité au niveau des mesures, variant entre 0 et 2 pendant l'intervention. Ainsi, on ne peut conclure quant à l'évolution de la fréquence de ses pensées automatiques durant la mise en place du programme. En somme, une diminution quant à la fréquence des pensées automatiques négatives est observée pour Mathilde, Béatrice, Thalia et Danaé pendant l'intervention. Pour ce qui est de Pénélope, Florence et Juliette on n'observe aucun changement quant à ce construit. En effet, les scores de Pénélope et de Florence demeurent relativement élevés pendant l'implantation du programme et Juliette rapporte beaucoup de variabilité quant à la fréquence de ses pensées automatiques négatives d'une semaine à l'autre.

### *Changements relatifs quant à l'estime de soi*

Afin d'évaluer l'évolution de l'estime de soi des participantes, l'Échelle d'estime de soi de Rosenberg (1967) a été complétée avant et après l'intervention. La somme des 10 items de l'échelle permet de calculer un score global de l'estime de soi variant entre 10 et 40. Validée en français (Vallières et Vallerand, 1990) et auprès de plusieurs populations notamment des adolescents, un score inférieur à 30 indique une estime de soi faible et des interventions ciblant ce construit serait à privilégier (Guillon et Crocq, 2004). N'étant pas un outil diagnostique, il est une fois de plus question de comparer les scores des participantes avec ceux obtenus auprès d'un échantillon d'adolescents. De plus, puisque l'échelle a aussi été administrée auprès de jeunes garçons adolescents placés en hébergement au Centre Jeunesse de Montréal lors de l'étude visant l'évaluation du Programme Détresse et Progrès (Plusquellec et al., 2016), il sera également intéressant de comparer les scores obtenus par les jeunes de cette étude pilote avec les participantes du présent programme. D'abord, lors de la validation de l'échelle en français, celle-ci a été administrée auprès de 308 étudiants âgés de 18 ans. En moyenne auprès de cet échantillon, les scores obtenus sont de 32.66 avec un écart-type de 5.69 (Vallières et Vallerand, 1990). Ces résultats sont représentatifs d'une population normative d'étudiants de niveau collégial, mais aussi comparable à ceux obtenus auprès d'étudiants de niveau secondaire (McIver et Carmines, 1981). Pour ce qui est de l'échantillon de 29 garçons en placement au Centre Jeunesse de Montréal, en moyenne les scores obtenus sont de 31.19 avec un écart-type de 4.88 avant l'implantation du programme et de 32.77 avec un écart-type de 5.40 suivant l'intervention (Plusquellec et al., 2016). La figure 10 présente l'évolution de l'estime de soi des participantes avant l'intervention et après l'implantation du programme.

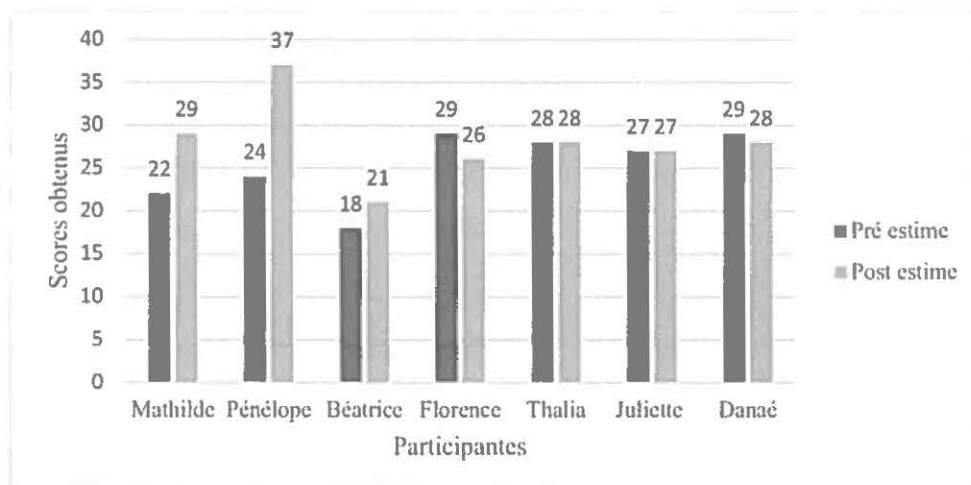


Figure 10. Évolution de l'estime de soi global des participantes avant et après l'intervention.

On remarque d'abord un changement significatif pour Mathilde. En effet, elle obtient un score de 22 avant l'intervention et de 29 suivant celle-ci, une augmentation de 7 points représentant plus d'un écart-type, lorsque comparé à un échantillon normatif ( $s=5.69$ ). Pour ce qui est de Pénélope, on observe aussi un changement significatif, plus précisément une augmentation de 13 points entre les deux temps de mesure, équivalent à plus de deux écarts-types. Finalement pour Béatrice, aucun changement n'est noté quant à l'évolution de l'estime de soi. On remarque aussi qu'elle obtient le score le plus bas sur cette échelle lors des deux temps de mesure. De plus, lorsque ses résultats sont comparés aux jeunes de l'échantillon du Centre Jeunesse ( $\bar{x}=31.19$  et  $\bar{x}=32.77$ ), elle obtient des scores significativement plus faibles soit de plus de deux écarts-types ( $s=5.40$  et  $s=4.88$ ). Pour ce qui est des quatre participantes du volet de groupe uniquement, on ne remarque aucun changement significatif quant à l'évolution de leur estime de soi. On observe une stabilité au niveau des scores obtenus lors des deux temps de mesure pour Thalia, Juliette et Danaé et leurs résultats sont comparables à ceux obtenus auprès d'un échantillon normatif d'adolescents. Il est cependant important de mentionner que le score de Florence diminue suivant l'implantation du programme. Bien que cette diminution ne semble pas être significative lorsque comparée à son score initial, elle se retrouve à un écart-type de la moyenne de l'échantillon normatif ( $\bar{x}=32.66$  et  $s=5.69$ ) après implantation du programme.

#### *Changements relatifs quant aux stratégies de gestion du stress*

Afin de rendre compte de l'évolution quant à l'utilisation des stratégies positives de gestion du stress pendant l'implantation du programme, les jeunes ont une fois de plus complété une grille d'auto-observation sur une base quotidienne. Rappelons que les participantes devaient répondre à l'énoncé suivant, « *Indique ce que tu as fait aujourd'hui pour gérer ton stress* ». Un score était par la suite calculé afin de recueillir en moyenne le nombre de stratégies utilisé par semaine. Il est à noter que le score maximal possible était l'utilisation d'une stratégie par jour soit un total de sept stratégies par semaine. Les figures 11 et 12 indiquent les résultats obtenus pour chacune des participantes avant (T1), pendant (T2 à T6) et la semaine suivant l'implantation du programme (T7).

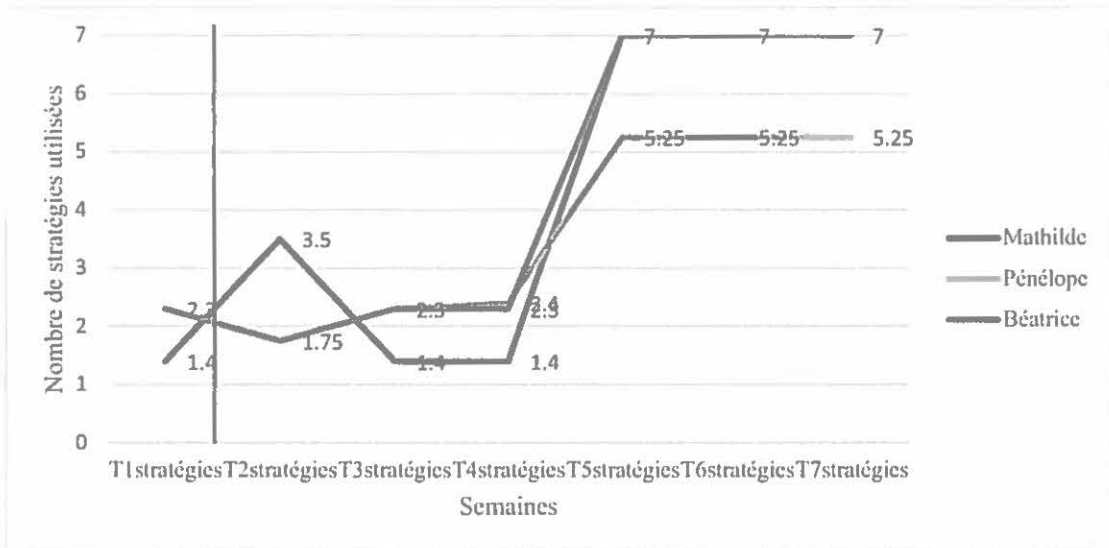


Figure 11. Évolution de la fréquence d'utilisation des stratégies de gestion du stress rapportée par les trois participantes du volet individuel pendant l'intervention.

Similairement aux autres mesures répétées, la durée du niveau de base ne permet pas d'obtenir une stabilité quant aux données rapportées pour ce construit. Néanmoins, on remarque que la semaine avant l'intervention (T1), les participantes utilisent peu de stratégies visant la gestion de leur stress, variant en moyenne entre 1.4 et 2.3 stratégies par semaine. Pour les trois participantes, on remarque une augmentation à partir de la quatrième semaine d'intervention. En effet, Mathilde et Béatrice rapportent utiliser sept stratégies en moyenne par semaine, et ce jusqu'à la fin de l'implantation du programme. Pour Pénélope, on observe qu'en moyenne, elle utilise cinq stratégies de gestion du stress par semaine ( $\bar{x}=5.25$ ).

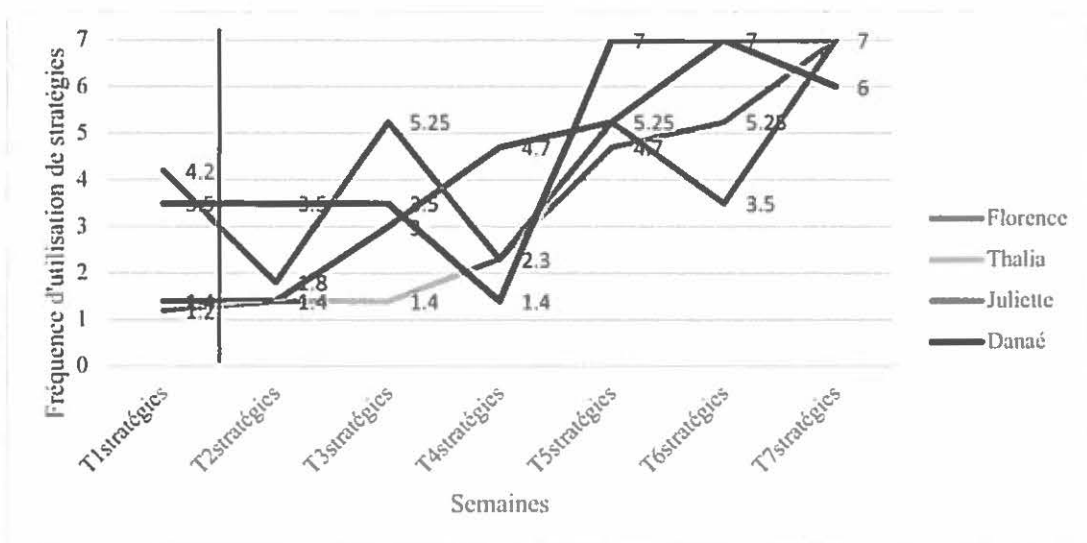


Figure 12. Évolution de la fréquence d'utilisation des stratégies de gestion du stress rapportée par les quatre participantes du volet de groupe uniquement pendant l'intervention

Au fil des semaines, on remarque une augmentation graduelle pour les quatre participantes du volet de groupe. D'abord il est intéressant de noter qu'au début de l'intervention, Juliette et Danaé utilisent déjà en moyenne plusieurs stratégies visant à diminuer leur stress ( $\bar{x}=4.2$  et  $\bar{x}=3.3$ ) lorsque comparé au reste du groupe. Bien qu'il y ait une variation importante pendant l'intervention, une augmentation est observée lors de la quatrième semaine d'intervention qui perdure jusqu'à la semaine suivant l'implantation du programme, variant en moyenne entre six et sept stratégies par semaine. Pour Florence et Thalia, on observe aussi une augmentation graduelle au fil des semaines. Il importe d'indiquer qu'elles ont chacune débuté l'intervention en utilisant très peu de stratégies visant à réguler leur stress, soit en moyenne une stratégie par semaine pour éventuellement être capables d'en appliquer en moyenne cinq à sept par semaine.

