

Université de Montréal

« J'affirme ma couleur! »

Programme d'intervention visant l'amélioration des habiletés sociales chez les adolescents présentant des symptômes anxieux ou dépressifs ou la combinaison de ces symptômes, en milieu hospitalier

Par

Ashley-Ann Aguiar De Sousa

École de psychoéducation

Faculté des arts et des sciences

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

Juillet 2016

© Ashley-Ann Aguiar De Sousa, 2016

## Sommaire

Le programme « J'affirme ma couleur! » vise l'amélioration des habiletés sociales d'adolescents âgés de 14 à 18 ans et présentant des symptômes anxieux ou des symptômes dépressifs ou la combinaison de ces symptômes. Les cinq objectifs généraux du programme sont les suivants : les participants amélioreront leurs capacités d'affirmation, augmenteront leur propension à s'affirmer, amélioreront leur sentiment de compétences sociales, diminueront la fréquence de comportements d'évitement et diminueront l'intensité de l'anxiété sociale, lors de différents contextes d'interaction sociale avec les pairs. Ce programme d'intervention a été animé en milieu hospitalier auprès d'un sous-groupe de 5 adolescents fréquentant le milieu. Le programme proposé est court dans le temps de façon à s'échelonner sur trois semaines. Plus concrètement, il comporte trois volets, en raison de trois rencontres par volet. Donc, il y a neuf séances au total. Le premier volet (volet A) consiste à être un volet théorique qui permet aux participants de recevoir les notions concernant les trois thèmes ciblés par ce programme, soit les capacités d'affirmation, les habiletés de communication et la résolution de problèmes. Le second volet (volet B) donne la possibilité aux participants de mettre en pratique par des jeux de rôles la théorie. Le dernier volet (volet C) se rapporte à la réalisation d'une mosaïque-photos avec les participants et l'ensemble des jeunes fréquentant le milieu. Cette activité consiste à être un autre contexte permettant aux participants de pratiquer les habiletés vues, auprès d'un plus grand échantillon de personnes. Plusieurs éléments de la mise en œuvre ont été évalués comme la conformité, le niveau d'exposition, la qualité de la participation, l'appréciation et l'effet de débordement. À ce niveau, il est possible de constater que l'implantation de ce programme d'intervention s'est déroulée, à plusieurs niveaux, conformément à la planification initiale. C'est principalement la composante « temps et dosage » qui a subi plusieurs changements. En ce qui concerne la satisfaction des participants, elle était élevée. Même si ceux-ci n'ont pas tous participé au même titre, ils ont toujours respecté le code et les procédures. Il est important de mentionner que par le fonctionnement du milieu, tous les participants recevaient d'autres services au moment de l'implantation du programme. Quant à l'évaluation des effets, pour y arriver un protocole à cas unique a été choisi. Plus spécifiquement, un protocole à séries temporelles sans pré-test et post-test a été choisi pour évaluer le premier objectif général. Pour le reste des objectifs généraux, ceux-ci ont été évalués en pré-test et en post-test. Il en ressort qu'uniquement le second objectif général proximal a été réussi par l'ensemble des participants. Quant aux autres objectifs, le niveau d'atteinte varie énormément, soit d'une personne à quatre personnes. Il faut, toutefois, rester prudent quant aux conclusions formulées, car plusieurs éléments de la procédure d'évaluation ont pu influencer les résultats obtenus et leur fidélité. Plusieurs éléments se rapportant à l'implantation du programme et au contexte théorique ont pu également avoir un impact sur les résultats. Les facteurs ayant influencé l'atteinte des objectifs sont d'ailleurs discutés dans la discussion, tout comme les avantages et les limites du programme et les modifications à envisager pour une implantation future.

## Table des matières

<i>Sommaire</i> .....	ii
<i>Table des matières</i> .....	iii
<i>Liste des tableaux</i> .....	vi
<i>Liste des figures</i> .....	vii
<i>Remerciements</i> .....	viii
<i>Introduction</i> .....	1
<i>Contexte théorique</i> .....	2
Description de la problématique .....	2
Définitions et prévalence des troubles anxieux. ....	2
Facteurs de risque individuels, familiaux et environnementaux .....	4
Facteurs individuels. ....	4
Facteurs familiaux .....	6
Facteurs environnementaux.....	6
Conséquences .....	7
Les troubles anxieux et les difficultés d'ajustement social .....	7
La chaîne développementale.....	12
<i>Interventions déjà expérimentées</i> .....	14
Recension des interventions.....	14
Choix des programmes .....	15
Synthèse .....	28
<i>Intervention proposée</i> .....	28
Place dans la chaîne prédictive .....	28
Justification du choix de l'intervention et de ses adaptations .....	29
Pertinence de l'intervention proposée.....	30
<i>Méthodologie</i> .....	31
Description du programme .....	31
Caractéristiques des participants et recrutement. ....	31
But et Objectifs .....	32
Animateurs.....	33
Programme et contenu. ....	33

Le contexte spatial.....	37
Contexte temporel et dosage.....	37
Les moyens de mise en relation.....	38
Le code et les procédures.....	39
Les systèmes de responsabilités.....	40
Le système de reconnaissance.....	41
<i>Évaluation de la mise en œuvre.....</i>	<i>41</i>
Composantes retenues.....	41
Outils et procédure.....	42
<i>Évaluation des effets.....</i>	<i>45</i>
Devis.....	45
Composantes retenues.....	45
Outils et procédure.....	46
<i>Résultats : évaluation de la mise en œuvre.....</i>	<i>53</i>
Évaluation des composantes de Gendreau.....	53
Recrutement et sujets.....	53
Animateur.....	55
Programme et contenu.....	55
Exposition.....	58
Moyens de mise en relation.....	59
Système de responsabilité.....	60
Système de reconnaissance.....	60
Évaluation des autres composantes retenues de la mise en œuvre.....	61
Qualité de la mise en application.....	61
La qualité de la participation des sujets.....	62
Débordement du programme.....	63
Jugement global.....	64
Implications à l'égard des effets.....	65
<i>Résultats : évaluation des effets.....</i>	<i>66</i>

Stratégies d'analyse employée .....	66
Résultats obtenus.....	66
Les capacités d'affirmation.....	66
La propension à s'affirmer.....	70
Sentiment de compétence sociale .....	71
L'évitement social. ....	72
Le niveau d'anxiété sociale.....	73
L'estime personnelle.....	74
Relations interpersonnelles.....	75
<i>Discussion</i> .....	76
Jugement sur l'atteinte des objectifs.....	76
Liens entre les résultats, les composantes de l'intervention et le contexte théorique.....	77
Avantages et limites de l'intervention.....	81
Avantages.....	81
Limites et recommandations.....	81
<i>Conclusion</i> .....	84
<i>Références</i> .....	85
<i>Annexes</i> .....	90

### Liste des tableaux

Tableau 1 : Présentation du programme Friend for Life .....	16
Tableau 2 : Évaluation I du programme Friend for life .....	17
Tableau 3 : Évaluation II du programme Friend for life .....	18
Tableau 4 : Évaluation III du programme Friend for life .....	19
Tableau 5 : Présentation du programme Groupe de socialisation .....	20
Tableau 6 : Évaluation du programme Groupe de socialisation.....	21
Tableau 7 : Présentation du programme Pare-chocs .....	22
Tableau 8 : Évaluation du programme Pare-chocs.....	23
Tableau 9 : Présentation du programme Pratiquons ensemble nos compétences (PEC).....	24
Tableau 10 : Évaluation du programme PEC .....	25
Tableau 11 : Présentation du programme Différents, mais pas indifférents.....	26
Tableau 12 : Évaluation du programme Différents mais pas indifférents .....	27
Tableau 13 : Résumé de la structure et du temps consacré aux différents volets .....	38
Tableau 14 : Évaluation de la mise en œuvre .....	44
Tableau 15 : Évaluation des effets .....	49
Tableau 16 : Évaluation des effets .....	50
Tableau 17 : Évaluation des effets .....	51
Tableau 18 : Évaluation des effets .....	52
Tableau 19 : Caractéristiques des participants.....	54
Tableau 20 : Temps moyen consacré aux différents volets et à leurs composantes .....	57

### Liste des figures

Figure 1 : Chaîne développementale.....	13
Figure 2 : Nombre de séances dont chacun des participants a assisté par volet.....	58
Figure 3 : Résultats moyens de la qualité de la participation pour chacun des participants, à travers le temps.....	63
Figure 4 : Résultats moyens de l'implication verbale pour chacun des participants, à travers le temps. ....	68
Figure 5 : Résultats moyens du fait de donner son opinion de façon proactive pour chacun des participants, à travers le temps .....	69
Figure 6 : Résultats moyens quant au fait de poser des questions pour chacun des participants, à travers le temps .....	70
Figure 7 : Résultats moyens de la propension à s'affirmer pour l'ensemble des participants, en pré-test et en post-test.....	71
Figure 8 : Résultats moyens du sentiment de compétence sociale pour l'ensemble des participants, en pré-test et en post-test .....	72
Figure 9 : Résultats moyens du niveau d'évitement social pour l'ensemble des participants, en pré-test et en post-test.....	73
Figure 10 : Résultats moyens du niveau d'anxiété sociale pour l'ensemble des participants, en pré-test et en post-test.....	74
Figure 11 : Résultat total à l'ÉES-10 pour l'ensemble des participants, en pré-test et en post-test.....	75
Figure 12 : Résultats moyens quant à la perception de la qualité de leurs relations avec les gens en général pour l'ensemble des participants, en pré-test et en post-test.....	76

## Remerciements

Maintenant que le processus est achevé, j'aimerais prendre le temps de remercier toutes les personnes qui m'ont aidée à réaliser ce projet et qui m'ont soutenue. Merci, Stéphane, pour ton temps, ton soutien et ton accompagnement, tout au long de ces deux années. Je tiens également à remercier toute l'équipe de l'unité de pédopsychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine pour votre accueil, votre soutien et votre contribution dans ce projet, mais également dans mon cheminement professionnel. Un merci tout spécial aux deux merveilleuses accompagnatrices de stage que j'ai eu, Marie-Ève et Sylvie! Merci pour votre disponibilité, votre aide, votre écoute, vos précieux conseils, mais surtout merci d'avoir cru en moi et d'avoir contribué à ce que je devienne une meilleure psychoéducatrice. J'ai vraiment reçu un accompagnement en or! Merci également à Lisa d'avoir été une aussi bonne superviseuse de stage.

Je veux aussi remercier les adolescents qui ont participé à mon programme d'intervention. Merci pour votre participation et votre engagement, sans vous, ce projet n'aurait jamais été possible. De plus, je remercie tous les jeunes que j'ai côtoyés, en stage, car vous m'avez fait encore plus aimer la psychoéducation et vous avez contribué à ce que je devienne meilleure, et cela à plusieurs niveaux!

Bien évidemment, je ne peux pas passer à côté de remercier les autres étudiantes qui étaient avec moi, en évaluation de programme. Cela n'a pas toujours été facile, mais on a réussi à passer à travers! Il est certain que vos encouragements, votre aide et votre humour en sont pour quelques choses. Merci, les filles, vous êtes extraordinaires. J'ai été chanceuse de vous avoir à mes côtés et de vous compter parmi mes amis!

Enfin, merci à mes parents, à mon frère, à mes deux petits monstres et à leur maman et à mes amis! Il n'y a pas assez de mots pour vous exprimer ma reconnaissance. Vous avez toujours cru en mon potentiel. Vous avez toujours été là pour m'encourager, pour me soutenir, pour me conseiller, pour me divertir et pour me faire rire, lorsque j'en avais besoin. Vous parsemez ma vie de petits bonheurs et d'amour au quotidien! Vous contribuez à forger la personne que je suis et il va sans dire que sans vous je n'aurais probablement pas été en mesure d'aller aussi loin et de réaliser cette étape déterminante de ma vie! Mille fois merci, je vous aime!



## Introduction

Les troubles anxieux sont répertoriés comme étant l'un des problèmes de santé mentale les plus courants, dans le monde entier. À titre indicatif, au Québec, chez les personnes âgées de 15 à 24 ans, le taux se situe à 6,5 % pour une prévalence sur 12 mois (Gouvernement du Québec, 2012). Lorsqu'on s'attarde plus spécifiquement à une population clinique, le taux peut aller jusqu'à 12,8 % (Breton et al., 2012). Le taux de prévalence est d'autant plus élevé, lorsqu'il est question de symptômes anxieux, puisque plusieurs personnes vont présenter des symptômes anxieux sans nécessairement avoir un diagnostic de trouble anxieux. Souvent la situation est plus complexe, étant donné qu'il n'est pas rare qu'un autre trouble ou une autre difficulté soit en cooccurrence avec les troubles anxieux. En effet, les jeunes ayant un trouble anxieux ou des symptômes ont, notamment, de fortes probabilités de présenter un trouble dépressif ou des symptômes dépressifs. Cette concomitance peut, entre autres, s'expliquer par le fait que ces deux troubles auraient une étiologie semblable ou par le fait que l'anxiété serait un facteur de risque à la dépression. Tous ces chiffres et ces faits soulignent l'importance d'intervenir à ce niveau. Cela pourrait expliquer pourquoi depuis un certain nombre d'années, plusieurs études ont été menées à ce sujet et plusieurs programmes de prévention et réadaptation pour les jeunes anxieux ont été développés. La majorité de ces programmes visent essentiellement la diminution des symptômes anxieux. Or, il est reconnu que les jeunes ayant un trouble anxieux (ou des symptômes anxieux) présentent fréquemment aussi des difficultés d'ajustement social. Malgré tout, encore à ce jour, il y a peu de programmes qui s'intéressent ou qui visent spécifiquement cette problématique. C'est donc dans l'optique de combler certaines lacunes et d'approfondir les connaissances à ce niveau que le programme d'intervention « J'affirme ma couleur » a été élaboré et implanté à l'unité de pédopsychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine. Ce programme a, plus concrètement, pour but de diminuer les difficultés d'ajustement social des participants par l'amélioration de leurs habiletés sociales et de diminuer le nombre ou l'intensité des symptômes anxieux ou dépressifs, à plus long terme.

Pour ce qui a trait, plus spécifiquement, à ce rapport d'évaluation, celui-ci est divisé en plusieurs parties. Tout d'abord, il y a une section traitant du contexte théorique entourant les troubles anxieux, tout en mettant en relation cette problématique avec les difficultés d'ajustement social que peuvent rencontrer les adolescents ayant un trouble ou des symptômes anxieux. La section suivante traite des interventions déjà expérimentées. Puis, il y a une section qui présente l'intervention proposée. Ensuite, les composantes de l'intervention et la méthodologie utilisée pour évaluer la mise en œuvre et les effets sont décrites. Par la suite, il y a une section qui met de l'avant les résultats obtenus au niveau de la mise en œuvre et des effets. La dernière section, quant à elle, consiste à être une discussion sur l'atteinte des objectifs, sur les liens entre les résultats, les composantes de l'intervention et le contexte théorique, sur les avantages et les limites de cette intervention et sur les pistes de réflexion.

## Contexte théorique

### Description de la problématique

**Définitions et prévalence des troubles anxieux.** L'anxiété est considérée comme une réaction normale et universelle, en situation de stress (Ginchereau, 2012). Ainsi, elle est nécessaire aux êtres humains, puisqu'elle permet de prévenir la personne d'un danger et donc d'y faire face. L'anxiété est également adaptative, étant donné qu'elle fait partie du développement normal. Par contre, il arrive parfois que l'anxiété devienne pathologique, lorsqu'elle provoque des réactions excessives et une grande détresse difficilement contrôlable par la personne (Dumas, 2007). Dans ce cas, l'anxiété est accompagnée de divers symptômes physiques, émotifs, cognitifs et comportementaux et de gestes d'évitement (Ginchereau, 2012). Tout cela peut faire en sorte que l'anxiété perdure, dans le temps, pour ainsi nuire au bon développement de la personne et entraîner une souffrance importante. Ici, il est alors question de troubles anxieux (Dumas, 2007; Turgeon, 2012).

Le DSM-V répertorie, d'après une perspective diagnostique, plusieurs troubles anxieux. Plus précisément, il mentionne l'anxiété généralisée, l'anxiété de séparation, le mutisme sélectif, les phobies spécifiques, la phobie sociale, le trouble panique et l'agoraphobie. L'anxiété généralisée se définit par la présence chronique d'inquiétudes excessives et difficilement contrôlables par la personne. Or, ces dernières se manifestent dans plusieurs contextes et pendant de longues périodes (Turgeon, 2012). Pour ce qui est de l'anxiété de séparation, celle-ci se caractérise par une peur démesurée et inappropriée manifestée au moment d'être séparé de la figure d'attachement (Turgeon, 2012). Dans ce cas, la peur ne correspond pas au stade de développement de la personne. En ce qui concerne le mutisme sélectif, il s'actualise par un refus du jeune à parler dans certaines situations comme à l'école, alors qu'il communique normalement dans d'autres contextes (Turgeon, 2012). Quant aux phobies spécifiques, elles se rapportent à la crainte intense et persistante d'un objet ou d'une situation particulière. En ce qui concerne le trouble panique, il se caractérise par la présence d'attaques de panique soudaines et imprévues de manière récurrente (Ginchereau, 2012 ; Turgeon, 2012). Ce dernier vient souvent en concomitance avec l'agoraphobie qui est l'évitement de situations par peur d'avoir une attaque de panique à un endroit et de ne pas recevoir l'aide nécessaire pour y faire face (Ginchereau, 2012). Finalement, l'anxiété sociale constitue la peur de la situation sociale ou de la performance sociale de manière intense et persistante. Plus particulièrement, la personne craint le jugement d'autrui et donc une évaluation négative de celui-ci (Ginchereau, 2012; Turgeon, 2012).

Les troubles anxieux constituent l'une des psychopathologies les plus courantes à l'enfance et à l'adolescence (Turgeon & Gendreau, 2007). Au Québec, chez les personnes âgées de 15 à 24 ans, le taux est de 6,5 % pour une prévalence sur 12 mois et de 12,1 % pour une prévalence à vie (Gouvernement du Québec, 2012). Au Canada, pour ce même groupe d'âge, les troubles anxieux les

plus communs sont les phobies spécifiques avec un taux variant de 6,2 % à 8 % et la phobie sociale dont le taux se situe autour de 6,7 % (Agence de la santé publique du Canada, 2002). En considérant, plus spécifiquement, une population clinique, il est possible de constater que le taux de prévalence pour ce qui est des troubles anxieux est plus élevé que pour une population normative. Effectivement, selon les données de Breton et ses collaborateurs (2012), après les troubles d'adaptation dont le taux se situe à 17,5 %, les troubles anxieux sont les diagnostics les plus fréquemment posés en pédopsychiatrie, avec un taux se situant entre 8,8 et 12,8 %.

**Comorbidité.** Plusieurs études se sont intéressées à la cooccurrence des troubles anxieux. Les résultats démontrent que les enfants et les adolescents atteints d'un trouble anxieux sont plus portés à développer un autre trouble anxieux (Turgeon & Gendreau, 2007). Le trouble d'attention avec ou sans hyperactivité et le trouble oppositionnel avec provocation sont d'autres problématiques qui peuvent se présenter en comorbidité avec les troubles anxieux. Le taux de comorbidité respectif se situe entre 20 % et 33 % et 15 et 40 % (Dumas, 2007; Ginchereau, 2012). Il existe également un lien entre l'abus de substances et les troubles anxieux à l'adolescence (Vitaro & Gagnon, 2003). Enfin, les troubles anxieux ont une forte comorbidité avec les troubles dépressifs. En effet, d'après une étude réalisée auprès de 5 637 jeunes Canadiens âgés de 15 à 24 ans, 31 % des jeunes ayant un trouble anxieux avaient également un trouble dépressif (Nguyen, Fournier, Bergeron, Roberge, & Barrette, 2005, cités dans Richard & Marcotte, 2015). Dans le cas d'études cliniques, le taux de comorbidité peut aller jusqu'à 70 % (Piché, Bergeron & Cyr, 2008). Encore aujourd'hui, la nature de la relation entre les troubles anxieux et les troubles dépressifs n'est pas entièrement comprise. Néanmoins, il existe quelques hypothèses explicatives quant à cette relation. Il existe, notamment, deux modèles théoriques qui ont fait l'objet de plusieurs études pour essayer d'expliquer le lien entre ces deux pathologies (Richard & Marcotte, 2015). La première hypothèse suggère que l'anxiété consisterait à être un facteur de risque dans le développement de la dépression (Bittener et al., 2004; Wittchen et al., 2000, cités dans Richard & Marcotte, 2015). Plus précisément, plusieurs études mettent de l'avant que l'anxiété précède dans le temps le développement de la dépression (Costello et al., 2003, cités dans Richard & Marcotte, 2015). À ce niveau, une étude soulève le fait que les troubles anxieux arriveraient avant les troubles de l'humeur dans 72 % des cas (Essau, Lewinsohn, Olaya, & Seeley, 2013, cité dans Marcotte, Cournoyer, Gagné & Bélanger, 2005). Quant à la deuxième hypothèse, elle propose plutôt que la comorbidité s'expliquerait par l'étiologie commune aux deux troubles (Mathews et al., 2011, cités dans Richard & Marcotte, 2015). En effet, différentes études soulignent le fait que ces deux psychopathologies ont certaines prédispositions communes comme les facteurs familiaux et génétiques, les processus cognitifs et les biais négatifs (Ladouceur et al., 2003; McLeod et al., 1997, cités dans Richard & Marcotte, 2015). D'ailleurs, il existe le modèle « Tripartite » qui explique qu'un affect généralement négatif serait présent tant chez les personnes anxieuses que chez les personnes dépressives

s'exprimant par la présence de certains sentiments, dont la tristesse, la colère ou l'inquiétude. Par contre, un faible affect positif se rapporterait à la dépression, tandis qu'une tension physiologique serait davantage associée à l'anxiété (Clack & Watson, 1991, cités dans Richard & Marcotte, 2015).

### **Facteurs de risque individuels, familiaux et environnementaux**

L'étiologie des troubles anxieux est complexe et multifactorielle. Or, cela serait plutôt l'accumulation et l'interaction entre les divers facteurs qui augmenteraient la probabilité chez un jeune de développer un trouble anxieux (Dumas, 2007). Il y aurait donc différents facteurs qui joueraient un rôle dans l'apparition des troubles anxieux, entre autres, au plan individuel, familial et environnemental.

**Facteurs individuels.** Plusieurs facteurs individuels sont à considérer dans le développement des troubles anxieux. Il faut, tout d'abord, apprécier l'hérédité dans l'étiologie des troubles anxieux. En effet, il a été démontré que les troubles anxieux se présentent généralement dans une même famille. Une étude a mis de l'avant que les enfants et les adolescents dont les parents sont anxieux auraient de trois à cinq fois plus de chance de développer un trouble anxieux eux aussi (Turgeon & Gendreau, 2007). Cependant, même s'il y a une forte composante génétique, il n'est pas possible de prouver clairement le lien de causalité. Dans ce cas, il serait plutôt question de prédispositions génétiques (Rice, Harold & Trapac, cités dans Piché, Bergeron & Cyr, 2008).

Le tempérament qui est en partie génétique est aussi à regarder attentivement. En effet, la présence d'un tempérament inhibé à la petite enfance augmenterait grandement les probabilités d'avoir un trouble anxieux, plus tard (Dumas, 2007). L'inhibition comportementale se définit, plus précisément, par un haut niveau de réactivité émotionnelle et par une forte propension à l'évitement, en présence de nouvelles personnes, nouveaux objets et nouveaux lieux (Kagan, 1997; Rapee & Spence, 2004). Sur le plan physiologique, ce type de tempérament s'exprime, entre autres, par un rythme cardiaque élevé et par une accélération de celui-ci en présence de stimuli nouveaux. Au niveau comportemental, à la petite enfance, cela implique une tendance à réagir fortement aux situations en pleurant et en présentant une activité motrice plus prononcée. Au cours de l'enfance et de l'adolescence, cela se caractérise par le fait de ne pas s'exprimer spontanément en situations nouvelles et donc d'être plus timide, par le fait d'explorer peu son environnement, par le fait d'éviter les contacts avec les personnes inconnues et par le fait de vivre de l'anxiété (Dumas, 2007; Kagan, 1997). La présence de ce facteur de risque à l'enfance permet également de prédire la manifestation ultérieure de symptômes d'anxiété sociale, au début de l'adolescence (Schwartz, Snidman & Kagan, 1999). Il y a effectivement plusieurs similarités entre l'anxiété sociale et l'inhibition comportementale. Dans les deux cas, il est possible de noter la présence de comportements d'évitement comme stratégie adaptative et de retrait passif et la présence et une réticence au contact d'étrangers (Rapee & Spence, 2004). Le fait d'avoir un tempérament non inhibé

est plutôt associé à l'établissement d'une relation positive avec la figure d'attachement de manière à faciliter l'exploration de l'environnement. De plus, cela fait en sorte que l'enfant considère l'exploration comme une expérience agréable. À plus long terme, cela favorise la mise en place de relations d'amitié avec les autres pour ainsi jouer un rôle bénéfique dans l'établissement d'un réseau social (Masé, Desbiens & Lanaris, 2012).

Ensuite, lorsqu'il est question de l'émergence des troubles anxieux, il faut aussi tenir en compte du sexe. Plus précisément, il a été démontré que les troubles anxieux sont plus fréquents chez les filles que chez les garçons (Turgeon, 2012). En effet, troubles confondus, en moyenne le sex-ratio est de deux filles pour un gars et cela va en augmentant de l'enfance à l'âge adulte (Vasey, 2001; Roza, Hofstra, van der Ende et Verhulst, 2003). Plus spécifiquement, en milieu hospitalier, en 1999, plus de femmes que d'hommes canadiens ont été hospitalisées pour des troubles anxieux et cela dans chaque groupe d'âge. De plus, les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans avaient des taux d'hospitalisation beaucoup plus élevés que dans les autres groupes d'âge. Par contre, il faut interpréter ces résultats avec prudence, notamment, parce que les femmes font plus souvent appel aux services de santé que les hommes (Agence de la santé publique du Canada, 2002).

D'un autre côté, la présence d'émotions négatives et les styles cognitifs erronés augmenteraient aussi les probabilités d'apparition d'un trouble anxieux chez les jeunes (Dumas, 2007). Plusieurs études ont exploré l'impact des styles cognitifs sur le développement des troubles anxieux. Il a été démontré que la présence de styles cognitifs irréalistes face à une situation constitue un facteur de risque important dans l'arrivée et dans le maintien des troubles anxieux chez les jeunes. Plus concrètement, ceux-ci jouent un rôle direct sur la façon de percevoir une situation, puisque les personnes présentant ce style de procédés cognitifs ont tendance à porter une attention constante quant au danger et aux conséquences négatives pour ainsi voir la majorité des situations comme menaçante. À son tour, cela va faire en sorte que des émotions négatives vont émerger par rapport à cet événement (Chorpita & Barlow, 1998, cité dans Massé, Desbiens & Lanaris, 2013). Ce phénomène a aussi été étudié, plus spécifiquement, auprès de jeunes présentant une phobie sociale. Ces derniers démontraient des biais et des distorsions dans le traitement de l'information sociale, entre autres, en se percevant moins compétents au plan social et en se percevant comme ayant un plus faible sentiment de contrôle et en notant un plus grand sentiment de solitude et une plus faible satisfaction sociale. La phobie sociale va être maintenue, dans le cas où la personne se livre à ces biais cognitifs, avant et après l'interaction sociale. Or, cela va générer de l'anxiété et nuire à leurs performances sociales pour ainsi venir confirmer leurs incapacités au plan social. Cela fait donc en sorte qu'ils évitent des situations sociales de manière à perpétuer l'hypothèse que les événements sociaux conduisent à des résultats négatifs (Rapee & Spence, 2004).