#### *Changements relatifs quant au sentiment d'efficacité personnelle*

Afin d'évaluer l'évolution du sentiment d'efficacité, l'utilisation de l'Échelle du sentiment d'efficacité personnelle (Muris, 2001) a été préconisée. Les trois jeunes ciblées pour le volet individualisé du programme ont complété l'échelle avant et après l'intervention. Rappelons que cette échelle permet d'obtenir un score global quant au sentiment d'efficacité selon trois domaines distincts soit l'efficacité par rapport à l'école, au niveau des relations interpersonnelles ainsi que sur le plan de la gestion des émotions. Une corrélation positive s'observe entre les scores et le sentiment d'efficacité personnelle perçu. Il est aussi possible d'obtenir un score pour chacune de ces trois dimensions. Ainsi, dès le début de l'intervention, la dimension pour laquelle chacune des participantes a obtenu le score le plus faible a été ciblée afin de mettre en place des interventions visant le développement de leur sentiment de compétence à travers les suivis individuels. Selon les propriétés psychométriques de l'échelle, en moyenne le score global obtenu auprès d'un échantillon 190 adolescentes est de 75.3 avec un écart-type de 11.4 (Muris, 2001). Pour ce qui est des différentes dimensions évaluées par l'échelle, une attention particulière sera portée sur le domaine évaluant le sentiment d'efficacité quant à la gestion des émotions puisque les trois participantes ont obtenu le score le plus faible sur celui-ci. Toujours selon l'étude de Muris (2001), les adolescentes de l'échantillon obtiennent en moyenne un score de 24 avec un écart-type de 5 sur cette dimension de l'échelle. La figure 13 indique l'évolution du score global des participantes avant et après l'intervention.

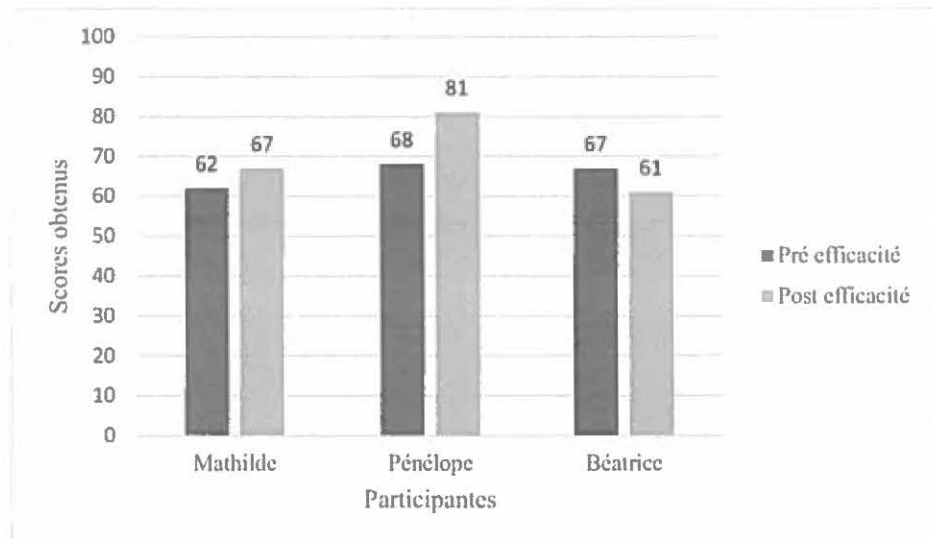


Figure 13. Évolution du sentiment d'efficacité globale des participantes avant et après l'intervention.

Pour Mathilde et Béatrice, on n'observe pas de changement significatif entre les mesures obtenues avant et après l'intervention. Quant à Pénélope on remarque une augmentation de 13 points représentant plus d'un écart-type ( $s=11.4$ ). Il s'avère pertinent d'indiquer que le score de Mathilde, bien qu'aucun changement significatif ne soit observé, présente une légère augmentation suivant l'intervention, se rapprochant du score moyen obtenu auprès de l'échantillon normatif ( $\bar{x}=75.3$ ), se retrouvant à moins d'un écart-type. Pour ce qui est de Béatrice, on remarque une légère diminution suivant l'intervention, se retrouvant à plus d'un écart-type au-dessous de la moyenne rapportée par l'échantillon normatif. La figure 14 indique l'évolution de sentiment d'efficacité quant à la gestion des émotions des trois participantes avant et suivant l'implantation du programme.

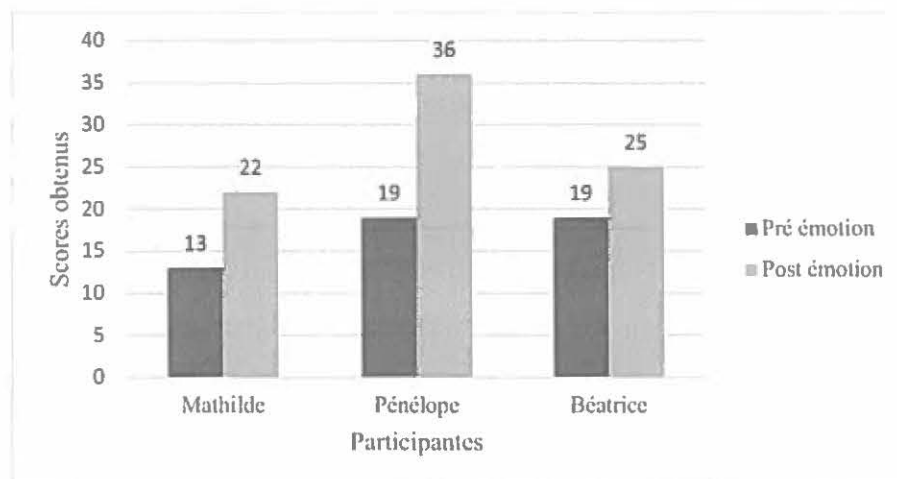


Figure 14. Évolution du sentiment d'efficacité (gestion des émotions) des participantes avant et après l'intervention.

D'abord pour Mathilde, on note une augmentation significative, soit de 9 points équivalents à près de deux écarts-types ( $s=5$ ). Rappelons que son score initial était relativement faible se situant à plus de deux écarts-types sous la moyenne obtenus auprès de l'échantillon. Pour ce qui est de Pénélope, on remarque aussi une augmentation significative sur cette dimension de l'échelle, soit une augmentation de plus de trois écarts-types. Finalement, pour Béatrice bien que son score global semble avoir légèrement diminué après l'intervention, le résultat obtenu sur cette dimension sous-tend une augmentation significative représentant plus d'un écart-type. Il importe d'indiquer que dans le cas de Béatrice on remarque une diminution importante sur la sphère académique de l'échelle ayant un impact influençant son score global suivant l'intervention qui tend à diminuer.

#### *Changements relatifs quant aux affects négatifs*

Le dernier construit ayant été évalué est l'évolution des affects négatifs avant et après l'intervention. En raison de la comorbidité qui existe entre l'anxiété et la dépression, il est supposé qu'une intervention visant la diminution du stress aura possiblement aussi des effets collatéraux au niveau de la diminution des affects négatifs. Afin d'observer la présence de changements quant à ce construit, les participantes ont complété *l'Échelle d'auto-évaluation Center for Epidemiological Studies* (Radloff, 1977) en mesure pré-test et post-test. Validée auprès de nombreuses populations notamment des adolescents (Roberts, Andrews, Lewinsohn et Hops, 1990), l'échelle permet de mettre en évidence la présence de certains symptômes dépressifs. Un seuil clinique établi à un score de 16 et plus indique un risque élevé de développer un trouble dépressif. Néanmoins, n'étant pas un outil diagnostique, un score élevé n'est pas l'indicateur d'un trouble dépressif, mais renseigne davantage quant à la présence d'affects négatifs pouvant causer une détresse psychologique (Lewinsohn, Seeley, Roberts, & Allen, 1997). En effet, les études visant la validation de l'échelle indiquent que les scores rapportés sont relativement élevés et en moyenne les adolescents ayant complété l'échelle se retrouvent au-dessus du seuil clinique. Plus spécifiquement, dans un échantillon de 2160 adolescents, 46% des garçons et 59% des filles obtiennent des scores au-dessus du seuil clinique (Roberts, Andrews, Lewinsohn et Hops, 1990). La figure 15 indique les scores rapportés par les participantes avant et après l'implantation du programme.



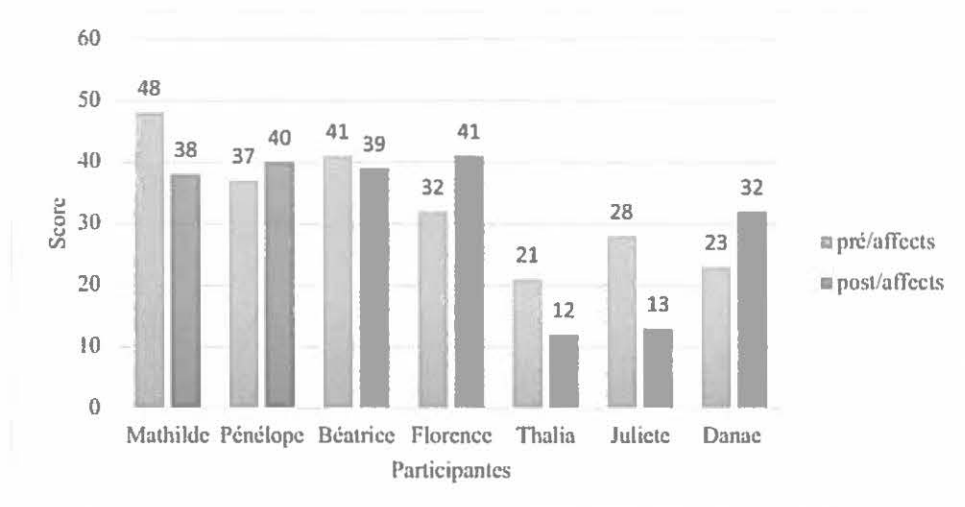


Figure 15. Évolution des affects négatifs rapportés par les participantes avant et après l'intervention.

D'abord on remarque que toutes les participantes avant l'intervention obtiennent un score au-dessus de 16. Rappelons que ce seuil clinique indiquerait un risque plus élevé de développer un trouble dépressif. Pour Mathilde, une diminution de 10 points est notée entre son score initial et celui après l'intervention. Bien qu'on ne puisse confirmer que ce changement est significatif, on peut supposer que suivant l'implantation du programme, elle présenterait moins d'affects négatifs. Pour ce qui est de Pénélope et de Béatrice, on ne remarque aucun changement sur cette échelle. Finalement, pour les quatre autres participantes, on observe une diminution des scores uniquement pour Thalia et Juliette. En effet, elles obtiennent un score inférieur à 16 suivant l'implantation du programme se retrouvant sous le seuil clinique. Les scores de Florence et Danae augmentent d'environ 10 points à la suite de l'intervention. Il n'est cependant pas possible d'affirmer que ces changements sont significatifs. Néanmoins, on peut conclure qu'elles semblent avoir plus d'affects négatifs lors de la collecte des données après l'intervention.

### Résumé des résultats

Afin d'avoir un portrait global quant à l'évolution des construits évalués, le tableau 28 indique les variables pour lesquels des changements ont été observés, et ce pour chacune des participantes. D'abord pour les mesures recueillies avant et après l'intervention, l'augmentation ou la diminution d'au moins un écart-type des scores en pré-test a été considérée pour affirmer qu'il y a un changement significatif suivant l'implantation du programme. En ce qui a trait aux mesures répétées, une analyse visuelle des graphiques a permis de rendre compte des changements rapportés par les participantes quant aux différents construits évalués. Les changements significatifs entre les



mesures pré-test et post-test ainsi que pour les mesures répétées sont représentés par la lettre x pour chacune des variables évaluées.

Tableau 28

*Changements significatifs selon les construits évalués pour chacune des participantes*

Participant s	Stres s (T1- T7)	Stress (T1àT7 )	Pensées négative s (T1-T7)	Pensées négative s (T1àT7)	Estim e de soi (T1-T7)	Stratégie s (T1àT7)	Efficacité personnell e (T1-T7)	Efficit é émotion s (T1-T7)	Affects négatif s (T1-T7)
Mathilde	X	X		X	X	X		X	X
Pénélope					X	X	X	X	
Béatrice	X	X	X	X		X		X	
Florence						X	-	-	
Thalia	X	X	X	X		X	-	-	X
Juliette	X					X	-	-	X
Danaé	X		X	X		X	-	-	

Pour donner suite à ces résultats, la prochaine section du rapport est consacrée à la présentation de principaux changements observés suite à l'intervention, et ce en lien avec les objectifs visés ainsi que l'implantation du programme.

#### 4. Discussion

##### 4.1 Jugement sur l'atteinte des objectifs

Le programme d'intervention visait d'abord à diminuer les conséquences associées à la problématique de la négligence. Plus précisément, la vulnérabilité au stress étant une conséquence majeure pour les jeunes ayant été victimes de négligence, et ce particulièrement à l'adolescence. Le premier volet du programme, soit l'intervention de groupe basé sur une adaptation du programme *Déstresse et Progresse*, ciblait principalement la diminution du stress perçu par les jeunes dans leur quotidien. Pour ce qui est du volet individualisé du programme, celui-ci était adapté aux besoins des participantes selon les difficultés et sources d'anxiété rapportées par chacune. Bien qu'étant un programme basé principalement sur des interventions ciblant le stress, plusieurs autres construits reconnus comme étant associés étaient ciblés par l'intervention tels que

l'estime de soi, les pensées automatiques négatives, les stratégies de régulation du stress, le sentiment d'efficacité personnel et les affects négatifs.

D'abord au niveau du stress perçu, on remarque une diminution significative pour deux des trois participantes du volet individuel du programme. En effet, Mathilde et Béatrice rapportent une diminution significative quant au stress perçu tel que mesuré par l'Échelle de stress perçu (Cohen, Kamarck et Mermelstein, 1983) suivant l'implantation du programme d'intervention. Il est intéressant de noter que pour ces deux participantes, une diminution est aussi observée au niveau du stress tel que démontré par les mesures répétées. Dans le cas de Pénélope, on n'observe aucun changement en lien avec le stress, et ce sur les deux méthodes d'évaluation soit le score post-test ainsi que les mesures répétées. Pour ce qui est des quatre participantes du volet de groupe, Thalia, Danaé et Juliette rapportent une diminution significative quant au stress perçu selon les scores obtenus à l'échelle d'évaluation standardisée alors que pour Florence on remarque plutôt une augmentation du stress après l'intervention. Dans le cas de Thalia, une diminution du niveau de stress est aussi rapportée par les mesures répétées. On n'observe cependant aucun changement pour Danaé et Juliette à partir des mesures répétées. En effet, les deux rapportent un niveau de stress relativement faible au début de l'intervention et celui-ci demeure stable pendant la mise en place du programme. À l'inverse, les mesures répétées rapportées par Florence indiquent un niveau de stress élevé au début de l'intervention et celui-ci demeure relativement élevé pendant la durée du programme. Ces résultats indiquent que dans le cas de Florence et de Pénélope, les effets attendus quant à la diminution de l'intensité du stress perçu n'ont pas été atteints. Néanmoins, une diminution du niveau de stress perçu est observée pour les autres participantes.

Pour ce qui est de la diminution de la fréquence de pensées négatives, l'atteinte de cet objectif s'observe aussi pour deux des trois participantes du volet individuel. Une fois de plus, Mathilde et Béatrice rapportent une diminution significative quant à ce construit tel qu'évalué par le *Children's Automatic Thought Scale* (Schneiring et Rapee, 2000). Pour ce qui est de Pénélope, bien qu'on observe aucun changement, il s'avère pertinent d'indiquer qu'au début de l'intervention ses résultats sont comparables à ceux rapportés par un échantillon normatif de 762 adolescents qui sont déjà relativement faibles. Pour les quatre participantes du volet de groupe, Thalia et Danaé rapportent une diminution significative quant à la fréquence de leurs pensées automatiques négatives suivant l'intervention alors que pour Florence et Juliette aucun changement n'est observé. Il importe de mentionner qu'avant l'implantation du programme Juliette présentait déjà

peu de pensées négatives automatiques. Dans le cas de Florence, les résultats indiquent qu'elle présente une fréquence élevée de pensées négatives automatiques au début de l'intervention et on observe peu de changement à ce niveau suite à l'implantation du programme. Les effets attendus quant à la diminution de la fréquence des pensées automatiques négatives n'ont donc pas été atteints dans le cas de Florence. Néanmoins, une diminution significative quant aux pensées négatives est rapportée pour Mathilde, Béatrice, Thalia et Danaé. Pour ce qui est de Pénélope et de Juliette, les résultats obtenus en pré-test étant déjà faible expliquent l'absence de changement au niveau de ce construit.

Au niveau de l'évolution de l'estime de soi des participantes, Mathilde et Pénélope présente une augmentation significative quant à ce construit alors que pour les autres participantes il n'a pas eu de changement suite à l'implantation du programme. L'ensemble des participantes présente aussi une augmentation quant à la fréquence d'utilisation de stratégies visant la régulation du stress. Néanmoins, il est important de mentionner qu'en raison de la nature autorapportée de ces données, il n'a pas été possible de vérifier si les stratégies indiquées par les jeunes ont effectivement été appliquées. Il est donc possible de conclure que toutes les participantes semblent avoir développé des connaissances quant aux différents moyens qu'elles peuvent utiliser afin de diminuer l'impact du stress sur leur bien-être, sans nécessairement confirmer qu'elles ont réellement eu l'occasion de les expérimenter de façon concrète.

Au niveau de l'évolution du sentiment d'efficacité globale telle que rapportée par les trois participantes du volet individualisé du programme, Pénélope présente une augmentation significative pour ce construit. Pour ce qui est de Mathilde, on note une légère augmentation sans toutefois être en mesure de conclure que ce changement est significatif. Béatrice quant à elle présente plutôt une diminution à ce niveau. Rappelons que l'objectif visé par le programme était l'augmentation du sentiment d'efficacité dans au moins un des trois domaines évalués par l'échelle. Bien que toutes les jeunes ne présentent pas d'amélioration significative quant au score global d'efficacité, on note cependant une augmentation significative pour les trois participantes dans le domaine ciblé avant l'intervention, soit la gestion des émotions.

Un objectif collatéral visé par le programme était la diminution des affects négatifs. À ce niveau, on observe des changements pour cinq participantes. Il est important de mentionner que l'ensemble des participantes avant le programme obtiennent des scores beaucoup plus élevés,

lorsque comparé au seuil clinique et selon la littérature, elles présenteraient un plus grand risque de développer un trouble dépressif en raison de la fréquence élevée d'affects négatifs rapportés. Pour ce qui est des résultats, on remarque que Mathilde semble présenter moins d'affects négatifs suivant l'intervention. Les résultats rapportés par Florence et Danaé indiquent qu'elles semblent avoir plus d'affects négatifs à la fin de l'intervention sans nécessairement être en mesure de confirmer si ces changements s'avèrent être significatifs et étant au-dessus du seuil clinique lors des deux temps de mesure. Les résultats de Thalia et Juliette indiquent qu'elles se retrouvent sous le seuil clinique une fois le programme terminé en comparaison à leur score initial et de ce fait, présenteraient moins de risque à long terme de développer un trouble dépressif.

Enfin, l'objectif distal visé par le programme était la prévention des troubles intériorisés, un risque important pour les jeunes confrontés à des adversités importantes. Bien qu'on ne puisse conclure quant à l'atteinte de cet objectif, les résultats obtenus par les participantes quant aux construits évalués lors des mesures pré-test indiquent qu'elles présentent des scores relativement élevés, lorsque comparés à des échantillons normatifs. De plus, bien que les objectifs visés par le présent programme ne sont pas entièrement atteints par l'ensemble des participantes, nombreux changements significatifs sont observés pour la plupart des jeunes par les données recueillies tout au long de l'intervention et en mesure post-test. Ainsi, il semble que le programme répond aux besoins de ces jeunes en termes d'objectifs visés et de ce fait, représente une intervention pertinente quant à la prévention des troubles intériorisés et conséquences associés à un vécu teinté de négligence.

#### *4.2 Liens entre les résultats et l'implantation du programme*

L'implantation du programme a sans aucun doute eu des effets importants quant à l'atteinte des différents objectifs. D'abord, au niveau de la sélection des participantes, celle-ci n'était pas faite de façon aléatoire. En effet, puisque le volet de groupe du programme visait la normalisation du vécu des jeunes tout en encourageant le développement de l'entraide ainsi qu'une cohésion au sein du groupe, toutes les jeunes en hébergement au foyer de groupe ont été sélectionnées pour participer aux séances d'intervention. Ainsi, il était tout à fait pertinent de permettre à l'ensemble des jeunes du milieu de partager leurs expériences, leurs vécus et à être soumises aux mêmes apprentissages. En ce qui a trait au volet individuel, rappelons que celui-ci ciblait principalement les trois jeunes présentant le niveau de stress le plus élevé ainsi qu'une estime de soi faible. Bien

que ces caractéristiques aient été respectées afin de sélectionner les participantes, il n'a pas été possible de cibler des jeunes présentant uniquement la négligence comme motif de compromission, et ce pour les deux volets du programme. Cependant, toutes les participantes ont été confrontées à multiples adversités, notamment différentes formes de maltraitance et ont vécues nombreux abandons avant leur placement. Ainsi, bien que la négligence ne fût pas l'unique forme de maltraitance, les participantes présentaient des difficultés similaires en ce qui a trait aux construits évalués et de ce fait l'intervention était tout à fait adaptée à leurs besoins. En effet, les résultats obtenus en pré-test indiquent que la majorité des participantes présentent un niveau élevé de stress, une fréquence élevée de pensées négatives, une estime de soi et un sentiment d'efficacité faible, lorsque comparé à des échantillons normatifs. Il a donc été possible d'observer des changements significatifs pour certaines des participantes au niveau de ces variables. Pour ce qui est de la durée du niveau de base, ne s'échelonnant que sur une semaine, celle-ci n'était pas suffisamment longue pour établir une stabilité quant aux mesures répétées avant l'intervention. De ce fait, bien qu'on observe certains changements pendant l'intervention, il n'est pas possible d'être en mesure de les comparer de façon adéquate aux résultats obtenus par les participantes en l'absence de l'intervention, ayant sans aucun doute un impact quant aux résultats.

Dans la prochaine section, une attention particulière sera portée aux résultats observés en lien avec l'implantation volet de groupe du programme ainsi que les contenus abordés. D'abord, en ce qui a trait à l'exposition aux différents contenus théoriques, la majorité des participantes ont été présentes lors des cinq séances d'intervention de groupe, à l'exception de Mathilde, Danaé et Juliette. Ainsi, il est fort probable que le fait qu'elles ont manqué des séances d'intervention a eu un impact quant aux résultats observés. Dans le cas de Mathilde, cet impact peut s'avérer être moins important, car les contenus théoriques manqués ont pu être abordés lors des suivis individuels. En ce qui a trait aux contenus théoriques abordés lors des séances d'intervention, ceux-ci étaient basés sur des connaissances scientifiques et préconisés par le programme *Déstresse et Progrès*, reconnu comme étant efficace auprès des adolescents au niveau de la gestion du stress. Ainsi, un impact positif quant aux résultats peut aussi être associé au fait que l'intervention était basée sur la littérature scientifique et les meilleures pratiques dans le domaine.

La nature des discussions dirigées au début de chacune des séances d'intervention peut aussi avoir eu un impact quant aux effets observés. En effet, cette modalité de l'intervention permettait aux participantes d'aborder certaines de leurs préoccupations et partager les situations

stressantes et pensées anxiogènes qu'elles avaient afin de trouver des solutions pour diminuer l'impact de ceux-ci sur leur bien-être. Bien qu'étant une modalité fort pertinente puisqu'elle permettait d'individualiser l'intervention de groupe aux besoins et vécu des jeunes, les participantes ne présentaient pas la même facilité à participer aux discussions. En effet, en portant une attention au niveau de participation des jeunes et bien que celui-ci s'avère être satisfaisant pour l'ensemble du groupe, Mathilde et Béatrice avaient beaucoup plus de facilité à partager leurs opinions, et ce particulièrement lors des discussions dirigées avec le reste du groupe. Ainsi, l'implication des participantes lors des discussions dirigées, mais aussi dans l'ensemble des séances d'interventions peut avoir eu des effets quant aux résultats observés. De plus, les contenus abordés à travers les discussions dirigées variant selon les besoins des jeunes au moment de l'intervention, ne visaient pas toujours entièrement les construits évalués par le programme impliquant sans aucun doute un effet quant aux résultats. La prochaine section permettra de faire un portrait global quant à certaines particularités des quatre participantes du volet de groupe pendant l'implantation de l'intervention afin de mettre en évidence certains liens possibles avec les résultats observés.