**Facteurs familiaux.** Parmi les risques familiaux dans le développement d'un trouble anxieux, il faut, tout d'abord, considérer l'attachement. Un attachement sécurisé se caractérise par la présence d'un parent comme base de sécurité. Celui-ci est en mesure de sécuriser et de protéger au besoin son enfant, lorsqu'il découvre son environnement et lors de ses interactions avec de nouvelles personnes. Ainsi, un attachement de type sécurisé est associé à la sensibilité parentale et à une bonne capacité de répondre aux besoins de l'enfant (Steinberg, Bornstein, Vandell & Rook, 2010). Or, dans le cas où l'attachement entre le parent et l'enfant est de type insécurisé, plus précisément, de type ambivalent, il est difficile pour l'enfant de se séparer de sa figure d'attachement, lors de l'exploration de son environnement. Effectivement, l'enfant n'explore pas son environnement, il reste plutôt collé à son parent et le sollicite avec insistance. Lors de la séparation, celui-ci manifeste une grande détresse, car il craint que sa figure d'attachement ne soit plus disponible à son retour. Lors des retrouvailles, l'enfant résiste au contact du parent et ne peut pas être consolé par celui-ci (Dumas, 2007; Steinberg, Bornstein, Vandell & Rook, 2010). Cela peut, notamment, s'expliquer par le fait que l'enfant a intériorisé que sa figure d'attachement n'a pas été en mesure de le sécuriser et de répondre à ses besoins, par l'inconstance de ses soins ou l'absence de soins (Steinberg, Bornstein, Vandell & Rook, 2010). À long terme, cela peut contribuer au développement d'une image négative de soi, des autres et du monde, ce qui peut jouer un rôle dans le déploiement de symptômes anxieux (Dumas, 2007).

Il faut ensuite tenir en compte des pratiques parentales dans l'émergence des troubles anxieux chez les jeunes. Effectivement, plusieurs études soulignent le fait que les parents qui surprotègent leurs enfants contribuent au développement ou au maintien de l'anxiété, puisque par l'adoption de ce genre de comportements, les enfants en viennent à voir le monde comme dangereux et hostile. Donc, l'anxiété peut en partie refléter les interactions des enfants avec leurs parents de façon à ce qu'ils intériorisent les modes de pensées de leurs parents (Turgeon, 2012). D'autres études mettent de l'avant que l'adoption d'attitudes « contrôlantes », le manque d'affection et le manque de soutien jouent également un rôle dans l'apparition et le maintien de l'anxiété chez les jeunes. Plus concrètement, cela ferait en sorte que les jeunes en viennent à avoir peur de faire des erreurs, de vivre des échecs et de ne pas être à la hauteur des attentes parentales de manière à avoir un plus faible sentiment de contrôle sur leur environnement. Or, cela contribue à l'apparition ou à l'augmentation de l'anxiété (Kendall & Krain, cités dans Masé, Desbiens & Lanaris, 2012; Dumas, 2007). À l'inverse, une bonne harmonie familiale comme la présence d'un parent aidant et aimant et d'un milieu de vie sécurisant et encadrant favorisent le maintien d'une bonne santé mentale (Masé, Desbiens & Lanaris, 2012).

**Facteurs environnementaux.** Finalement, les troubles anxieux sont reliés à des facteurs de risque environnementaux. Plus précisément, la présence d'événements négatifs, au cours du développement, augmenterait le niveau de stress chez le jeune (Dumas, 2007). Une étude a mis de

l'avant que la séparation ou le divorce, l'agression sexuelle et le placement en institution sont des événements, plus particulièrement, associés aux troubles anxieux chez les jeunes de 6 à 11 ans. Chez les jeunes âgés de 12 à 14 ans, les troubles anxieux se rapporteraient plutôt aux situations d'adoption et aux placements en institution (Turgeon & Gendreau, 2007). La présence de stress chronique (p.ex. la violence et la pauvreté) est aussi à considérer, dans l'étiologie de ce trouble, puisque cela augmente les chances d'incidences (Cole & Mcpherson, cités dans Marcotte, Cournoyer, Gagné & Bélanger, 2005; Piché, Bergeron & Cyr, 2008).

### **Conséquences**

**Les troubles anxieux et les difficultés d'ajustement social.** Il est reconnu que les jeunes ayant un trouble anxieux présentent aussi fréquemment des difficultés d'ajustement social. Cela peut, entre autres, s'expliquer par le fait que les jeunes anxieux entretiennent souvent des modes de pensées négatives quant à leurs moyens et leurs capacités au plan social. Or, en se percevant négativement, ils en viennent à concrétiser leurs incapacités à ce niveau. De ce fait, il est important de s'attarder à leurs compétences sociales et sociocognitives pour ainsi mieux saisir leur réalité sociale.

**Compétences sociales et sociocognitives.** Au niveau des compétences au plan social, celles-ci se définissent, entre autres, par les capacités d'identification, de communication, de gestion des émotions, d'affirmation et de résolutions de problèmes. Dans le cas de jeunes présentant de l'anxiété, pour ce qui a trait à l'identification des émotions, il est plus difficile pour ceux-ci de reconnaître les émotions. En effet, ils ont tendance à identifier les émotions positives et neutres comme négatives (Simonian et al., 2001, cités dans Rapee & Spence, 2004). Il est également plus ardu pour ces jeunes de saisir ce que les autres vivent. Une étude qui s'est, entre autres, intéressée à ce phénomène a mis de l'avant que les jeunes avec une anxiété sociale ont moins de capacités à identifier les émotions faciales des autres personnes. Cela peut possiblement s'expliquer par le fait qu'ils sont moins disponibles aux autres, compte tenu du fait qu'ils sont davantage préoccupés par leurs propres réalités. En effet, il a été prouvé que jeunes anxieux, plus spécifiquement, ceux vivant avec une anxiété de type sociale ont un plus haut niveau d'affectivités négatives de façon à gérer plus difficilement leurs émotions et donc d'être pris dans ceux-ci (Rapee & Spence, 2004). Au niveau de la communication des émotions, ils donnent habituellement moins accès à leurs véritables pensées et émotions. De cette façon, ces derniers ne laissent pas entrevoir qui ils sont réellement (Rubin, Bukowski & Laursen, 2011). Effectivement, il a été prouvé, plus particulièrement, auprès de jeunes présentant une anxiété sociale, qu'ils utiliseraient moins d'expressions faciales, lorsqu'ils communiquent leurs émotions comparativement aux jeunes normatifs. Ainsi, en raison de leurs difficultés au niveau de la communication des émotions, les pairs ne sont pas en mesure de les comprendre et de saisir ce qu'ils vivent réellement (Rapee & Spence, 2004). Pour ce qui est des capacités d'affirmation chez les jeunes

présentant de l'anxiété, les fois qu'ils interagissent avec les autres, ceux-ci utilisent habituellement peu de mots de manière à avoir des interactions plus brèves (Rapee & Spence, 2004; Kearney, 2005). Aussi, les jeunes anxieux auraient plutôt tendance à effectuer des demandes indirectes pour ainsi moins faire usage de stratégies d'affirmation pour atteindre leurs buts sociaux (Kearney, 2005). Ils sont donc moins portés à faire des demandes à leurs pairs qui nécessitent de la mobilisation, de l'effort et de l'implication. Quant à la résolution de problème, les jeunes présentant de l'anxiété ont tendance à manifester de l'évitement, à présenter des symptômes somatiques et à s'isoler. En plus de cela, ils peuvent chercher à être rassurés par les autres soit par un parent, un enseignant ou un ami (Kearney, 2005; Strauss, Lahey, Frick, Frame & Hynd, 1988). De ce fait, ils sont peu portés à appliquer la résolution de problèmes efficaces.

Comme il en a été question précédemment, les jeunes présentant de l'anxiété ont certains déficits en ce qui concerne les habiletés sociales. Or, ce déficit nuit à ces jeunes dans l'établissement de relations avec les pairs. En plus de cela, ces derniers vont se percevoir comme étant moins compétents au plan social et ils vont se qualifier de moins confiants comparativement à une personne sans anxiété. Ils vont également entretenir de fausses croyances quant à leur niveau de contrôle sur les événements sociaux auxquels ils doivent faire face. Plus spécifiquement, ils ne se voient pas comme des agents actifs de changement quant à leur situation. Ainsi, il arrive fréquemment qu'ils pensent qu'ils ne peuvent rien faire pour changer une situation (Rapee & Spence, 2004 ; Kearney, 2005; Strauss, Lahey, Frick, Frame & Hynd, 1988). De plus, ils vont davantage se blâmer pour leurs échecs sociaux de manière à les associer plutôt à des causes internes qu'à des causes externes (Rubin, Burgess, Kennedy & Stewart, 2003). Dans tous les cas, ceux-ci ont tendance à s'auto-évaluer plus négativement. Or, tout cela fait en sorte que les jeunes anxieux ou les jeunes présentant des symptômes anxieux internalisent qu'ils ne méritent pas l'amitié de leurs pairs. Cela va les mener, par la suite, à être plus inquiets socialement et donc, encore moins compétent à ce niveau. Cela vient ainsi renforcer leurs croyances et leurs échecs sociaux pour avoir finalement un impact sur leur perception d'eux-mêmes et sur leur estime personnelle (Grusec & Hastings, 2008; Rubin, Bukowski & Laursen, 2011). À plus long terme, cela peut les conduire à manifester des symptômes dépressifs ce qui influence aussi négativement l'estime personnelle du jeune (Kearney, 2005; Rubin, Bukowski & Laursen, 2011).

Ainsi, en plus d'avoir déjà certains problèmes quant aux habiletés sociales, le fait d'entretenir des perceptions erronées par rapport à leurs capacités à ce niveau, les conduit à avoir moins confiance en leurs moyens de façon à maintenir ou aggraver leurs difficultés. Or, tout cela va influencer les relations que ces jeunes vont entretenir avec les pairs de façon à les mettre plus à risque d'avoir des difficultés au plan relationnel, entre autres, en ayant un impact au niveau de la qualité et la quantité de relations. Cela peut aussi les amener à vivre du rejet et de la victimisation.



**Difficultés sur le plan relationnel avec les pairs.** La présence d'une anxiété excessive, mais également par la présence de difficultés au niveau des habiletés sociales a un impact sur les relations et les interactions que les jeunes anxieux vont avoir avec les pairs en inhibant le développement de nouvelles amitiés. En effet, ces derniers adoptent des réponses inappropriées en situations sociales, puisqu'ils ont davantage tendance à fuir les autres jeunes de manière à avoir peu d'interactions avec leurs camarades (Rapee & Spence, 2004). De cette façon, ils sont plus souvent seuls et jouent davantage seuls. En passant moins de temps avec les pairs, ils se situent plutôt en périphérie du monde sociale ce qui influence négativement la quantité de relations qu'ils vont avoir (Kearney, 2005). L'isolement face au groupe, quant à lui, a un impact sur l'acceptation ou la désirabilité sociale d'un jeune. Effectivement, il est plus probable, au moment de faire une demande, qu'une personne anxieuse se voit refuser sa demande par les pairs, compte tenu de sa faible implication sociale (Rubin, Bukowski & Laursen, 2011). Or, cela vient confirmer les perceptions négatives de la personne anxieuse quant à ses propres compétences au plan social pour ainsi les maintenir ou les aggraver.

En plus de présenter peu d'amitiés, lorsqu'ils entretiennent des relations celles-ci sont habituellement de moins bonne qualité. Effectivement, les auteurs Rubin, Bukowski & Laursen (2011) ont étudié, plus particulièrement, ce phénomène et il en ressort, tout d'abord, que les jeunes ayant des symptômes anxieux entretiennent, généralement, des relations avec les pairs de plus courtes durées, car elles sont plus conflictuelles. Cela peut, entre autres, s'expliquer par leurs difficultés au niveau de la résolution de problèmes et de communication comme indiqué antérieurement. De ce fait, au lieu de faire face aux problèmes, ceux-ci entretiennent leurs frustrations ce qui va engendrer ou maintenir les conflits. Ensuite, encore selon les mêmes auteurs, la qualité de leurs relations se voit réduite par le fait qu'elle est habituellement moins intime. En effet, tel qu'invoqué précédemment, les jeunes présentant de l'anxiété ont moins tendance à communiquer positivement et donc de partager leurs émotions. De cette façon, leurs relations sociales restent plus superficielles. Ces chercheurs soulèvent aussi que la qualité des relations peut être affectée par le fait que les jeunes ayant un trouble ou des symptômes anxieux s'affilent davantage à d'autres jeunes anxieux, puisque les jeunes se lient davantage d'amitié avec d'autres jeunes partageant les mêmes caractéristiques qu'eux. En effet, il est possible qu'ils considèrent généralement leurs relations comme moins amusantes et moins aidantes, car il est plus difficile d'être disponible à l'autre, lorsque la personne est elle-même prise dans ses propres problèmes. Également, en partageant les mêmes symptômes, il y est probable qu'ils s'entretiennent mutuellement par le principe de co-rumination. Or, cela vient renforcer leurs comportements et leurs pensées et donc favorise le maintien de ceux-ci. De plus, deux jeunes anxieux qui s'affilent ensemble augmentent leurs probabilités subséquentes d'être marginalisés socialement, étant donné qu'ils vont davantage vivre de la victimisation et du rejet. En plus de cela, ils sont moins susceptibles de se défendre mutuellement.

De cette façon, il y a habituellement plus de perte que de gains à entreprendre ce genre de la relation, ce qui influence négativement leurs perceptions en ce qui concerne cette relation d'amitié.

**Rejet et victimisation.** Pour ce qui est du rejet social, celui-ci se définit, tout d'abord, par le fait d'être moins en contact avec les pairs que la norme attendue ou encore, d'être plus souvent seul (Rubin, Burgess, Kennedy & Stewart, 2003). Un jeune va être exclu, lorsqu'il ne correspond pas aux normes. Effectivement, les amitiés sont basées sur les similitudes sur le plan des comportements, des attitudes, de la personnalité et des intérêts partagés et cela est d'autant plus vrai à l'adolescence (Rubin, Bukowski & Laursen, 2011). Les jeunes présentant de l'anxiété correspondent moins aux standards, ainsi les pairs sont moins portés à aller vers eux. D'un autre côté, il est aussi possible de constater que ces jeunes ont un intérêt social et qu'ils désirent interagir avec les autres. Cependant, il est plus difficile pour eux de le faire, compte tenu de l'anxiété et de l'insécurité qu'ils ressentent, lors des situations sociales. Ils se retrouvent donc en conflits internes, plus spécifiquement, entre leur désir d'intégrer le groupe et leur réticence à se joindre à celui-ci (Asendorpf, 1993). Cette réticence est, néanmoins, très peu favorable à l'acceptation au sein d'un groupe, puisque par leur faible implication sociale les pairs sont moins tentés à les solliciter. Or, cela a un impact sur leur statut. Effectivement, une étude portant sur le statut social a démontré que les personnes qui ont un statut de « rejeté » sont celles qui présentent habituellement le plus de comportements agressifs ou de comportements de retrait social comme c'est le cas des jeunes présentant un trouble intériorisé (Rubin, Bukowski & Laursen, 2011).