**Florence.** Pendant l'implantation du programme, Florence vivait de nombreuses incertitudes en lien avec son projet de vie. Elle souhaitait ardemment retourner chez sa famille d'accueil, mais la décision ultime appartenait à ses parents qui n'étaient pas en mesure de se positionner quant à leur implication future dans la vie de Florence. Pendant l'implantation du programme, la mère d'accueil de Florence lui a annoncé qu'elle ne pourra pas retourner chez elle, pour finalement changer d'idée quelques semaines suivant la dernière séance d'intervention. Les difficultés personnelles et le sentiment d'insécurité vécu par Florence pendant la mise en place du programme ont sans aucun doute eu un impact quant aux résultats observés. En effet, peu de changements ont été rapportés pour Florence sur certains des construits évalués ainsi qu'une augmentation du niveau de stress perçu a été observée au niveau des résultats. De plus, pour Florence participer aux activités de groupe était davantage difficile. Craignant le regard et les jugements des autres filles, l'animatrice devait souvent l'encourager à partager ses opinions et participer aux différentes activités. Ainsi, il est possible que Florence ait moins bénéficié des interventions et différents contenus abordés dans le volet de groupe du programme en raison de sa réticence à s'investir dans les séances d'intervention.

**Thalia.** Pendant l'intervention, Thalia était très motivée à participer au programme. C'est une jeune fille qui aime beaucoup apprendre et désire exceller dans tout ce qu'elle fait. Pendant les



animations du volet de groupe, elle prenait des notes quant aux contenus abordés et elle utilisait son journal de bord quotidiennement. Ainsi, elle semble avoir eu davantage de facilité à appliquer ses apprentissages dans son quotidien ayant possiblement eu un impact positif quant à l'atteinte des objectifs visés par le programme. Son désir de performance peut aussi avoir eu un impact quant aux réponses qu'elles indiquaient dans les différentes échelles d'évaluation. Il est possible que Thalia surévaluât sa capacité à gérer son stress et minimisait l'impact de certains des construits sur son bien-être par désir de bien paraître. Par ailleurs, à plusieurs reprises l'animatrice a observé que les scores rapportés par Thalia dans sa grille d'auto-observation ne concordaient pas avec ses comportements et attitudes en contexte de vécu partagé.

**Juliette et Danaé.** Pendant l'implantation du programme, Juliette et Danaé rapportaient des préoccupations similaires. Toutes les deux vivaient beaucoup de stress en lien avec l'école et craignaient ne pas être en mesure de poursuivre leurs études au cégep. Elles semblaient aussi mettre en place nombreuse stratégies pour gérer leur stress qu'elles partageaient régulièrement avec les autres participantes du groupe et de ce fait, on peut supposer que leurs compétences à ce niveau ont un impact quant à leurs résultats.

En ce qui a trait au volet individuel du programme, bien que celui-ci suivait une séquence préétablie quant aux contenus théoriques abordés et aux activités proposées, une grande partie de ce volet visait aussi l'individualisation des interventions pour que celles-ci soient adaptées aux besoins spécifiques de chacune des participantes. En effet, chacune des jeunes rapportait des préoccupations et différentes situations stressantes afin de mettre en place des stratégies visant à diminuer l'impact du stress sur leur bien-être. De plus, ce volet du programme permettait aussi aux participantes d'avoir une meilleure compréhension quant aux différentes composantes de leur stress tout en visant le développement de leur sentiment d'efficacité personnelle au quotidien. Il importe de mentionner que les trois participantes du volet individuel ont aussi eu l'occasion de faire des apprentissages lors des séances d'intervention de groupe ayant un impact positif quant à l'atteinte des objectifs visés. Néanmoins, la prochaine section mettra davantage l'emphase sur le travail effectué auprès de Mathilde, Béatrice et Pénélope afin d'établir des liens entre le volet individuel du programme et les résultats.

**Mathilde.** Pendant les suivis individuels, une des préoccupations principales rapportées par Mathilde était le développement de son autonomie. Elle vivait beaucoup de stress en lien avec son

projet de vie par crainte de faire les mêmes erreurs que ses parents et prendre de mauvaises décisions. Pour ce qui est de la séquence prévue par le volet individuel, elle avait beaucoup de facilité à reconnaître les différentes composantes de son stress et de ce fait, rapidement elle a été en mesure de trouver des stratégies et moyens à mettre en place afin de mieux gérer ses insécurités. L'implication de Mathilde au fil des séances d'intervention, par sa capacité d'introspection et sa motivation à participer aux différentes activités proposées par l'animatrice, a eu un impact important sur ses résultats. De plus, il est aussi pertinent de noter l'implication de la jeune non seulement dans les suivis individuels, mais aussi dans le volet de groupe du programme. En effet, pour Mathilde, tel que mentionné précédemment, on observe un changement significatif quant à la majorité des différents construits évalués.

**Pénélope.** Pendant l'implantation du programme, Pénélope vivait beaucoup d'anxiété quant à son projet de vie. Étant arrivée récemment au foyer, elle attendait une décision du tribunal quant à la durée de son placement. Pour les jeunes placés en hébergement, passer devant le juge qui prend une décision quant à leur futur représente une source de stress importante leur faisant vivre nombreuses émotions. Lors de la quatrième semaine d'intervention, Pénélope a passé au tribunal. Le juge souhaitant analyser davantage les preuves fournies dans le dossier de la jeune n'a pas été en mesure de prendre une décision. Une décision n'a été prise que plusieurs semaines suivant le programme. Il va de soi que le contexte dans lequel Pénélope se trouvait lors de l'implantation du programme a eu un effet quant aux résultats. D'abord, lors des suivis individuels, une emphase importante a été consacrée aux discussions dirigées. En effet, Pénélope rapportait nombreuses préoccupations, insécurités et difficultés familiales. Ainsi, à nombreuses occasions, moins de temps a été consacré aux contenus théoriques planifiés expliquant possiblement l'absence de résultats quant aux construits ciblant le stress et les pensées négatives. Néanmoins, beaucoup de travail a été fait auprès de la jeune afin d'augmenter sa confiance et diminuer ses inquiétudes. Les résultats significatifs observés quant à l'augmentation de l'estime de soi et le sentiment d'efficacité personnelle de Pénélope reflètent donc les particularités de volet individuel du programme tel qu'il a été implanté dans ce cas-ci. Pour ce qui est du volet de groupe, à plusieurs reprises l'animatrice a observé que Pénélope semblait distraite et moins disponible pour participer aux discussions expliquant possiblement une fois de plus l'absence de résultat quant à certaines des variables qui ont été évaluées.



**Béatrice.** Pour ce qui est de Béatrice, similairement à Pénélope, elle vivait aussi beaucoup de difficultés personnelles pendant l'implantation du programme. Plus spécifiquement, au niveau de sa capacité à établir des relations positives avec ses pairs et les adultes. D'abord ces difficultés étaient davantage observées à l'école, mais rapidement ceux-ci ont été remarqués au foyer aussi. Béatrice s'opposait régulièrement à suivre l'horaire du foyer et à participer aux différentes activités cliniques du milieu. Elle vivait beaucoup de colère en raison des nombreux abandons qu'elle a vécus et sa difficulté à faire confiance aux autres avait un impact important quant à son fonctionnement non seulement au foyer, mais à l'école aussi. À deux reprises pendant le programme, Béatrice a été placée dans une unité de mobilisation afin de lui offrir un encadrement davantage adapté à ses besoins et pour avoir une meilleure compréhension quant à ses comportements. Le contexte dans lequel a été mis en place le programme peut aussi avoir eu un impact quant aux résultats observés dans le cas de Béatrice. Pour ce qui est de la séquence des séances d'intervention individuelle, Béatrice avait davantage de difficultés à reconnaître les composantes associées aux situations stressantes qu'elle rapportait. Elle nommait régulièrement avoir l'impression d'être jugée négativement par les autres et avait une perception très négative d'elle-même. Au niveau des contenus abordés avec Béatrice, un travail important a été fait auprès d'elle pour modifier certaines de ses pensées négatives et distorsions cognitives expliquant possiblement les changements significatifs observés quant à ses résultats à l'Échelle de pensées négatives (Schneiring et Rapee, 2002). Il est aussi important de mentionner que pendant l'intervention, Béatrice a été suspendue pour une période indéterminée de l'école. Cette situation peut aussi avoir eu un impact important quant à son estime de soi ainsi qu'au niveau de son sentiment d'efficacité personnelle, et ce particulièrement sur la sphère académique de l'échelle. Pour ce qui est de l'implication de Béatrice dans le volet de groupe de l'intervention, celle-ci s'avère être plus que satisfaisante pouvant aussi être reflétée par les changements observés quant à certains des construits évalués.

La description de chacune des participantes permet de mettre en évidence que les résultats peuvent être influencés par nombreux facteurs individuels et contextuels. Également, la variabilité des résultats observés entre les participantes est en partie associée aux différents contenus abordés lors des suivis individuels ainsi que le niveau de participation des jeunes au volet de groupe du programme. Il est donc possible de conclure que nombreux facteurs peuvent avoir influencé l'atteinte des objectifs, et ce de différentes façons pour chacune des participantes.

La nature des mesures utilisées afin d'évaluer les effets de l'intervention peut aussi avoir un effet important quant aux résultats observés. Étant de nature autorapportée, certains biais peuvent avoir influencé les résultats en raison de la subjectivité des données recueillies. D'abord, il est possible que certaines des participantes aient surévalué ou même minimisé l'impact de certains des construits évalués afin de répondre aux attentes du programme par désirabilité sociale ou tout simplement pour faire plaisir à l'animatrice. La compréhension des jeunes des énoncés des échelles d'évaluation peut aussi avoir un impact sur les résultats. Finalement, la traduction libre de certaines des échelles d'évaluation peut aussi avoir un effet quant aux résultats en raison de modifications apportées quant à la formulation des items et des énoncés.

Le contexte spatial et temporel sont aussi deux composantes pouvant avoir eu un impact quant aux résultats. Plus précisément, ces deux composantes semblent avoir influencé la capacité des participantes à soutenir leur attention pendant les séances d'intervention du volet de groupe. En ce qui a trait à l'espace spatial rappelons que le volet de groupe a été mis en place dans le salon du foyer. Cet espace bien qu'étant propice aux activités et discussions de groupe est aussi un endroit qui se retrouve à côté de la porte d'entrée et du bureau des intervenants. Ainsi, à quelques reprises pendant les animations de groupe il est arrivé que des intervenants ou des jeunes utilisent le passage situé à côté du salon, ayant un impact sur l'attention des participantes pendant l'intervention et de ce fait possiblement influençant l'exposition aux différents contenus. Similairement, le contexte temporel de l'intervention, soit en soirée, peut avoir eu un effet quant à la concentration des participantes et de ce fait avoir un impact quant à l'atteinte des objectifs.

En ce qui a trait à la composante gestion des comportements, celle-ci semble aussi avoir influencé l'atteinte des objectifs pour certaines des participantes. Par exemple, dans le cas de Pénélope et de Béatrice, nombreuses interventions ont été faites par l'animatrice en raison de certains comportements perturbateurs qu'elles ont mis en place. De plus, à quelques reprises, il s'est avéré nécessaire d'arrêter les séances d'intervention afin de gérer certains conflits entre les participantes et faire un rappel des codes et procédures préconisés dans le milieu pour assurer l'implantation optimale du programme.

Pour ce qui est du débordement, il est d'abord important d'indiquer que certaines des participantes ont un diagnostic de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. Rappelons que Mathilde, Pénélope, Béatrice et Florence prennent de la médication pour le TDAH. On peut

aussi faire des liens avec certains des comportements perturbateurs décrits précédemment. En effet, en plus d'avoir de la difficulté à se concentrer, et ce particulièrement en soirée, ces jeunes ont aussi de la difficulté à réguler certains de leurs comportements et de ce fait il a parfois été nécessaire pendant les volets de groupe et individuel du programme de gérer certains des comportements perturbateurs. En ce qui a trait à d'autres débordements pendant l'intervention, il importe de noter que pour les participantes, le simple fait d'être placée au Centre Jeunesse implique leur participation à différentes activités cliniques et suivis psychosociaux influençant une fois de plus les résultats observés. Plus précisément, pendant le programme Béatrice participait à un atelier visant la gestion de sa colère. Pour ce qui est des autres activités cliniques, celles-ci visent principalement l'enseignement et le développement de diverses compétences telles que l'autonomie, l'estime de soi, la régulation des émotions et l'affirmation de soi. Ainsi, il est tout à fait possible de croire que ces activités ont eu un impact quant aux changements observés à la suite de la mise en place du présent programme.