Finalement, au niveau de la victimisation, elle se définit comme le fait d'être la cible de comportements agressifs ou l'objet de mauvais traitements de la part d'une personne ou d'un groupe de personnes (Card, Stucky, Sawalani & Little, 2008). Dans ce cas, les intimidateurs vont défier les autres, principalement, dans le but de maintenir un statut social et donc pour garder le respect et la dominance, dans le groupe. Les victimes, quant à elles, sont constituées de victimes provocatrices ou de victimes passives. Les victimes dites passives sont évaluées comme étant les plus nombreuses. Ces dernières sont caractérisées par des comportements d'anxiété sociale comme les comportements de retrait et d'évitement, une faible estime de soi et de faibles habiletés sociales (Olweus, 1978; Schwartz, Snidman & Kagan, 1999). Or, ces caractéristiques les rendent propices à la victimisation. En effet, leur faible statut social fait en sorte qu'ils présentent habituellement moins d'amis que les jeunes normatifs. De cette façon, ils ont moins de personnes pour les soutenir et les défendre face à une agression. Également, notamment, en raison de leurs difficultés quant à la résolution de problèmes et leur faible capacité d'affirmation, ils présentent des réponses inhibées et ils se soumettent davantage face à leurs agresseurs. Cela fait aussi en sorte qu'ils expriment plus de détresse émotionnelle. Or, ces réactions de la part des jeunes anxieux viennent renforcer les agresseurs pour ainsi augmenter les probabilités d'être encore victimisés (Schwartz, Snidman & Kagan, 1999). En plus de cela, en procédant

de cette façon, l'intimidateur s'assure de maintenir son statut social, puisqu'étant déjà plus faibles socialement, les jeunes anxieux ont moins de chance d'entraver leur statut. Ils gardent donc le pouvoir sans être apeurés de la confrontation (Rubin, Bukowski & Laursen, 2011). En conséquence, le fait d'être victime de mauvais traitements au plan social vient augmenter l'anxiété de ces jeunes et du même coup, cela accroît les comportements de retrait. Effectivement, l'anticipation d'être victimisé à nouveau amplifierait les comportements d'isolement, qui, en retour, contribuerait à augmenter les difficultés sociales et interpersonnelles de ces derniers (Boivin, Hymel & Hodges, 2001).

***Au plan scolaire.*** Mis à part les difficultés d'ajustement social, les jeunes présentant des symptômes anxieux ou ayant un trouble anxieux sont plus susceptibles d'être confrontés à des difficultés scolaires. En effet, la présence de cette problématique affecte grandement le rendement académique d'un jeune, compte tenu du fait que la présence d'anxiété peut nuire aux fonctions cognitives, plus spécifiquement, au niveau de la mémoire fonctionnelle, de la capacité d'attention et de la capacité de résolution de problèmes (Den Hartog et al., 2003, cités dans Marcotte, Cournoyer, Gagné & Bélanger, 2005). Ces jeunes se sentent également plus incompetents académiquement, ils s'absentent davantage de l'école et ils démontrent une plus faible motivation scolaire (Mullins et al., 1995, cités dans Marcotte, Cournoyer, Gagné & Bélanger, 2005). De plus, à l'école, les enseignants les identifient comme étant des jeunes qui persévèrent moins quant aux difficultés rencontrées (Roeser & Eccles, 2000, cités dans Marcotte, Cournoyer, Gagné & Bélanger, 2005).

***Au plan familial et professionnel.*** L'adolescence est une période importante dans la détermination des rôles et des responsabilités. Plus particulièrement, c'est au cours de cette période développementale qu'une personne va habituellement être amenée à compléter sa scolarité (ou du moins une grande partie de celle-ci), à obtenir un emploi, à devenir plus indépendante financièrement et à développer un réseau social plus stable. Or, la présence d'un trouble anxieux à l'adolescence peut influencer négativement l'atteinte de ses buts pour ainsi nuire quant à l'ajustement subséquent de la personne à l'âge adulte (Essau, Lewinsohn, Olaya, & Seeley, 2013). Plus concrètement, au niveau professionnel, l'anxiété est associée à des difficultés d'ajustement au travail (Essau, Lewinsohn, Olaya, & Seeley, 2013). On constate, entre autres, que les personnes présentant de l'anxiété sont davantage fatiguées et ont plus de problèmes de concentration, d'attention et de mémoire, au travail (Lelliott et al., 2008). Ainsi, la présence de cette problématique a des impacts quant à leur productivité et à leur réparation du temps. Il est également possible de constater qu'ils entretiennent moins de relations positives au travail, qu'ils sont moins satisfaits de leur emploi et qu'ils s'absentent davantage. Effectivement, les adultes anxieux ont un plus haut taux d'absentéisme que les personnes non anxieuses autant à court terme qu'à plus long terme ce qui peut mener, par exemple, à un arrêt de travail de plusieurs mois. Or, cela fait en sorte qu'il est plus difficile pour eux de maintenir un emploi de

manière à avoir un plus haut taux de chômage que la population normative (Lelliott et al., 2008). Pour ce qui est de l'aspect familial, l'anxiété, à l'âge adulte, est associée à des relations familiales de moins bonne qualité et à une plus grande proportion de problèmes au sein de l'unité familiale. C'est donc dire que la présence d'anxiété à l'adolescence ou à l'âge adulte prédit une plus faible satisfaction ultérieure autant au plan professionnel qu'au plan familial (Essau, Lewinsohn, Olaya, & Seeley, 2013).

### **La chaîne développementale**

La figure 1 présentée ci-dessous illustre les différents facteurs associés à un trouble anxieux et les conséquences découlant de la présence de cette problématique chez un jeune. Plus précisément, cette dernière démontre que plusieurs facteurs de risque sont à considérer dans l'émergence des troubles anxieux. En effet, dans le cas où les facteurs de risque sont plus nombreux et chroniques, les jeunes ont davantage de chance de développer cette psychopathologie. Dans d'autres cas, celle-ci n'est pas assez chronique de façon à être plutôt question de symptômes anxieux. Les jeunes ayant un trouble anxieux ou des symptômes ont aussi de fortes chances de présenter des symptômes dépressifs. Cette concomitance peut, entre autres, s'expliquer par le fait qu'ils partageraient une étiologie semblable ou encore par le fait que l'anxiété serait un facteur de risque à la dépression. La présence d'un trouble anxieux, de symptômes anxieux ou d'une combinaison avec des symptômes dépressifs découle généralement à des difficultés d'ajustement social. En effet, les jeunes se retrouvant dans l'une de ces situations voient habituellement leur confiance en leurs moyens sur le plan social diminuer et cette perte de confiance se voit accentuer, lorsqu'ils ont des perceptions erronées quant à leurs capacités. Plus précisément, les jeunes anxieux ont habituellement les capacités nécessaires pour interagir avec les autres. Néanmoins, leurs modes de pensées font en sorte qu'ils en viennent à confirmer leurs difficultés d'ajustement social autant au niveau des habiletés sociales (les capacités de résolution de problèmes, de communication et d'affirmation) qu'au niveau relationnel (rejet, victimisation et relations d'amitié moins nombreuses et de moins bonne qualité). Or, cela a un effet d'engrenage pour ainsi maintenir ou augmenter les difficultés d'ajustement social. Cela a aussi pour conséquence de maintenir ou d'augmenter les symptômes anxieux ou dépressifs et de diminuer l'estime personnelle. À plus long terme, cela peut avoir un impact au plan scolaire de l'adolescent, mais également à l'âge adulte au niveau familial et professionnel. En somme, l'intervention proposée serait pertinente, car elle permettrait de diminuer les difficultés d'ajustement social que peuvent rencontrer les jeunes ayant un trouble ou des symptômes anxieux.

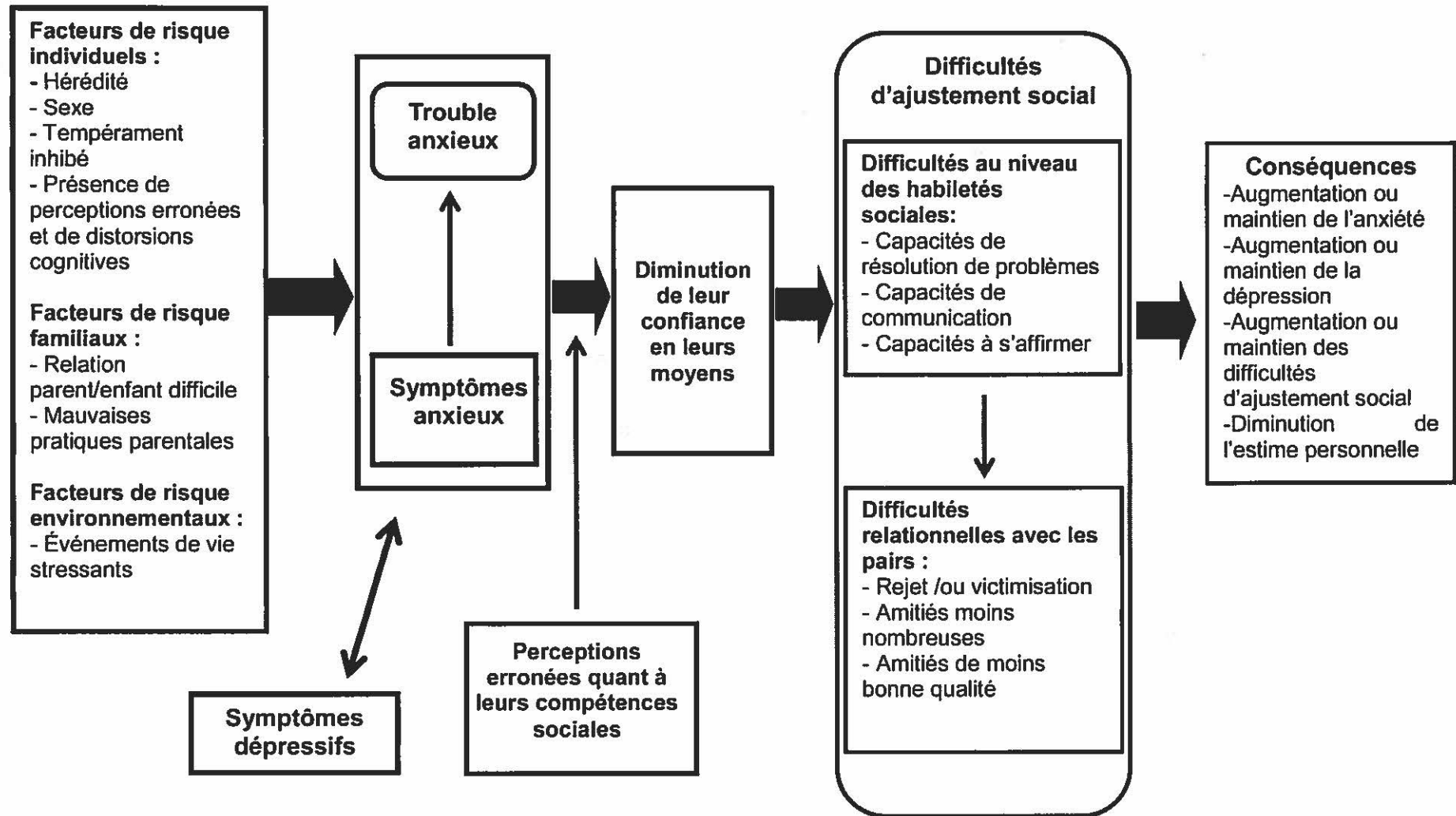


Figure 1 : Chaîne développementale

## Interventions déjà expérimentées

### Recension des interventions

Avec les années, les études sur la prévention et le traitement des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents ont augmenté de manière considérable (Turgeon & Gendreau, 2007). Dans l'optique de prévenir ou de traiter diverses approches sont actuellement utilisées comme l'approche pharmacologique ou bien encore, l'approche cognitivo-comportementale (TCC). Une grande majorité des programmes préventifs et curatifs mise en place pour les personnes présentant un trouble anxieux utilisent la TCC, étant donné qu'elle est la forme d'intervention dont l'efficacité a été la plus démontrée et documentée. Dans le traitement de l'anxiété chez les enfants et les adolescents, la TCC implique un travail sous trois aspects, plus spécifiquement, au niveau des pensées, des comportements et des sensations physiologiques, tout en priorisant différentes stratégies d'intervention (Turgeon, 2012). La TCC peut prendre plusieurs formes, elle peut, notamment, se faire seule ou en groupe et dans l'optique d'augmenter les probabilités de réussite, les parents sont habituellement impliqués dans le processus, surtout à l'enfance (Turgeon, 2012). Néanmoins, cette approche vise essentiellement la diminution des symptômes anxieux pour ainsi mettre moins l'emphase sur les difficultés d'ajustement social que les jeunes présentant un trouble anxieux ou des symptômes peuvent rencontrer.

En effet, dans le cas où l'on s'intéresse, plus spécifiquement, à cette problématique peu de programmes existent à ce niveau. Afin de combler ces lacunes, certaines équipes d'intervenants, plus particulièrement, en centre hospitalier, ont entrepris de mettre sur pied des programmes pour les jeunes présentant des difficultés d'ajustement social et des symptômes ou un trouble anxieux (ou autre problématique de santé mentale). C'est, entre autres, le cas, du centre hospitalier en Outaouais au Québec (Lessard & Coutu, 2011). Or, ces programmes sont habituellement peu ou pas évalués et peu accessibles. Il existe, cependant, certains programmes visant la diminution des symptômes anxieux qui prévoient aussi des composantes travaillant les habiletés sociales. C'est notamment le cas du programme *Friend for Life*, programme élaboré en Australie. Il arrive que certains programmes visant à prévenir d'autres troubles intérieurs comme les troubles dépressifs incluent également des composantes d'ordre social. C'est, entre autres, le cas du programme *Pare-chocs* développé au Québec. Il n'en reste pas moins qu'il y a davantage de programmes conçus pour les jeunes présentant des problèmes de comportements et qui visent l'amélioration des difficultés d'ajustement social. Au Québec, au cours des dernières années, c'est surtout en contexte scolaire que plusieurs programmes « d'entraînement aux habiletés sociales » ont été mis en place. C'est, notamment, le cas du programme *Différents, mais pas indifférents* et du programme *Pratiquons ensemble nos compétences* (PEC) qui s'adressent spécifiquement à une clientèle adolescente.