Enfin une dernière composante à prendre considération quant aux résultats est la généralisation des acquis. D'abord pour les participantes du volet individuel, certains des contenus abordés lors du volet de groupe ont été utilisés afin de les généraliser davantage au vécu et besoin respectif de chacune influençant l'atteinte de certains des objectifs. Pour ce qui est des autres jeunes, uniquement Thalia a utilisé le journal de bord au quotidien. Rappelons que le journal de bord visait la généralisation des acquis pour l'ensemble des participantes afin qu'elles puissent s'y référer en cas de besoin. Puisque la majorité des participantes ont complété leur journal de bord pendant les séances d'intervention, celui-ci n'a permis la généralisation des acquis que dans le cas de Thalia. Finalement, un aspect important à considérer est l'implication des intervenants du milieu quant à la généralisation. En effet, l'utilisation de certains des contenus abordés lors de l'animation du volet de groupe tel que, les ingrédients de stress ainsi que les stratégies de gestion du stress, au travers le vécu partagé avec les jeunes dans le milieu a sans aucun doute permis la généralisation de certains des acquis et de ce fait encourager l'atteinte des objectifs visés par l'implantation du programme.

#### *4.3 Liens entre les résultats et le contexte théorique*

Le programme d'intervention visait d'abord la vulnérabilité au stress, une conséquence de la négligence en raison des nombreux traumatismes qu'elle engendre (Heim, 2009). En effet, les jeunes

victimes de maltraitance sont souvent confrontées à des situations répétées de stress intense impliquant une absence de contrôle de leur part ainsi qu'un sentiment d'impuissance important influençant l'émergence de symptômes associés aux troubles anxieux (Dumas, 2007). Par ailleurs, cette vulnérabilité accrue au stress est particulièrement importante pendant l'adolescence, une période développementale accompagnée de plusieurs changements d'ordre physique et psychologique. Ainsi, le programme d'intervention est directement associé au contexte théorique. De plus, celui-ci comprend des composantes de la thérapie cognitivo-comportementale reconnue comme étant efficace dans le traitement des troubles intériorisés. Plus spécifiquement, celui-ci s'inspire d'un programme reconnu comme ayant des effets positifs quant à la diminution du stress, et ce auprès de jeunes adolescents. Par ailleurs, certains éléments du programme ciblent des modalités d'intervention reconnues comme étant efficaces dans la recension des différents programmes existants associés à l'anxiété et au stress. Ainsi, les résultats peuvent être directement attribuables au fait que le présent programme fait référence à un contenu, des modalités et des techniques d'intervention basés sur les meilleures pratiques dans le domaine. Par exemple, la reconnaissance des composantes associées au stress, les techniques de relaxation, la restructuration cognitive, les jeux de rôle et la résolution de problèmes pour ne nommer que quelques techniques d'intervention et contenus théoriques, ont été privilégiés lors de l'implantation du programme afin d'atteindre les objectifs ciblés, expliquant les résultats positifs observés.

Le volet individualisé du programme ciblant les participantes les plus vulnérables est aussi associé à un élément important du contexte théorique. En effet, cette modalité de l'intervention permet d'explorer les traumatismes généralement associés à la problématique se faisant plus difficilement dans un contexte de groupe. Ainsi, ce volet permet d'offrir une intervention individualisée beaucoup plus intensive aux jeunes présentant davantage de difficultés d'adaptation, et ce en raison de leur vécu et des difficultés au niveau de l'attachement. De plus, les séances individuelles permettent aussi d'offrir un accompagnement davantage centré sur les besoins de ces jeunes. Il est intéressant de noter que l'ensemble des jeunes du volet individuel confirme que cette modalité permet de mieux cibler leurs besoins et qu'elles ont une meilleure capacité d'introspection face à leur vécu dans un contexte individualisé. Bien qu'on observe peu de changement au niveau des résultats entre les jeunes ayant participé au volet individuel et celles du volet de groupe uniquement, la pertinence de l'intervention individuelle peut aussi s'observer par certains des effets observés. Par exemple, on remarque que dans le cas de Pénélope, le volet individuel du programme a permis d'avoir un impact significatif au niveau de l'évolution de son estime de soi. En effet, cette

modalité de l'intervention a encouragé Pénélope à partager son vécu et ses inquiétudes avec l'animatrice et réellement s'investir dans un processus de changement afin de comprendre ses difficultés et trouver des solutions. Pour ce qui est de Mathilde, des résultats similaires ont aussi été observés supposant une fois de plus la pertinence de cette modalité au niveau de ce construit. Dans le cas de Béatrice, le changement le plus significatif s'observe au niveau de l'évolution de la fréquence des pensées automatiques négatives, une composante importante associée aux troubles intériorisés. En effet, modifier certaines cognitions erronées et pensées négatives généralement associées à l'anxiété se fait beaucoup plus facilement dans un contexte individualisé et de ce fait les résultats obtenus par Béatrice indiquent possiblement le travail qui a été fait à ce niveau.

Cependant, la durée du programme ne s'échelonnant que sur cinq semaines n'était pas assez longue pour aborder en profondeur les éléments associés à un vécu traumatique, étant l'objectif initial, expliquant possiblement le fait qu'il y ait que très peu de différence au niveau des résultats entre les deux groupes de participantes. Néanmoins, cette modalité de l'intervention semble être particulièrement pertinente pour les jeunes ayant davantage de difficulté à participer dans un contexte de groupe afin de cibler des objectifs spécifiques à leurs besoins. À cet effet, il est intéressant de noter que Mathilde et Béatrice sont les jeunes ayant eu davantage de facilité à participer lors des interventions de groupe en partageant leurs opinions, répondant aux questions et s'investissant dans les activités. Ainsi, ce genre d'intervention peut être mis en place conjointement avec celui de groupe et possiblement même avant le programme de groupe. À cet effet, il est intéressant de noter que l'intervention individuelle peut avoir un effet sur le développement des compétences et l'estime de soi des jeunes. Ces acquis permettent l'actualisation de certaines habiletés et favorise l'investissement dans une intervention de groupe.

#### *4.4 Avantages et limites de l'intervention*

Une des principales forces du programme est l'aspect individualisé des interventions. D'abord par la mise en place d'un volet individuel permettant de réellement adapter les interventions aux besoins des jeunes. De plus, tout au long de l'intervention, l'utilisation d'une approche collaborative avec les jeunes a été préconisée ayant un impact quant à l'implication et la motivation des jeunes pendant l'implantation du programme. En effet, les participantes étaient encouragées à partager leurs opinions et cibler des préoccupations selon leurs besoins respectifs.



À ce niveau, plusieurs des participantes ont rapporté avoir grandement apprécié l'écoute de l'animatrice et la liberté qui leur était offerte de partager leur vécu, et ce toujours en considérant le rythme et les capacités de chacune. Le volet individuel représente une modalité notamment pertinente pour les jeunes ayant davantage de difficulté à s'exprimer dans un contexte de groupe, et ce particulièrement à l'adolescence, une période développementale dans laquelle le regard de l'autre est particulièrement important. De plus, ce volet a permis d'adapter les différents contenus selon les préoccupations respectives à chacune des participantes, et ce toujours en visant les objectifs ciblés par le programme. L'établissement d'une relation significative entre l'animatrice et les participantes les plus vulnérables est aussi un aspect important et s'avère être primordial dans ce volet du programme. Ainsi, en offrant aux jeunes une latitude quant aux différents contenus abordés ainsi qu'un espace sécurisant pour s'exprimer favorise l'établissement d'une relation thérapeutique et de ce fait un potentiel de changement important peut être observé.

En ce qui a trait au volet de groupe du programme, une des forces principales s'observe par la mise en place d'intervention et des contenus théoriques reconnus comme étant efficaces quant à la gestion du stress, et ce pour une clientèle adolescente. Une fois de plus, un des aspects intéressants de ce volet est l'implication des jeunes quant aux contenus abordés. En effet, l'implantation des interventions de groupe s'est déroulée à partir des préoccupations et besoins nommés par les participantes. De plus, tel que rapporté par les participantes, le volet de groupe a permis la normalisation du vécu des filles par les discussions au sein du groupe ainsi que le développement de l'entraide entre les jeunes par le partage des stratégies et des résolutions de problème faites en groupe. Le développement de l'écoute, de l'entraide et la considération des difficultés d'autrui sont des aspects importants du programme, et ce particulièrement pour ces participantes partageant leur quotidien ensemble. Ainsi, il semblerait que la combinaison des deux volets du programme semble être fort intéressante quant à la problématique et aux différents construits ciblés.

Une des limites du présent programme s'observe d'abord au niveau de la durée du niveau de base. En effet, puisque celui-ci ne dure qu'une semaine, les données répétées avant l'intervention ne permettent pas d'avoir un portrait représentatif ni stable des participantes. En ce qui a trait aux autres mesures utilisées afin d'évaluer les effets du programme, celles-ci sont basées sur des données autorapportées par les jeunes et de ce fait sont susceptibles d'être influencées par la subjectivité et désirabilité sociale des participantes. Une autre limite importante de l'intervention

est la durée complète du programme. En effet, ne s'échelonnant que sur cinq semaines, il est difficile de confirmer que les changements observés peuvent être associés au programme, et ce en si peu de temps. À cet effet, plusieurs programmes ciblant les troubles anxieux indiquent qu'une intervention de plus longue durée s'avère être optimale. Néanmoins, les effets du programme *Déstresse et Progrès* rapportent des effets significatifs, et ce même si la durée de celui-ci n'est que de cinq semaines. Il aurait été intéressant d'offrir plus de séances d'intervention de groupe et augmenter le nombre de séances individuelles afin de possiblement contrer cette limite et observer davantage de résultats. Une autre limite du programme est le recrutement des participantes. En effet, les jeunes présentant un niveau d'estime de soi plus faible ont été sélectionnées pour le volet individuel, car il était supposé qu'elles auraient davantage de difficulté à participer aux activités de groupe. Néanmoins lors de l'analyse quant au niveau de participations des jeunes, il a été noté que ces jeunes avaient plutôt de la facilité à s'impliquer aux séances de groupe. Ainsi, possiblement dans le cas du présent programme, l'estime de soi ne semble pas être associée au niveau de participation dans un contexte de groupe.

Dans le futur, il serait intéressant d'établir un niveau de base beaucoup plus long afin d'obtenir une meilleure stabilité quant aux données rapportées. De plus, il serait pertinent d'inclure des mesures davantage objectives telles que l'utilisation du niveau de cortisol dans la salive afin de juger quant à l'évolution du niveau de stress ainsi qu'impliquer les intervenants quant à l'évaluation de certains des construits, plutôt que se fier uniquement aux données rapportées par les participantes. À cet effet, il serait aussi intéressant d'inclure des évaluations qualitatives complétées par les participantes et l'animatrice afin de rendre compte de tous les changements observables. De plus, l'implication des parents serait aussi une composante importante à prendre considération dans le futur, et ce particulièrement pour les jeunes qui ont des sorties dans leur milieu familial afin d'encourager la généralisation des acquis et possiblement observer des effets positifs quant à l'intensité du stress perçu par les parents également.



## Conclusion

Pour conclure, l'intervention présentée dans le présent travail ciblait la vulnérabilité au stress, une conséquence associée aux différentes formes de maltraitance, notamment la négligence. Deux programmes reconnus comme étant efficaces auprès des adolescents présentant des vulnérabilités importantes ont été sélectionnés afin de mettre en place une intervention adaptée aux besoins des participantes. De manière générale, la majorité des participantes ont atteint plusieurs des objectifs visés par l'implantation de l'intervention. À cet effet, le volet de groupe du programme semble avoir eu un impact considérable quant à la diminution de l'intensité du stress perçu ainsi qu'au niveau de l'augmentation de l'utilisation des stratégies de régulation. Pour ce qui est des jeunes présentant davantage de vulnérabilités et qui ont participé au volet individuel du programme, il importe de mettre en évidence l'impact de cette modalité de l'intervention sur l'augmentation de l'estime de soi ainsi qu'au niveau du sentiment d'efficacité personnelle. Ainsi plusieurs changements significatifs ont été observés suite à la mise en place du programme dans le milieu. Néanmoins, bien que les effets observés soient positifs, il demeure tout de même difficile d'attribuer l'ampleur de ceux-ci au programme, en raison de l'absence d'un protocole d'évaluation rigoureux. Malgré tout, il est intéressant d'observer la pertinence de l'utilisation d'un volet individualisé conjointement à une intervention de groupe telle que le programme *Déstresse et Progresse* et ce particulièrement dans un contexte traumatique tel que la maltraitance.

## Références

- Abouserie, R. (1994). Sources and levels of stress in relation to locus of control and self esteem in university students. *Educational psychology, 14*(3), 323-330.
- Adam, B. S., Everett, B. L., & O'Neal, E. (1992). PTSD in physically and sexually abused psychiatrically hospitalized children. *Child Psychiatry and Human Development, 23*(1), 3-8.
- Albano, A. M., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (2003). Childhood anxiety disorders. *Child psychopathology, 2*, 279-329.
- Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ). Un élan pour voir grand. Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse / directeurs provinciaux 2016. Montréal, Qc : ACJQ; 2016. Repéré à [http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/pdf/dpj/2016\\_BilanDPJ.pdf](http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/pdf/dpj/2016_BilanDPJ.pdf).
- Bacon, H., & Richardson, S. (2001). Attachment theory and child abuse: An overview of the literature for practitioners. *Child Abuse Review, 10*(6), 377-397.
- Bailey, H. N., DeOliveira, C. A., Wolfe, V. V., Evans, E. M., & Hartwick, C. (2012). The impact of childhood maltreatment history on parenting: A comparison of maltreatment types and assessment methods. *Child abuse & neglect, 36*(3), 236-246.
- Barlow, D. H., & Cerny, J. A. (1988). *Psychological treatment of panic*. Guilford Press.
- Barrett, P. (2005). *FRIENDS for Life: Group leaders' manual for children*. Barrett Research Resources Pty Ltd.
- Barrett, P. M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology, 27*(4), 459-468.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A Controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology, 64*(2), 333.
- Barrett, P., Holmes, J., & Lowry-Webster, H. (1999). *Friends Anxiety Prevention Program*. QueenslandAustralia: Australian Academic Press.
- Barrett, P., & Turner, C. (2001). Prevention of anxiety symptoms in primary school children: Preliminary results from a universal school-based trial. *British Journal of Clinical Psychology, 40*(4), 399-410.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio, 78*(2), 490-498.
- Bednarek, S., Absil, G., Vandoorne, C., Lachaussée, S., & Vanmeerbeek, M. (2009). Enfants négligés: ils naissent, ils vivent, mais surtout ils survivent. *La Presse Médicale, 38*(3), 377-383.

- Beeghly, M., & Cicchetti, D. (1994). Child maltreatment, attachment, and the self system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Development and psychopathology*, 6(01), 5-30.
- Bernstein, G. A., Borchardt, C. M., & Perwien, A. R. (1996). Anxiety disorders in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(9), 1110-1119.
- Black, D. A., Heyman, R. E., & Slep, A. M. S. (2001). Risk factors for child physical abuse. *Aggression and violent behavior*, 6(2), 121-188.
- Bor, W., Sanders, M. R., & Markie-Dadds, C. (2002). The effects of the Triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. *Journal of abnormal child psychology*, 30(6), 571-587.
- Bouchard, S., & Cyr, C. (Eds.). (2005). *Recherche psychosociale: pour harmoniser recherche et pratique*. UQ.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, vol. II: Separation* (Vol. 2). New York: Basic Books.
- Briere, J. N. (1992). *Child Abuse Trauma : Theory and treatment of the lasting effects*. Newbury Park, California : Sage Publications.
- Briere, J. N., & Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of traumatic stress*, 18(5), 401-412.
- Bugental, D. B., & Johnston, C. (2000). Parental and child cognitions in the context of the family. *Annual review of psychology*, 51(1), 315-344.
- Butchart, A., Harvey, A. P., Mian, M., & Furniss, T. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*.
- Campbell, S. B., Cohn, J. F., & Meyers, T. (1995). Depression in first-time mothers: mother-infant interaction and depression chronicity. *Developmental Psychology*, 31(3), 349.
- Cassady, J. C., & Johnson, R. E. (2002). Cognitive test anxiety and academic performance. *Contemporary educational psychology*, 27(2), 270-295.
- Cicchetti, D., & Barnett, D. (1991). Attachment organization in maltreated preschoolers. *Development and Psychopathology*, 3(04), 397-411.
- Cicchetti, D., & Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for children's development. *Psychiatry*, 56(1), 96-118.
- Clément, M-E. et Dufour, S. (2009). *La violence à l'égard des enfants en milieu familial*. Anjou, Québec : Les Éditions CEC.

- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 385-396.
- Compton, S. N., March, J. S., Brent, D., Albano, A. M., Weersing, V. R., & Curry, J. (2004). Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence-based medicine review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(8), 930-959.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., & Van der Kolk, B. (2005). Complex trauma. *Psychiatric annals*, 35(5), 390-398.
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (Eds.). (2009). *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide* (pp. 82-104). New York, NY: Guilford Press.
- Cunningham, M., Rapee, R., & Lyneham, H. (2006). The Cool Teens CD-ROM: A multimedia self-help program for adolescents with anxiety. *Youth Studies Australia*, 25(1), 50.
- Dadds, M. R., Spence, S. H., Holland, D. E., Barrett, P. M., & Laurens, K. R. (1997). Prevention and early intervention for anxiety disorders: a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 627.
- Dadds, M. R., Holland, D. E., Laurens, K. R., Mullins, M., Barrett, P. M., & Spence, S. H. (1999). Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: Results at 2-year follow-up. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(1), 145.
- Dubowitz, H., Newton, R. R., Litrownik, A. J., Lewis, T., Briggs, E. C., Thompson, R., & Feerick, M. M. (2005). Examination of a conceptual model of child neglect. *Child maltreatment*, 10(2), 173-189.
- Dumas, J. E. (2007). Les troubles anxieux. *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, 438-502.
- Dumas, J. E. (2013). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. De Boeck Supérieur.
- Dumont, M., Leclerc, D., Massé, L., & McKinnon, S. (2015). Étude de validation du programme Funambule: pour une gestion équilibrée du stress des adolescents. *Éducation et francophonie*, 43(2), 154-178.
- Dumont, M., Massé, L., Leclerc, D., & Potvin, P. (2007). Questionnaire des stratégies de gestion du stress. *Document inédit. Trois-Rivières, Québec: Université du Québec à Trois-Rivières*.
- Dumont, M., & Provost, M. A. (1999). Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of youth and adolescence*, 28(3), 343-363.
- Erickson, M. F., & Egeland, B. (2002). Child neglect. *The APSAC handbook on child maltreatment*, 2, 3-20.

- Éthier, L. S. & Lacharité, C. (2000). « La prévention de la négligence et de la violence envers les enfants », dans Vitaro, F. et Gagnon, C. (éds), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome 1, Les problèmes internalisés*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, pp. 389-428.
- Éthier, L. S., Couture, G., & Lacharité, C. (2004). Risk factors associated with the chronicity of high potential for child abuse and neglect. *Journal of Family Violence*, 19(1), 13-24.
- Ethier, L. S., & Milot, T. (2009). Effet de la durée, de l'âge d'exposition à la négligence parentale et de la comorbidité sur le développement socioémotionnel à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57(2), 136-145.
- Faurie, I., Thouin, C., & Sauvezon, C. (2016). Étude longitudinale du stress perçu chez les étudiant : effets modérateurs de l'estime de soi et du sentiment d'efficacité personnelle. *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 45(1), 5-31.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., & Hamby, S. L. (2005). The victimization of children and youth: A comprehensive, national survey. *Child maltreatment*, 10(1), 5-25.
- Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain—a review. *Journal of child psychology and psychiatry*, 41(01), 97-116.
- Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Montréal: Éditions sciences et culture.
- Guillon, M. S., & Crocq, M. A. (2004). Estime de soi à l'adolescence: revue de la littérature. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52(1), 30-36.
- Heim, C. (2009). Traumatisme dans l'enfance et sensibilité au stress à l'âge adulte. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*, 1-8.
- Hudson, J. L., Rapee, R. M., Deveney, C., Schniering, C. A., Lyneham, H. J., & Bovopoulos, N. (2009). Cognitive-behavioral treatment versus an active control for children and adolescents with anxiety disorders: a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(5), 533-544.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(1), 100-110.
- Kendall, P. C. (2006). *Coping cat workbook*. Workbook Pub.
- Kendall, P. C., Chu, B. C., Pimentel, S. S., & Choudhury, M. (2000). Treating anxiety disorders in youth.
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65(3), 366.

- Kendall, P. C., Hudson, J. L., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E., & Suveg, C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of consulting and clinical psychology, 76*(2), 282.
- Kovacs, M. (1992). CDI. *Multi-Health Systems, Inc., North Tonawanda, NY.*
- Lacharité, C., Éthier, L. S., & Nolin, P. (2006). Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. *Bulletin de psychologie, (4)*, 381-394.
- Lafantaisie, V., Clément, M., & Coutu, S. (2013). L'isolement social des familles en situation de négligence: ce qu'en pensent les mères. *Revue de psychoéducation, 42*(2), 299-319.
- Lafortune, D., Cousineau, M. M., & Tremblay, C. (2000). *Pratiques innovantes auprès des jeunes en difficulté.* Les Presses de l'Université de Montréal.
- Lanovaz, M. (2013). L'Utilisation de devis expérimentaux à cas unique en psychoéducation.
- Larin, S., St-Georges, R., Jacques, C., Otis, N., & Desaulniers, R. (2006). *Programme en Intervention relationnelle: Guide d'intervention.* Centres jeunesse de Lanaudière.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of personality, 1*(3), 141-169.
- Letarte, M. J., Normandeau, S., & Allard, J. (2010). Le programme d'entraînement aux habiletés parentales Ces années incroyables: Expériences dans deux contextes. *M. Déry, AS Denault, & JP Lemelin (Éds), Aide aux jeunes en difficulté de comportement: regard sur nos pratiques, 27-48.*
- Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., Roberts, R. E., & Allen, N. B. (1997). Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) as a screening instrument for depression among community-residing older adults. *Psychology and aging, 12*(2), 277.
- Lock, S., & Barrett, P. M. (2003). A longitudinal study of developmental differences in universal preventive intervention for child anxiety. *Behaviour Change, 20*(4), 183-199.
- Lohman, B. J. et Jarvis, P. A. (2000). Adolescent stressors, coping strategies, and psychological health studied in the family context. *Journal of Youth and Adolescence, 29*(1), 15-43.
- Lupien, S. J., Ouellet-Morin, I., Trepanier, L., Juster, R. P., Marin, M. F., Francois, N., & Cooper, L. (2013). The DeStress 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.
- Magura, S., & Laudet, A. B. (1996). Parental substance abuse and child maltreatment: Review and implications for intervention. *Children and Youth Services Review, 18*(3), 193-220.
- Manji, S., Maiter, S., & Palmer, S. (2005). Community and informal social support for recipients of child protective services. *Children and Youth Services Review, 27*(3), 291-308.



- Massé, S., & Plusquellec, P. (2018). ISO-STRESS 2015-20: ÉVALUATION DE PROGRAMMES DE GESTION DU STRESS (ÉQUIPES, JEUNES) POUR LE BIEN-ÊTRE COLLECTIF. *NOTRE DERNIÈRE PARUTION*, 24(2), 34.
- Maydeu-Olivares, A., & D'Zurilla, T. J. (1996). A factor-analytic study of the Social Problem-Solving Inventory: An integration of theory and data. *Cognitive therapy and research*, 20(2), 115-133.
- McIver, J., & Carmines, E. G. (1981). *Unidimensional scaling* (Vol. 24). Sage.
- McLoyd, V. C., & Wilson, L. (1991). The strain of living poor: Parenting, social support, and child mental health. *Children in poverty: Child development and public policy*, 105-135.
- Mennen, F. E., & O'Keefe, M. (2005). Informed decisions in child welfare: The use of attachment theory. *Children and Youth Services Review*, 27(6), 577-593.
- Merry, S., McDOWELL, H. E. A. T. H. E. R., Wild, C. J., Bir, J., & Cunliffe, R. (2004). A Randomized placebo-controlled trial of a school-based depression prevention program. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(5), 538-547.
- Micco, J. A., & Ehrenreich, J. T. (2009). Validity and specificity of the children's automatic thoughts scale in clinically anxious and non-clinical children. *Cognitive Therapy and Research*, 33(5), 532-536.
- Mifsud, C., & 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 & Adolescent Psychiatry*, 44(10), 996-1004.
- Milot, T., Éthier, L. S., St-Laurent, D., & Provost, M. A. (2010). The role of trauma symptoms in the development of behavioral problems in maltreated preschoolers. *Child abuse & neglect*, 34(4), 225-234.
- Moksnes, U. K., Moljord, I. E., Espnes, G. A., & Byrne, D. G. (2010). The association between stress and emotional states in adolescents: The role of gender and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 49(5), 430-435.
- Morin, A. J. S., Moullec, G., Maiano, C., Layet, L., Just, J. L., & Ninot, G. (2011). Psychometric properties of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) in French clinical and nonclinical adults. *Revue d'épidémiologie et de sante publique*, 59(5), 327-340.
- Mueller, E., & Silverman, N. (1989). Peer relations in maltreated children.
- Muris, P. (2001). A brief questionnaire for measuring self-efficacy in youths. *Journal of Psychopathology and behavioral Assessment*, 23(3), 145-149.
- Muris, P., Bogie, N., & Hoogsteder, A. (2001). Effects of an early intervention group program for anxious and depressed adolescents: A pilot study. *Psychological Reports*, 88(2), 481-482.