### Choix des programmes

Les programmes présentés aux tableaux 1 à 12 n'ont pas tous pour objectif de traiter spécifiquement des difficultés d'ajustement social chez les jeunes ayant un trouble ou des symptômes anxieux. Effectivement, ce genre de programmes est de nature peu rependue comme mentionné précédemment. C'est le programme de *Groupe de socialisation* qui se rapproche le plus de l'intervention proposée. En effet, celui-ci s'adresse à des adolescents hospitalisés, sans pour autant cibler uniquement des jeunes présentant un trouble anxieux, et cherche à promouvoir l'acquisition d'habiletés sociales chez les participants et à améliorer la qualité de leurs relations interpersonnelles avec les pairs. Pour ce qui est des autres programmes sélectionnés, le programme *Friends* et le programme *Pare-chocs* s'adressent, plus particulièrement, aux adolescents présentant un trouble anxieux ou un trouble dépressif et ils visent la diminution des symptômes. Malgré tout, ces derniers prévoient également des composantes qui aspirent à l'amélioration des habiletés sociales, de communication, de résolution de problèmes, de la gestion des émotions et de l'estime personnelle d'où l'intérêt pour ceux-ci. Quant au programme *Différents, mais pas indifférents* et le programme *PEC*, même s'ils ne s'adressent pas spécifiquement à une clientèle présentant des symptômes anxieux, ceux-ci ont pour but d'améliorer les habiletés sociales des adolescents ce qui s'avère pertinent dans l'élaboration de ce programme d'intervention. Dans les tableaux qui suivent, ces différents programmes seront plus amplement décrits de même que leurs évaluations respectives.

Tableau 1 : Présentation du programme Friend for Life

Auteurs	Nom du programme	Description du programme	
		Type d'intervention (Universelle, ciblé)	Modalité d'intervention
Barrett (2004)	<i>FRIENDS</i>  Réalisé en Australie  Implanté dans plusieurs pays du monde	<p>Celui-ci consiste à être une intervention de type ciblé pour des groupes d'enfants et des jeunes vivant de l'anxiété (ou dépression) ou présentant ce genre de symptômes.</p> <p>Le programme peut également être utilisé comme un programme de prévention universelle, en milieu scolaire.</p>	<p><b>Clientèle ciblée :</b> les jeunes de 7 à 12 ans</p> <p><b>But :</b> aider les enfants et les jeunes afin de renforcer leur résilience, leur confiance et leur estime de soi et d'acquérir des compétences et des stratégies permettant de faire face aux sentiments de peur et d'inquiétude et aux symptômes dépressifs.</p> <p><b>Objectifs :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- La relation entre les pensées et les émotions</li> <li>2- Apprendre à gérer ses inquiétudes</li> <li>3- Reconnaître les émotions</li> <li>4- La relaxation</li> <li>5- Développer une pensée positive</li> <li>6- Arrêter d'avoir des pensées négatives et inutiles.</li> <li>7- Développer des techniques de résolution de problèmes</li> <li>8- Développer des stratégies en étape et se récompenser lors de ses réussites</li> <li>9- Construire son succès et l'importance de se pratiquer</li> </ol> <p><b>Programmation et séances :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Celui-ci est un programme qui utilise l'approche cognitivo-comportementale.</li> <li>• Le programme peut être effectué en suivi individuel, en petits groupes de 6 à 10 personnes ou en classe.</li> <li>• Il est d'une durée de 10 semaines avec deux séances de rappel (soit 4 et 8 semaines après la dernière séance).</li> <li>• Deux sessions avec les parents sont incluses pour leur donner de l'information (une au début du programme et une autre au milieu du programme).</li> </ul>



Tableau 2 : Évaluation I du programme Friend for life

Évaluation du programme					
Caractéristiques des participants et contexte d'intervention (n, âge, sexe, sous-groupes, etc.)	Durée	Devis/protocole	Devis/protocole	Résultats distaux (relance)	
<p><b>Liddle &amp; Macmillan (2010)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• N= 58 élèves (31 gars et 27 filles)</li> <li>• Élèves de 9 à 14 ans de 4 écoles en Écosse (deux écoles primaires et deux écoles secondaires).</li> <li>• Tous les jeunes ciblés avaient des symptômes anxieux, d'humeur dépressifs ou d'estime de soi négative sans pour autant répondre aux critères diagnostiques.</li> <li>• Deux groupes : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Groupe d'intervention formé de 27 jeunes;</li> <li>○ Groupe contrôle formé de 31 personnes.</li> </ul> </li> <li>• Les parents étaient impliqués dans le processus.</li> </ul>	<p>10 semaines et deux séances d'information pour les parents</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les élèves étaient assignés aléatoirement.</li> <li>• Devis expérimental.</li> <li>• Un pré-test et un post-test.</li> <li>• Une relance 4 mois après le post-test.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le programme a permis de diminuer l'anxiété chez les jeunes et a des effets positifs sur l'humeur dépressive.</li> <li>• Une analyse plus approfondie des sous-échelles a révélé une diminution significative pour les attaques de panique, l'anxiété de séparation, au post-test.</li> <li>• Celui-ci démontre aussi une amélioration des mesures sur l'estime de soi au post-test.</li> <li>• Il y a une amélioration des habiletés sociales, après le programme.</li> <li>• Il n'y a aucun changement significatif pour le groupe-contrôle entre le pré-test et le post-test.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les jeunes rapportent une baisse quant aux habiletés sociales. Donc, l'effet n'est pas maintenu dans le temps.</li> <li>• L'augmentation au niveau de l'estime personnelle s'est maintenue dans le temps.</li> </ul>	

Tableau 3 : Évaluation II du programme Friend for life

Évaluation du programme					
Évaluation du programme	Caractéristiques des participants et contexte d'intervention (n, âge, sexe, sous-groupes, etc.)	Durée	Devis/protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux (relance)
Rodgers & Dunsmuir (2013)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N= 62 élèves (19 gars et 43 filles).</li> <li>• Élèves âgés de 12 et 13 ans de 3 écoles secondaires.</li> <li>• Tous les jeunes ciblés avaient des symptômes anxieux.</li> <li>• Formation de deux groupes :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Groupe d'intervention formé de 32 jeunes;</li> <li>○ Groupe contrôle formé de 30 personnes.</li> </ul> </li> </ul>	10 semaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les élèves étaient assignés de manière aléatoire dans le groupe contrôle et le groupe d'intervention.</li> <li>• Ceux qui ne recevaient pas l'intervention ont été mis sur une liste d'attente.</li> <li>• Devis expérimental.</li> <li>• Un pré-test et un post-test ont été menés.</li> <li>• Une relance a été effectuée 4 mois après le post-test.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le niveau d'anxiété des jeunes du groupe d'intervention a réduit de manière significative, au cours du programme, d'après l'évaluation des jeunes et des parents.</li> <li>• Diminution significative pour les six sous-types d'anxiété, surtout au niveau de l'anxiété de séparation.</li> <li>• Les résultats du groupe contrôle n'ont pas diminué de façon significative, lors du post-test.</li> <li>• Les analyses suggèrent que le programme n'a pas eu d'effet significatif quant à l'adaptation scolaire globale, selon l'évaluation des participants et de leurs enseignants.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les jeunes ayant participé à l'intervention ont continué à voir leurs symptômes anxieux diminués, quatre mois après la fin de l'intervention.</li> <li>• Les scores du groupe contrôle n'ont pas diminué de façon significative, quatre mois après la fin de l'intervention.</li> </ul>

Tableau 4 : Évaluation III du programme Friend for life

Évaluation du programme					
Évaluation du programme	Caractéristiques des participants et contexte d'intervention (n, âge, sexe, sous-groupes, etc.)	Durée	Devis/protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux (relance)
Lock & Barrett (2003)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Étude réalisée en Australie.</li> <li>Cette étude a été menée auprès de 733 enfants inscrits en 6e année (n = 336) et en 3e secondaire (n = 401) provenant de différentes écoles.</li> <li>Le statut économique des participants est semblable.</li> <li>La majorité était native d'Australie.</li> </ul>	10 semaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>Devis expérimental.</li> <li>Le groupe contrôle et le groupe d'intervention n'étaient pas équivalents. Effectivement, il y avait plus de jeunes à risque dans le groupe contrôle que dans le groupe d'intervention.</li> <li>Écoles assignées de façon aléatoire au groupe contrôle et au groupe expérimental.</li> <li>Une relance a été effectuée 1 an après le post-test.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En termes de différences d'âge, les enfants de 6e année présentaient, selon des données auto-rapportées, un plus haut niveau d'anxiété. Au post-test ils ont obtenu des réductions plus importantes que ceux en 3e secondaire.</li> <li>Cette étude a examiné les différences entre les sexes. En outre, les filles de 6e année ont été les plus sensibles à l'intervention, car elles ont rapporté une diminution plus importante de niveau d'anxiété comparativement aux garçons, mais aussi comparativement aux filles de 3e secondaire.</li> <li>Le programme n'a pas eu d'impact significatif quant aux symptômes dépressifs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les enfants en 6e année ont déclaré des réductions au niveau de leurs symptômes anxieux encore plus prononcés, à la première relance, 12 mois après l'intervention.</li> <li>La différence est plus grande chez les jeunes de 6e année que chez ceux en 3e secondaire.</li> </ul>

Tableau 5 : Présentation du programme Groupe de socialisation

Description du programme			
Description du programme	Nom du programme	Type d'intervention (universelle, ciblé)	Modalité d'intervention
<p>Lessard &amp; Coutu (2011)</p> <p>Centre hospitalier en Outaouais au Québec</p>	<p><i>Groupe de socialisation</i> (en place depuis 1995)</p>	<p>Intervention ciblée</p>	<p><b>Clientèle ciblée :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeunes en pédopsychiatrie (groupe hétérogène).</li> <li>• Consultations en externe.</li> <li>• Gars et filles âgés de 9 à 14 ans.</li> </ul> <p><b>Objectifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promouvoir l'acquisition d'habiletés sociales chez les participants et améliorer la qualité de leurs relations interpersonnelles avec les jeunes de leur âge.</li> <li>• Vise la réduction des symptômes anxieux chez les participants (objectif secondaire).</li> </ul> <p><b>Programmation et séances :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programme de type cognitivo-comportemental et programme basé sur l'apprentissage social.</li> <li>• Groupe de 6 à 8 personnes.</li> <li>• Programme de dix séances d'une durée de 90 minutes.</li> <li>• Une rencontre bilan avec le parent et une autre rencontre avec le psychiatre pour voir les améliorations du jeune au plan social, après la fin du programme.</li> </ul> <p><b>3 phases au programme :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 rencontres de prise de contact.</li> <li>• 8 rencontres : entraînement aux habiletés sociales (traitant de l'écoute, le contact visuel et le respect de l'espace interpersonnel, l'expression des émotions, la gestion de la colère, la gestion des conflits, les valeurs propres à chacun, les comportements sociaux à éviter, l'expression d'une plainte, l'établissement de limites, l'intégration à un groupe de pairs, la gestion des relations intrafamiliales et la négociation avec les figures d'autorité).</li> <li>• 2 rencontres de clôture.</li> </ul> <p><b>Types d'activités :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercices pratiques (jeux de rôle).</li> <li>• Visionnements de leurs comportements.</li> <li>• Discussions dont l'animation se fait par deux intervenants.</li> </ul>

Tableau 6 : Évaluation du programme Groupe de socialisation

Évaluation du programme				
Caractéristiques des participants et contexte d'intervention (n, âge, sexe, sous-groupes, etc.)	Durée	Devis/protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux (relance)
<p><b>Lessard &amp; Coutu (2011)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeunes recevant les services de la clinique externe d'un centre hospitalier et présentant des diagnostics variés (p.ex. déficit de l'attention, autisme, troubles anxieux, trouble de l'adaptation et syndrome d'asperger).</li> <li>• Les jeunes ne doivent pas avoir de suivi psychothérapeutique individuel traitant des habiletés sociales, lors du traitement.</li> <li>• N= 51 jeunes</li> <li>• Âge : 9 à 14 ans : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 9 à 11 ans= 28</li> <li>○ 12 à 14 ans =23</li> </ul> </li> <li>• Répartition des jeunes en 4 groupes (2 durant la session d'automne et 2 durant la session d'hiver).</li> </ul>	12 semaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Répartition des participants de façon aléatoire, après appariement selon l'âge, le sexe et le diagnostic.</li> <li>• Le groupe contrôle a été placé dans la liste d'attente en vue de la prochaine session.</li> <li>• Devis quasi-expérimental (protocole pré-test et post-test avec groupe contrôle).</li> <li>• Un deuxième post-test a été fait un an après l'intervention.</li> <li>• Utilisation de 2 questionnaires aux trois temps pour mesurer les habiletés sociales et l'anxiété.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les analyses effectuées sur les données recueillies, auprès des participants au pré-test et au premier post-test, montrent une augmentation significative au niveau des habiletés sociales chez les jeunes ayant participé à l'intervention, comparativement aux enfants faisant partie du groupe-contrôle. Cependant, l'effet est plus grand chez les plus jeunes.</li> <li>• La participation au programme est associée à une baisse du niveau d'anxiété des enfants (auto-rapporté) surtout au niveau des mesures se rapportant à l'anxiété sociale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les scores obtenus dans le questionnaire mesurant les habiletés sociales sont comparables à ceux obtenus un an plus tard. Les tests de comparaison de moyenne confirment donc l'absence de différence significative entre les résultats obtenus deux semaines après et ceux obtenus un an après.</li> <li>• Les analyses confirment qu'il y a eu une baisse significative des scores moyens de toutes les mesures d'anxiété un an après sauf pour l'anxiété sociale où il n'y a pas de différence.</li> </ul>