- Ollendick, T. H., & King, N. J. (1994). Diagnosis, assessment, and treatment of internalizing problems in children: The role of longitudinal data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(5), 918.
- Ollendick, T. H., & King, N. J. (1998). Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders: Current status. *Journal of Clinical Child Psychology, 27*(2), 156-167.
- Perrault, I., & Beaudoin, G. (2008). *La négligence envers les enfants : bilan des connaissances*. Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales en collaboration avec le Groupe de recherche et d'intervention en négligence (GRIN) de l'Université du Québec à Trois-Rivières.
- Perron, C. (2016). *Influence de la négligence, de l'abus physique et sexuel sur le développement socio-émotionnel d'enfants d'un à dix-huit ans: une méta-analyse* (Doctoral dissertation, Université Laval).
- Plusquellec, P., Massé, S., Fouda, Y., Gaumont, C., Bujoli, B., Reyburn, G., & Lupien, S. An Uncontrolled Pilot Study Examining Changes In Physiological and Psychological Outcomes among Adolescents with High-Risk of Behavioral Disorders Following the Distress For Success Program
- Plusquellec, P., Trépanier, L., Juster, R. P., Marin, M. F., Sindi, S., François, N., ... & Lupien, S. (2015). Étude pilote des effets du programme DéStresse et Progresse chez des élèves de 6e année du primaire intégrés dans une école secondaire. *Éducation et francophonie, 43*(2), 6-29.
- Podell, J. L., Mychailyszyn, M., Edmunds, J., Puleo, C. M., & Kendall, P. C. (2010). The Coping Cat Program for anxious youth: The FEAR plan comes to life. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*(2), 132-141.
- Quintard, B. (2001). Concepts, stress, coping. *Recherche en soins infirmiers, 67*, 46-67.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement, 1*(3), 385-401.
- 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.
- Rapee, R. M., Abbott, M. J., & Lyneham, H. J. (2006). Bibliotherapy for children with anxiety disorders using written materials for parents: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology, 74*(3), 436.
- Rapee, R. M., Lyneham, H. J., Hudson, J. L., Kangas, M., Wuthrich, V. M., & Schniering, C. A. (2013). Effect of comorbidity on treatment of anxious children and adolescents: results from a large, combined sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 52*(1), 47-56.

- Reynolds, W. M. (1987). Reynolds adolescent depression scale (RADS). *Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.*
- Roberts, R. E., Andrews, J. A., Lewinsohn, P. M., & Hops, H. (1990). Assessment of depression in adolescents using the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2*(2), 122.
- Rockhill, C., Kodish, I., DiBattisto, C., Macias, M., Varley, C., & Ryan, S. (2010). Anxiety disorders in children and adolescents. *Current problems in pediatric and adolescent health care, 40*(4), 66-99.
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (RSE). *Acceptance and commitment therapy. Measures package, 61, 52.*
- Sanders, M. R., Pidgeon, A. M., Gravestock, F., Connors, M. D., Brown, S., & Young, R. W. (2004). Does parental attributional retraining and anger management enhance the effects of the Triple P-Positive Parenting Program with parents at risk of child maltreatment?. *Behavior Therapy, 35*(3), 513-535.
- Schniering, C. A., & Rapee, R. M. (2002). Development and validation of a measure of children's automatic thoughts: the children's automatic thoughts scale. *Behaviour Research and Therapy, 40*(9), 1091-1109.
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant mental health journal, 22*(1-2), 201-269.
- Schumacher, J. A., Slep, A. M. S., & Heyman, R. E. (2001). Risk factors for child neglect. *Aggression and Violent Behavior, 6*(2), 231-254.
- Shochet, I. M., Dadds, M. R., Holland, D., Whitefield, K., Harnett, P. H., & Osgarby, S. M. (2001). The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. *Journal of clinical child psychology, 30*(3), 303-315.
- Shochet, I. M., & Ham, D. (2004). Universal school-based approaches to preventing adolescent depression: Past findings and future directions of the Resourceful Adolescent Program. *International Journal of Mental Health Promotion, 6*(3), 17-25.
- Shochet, I. M., Holland, D., & Whitefield, K. (1997). Resourceful adolescent program: Group leader's manual.
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour research and therapy, 36*(5), 545-566.
- Spence, S. H., Donovan, C. L., March, S., Gamble, A., Anderson, R. E., Prosser, S., & Kenardy, J. (2011). A randomized controlled trial of online versus clinic-based CBT for adolescent anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology, 79*(5), 629.

- Spence, S. H., Holmes, J. M., March, S., & Lipp, O. V. (2006). The feasibility and outcome of clinic plus internet delivery of cognitive-behavior therapy for childhood anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology, 74*(3), 614.
- Stallard, P. (2009). Cognitive behaviour therapy with children and young people. *Clinical psychology in practice, 117-126*.
- Sullivan, T. P., Fehon, D. C., Andres-Hyman, R. C., Lipschitz, D. S., & Grilo, C. M. (2006). Differential relationships of childhood abuse and neglect subtypes to PTSD symptom clusters among adolescent inpatients. *Journal of traumatic stress, 19*(2), 229-239.
- Turgeon, L., Brousseau, L., & Denis, I. (2007). Le traitement des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents. Dans Turgeon, L. et Gendreau, P. (dir.), *Les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent : Données actuelles et perspectives futures* (p.107-128). Marseille: Solal.
- Turgeon, L., & Gendreau, P. L. (2007). *Les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent*. Groupe de Boeck.
- Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Lavergne, C., Trocmé, N., Hélie, S., & Boucher, J. (2002). Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalées à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec (ÉIQ). *Montréal: Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP)*.
- Vallieres, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International journal of psychology, 25*(2), 305-316.
- Wolfe, D. A., Scott, K., Wekerle, C., & Pittman, A. L. (2001). Child maltreatment: Risk of adjustment problems and dating violence in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*(3), 282-289.
- Wolock, I., & Magura, S. (1996). Parental substance abuse as a predictor of child maltreatment re-reports. *Child Abuse & Neglect, 20*(12), 1183-1193.
- Wuthrich, V. M., Rapee, R. M., Cunningham, M. J., Lyneham, H. J., Hudson, J. L., & Schniering, C. A. (2012). A randomized controlled trial of the Cool Teens CD-ROM computerized program for adolescent anxiety. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 51*(3), 261-270.
- Zuravin, S. J., & DePanfilis, D. (1997). Factors affecting foster care placement of children receiving child protective services. *Social Work Research, 21*(1), 34-42

## ANNEXE 1

**JOURNAL DE BORD (intervention de groupe)  
ÉVALUATION DE LA CONFORMITÉ**

SÉANCE # :

DATE :

**1. Déroulement de la séance**

Déroulement prévu	Oui	Non	Durée (min)	Commentaires
<b>Accueil des participants et présences</b>			Prévu : 5 min.  Réel :	
<b>Discussion dirigée</b>			Prévu : 20 min.  Réel :	<i>Nature des préoccupations/sujets abordés :</i>
<b>Activités</b> <i>Activité prévue :</i>			Prévu : 10-20 min.  Réel :	<i>Activité réalisée :</i>
<b>Présentation de concepts théoriques</b> <i>Concepts théoriques prévus :</i>			Prévu : 10-20 min.  Réel :	<i>Concepts abordés :</i>
<b>Présentation activité journal de bord</b>			Prévu : 5 min.  Réel :	
<b>Retour sur la séance d'intervention</b>			Prévu : 5 min.  Réel :	

## 2. Participation

Participant	Mathilde	Béatrice	Pénélope	Florence	Thalia	Juliette	Danaé
<b>Présence</b>							
<b>Matériel/devoirs</b>							
<b>Participation</b> <i>partager opinions</i> <i>donner des exemples</i> <i>répondre</i>  <i>X = une interaction</i>							
<b>Travailler en équipe</b> <i>(oui/non)</i>							
<b>Comportements négatifs</b> <i>(oui/non) si oui lesquels</i>							

## 3. Retour/évaluation post-intervention

*Commentaires rapportés par les participantes :*

---



---



---



---



---



---



---

ANNEXE II

**JOURNAL DE BORD (intervention individuelle)  
ÉVALUATION DE LA CONFORMITÉ**

NOM :  
SÉANCE # :

DATE :

**1. Déroulement de la séance**

Déroulement prévu	Oui	Non	Durée	Commentaires
<b>Accueil</b>			Prévu : 5 min. Réel :	
<b>Questionnaire d'auto efficacité</b>			Prévu : 5 min. Réel :	<i>Domaine ciblé :</i>
<b>Discussion dirigée</b>			Prévu : 20 min.  Réel :	<i>Situations stressantes vécues/préoccupations rapportées :</i>
<b>Activité TCC</b> <i>Activité prévue :</i>			Prévu : 20 min.  Réel :	<i>Situation choisie :</i> <i>Objectif visé :</i>
<b>Période de relaxation</b> <i>Technique prévue :</i>			Prévu : 10 min.  Réel :	<i>Musique :</i> <i>Technique de relaxation :</i>
<b>6. Retour</b>			Prévu : 5 min. Réel :	<i>Commentaires rapportés :</i>

## 2. Questionnaire d'auto efficacité

Comment évalues-tu ta capacité à ...	Pas du tout capable 1	2	3	4	Tout à fait capable 5
1. Te faire aider par tes professeurs à l'école lorsque tu as de la difficulté?					
2. Exprimer tes opinions lorsque les autres élèves de ta classe ne sont pas d'accord avec toi?					
3. Te remonter le moral lorsque des situations pas plaisantes surviennent					
4. À étudier lorsqu' il y d'autres choses intéressantes à faire					
5. Revenir au calme lorsque tu as peur?					
6. Te faire des amis?					
7. Étudier pour un examen?					
8. Discuter avec une personne peu familière?					
9. T'empêcher de devenir anxieux?					
10. Terminer à chaque jour tous tes devoirs?					
11. Travailler en équipe avec les élèves de ta classe?					
12. Contrôler tes émotions?					
13. Porter attention en classe?					
14. Nommer aux autres lorsqu'ils font quelques choses que tu n'aimes pas?					
15. À t'encourager lorsque tu te sens découragé?					
16. À comprendre toutes les matières en classe?					
17. À raconter une histoire drôle devant un groupe de jeune?					
18. À dire à un ami lorsque tu ne te sens pas bien?					
19. Satisfaire tes parents/éducateurs/ enseignants avec ton travail scolaire?					
20. Maintenir tes amitiés?					
21. Effacer tes pensées négatives?					
22. Réussir un examen? (passer un examen)					
23. Éviter les chicanes avec les autres jeunes?					
24. À ne pas t'inquiéter par rapport aux choses qui peuvent se produire?					

Résultats pré-test :

Domaine ciblé :

Items 1-4-7-10-13-16-19-22 : sentiment d'efficacité scolaire

Items 2, 6, 8, 11, 14, 17, 20, 23: sentiment d'efficacité sociale

Items 3, 5, 9, 12, 15, 18, 21, 24: sentiment d'efficacité émotionnelle









ANNEXE III


GRILLE D'AUTO-OBSERVATION

Date :

Nom :

<p><b>Lundi</b></p>	<p><b>Comment évalues-tu ton niveau de stress aujourd'hui?</b></p> <p><b>Encerle ton niveau de stress et écris une stratégie de gestion du stress 😊</b></p> <p><i>Si tu n'as rien fait indique ce que tu aurais pu faire!</i></p> 	<p><b>Combien de fois as-tu eu des pensées anxieuses négatives aujourd'hui?</b> (exemple : imaginer que les situations se terminent toujours mal, penser au pire...)</p> <p>Très souvent (4) Souvent (3) Quelques fois (2) Presque jamais (1) Jamais (0)</p>
<p><b>Mardi</b></p>	<p><b>Comment évalues-tu ton niveau de stress aujourd'hui?</b></p> <p><b>Encerle ton niveau de stress et écris une stratégie de gestion du stress 😊</b></p> <p><i>Si tu n'as rien fait indique ce que tu aurais pu faire!</i></p> 	<p><b>Combien de fois as-tu eu des pensées anxieuses négatives aujourd'hui?</b></p> <p>Très souvent (4) Souvent (3) Quelques fois (2) Presque jamais (1) Jamais (0)</p>
<p><b>Mercredi</b></p>	<p><b>Comment évalues-tu ton niveau de stress aujourd'hui?</b></p> <p><b>Encerle ton niveau de stress et écris une stratégie de gestion du stress 😊</b></p> <p><i>Si tu n'as rien fait indique ce que tu aurais pu faire!</i></p> 	<p><b>Combien de fois as-tu eu des pensées anxieuses négatives aujourd'hui?</b></p> <p>Très souvent (4) Souvent (3) Quelques fois (2) Presque jamais (1) Jamais (0)</p>

<p><b>Jeudi</b></p>	<p><b>Comment évalues-tu ton niveau de stress aujourd'hui?</b></p> <p>Encerle ton niveau de stress et écris une stratégie de gestion du stress 😊</p> <p><i>Si tu n'as rien fait indique ce que tu aurais pu faire!</i></p>		<p><b>Combien de fois as-tu eu des pensées anxieuses négatives aujourd'hui?</b></p> <p>Très souvent (4) Souvent (3) Quelques fois (2) Presque jamais (1) Jamais (0)</p>
<p><b>Vendredi</b></p>	<p><b>Comment évalues-tu ton niveau de stress aujourd'hui?</b></p> <p>Encerle ton niveau de stress et écris une stratégie de gestion du stress 😊</p> <p><i>Si tu n'as rien fait indique ce que tu aurais pu faire!</i></p>		<p><b>Combien de fois as-tu eu des pensées anxieuses négatives aujourd'hui?</b></p> <p>Très souvent (4) Souvent (3) Quelques fois (2) Presque jamais (1) Jamais (0)</p>
<p><b>Samedi</b></p>	<p><b>Comment évalues-tu ton niveau de stress aujourd'hui?</b></p> <p>Encerle ton niveau de stress et écris une stratégie de gestion du stress 😊</p> <p><i>Si tu n'as rien fait indique ce que tu aurais pu faire!</i></p>		<p><b>Combien de fois as-tu eu des pensées anxieuses négatives aujourd'hui?</b></p> <p>Très souvent (4) Souvent (3) Quelques fois (2) Presque jamais (1) Jamais (0)</p>

<p><b>Dimanche</b></p>	<p><b>Comment évalues-tu ton niveau de stress aujourd'hui?</b></p> <p><b>Encerle ton niveau de stress et écris une stratégie de gestion du stress 😊</b></p> <p><i>Si tu n'as rien fait indique ce que tu aurais pu faire!</i></p>		<p><b>Combien de fois as-tu eu des pensées anxieuses négatives aujourd'hui?</b></p> <p>Très souvent (4) Souvent (3) Quelques fois (2) Presque jamais (1) Jamais (0)</p>
------------------------	---	--	---

**Merci de ta participation 😊**

**ANNEXE IV**

**ÉCHELLE DE STRESS PERÇU**  
(Traduction française d'après Quintard,1994)

**Nom :**

**Date :**

Les questions suivantes concernent les pensées et les sensations que tu as pu vivre au courant du dernier mois. Indique la réponse qui parait le plus proche de ta réalité.

<b>Met un X dans la case qui correspond à ta réponse</b>	<b>Jamais 0</b>	<b>Presque Jamais 1</b>	<b>Parfois 2</b>	<b>Assez souvent 3</b>	<b>Très souvent 4</b>
<b>Au courant du dernier mois combien de fois...</b>					
As-tu été dérangée par un évènement qui était inattendu ?					
C'était difficile de contrôler les choses importantes de ta vie ?					
Tu t'es sentie nerveuse et stressée ?					
Tu as senti que tu pouvais affronter avec succès des petits problèmes et ennuis au quotidien ?					
Tu as senti que tu pouvais faire face efficacement aux changements importants qui survenaient dans ta vie?					
Tu t'es sentie confiante dans tes capacités à prendre en main les problèmes que tu pouvais avoir?					
Tu sentais que les choses allaient comme tu voulais?					
Tu as senti que tu ne pouvais pas assumer les choses que tu devais faire?					
Tu as été capable maîtriser ton énervement?					
Tu as senti que tu pouvais dominer une situation?					
Tu t'es sentie irritée parce que les évènements échappaient à ton contrôle?					
Tu t'es surprise à penser à des choses que tu devais faire ou terminer de faire?					
Tu as été capable de contrôler la façon dont tu passais ton temps?					
Tu as trouvé que les difficultés s'accumulaient tellement que tu avais l'impression de ne pas être capable de les surmonter?					

**Merci de ta participation! 😊**

**ANNEXE V**

**TRADUCTION LIBRE CHILDREN'S AUTOMATIC THOUGHT SCALE  
(Schneiring et Rapee, 2000)**

**Nom :**

**Date :**

Voici une liste de pensées que certains jeunes peuvent avoir au quotidien. En lisant chacun des énoncés, tu dois indiquer si tu as déjà eu ces pensées.

<b>Met un X dans la case qui correspond à ta réponse</b>	<b>Jamais</b>	<b>Parfois</b>	<b>Souvent</b>	<b>Très souvent</b>	<b>Toujours</b>
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Durant le dernier mois j'ai pensé que ...</b>					
Les autres jeunes pensent que je suis stupide.					
J'ai le droit de me venger sur les autres s'il le mérite.					
Il n'y a rien que je peux faire de bien.					
Je vais avoir un accident.					
Les autres jeunes sont stupides.					
Je vais me faire taquiner par les autres.					
J'ai l'impression de devenir folle.					
Les autres jeunes vont rire de moi.					
J'ai l'impression que je vais mourir.					
La plupart des gens sont contre moi.					
Je ne veux rien.					
Mes parents ou mes amis vont se faire mal.					
Rien ne fonctionne comme je le voudrais pour moi.					
Je vais avoir l'air d'une folle devant les autres.					
Je ne vais pas laisser personne rire de moi ou m'intimider sans réagir.					
J'ai peur de perdre le contrôle.					
C'est ma faute lorsque les choses vont mal.					

<b>Durant le dernier mois j'ai pensé que ...</b>	<b>Jamais</b>	<b>Parfois</b>	<b>Souvent</b>	<b>Très souvent</b>	<b>Toujours</b>
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Les autres pensent des mauvaises choses à mon sujet.					
Si quelqu'un me fait du mal j'ai le droit moi aussi de lui faire du mal.					
Je vais me faire mal.					
J'ai peur de ce que les autres jeunes vont penser de moi.					
Certaines personnes méritent ce qui leur arrive.					
Je ne fais que des mauvaises choses dans ma vie.					
Quelque chose de terrible va arriver.					
J'ai l'air d'une idiote.					
Je ne serais jamais aussi bonne que les autres					
Je me fais toujours blâmer pour les choses qui ne sont pas de ma faute.					
Je ne suis pas bonne.					
Les autres jeunes rient de moi.					
La vie ne vaut pas la peine d'être vécue.					
Tout le monde me fixe (me regarde).					
J'ai peur de me ridiculiser.					
J'ai peur que quelqu'un va mourir.					
Je ne vais jamais réussir à surmonter mes problèmes.					
Les gens essayent toujours de m'influencer pour que je me ramasse dans le trouble.					
Il y a quelque chose qui ne va pas bien avec moi.					
Certaines personnes sont mauvaises.					

<b>Durant le dernier mois j'ai pensé que ...</b>	<b>Jamais</b>	<b>Parfois</b>	<b>Souvent</b>	<b>Très souvent</b>	<b>Toujours</b>
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Je me déteste.					
Quelque chose va arriver à quelqu'un que j'aime.					
Les personnes qui sont mauvaise méritent d'être punies					
Autres pensées que j'ai (tu peux donner des exemples)					

**Merci de ta participation! 😊**



## ANNEXE VI

### ÉCHELLE D'ESTIME DE SOI GLOBAL (traduction française d'après Vallières et Vallerand, 1990)

NOM :

DATE :

Pour chacune des caractéristiques suivantes, indique à quel point chacune est vraie pour toi.

La plupart du temps je pense que...	Tout à fait en désaccord 1	Plutôt en désaccord 2	Plutôt d'accord 3	Tout à fait d'accord 4
1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.				
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.				
3. Je suis portée à me considérer comme une ratée.				
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.				
5. Je sens peu de raisons d'être fière de moi.				
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.				
7. Dans l'ensemble, je suis satisfaite de moi.				
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.				
9. Parfois je me sens vraiment inutile.				
10. Il m'arrive de penser que je suis bonne à rien.				

Merci de ta participation! 😊

**ANNEXE VII**

**TRADUCTION LIBRE DE L'ÉCHELLE DU SENTIMENT D'EFFICACITÉ  
PERSONNELLE  
(Muris, 2001)**

**NOM :**

**DATE :**

Sur une échelle de 1 à 5 Comment évalues-tu ta capacité à ...	Pas du tout capable 1	2	3	4	Tout à fait capable 5
1. Te faire aider par tes professeurs à l'école lorsque tu as de la difficulté?					
2. Exprimer tes opinions lorsque les autres élèves de ta classe ne sont pas d'accord avec toi?					
3. Te remonter le moral lorsque des situations pas plaisantes surviennent					
4. À étudier lorsqu' il y d'autres choses intéressantes à faire					
5. Revenir au calme lorsque tu as peur?					
6. Te faire des amis?					
7. Étudier pour un examen?					
8. Discuter avec une personne peu familière?					
9. T'empêcher de devenir anxieux?					
10. Terminer à chaque jour tous tes devoirs?					
11. Travailler en équipe avec les élèves de ta classe?					
12. Contrôler tes émotions?					
13. Porter attention en classe?					
14. Nommer aux autres lorsqu'ils font quelques choses que tu n'aimes pas?					
15. À t'encourager lorsque tu te sens découragé?					
16. À comprendre toutes les matières en classe?					
17. À raconter une histoire drôle devant un groupe de jeune?					
18. À dire à un ami lorsque tu ne te sens pas bien?					
19. Satisfaire tes parents/éducateurs/ enseignants avec ton travail scolaire?					
20. Maintenir tes amitiés?					
21. Effacer tes pensées négatives?					
22. Réussir un examen? (passer un examen)					
23. Éviter les chicanes avec les autres jeunes?					
24. À ne pas t'inquiéter par rapport aux choses qui peuvent se produire?					

Items 1-4-7-10-13-16-19-22 : sentiment d'efficacité scolaire

Items 2, 6, 8, 11, 14, 17, 20, 23: sentiment d'efficacité sociale

Items 3, 5, 9, 12, 15, 18, 21, 24: sentiment d'efficacité émotionnelle

**Merci de ta participation! 😊**

## ANNEXE VIII

### ÉCHELLE D'AUTO-ÉVALUATION CENTER FOR EPIDEMIOLOGICAL STUDIES (Radloff, 1977)

Pour chacune des affirmations suivantes, noircis le cercle qui correspond à la réponse qui décrit le mieux à quelle fréquence tu t'es sentie de cette façon au courant des deux dernières semaines.

Au cours des DEUX DERNIÈRES SEMAINES...

	Rarement ou jamais 0	Quelquefois ou peu souvent 1	À l'occasion ou de façon modérée 2	La plupart du temps ou tout le temps 3
1. J'étais embêtée par des choses qui, d'habitude, ne me dérangent pas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Je n'avais pas envie de manger; je n'avais pas beaucoup d'appétit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Je sentais que j'étais incapable de sortir de ma tristesse même avec l'aide de ma famille, mes amis ou éducateurs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Je me sentais aussi bonne que les autres gens.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. J'avais de la difficulté à me concentrer sur les choses que je faisais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Je me sentais déprimée.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Je sentais que tout ce que je faisais me demandait un effort.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. J'avais de l'espoir face à l'avenir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Je pensais que ma vie était un échec.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. J'étais craintive.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. J'avais un sommeil agité.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Je me sentais heureuse.
13. Je parlais moins que d'habitude.
14. Je me sentais seule.
15. Les gens étaient peu aimables avec moi.

**Au cours des DEUX DERNIÈRES SEMAINES...**

<b>Rarement ou jamais</b>	<b>Quelquefois ou peu souvent</b>	<b>À l'occasion ou de façon modérée</b>	<b>La plupart du temps ou tout le temps</b>
---------------------------	-----------------------------------	---	---

16. Je prenais plaisir à la vie.
17. J'avais des crises de larmes.
18. Je me sentais triste.
19. J'avais l'impression que les gens ne m'aimaient pas.
20. Je n'avais pas d'énergie pour débiter la journée, pour « démarrer ».

**Merci de ta participation! 😊**