Tableau 7 : Présentation du programme Pare-chocs

Description du programme			
Auteurs	Nom du programme	Type d'intervention (universelle, ciblé)	Modalité d'intervention
Marcotte (2006)	<i>Pare-chocs</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Celui-ci peut être un programme d'intervention et ainsi viser les individus qui présentent dans l'immédiat un trouble dépressif.</li> <li>• Il peut aussi être appliqué comme un programme de prévention de type ciblé et indiqué et ainsi viser les individus qui présentent certaines caractéristiques ou certains symptômes d'un trouble dépressif sans pour autant présenter ce trouble de façon formelle.</li> <li>• Programme développé pour le milieu scolaire</li> </ul>	<p><b>Clientèle ciblée :</b> les jeunes de 14 à 17 ans présentant des symptômes dépressifs (score de 20 et plus au CES-D). Cependant, un jeune ayant un score très haut au CES-D ou en présentant des idées suicidaires est référé au CSSS.</p> <p><b>But :</b> vise l'apprentissage de diverses habiletés qui permettent de renforcer les facteurs de protection chez les jeunes dépressifs.</p> <p><b>Thèmes et composantes du programme :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La présentation du modèle théorique sous-jacent à l'intervention</li> <li>2. L'éducation émotionnelle</li> <li>3. L'apprentissage des habiletés d'autocontrôle et l'augmentation du niveau d'activités plaisantes</li> <li>4. L'apprentissage de techniques de relaxation</li> <li>5. La restructuration cognitive</li> <li>6. L'apprentissage d'habiletés de communication</li> <li>7. L'apprentissage d'habiletés de négociation et de résolution de problèmes</li> <li>8. L'apprentissage d'habiletés sociales</li> <li>9. Le développement de l'estime de soi et d'une image corporelle positive</li> <li>10. Le développement des connaissances sur la dépression</li> <li>11. La réussite scolaire</li> <li>12. Les parents (encadrement parental)</li> </ol> <p><b>Programmation et séances :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilise une approche cognitivo-comportementale.</li> <li>• 12 séances (variant de 1h30 à 2h00) animés par deux intervenants et 3 séances avec les parents.</li> <li>• Groupe de 6 à 10 personnes.</li> </ul> <p><b>Types d'activités :</b> Le programme prévoit 55 activités. Se rapportant à plusieurs modalités (les exposés, les discussions, les jeux de rôles, les jeux-questionnaires et les devoirs).</p>

Tableau 8 : Évaluation du programme Pare-chocs

Caractéristiques des participants et contexte d'intervention (n, âge, sexe, sous-groupes, etc.)	Durée	Évaluation du programme		
		Devis/protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux (relance)
<b>Poirier (2012)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les jeunes sélectionnés étaient à risque de décrochage scolaire et présentaient des symptômes dépressifs.</li> <li>• Élèves de deuxième secondaire au quatrième secondaire de quatre écoles publiques de Sherbrooke.</li> <li>• Le groupe contrôle était significativement plus jeune que le groupe expérimental.</li> <li>• Formation des groupes : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 1 groupe traitement par école (4 à 10 élèves)</li> <li>○ 3 écoles avec des groupes contrôle (3 à 5 élèves), donc une école sans groupe contrôle, car tous les élèves ciblés ont accepté de participer au programme</li> </ul> </li> <li>• Au total 81 élèves présentaient des symptômes dépressifs : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 38 jeunes formaient le groupe expérimental</li> <li>○ 15 jeunes ont rempli les questionnaires (groupe contrôle)</li> <li>○ 28 jeunes ont refusé ou avaient des scores trop élevés.</li> </ul> </li> </ul>	12 sessions (dans chaque école)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Devis quasi expérimental avec un groupe témoin non équivalent.</li> <li>• Quatre temps de mesure (la sélection, le pré-test, le post-test et la relance, 6 mois après la fin de l'intervention).</li> <li>• Variables proximales : distorsions cognitives et les stratégies de résolution de problèmes.</li> <li>• Variables distales : les symptômes dépressifs et le risque de décrochage scolaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le groupe expérimental a démontré significativement moins de distorsions cognitives au post-test.</li> <li>• Le groupe expérimental utilisait significativement moins de stratégies de résolution de problèmes au pré-test que le groupe contrôle, mais au post-test, il a atteint un niveau équivalent.</li> <li>• Aucun résultat significatif pour l'abandon scolaire (mesuré uniquement auprès des adolescents en 5<sup>e</sup> secondaire).</li> <li>• Les participants du groupe expérimental ont montré moins de symptômes dépressifs après l'intervention.</li> <li>• Au départ, 18 des 37 jeunes obtenaient des résultats significatifs au niveau des symptômes dépressifs, mais après l'intervention, 13 sur 37 y répondaient.</li> <li>• Pour le groupe-contrôle cela est resté stable du pré-test au post-test.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le groupe expérimental a démontré significativement moins de distorsions cognitives à la relance.</li> <li>• Il y a maintien des améliorations quant aux stratégies de résolution de problèmes à la relance chez le groupe d'intervention.</li> <li>• Au départ, 18 des 37 jeunes obtenaient des résultats significatifs au niveau des symptômes dépressifs, mais après l'intervention, 13 sur 37 y répondaient à la relance.</li> <li>• Pour le groupe contrôle, les symptômes dépressifs sont restés stables du pré-test à la relance.</li> </ul>

Tableau 9 : Présentation du programme *Pratiquons ensemble nos compétences* (PEC)

Description du programme			
Auteurs	Nom du programme	Type d'intervention (universelle, ciblé)	Modalité d'intervention
Royer, Morand & Gendron (2005)	<i>Pratiquons ensemble nos compétences</i> (PEC)	Intervention ciblée	<p><b>Clientèle ciblée :</b> les adolescents âgés de 13 à 18 ans et leurs parents, plus spécifiquement, les élèves du premier cycle du secondaire (12-14 ans) qui présentent des difficultés d'adaptation.</p> <p><b>But :</b> Consolider à la fois les compétences des parents et celles des adolescents. Ce programme vise, plus particulièrement, à favoriser chez ces jeunes le développement de leurs habiletés sociales, la reconnaissance et l'utilisation des forces de leur famille, la consolidation chez les parents de leurs habiletés à négocier avec leur adolescent et la collaboration plus efficace entre l'école et la famille.</p> <p><b>Thèmes et composantes du programme :</b> les habiletés sociales de base, les habiletés sociales avancées, les habiletés permettant de composer avec ses sentiments, de gérer son stress et de planification et les solutions de rechange à l'agression.</p> <p><b>Séances &amp; types d'activités :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Volet scolaire : les ateliers d'entraînement aux habiletés sociales sélectionnés se divisent en 20 rencontres de 75 minutes pendant 10 semaines, à raison de deux activités par semaine. Les principales techniques utilisées sont l'instruction directe, le modelage de l'habileté, la discussion de groupe, le jeu de rôles, le jeu coopératif, la rétroaction et le renforcement.</li> <li>• Volet familial : il revient aux intervenants du CSSS. Trois rencontres sont prévues afin de permettre à la famille d'aborder différents thèmes (communication, valeurs, croyances éducatives), de prendre conscience de leurs difficultés et de discuter de stratégies de changement. Pour les familles dont les difficultés sont plus importantes, deux rencontres comportant les mêmes objectifs peuvent être ajoutées.</li> <li>• Le programme offre aussi six rencontres de groupe portant sur l'apprentissage des différentes étapes de la résolution de conflits. Chaque rencontre comporte des discussions, des jeux de rôles et des exercices.</li> </ul>



Tableau 10 : Évaluation du programme PEC

Évaluation du programme					
Caractéristiques des participants et contexte d'intervention (n, âge, sexe, sous-groupes, etc.)	Durée	Devis/protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux	
<p><b>Gendron, Royer &amp; Morand (2005)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'étude a été réalisée dans trois écoles secondaires au Québec avec des élèves de premier cycle présentant des difficultés de comportement (30 élèves par site ont été choisis au hasard et affectés aléatoirement à l'une des trois conditions).</li> <li>• Les parents des élèves de la condition 1 ont bénéficié du volet « parent ».</li> <li>• Tous les professionnels impliqués ont reçu une formation intensive dans le but d'assurer la fidélité des interventions.</li> <li>• Prévoit l'évaluation des compétences sociales, des difficultés de comportement, du fonctionnement familial et du niveau de dépression ou d'anxiété.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les élèves de la condition 1 et 2 ont participé, pendant approximativement 12 semaines à raison de deux périodes de classe par semaine, aux activités d'entraînement aux habiletés sociales.</li> <li>• Les élèves du groupe témoin (condition 3) ont participé, selon la même grille horaire, à des activités de nature parascolaire, sans lien direct avec les habiletés sociales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quasi-expérimentale : celui-ci comporte un prétest et deux post-tests avec groupe témoin et assignation quasi aléatoire des sujets à chacune des trois conditions : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Habiletés sociales et habiletés parentales</li> <li>2. Habiletés sociales</li> <li>3. Groupe témoin</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ceux de la 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> condition démontrent de meilleures habiletés de coopération et d'affirmation de soi, un meilleur contrôle de soi et moins de problèmes de comportements de type extériorisé ou intériorisé.</li> <li>• Les adolescents ont noté une amélioration de leur contrôle de soi. Cette amélioration n'a pas été observée pour le groupe témoin.</li> <li>• Les intervenants scolaires rapportent une amélioration des habiletés de résolution de conflits, une augmentation de la coopération et du contrôle de soi et une diminution du nombre d'incidents de nature disciplinaire.</li> <li>• Les évaluations permettent également de faire ressortir une diminution significative du sentiment de dépression et du niveau d'anxiété chez les jeunes ayant participé au programme.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selon les enseignants, les jeunes ayant participé au programme démontrent un maintien dans le temps de meilleures habiletés de coopération et d'affirmation de soi.</li> <li>• Les parents ont perçu une amélioration de la coopération et du contrôle de soi chez leur adolescent, au deuxième post-test.</li> </ul>	

Tableau 11 : Présentation du programme Différents, mais pas indifférents

Description du programme			
Auteurs	Nom du programme	Type d'intervention (universelle, ciblé)	Modalité d'intervention
Institut Pacifique (2008)	<i>Différents, mais pas indifférents</i>	<p>Programme de type universel, soit pour l'ensemble des jeunes d'une école.</p> <p>Le programme peut également être implanté à un groupe ciblé.</p>	<p><b>Clientèle ciblée :</b> les jeunes du secondaire (1<sup>er</sup> et 2e cycle)</p> <p><b>But :</b> prévenir la violence par la promotion des conduites pacifiques</p> <p><b>Objectifs généraux :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Outiller les jeunes à faire face à leurs conflits de manière pacifique, en les accompagnant dans le développement d'habiletés relationnelles.</li> <li>2) Favoriser l'unité et l'engagement des adultes d'un même milieu autour d'une approche de gestion des conflits.</li> <li>3) Offrir aux milieux scolaires de niveau secondaire un modèle d'intervention axé sur la collaboration.</li> </ol> <p><b>Thèmes et composantes du programme :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Thèmes des ateliers du 1er cycle : je gère mes conflits, je prends conscience de mes réactions, je respecte les différences, je m'estime et je m'affirme.</li> <li>• Thèmes des ateliers du 2e cycle : mieux comprendre les conflits, mieux comprendre les conflits entre pairs, mieux comprendre les conflits amoureux et mieux comprendre les conflits avec les personnes en position d'autorité.</li> <li>• Thème de la Boîte à outils : Intimidation et violence, perception, gestion des émotions, communication, écoute, empathie, estime de soi, respect des différences, recherche de solutions et résolution de conflits.</li> </ul> <p><b>Séances &amp; types d'activité :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il y a 4 ateliers et 12 thèmes sont prévus.</li> <li>• Programme qui s'échelonne du mois d'octobre au mois de mai.</li> <li>• Environ 1 heure par rencontre.</li> <li>• Enseignant et psychoéducateur qui animent.</li> </ul> <p><b>Moyens utilisés :</b> brefs exposés, échanges entre les participants, mises en situation, questionnaires introspectifs, exercices écrits, réflexions personnelles, bandes dessinées, phrases à compléter, histoires, associations, remue-méninges, reformulation et jeux de rôles.</p>

Tableau 12 : Évaluation du programme Différents mais pas indifférents

	Évaluation du programme				
	Caractéristiques des participants et contexte d'intervention (n, âge, sexe, sous-groupes, etc.)	Durée	Devis/protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux
Institut pacifique (2008)			ÉVALUATION NON DISPONIBLE		

## **Synthèse**

Il est possible de constater que la littérature recense plusieurs programmes qui visent à diminuer la présence ou l'intensité des symptômes anxieux. De façon générale, ces programmes ont démontré des résultats concluants. Ainsi, ils fonctionnent, lorsqu'il est question de diminuer les symptômes qui composent les différents troubles anxieux. Cependant, lorsque vient le temps de travailler spécifiquement les difficultés d'ajustement sociale que rencontre les jeunes anxieux, ces programmes s'y attardent rarement ou bien les résultats sont peu concluants. Néanmoins, dans le domaine, il y a au moins un programme notable soit celui de Lessard et Coutu (2011). Même si ce programme s'adresse à une population hétérogène en milieu hospitalier, celui-ci a démontré de bons résultats. En effet, il y a eu une diminution des symptômes anxieux et une amélioration au niveau des habiletés sociales. Dans les deux cas, il y a eu un maintien dans le temps. D'autres programmes, quant à eux, vont plutôt viser à travailler spécifiquement les habiletés sociales. Or, la majorité de ces programmes ont été développés pour une clientèle ayant des difficultés au niveau comportemental. De ce fait, même si plusieurs d'entre eux obtiennent des résultats probants, les programmes n'ont pas nécessairement ou exclusivement été évalués auprès de jeunes présentant des symptômes ou un trouble anxieux. En somme, dans la littérature, il existe quelques programmes qui visent à travailler les difficultés d'ajustement social chez une clientèle présentant des symptômes d'ordre clinique, mais ces programmes sont peu évalués ou non accessibles. Ainsi, il est possible de constater que dans la littérature, il y a peu de programmes qui combinent les troubles anxieux et les difficultés d'ajustement social. Cela explique donc la nécessité et l'importance de développer un programme ciblant spécifiquement cette clientèle, de le mettre en place et d'évaluer les résultats de ce dernier, d'autant plus que ce programme risque d'être bénéfique autant sur le plan social que sur les symptômes anxieux (ou dépressifs) pour ainsi avoir une double fonction.

## **Intervention proposée**

### **Place dans la chaîne prédictive**

Le programme proposé vise à diminuer les difficultés d'ajustement social que peuvent rencontrer les jeunes présentant des symptômes ou un trouble anxieux ou dépressif, ou bien encore, cette combinaison de symptômes. Pour y arriver, le programme cible, plus spécifiquement, à augmenter les capacités de résolution de problèmes, de communications et d'affirmation des participants. Or, en intervenant sur ces trois composantes, il est stipulé que les habiletés sociales des jeunes ciblés augmenteront. En effet, selon la chaîne développementale (voir figure 1) si ces habiletés sont enseignées à ces adolescents et pratiquées, ceux-ci s'amélioreront dans ces domaines. En plus de cela, cela risque éventuellement d'avoir un impact positif au niveau des relations que les participants entretiennent avec les pairs, puisqu'en ayant de meilleures habiletés sociales ces derniers sont plus susceptibles de vivre des expériences sociales positives. Ces expériences leur permettront, à leur tour, d'améliorer ou de maintenir les habiletés acquises par le programme et permettront aussi aux

participants de prendre conscience du fait qu'ils possèdent les capacités pour interagir au plan social. De cette façon, ils risquent d'avoir davantage confiance en leurs moyens pour ainsi réduire les perceptions erronées quant à leurs capacités sociales. De plus, à plus long terme, le programme pourrait possiblement contribuer à l'augmentation de l'estime personnelle et à la diminution des symptômes anxieux ou dépressifs.

### **Justification du choix de l'intervention et de ses adaptations**

L'intervention proposée s'adresse à des jeunes présentant des symptômes anxieux ou dépressifs ou présentant la combinaison de ces symptômes. Il vise à augmenter les habiletés sociales des participants en développant leurs capacités de communication, de résolution de problème et d'affirmation, tout en leur donnant l'occasion d'interagir avec les pairs afin de mettre en pratique les acquis. De cette façon, le programme tentera de contribuer à un ajustement social positif pour ainsi constituer un facteur de protection. À long terme, il est également souhaité que cette intervention de groupe soit bénéfique au niveau des symptômes anxieux ou dépressifs. Comme il en a été question précédemment, il n'existe pas vraiment de programme qui vise à diminuer les difficultés d'ajustement social chez les jeunes présentant des symptômes anxieux ou dépressifs. Les programmes qui se rapprochent le plus à ce qui est souhaité sont habituellement pour un autre type de clientèle ou ils sont peu accessibles. De ce fait, il n'est pas possible de se baser uniquement sur une seule intervention ni sur des programmes développés pour les jeunes présentant des symptômes de type intériorisé. Ce programme d'intervention repose donc principalement sur le programme *Différent, mais pas indifférents* et sur le programme *Pratiquons ensemble nos compétences (PEC)*. Pour ce qui est du premier programme, celui-ci a été développé au Québec par l'Institut pacifique dont plusieurs de leurs programmes sont reconnus au Québec, puisqu'ils obtiennent des résultats concluants lorsqu'ils sont évalués. Ce programme s'adresse, plus spécifiquement, à des adolescents et il vise exactement les trois composantes ciblées en offrant du contenu à ces niveaux et plusieurs activités pour les travailler. Cependant, quelques adaptations ont dû être effectuées pour mieux correspondre aux besoins des sujets. Tout d'abord, étant un programme développé pour les adolescents en milieu scolaire, les exemples ont été élargis pour diversifier les contextes. Ensuite, certains thèmes visant davantage les jeunes ayant des difficultés de comportements ont été retirés, étant donné que ceux-ci ne correspondent pas aux besoins de la clientèle cible. De plus, le programme s'échelonne habituellement sur plusieurs semaines, voire sur toute l'année scolaire. Donc, pour correspondre aux conditions du milieu, celui-ci a également été raccourci afin d'être complété en trois semaines. Malgré les nombreux avantages de ce programme, celui-ci propose peu de moyens concrets pour mettre en pratique le contenu. De ce fait, pour venir le compléter, un second programme a été choisi soit le programme *PEC*. Celui-ci est un programme exhaustif et sollicitant la participation de nombreux partenaires (comme l'école, les parents, le CSSS). Donc, c'est uniquement les mises en situation disponibles dans ce programme qui ont été

retenues. De ce fait, le premier programme contribue davantage à bâtir le volet théorique (premier volet du programme), tandis que le second programme est le fondement même de la mise en pratique (deuxième volet du programme). Il est important de noter qu'un troisième volet est aussi prévu dans ce programme d'intervention, mais celui-ci n'est pas basé sur un programme en particulier. Effectivement, il se rapporte à la réalisation d'une activité artistique en grand groupe, soit avec l'ensemble des patients du milieu. Lors de cette activité, aucun contenu n'est livré. Elle constitue plutôt une autre occasion pour les participants ciblés de mettre en pratique les stratégies enseignées et pratiquées, au cours du premier et deuxième volet.

### **Pertinence de l'intervention proposée**

Ce présent programme est implanté à l'unité de pédopsychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine. Elle accueille une clientèle ayant des difficultés de santé mentale de type intériorisé ou extériorisé très diversifiées. Certaines problématiques sont plus régulièrement rencontrées à l'unité, c'est, notamment, le cas des troubles anxieux. De plus, même si certains des patients sont hospitalisés pour d'autres problématiques, il n'est pas rare que ceux-ci manifestent également des symptômes anxieux en concomitance. Souvent, autant chez les jeunes avec un diagnostic de troubles anxieux que chez les jeunes présentant des symptômes anxieux, ceux-ci présentent aussi des difficultés sur le plan social. Effectivement, ces jeunes voient généralement leur confiance en leurs moyens sur le plan social diminuer, car même s'ils ont les capacités nécessaires pour interagir avec les autres, ils en viennent à confirmer leurs difficultés d'ajustement social par les modes de pensées erronés qu'ils entretiennent. Or, cela vient par la suite maintenir ou augmenter les difficultés d'ajustement social, mais aussi les symptômes anxieux. À plus long terme, cela peut même engendrer des symptômes dépressifs et mener à des idées suicidaires ou des tentatives de suicide. La présence de ces symptômes peut donc venir grandement entraver le fonctionnement normal ce qui peut mener à une hospitalisation comme c'est le cas de la clientèle desservie. Présentement, à l'unité, différentes interventions sont offertes afin d'aider les jeunes présentant des troubles anxieux ou des symptômes anxieux. Ceux-ci visent principalement à amener les jeunes à mieux gérer et diminuer leurs symptômes. Il existe également une activité sur les compétences sociales dont l'animation se fait à partir du jeu de table « Les kriks », développé par l'Hôpital Rivière-des-Prairies, ou à partir du jeu de table « Compétence », développé par Lumberk. Or, ces programmes ne visent pas nécessairement ou spécifiquement à augmenter l'ajustement social des jeunes anxieux. Ainsi, par la mise en place de ce programme, l'objectif est de bonifier ce qui se fait déjà afin de répondre spécifiquement à la réalité des jeunes ayant des symptômes ou un trouble anxieux. L'implantation de ce programme d'intervention est donc innovatrice et pertinente, étant donné qu'il répond à d'importants besoins de la clientèle, mais également du milieu. La section suivante met de l'avant de façon détaillée l'ensemble du programme proposé.

## Méthodologie

### Description du programme

**Caractéristiques des participants et recrutement.** L'unité de pédopsychiatrie 6-18 ans de l'Hôpital Sainte-Justine accueille des jeunes présentant des difficultés de santé mentale de type intériorisé ou extériorisé. Les patients peuvent être hospitalisés, principalement, lorsqu'ils constituent un risque pour eux-mêmes et/ou pour autrui (p.ex. risque suicidaire ou en épisode maniaque) ou lorsqu'ils présentent une rupture du fonctionnement élevé. Dépendamment de leur motif d'admission, un niveau de surveillance leur est attribué variant de surveillance régulière à constante. Comme les jeunes côtoient les services internes pour diverses raisons, la durée de séjour varie énormément. La durée moyenne est de trois semaines, puisqu'une hospitalisation se veut toujours la plus courte possible. Toutefois, il arrive que certains séjours durent plus longtemps comme dans le cas de patients présentant un trouble de la conduite alimentaire. D'autres séjours durent moins de temps comme pour un trouble d'adaptation. L'unité prévoit également un hôpital de jour où les patients sont, notamment, admis après avoir été hospitalisés à l'interne pour maintenir un suivi et pour poursuivre l'intégration progressive. Dans d'autres cas, ils peuvent fréquenter l'hôpital de jour afin de réviser leur médication. Dans tous les cas, cela permet d'assurer un filet de sécurité.

Les participants ciblés par ce présent programme sont des adolescents, sexe confondu, qui sont hospitalisés à l'interne ou qui fréquentent l'hôpital de jour. Ceux-ci sont tenus de répondre principalement à deux critères. Premièrement, ils doivent présenter des symptômes anxieux ou des symptômes dépressifs. Ils peuvent également avoir une combinaison de ces symptômes. Deuxièmement, ils doivent rapporter un faible sentiment de compétences au plan social et/ou percevoir négativement leurs relations interpersonnelles. L'information à ce niveau peut aussi provenir des observations des intervenants du milieu ou de leur connaissance quant aux sujets (p.ex. d'après ce qui est noté au dossier médical). Il est important de mentionner que même si les difficultés relationnelles sont moindres ou absentes à l'unité, les participants peuvent se joindre au programme, considérant que les conditions de l'unité ne sont pas représentatives de la réalité extérieure. Certains critères d'exclusion sont également à respecter. Tout d'abord, les patients âgés de moins de 14 ans ne peuvent pas participer au programme afin de réduire l'écart d'âge entre les participants et ainsi favoriser l'uniformité du groupe et assurer que le contenu soit adapté à ceux-ci. Donc, les sujets ciblés doivent être âgés de 14 ans à 18 ans. Finalement, ceux dont le niveau de surveillance est de type constant ne peuvent pas participer à l'activité clinique, car leurs déplacements sont limités.

Le programme comporte, plus spécifiquement, trois volets soit un volet théorique, un volet pratique et un volet se rapportant à la réalisation d'une activité artistique (pour la généralisation des acquis). Les deux premiers volets s'adressent uniquement aux participants ciblés, tandis que le

troisième volet est pour l'ensemble des patients de l'unité. Le nombre de participants souhaité est de 5 à 6 adolescents. Il est important de mentionner que ce groupe d'intervention est un groupe ouvert. De ce fait, si certains participants ont leur congé définitif de l'hôpital, avant la fin de l'activité clinique, d'autres peuvent intégrer le groupe. Cependant, il est primordial que quelques participants complètent l'entièreté du programme (ou presque) pour pouvoir évaluer les effets de ce dernier. Le recrutement des participants est composé de certaines étapes. D'abord, une présélection est faite, à la suite d'une référence par leur intervenant pivot ou par d'autres professionnels, selon la correspondance au profil préétabli. Il est possible de procéder de cette façon, puisque le programme a été présenté à toute l'équipe du milieu. Certains des participants sont aussi choisis après avoir consulté leur dossier médical. Or, en se fiant à l'expertise des intervenants et en se référant aux outils du milieu, cela permet d'alléger les procédures de recrutement. Ensuite, une rencontre est effectuée avec les sujets présélectionnés afin de présenter les objectifs, le fonctionnement du programme et les implications et afin d'obtenir leur consentement. C'est, d'ailleurs, l'occasion de faire valoir le programme d'intervention, auprès d'eux pour favoriser leur niveau de mobilisation et d'engagement. Le recrutement se fait au fur et à mesure des admissions. Ainsi, les rencontres peuvent se faire en groupe ou en individuel, selon les admissions.

**But et Objectifs.** Le but de ce programme est de diminuer les difficultés d'ajustement social des participants par l'amélioration de leurs habiletés sociales et de diminuer le nombre ou l'intensité des symptômes anxieux ou dépressifs, à plus long terme. De façon distale les objectifs du programme sont d'améliorer les perceptions des participants quant à la qualité de leurs relations interpersonnelles et d'augmenter leur estime personnelle. Pour atteindre ces objectifs, plusieurs objectifs proximaux généraux ont été déterminés.

**Objectif général 1 : Les participants amélioreront leurs capacités d'affirmation, dans différents contextes d'interaction avec les pairs.**

- Objectif spécifique 1 : ils augmenteront le nombre d'interactions verbales.
- Objectif spécifique 2 : ils augmenteront le nombre de fois qu'ils diront leurs opinions, lorsqu'ils ne sont pas sollicités par une tierce personne.
- Objectif spécifique 3 : ils augmenteront le nombre de fois qu'ils poseront une question.

**Objectif général 2 : Les participants augmenteront leur propension à s'affirmer, dans différents contextes d'interaction avec les pairs.**

- Objectif spécifique 1 : ils augmenteront leur propension à s'affirmer pour se défendre.
- Objectif spécifique 2 : ils augmenteront leur propension à s'affirmer, lors d'un désaccord.



**Objectif général 3 : Les participants amélioreront leur sentiment de compétences sociales, dans différents contextes d'interaction avec les pairs.**

- Objectif spécifique 1 : ils augmenteront leur sentiment de compétence sociale, en situation de victimisation.
- Objectif spécifique 2 : ils augmenteront leur sentiment de compétence sociale, en situation de désaccord.

**Objectif général 4 : Les participants diminueront la fréquence de comportements d'évitement, lors de différentes situations sociales avec les pairs.**

**Objectif général 5 : Les participants diminueront l'intensité de l'anxiété sociale, lors de différents contextes d'interaction avec les pairs.**

**Animateurs.** L'animatrice principale de ce présent programme est également la conceptrice de ce dernier. C'est, plus spécifiquement, une étudiante à la maîtrise en psychoéducation et stagiaire à l'unité de pédopsychiatrie 6-18 ans de l'Hôpital Sainte-Justine. L'animatrice a de l'expérience avec cette clientèle, puisqu'elle est présente dans le milieu depuis plusieurs mois. Cela lui a, notamment, permis de se familiariser avec les différentes problématiques rencontrées et de se perfectionner au niveau de ses interventions avec ce groupe d'âge. Cela lui a aussi donné l'occasion de bien connaître ses partenaires et d'établir une relation avec eux favorisant ainsi la collaboration. De plus, l'étudiante stagiaire en psychoéducation a déjà animé, dans le milieu, des activités cliniques ce qui lui permet de se sentir plus à l'aise en animation. Ses anciennes expériences de stage ou ses expériences de travail lui sont également favorables autant au niveau de l'animation qu'au niveau de ses connaissances quant à ces problématiques. Mise à part l'étudiante stagiaire en psychoéducation, différents membres de l'équipe sont sollicités, dans la mise en place de ce programme. Effectivement, lors de ses animations de groupe, celle-ci est toujours accompagnée d'un co-animateur qui peut varier d'une séance à l'autre. Lorsque cela est possible, c'est l'une des psychoéducatrices ou l'un des techniciens en éducation spécialisée qui co-anime avec elle. En plus de cela, ceux-ci doivent la soutenir dans l'évaluation du programme. Plus particulièrement, ils doivent recueillir des mesures de façon continue afin d'évaluer la qualité de la participation des sujets et leurs capacités d'affirmation.

**Programme et contenu.** Le programme proposé vise à travailler les habiletés d'affirmation de soi, de communication et de résolution de problèmes. Celui-ci comporte trois volets, en raison de trois rencontres par volet.

**Volet A.** Ce premier volet est un volet théorique et il est principalement basé sur le programme *Différents, mais pas indifférents* (Institut Pacifique, 2008). D'une séance à l'autre, le contenu livré varie. Lors de la première séance de ce volet, les objectifs sont d'amener les jeunes à définir dans leurs mots l'affirmation de soi et les autres styles d'affirmations (le style passif et agressif), à connaître les impacts associés au fait de ne pas s'affirmer, à reconnaître les obstacles à l'affirmation, à nommer les avantages associés au fait de s'affirmer et à identifier des stratégies pour mieux s'affirmer. Au niveau du contenu, lors de cette première rencontre, sous forme de discussion, les participants sont, d'abord, amenés à définir le concept « d'affirmation de soi » et les autres styles d'affirmations (style agressif et style passif). Ceux-ci sont aussi conduits à répondre aux questions suivantes : « Qu'est-ce qui nous empêche parfois de nous affirmer? », « Qu'est-ce qui fait en sorte qu'on s'affirme différemment selon la personne et la situation? », « Comment se sent-on quand on ne s'affirme pas? », « Qu'est-ce qu'on risque de perdre si l'on ne s'affirme pas? » et « Quels peuvent être les gains si l'on s'affirme? ». Finalement, lors de cette séance, il leur est demandé d'identifier différents moyens ou stratégies qui aident à s'affirmer davantage ou à mieux le faire. Tout au long de la période de discussions, les animateurs complètent les réponses données par les participants à l'aide de réponses indicatives (voir annexe I).

Lors de la deuxième rencontre théorique, les objectifs sont de définir la communication efficace et d'identifier les éléments qui aident à communiquer efficacement, les conséquences associées au fait de ne pas communiquer efficacement, les avantages associés à la communication au « je » et les composantes du message au « je ». Comme pour la première séance le contenu est principalement livré par l'entremise d'une discussion entre les participants et les animateurs. Le contenu est, plus spécifiquement, communiqué à l'aide des questions suivantes : « Quelles sont les conditions qui aident à mieux communiquer? », « Quelles sont les conséquences possibles au fait de ne pas communiquer? » et « Quels sont les avantages de parler au je? ». Lors de cette rencontre, les animateurs demandent aussi aux sujets ciblés d'identifier les différents éléments du message au « Je ». Tout au long de la période de discussion, les animateurs complètent l'information à l'aide des réponses indicatives (voir annexe I). Pour ce qui est de la troisième séance de ce volet, les objectifs sont de définir un problème et un conflit, d'identifier les avantages et inconvénients au fait de ne pas régler un problème et d'identifier et de définir les différentes attitudes possibles, lors d'une situation problématique et les étapes de la résolution de problèmes. Le contenu est livré par l'entremise des questions suivantes : « Qu'est-ce qu'un conflit et un problème? », « Quelles sont les avantages et les inconvénients au fait de ne pas régler un conflit? », « Quelles sont les différentes attitudes possibles dans une situation de conflits? » et « Quelles sont les étapes pour résoudre un problème? ». Les animateurs peuvent, tout au long de la période de discussion, renchérir le tout à l'aide des indicateurs de réponses (voir annexe I).

Les trois rencontres de ce volet suivent la même structure. Plus concrètement, la séance débute avec la salutation. Ce moment permet, entre autres, de présenter aux participants le thème de la semaine et le déroulement de la séance, inscrit préalablement au tableau pour les aider à se situer dans la rencontre. Puis, vient le temps de revoir avec eux le code et les procédures. Les participants doivent nommer les règles du code et des procédures et au besoin, l'animatrice principale complète le tout. Ensuite, il y a le retour sur la séance précédente (p.ex. contenu, jeux de rôle, etc.). Exceptionnellement, lors de la première séance, le temps consacré au retour est utilisé pour revoir plus grandement le fonctionnement de l'activité et le code et les procédures, étant donné qu'aucun contenu n'a encore été présenté. Par la suite, il y a la période de discussions. Le but de celles-ci est d'amener les participants à livrer le contenu par l'entremise des questions des animateurs. Cette activité est suivie des démonstrations (voir annexe II). L'animatrice et le co-animateur effectuent deux démonstrations qui permettent de reprendre les habiletés enseignées (le contenu), au cours de la rencontre. Après chacune des démonstrations, en groupe, un retour est effectué sur ceux-ci. Pour favoriser le tout, l'animatrice peut se référer aux affiches utilisées, lors des discussions.

Lorsque les démonstrations sont complétées, les participants sont amenés à participer à un dilemme moral (voir annexe III). Un dilemme moral est une situation ou un problème où une personne doit faire un choix confrontant et le soumettre à la discussion, en vue d'un accord ou d'un consensus (Pillier, 2002). Les différents dilemmes vont donc permettre aux participants d'avoir d'autres situations pour mettre en pratique le contenu vu. Également, cela constitue un contexte propice à l'évaluation de l'objectif se rapportant aux capacités d'affirmation. Après à lieu, la rétroaction qui permet de faire un retour sur le contenu et de faire des liens entre les différentes séances, mais aussi avec leurs vécus. Cette activité est le moment propice pour leur poser les questions suivantes : « comment ils ont trouvé le contenu? », « est-ce que le contenu était nouveau pour eux ou pas? », « qu'est-ce qu'ils ont retenu de cette séance? » et « comment ils pensent pouvoir utiliser le contenu dans le quotidien? ». De plus, ce moment est idéal pour évaluer leur niveau d'appréciation de la séance. Plus concrètement, ils ont l'obligation de faire un geste ou un son ou de dire un mot qui décrit leur état de satisfaction de la séance. Subséquemment, il y a l'explication du devoir et la distribution de celui-ci et d'une fiche résumée (voir annexe IV). Finalement, l'animatrice principale leur demande de qualifier verbalement leur participation et elle leur remet une récompense, lorsqu'ils ont respecté le code et les procédures.

**Volet B.** Pour ce qui est du deuxième volet, il se concentre plutôt sur la mise en pratique du contenu par l'entremise de différents jeux de rôles (voir annexe V). Ainsi, lors de ces rencontres, aucun nouveau contenu n'est livré aux participants. Les mises en situation sont une inspiration et une adaptation du contenu du programme *Pratiquons ensemble nos compétences* (Gendron, Royer & Morand, 2005). Pour la première rencontre de ce volet, les adolescents doivent utiliser les stratégies

d'affirmation dans des situations où ils ont la nécessité de poser des questions, de s'intégrer à un groupe et de dire leurs opinions. L'objectif de la deuxième rencontre du volet pratique est de faire usage d'une communication efficace, notamment, pour partager des préoccupations, pour répondre correctement à des accusations et pour communiquer, lorsque quelque chose est déplaisant. Quant à la dernière rencontre de ce volet, les participants doivent utiliser la résolution de problèmes pour faire face à une situation de provocation ou pour négocier.

Pour ce qui a trait à la structure des rencontres du volet B, les trois séances se structurent de la même façon. Il y a la salutation, la présentation du déroulement de la séance et le retour sur le code et les procédures et sur le contenu. Ensuite, il y a l'explication des jeux de rôles qui reprennent le thème de la semaine et la réalisation de ceux-ci. Plus spécifiquement, chacun des participants doit piger, au moins une fois, une situation parmi les différentes situations offertes. Il est probable aussi qu'ils pigent une situation « défi » où c'est le participant qui doit inventer une situation à jouer. Cela permet donc aux participants d'avoir davantage de pouvoir et d'aller puiser dans leur vécu. Ils doivent la lire à haute voix et la jouer en compagnie d'autres participants (le nombre peut varier d'une situation à l'autre) qu'ils sélectionnent eux-mêmes. Par la suite, il y a le retour sur les jeux de rôles. Après chaque jeu de rôles, l'animatrice principale pose aux personnes qui ont participé aux situations les questions suivantes : « comment se sont-ils trouvés dans la situation? » et « comment le contenu vu a été mis en application? ». De plus, elle demande au groupe ce qui aurait pu être fait autrement pour maximiser l'application du contenu. Puis, vient le temps de résoudre en groupe un dilemme moral, d'effectuer la rétroaction de la séance, de qualifier leur appréciation de la séance, de vérifier le devoir, de qualifier leur participation et de remettre les récompenses. Lors de la dernière séance du volet B, l'animatrice principale remet un diplôme aux sujets pour souligner leur participation à l'activité clinique.

**Volet C.** Quant au dernier volet, il se rapporte à la réalisation d'une activité artistique, plus spécifiquement, la réalisation d'une mosaïque-photos, avec l'ensemble des jeunes de l'unité. Ce projet artistique est un prétexte permettant aux participants de pratiquer les habiletés vues, puisque cela va nécessiter que les sujets ciblés s'affirment, qu'ils communiquent et qu'ils utilisent possiblement la résolution de problèmes. En plus de cela, cette activité de groupe permet aux participants de généraliser les acquis en présence des autres jeunes. Au niveau de la structure, les trois rencontres de ce volet se déroulent de la même façon. En effet, elles débutent avec la salutation et l'installation. Puis, il y a la présentation des règles à suivre, au cours de l'activité. Ensuite, un moment est consacré à l'explication du projet et de sa démarche, puisque le groupe peut varier d'une semaine à une autre. Par la suite, un retour sur ce qui a été réalisé est effectué, sauf lors de la première séance de ce volet. Préféablement, ce sont les participants qui donnent l'information attendue et l'animatrice principale complète au besoin. Après, il y a une période consacrée au remue-méninge dont le but est d'amener les adolescents à un

consensus pour ce qui a trait aux différentes décisions se rapportant au projet. Le remue-méninge est aussi un autre prétexte pour évaluer les capacités d'affirmation des participants. Lorsque tout cela est complété, le groupe doit réaliser diverses tâches se rapportant au projet. La séance prend fin avec le rangement et une brève rétroaction sur ce qui a été réalisé et sur ce qui reste à effectuer.

Avant de commencer l'activité clinique, avec l'ensemble des participants, une rencontre en individuel ou en groupe est prévue afin de récolter des prises de mesure. À la fin du programme, une autre rencontre est également planifiée pour recueillir à nouveau ces données et ainsi évaluer l'atteinte des différents objectifs. Advenant que certains sujets quittent le milieu, avant cette rencontre, l'animatrice principale prend contact avec les participants en question et elle effectue le processus par téléphone. Tout au long du programme, l'animatrice principale envisage de faire des rencontres individuelles avec les participants, au besoin, notamment, pour effectuer des retours sur leurs comportements et pour leur présenter le contenu manqué.

**Le contexte spatial.** Toutes les séances du premier et deuxième volet se donnent dans le local réservé pour les activités cliniques qui se situe à l'étage inférieur de l'unité. Même s'il faut se déplacer pour s'y rendre, ce qui peut exciter les participants, ce lieu possède plusieurs avantages. Effectivement, celui-ci est assez grand ce qui facilite la réalisation des différentes mises en situation et démonstrations et il permet à chacun d'avoir son espace. Toutefois, l'espace étant grand, il faut s'assurer de ne pas avoir trop de distractions afin de maintenir leur attention. D'un autre côté, ce lieu est adapté pour animer des activités de groupe, puisqu'il donne accès à un tableau blanc et à des places assises en quantité suffisante. En maintenant le même contexte spatial, cela permet aux jeunes d'être plus à l'aise, car ce lieu leur est familier. Lors des différentes rencontres, les participants s'assoient face au tableau blanc afin de simplifier son utilisation. Pour les mises en situation et les démonstrations, le tout est mis à l'écart pour ainsi faciliter leur réalisation. Les participants ne se voient pas assigner des places, lors des différentes activités pour favoriser leur autonomie et leur prise de décision. Cependant, si leur choix nuit au bon déroulement de la séance, ceux-ci peuvent être déplacés. Quant au troisième volet, les trois rencontres se donnent dans la salle à manger de l'unité à l'étage inférieur. Cet espace va faciliter la réalisation de l'activité en grand groupe par sa grandeur. Il donne aussi accès à plusieurs chaises et tables qui peuvent être rassemblées ce qui permet à tous les patients de l'unité de se regrouper autour du même espace. Il est important de noter que certaines tâches peuvent être réalisées ailleurs dans l'unité. Malgré tout, la grande salle reste le lieu principal pour cette activité.

**Contexte temporel et dosage.** L'activité est prévue pour la mi-octobre 2015. Néanmoins, la grande variabilité du temps de séjour des patients fait en sorte qu'il faut faire preuve de flexibilité. Ainsi, il est possible que l'activité soit devancée ou retardée de quelques semaines. Le programme est d'une

durée de trois semaines pour s'assurer que l'ensemble du groupe participe à l'entièreté des activités, même si cela limite le temps pour la généralisation des acquis. Préférentiellement, dans la semaine précédant le commencement du programme et dans la semaine qui suit la fin de celui-ci, les participants complètent les questionnaires et les entrevues nécessaires à l'évaluation. Chacun des volets a lieu une fois par semaine. Plus précisément, les rencontres du volet A ont lieu le lundi et chacune d'elles dure une heure. Quant aux séances du volet B, celles-ci se déroulent le mercredi de façon à être légèrement espacées dans le temps. Les trois rencontres du volet B durent également une heure. Les séances du premier et du deuxième volet ont lieu lors de la deuxième période du matin soit de 10h00 à 11h00 pour s'assurer de la présence des participants qui fréquentent le centre de jour dont l'heure d'arrivée et l'heure de départ varient. Il est important que ces séances aient lieu au même moment dans la semaine, afin qu'ils puissent se repérer dans le temps et pour assurer une stabilité. Pour ce qui est du troisième volet, les séances se déroulent les vendredis après-midi, puisque cette période est déjà consacrée à la réalisation d'activités de groupe. Ainsi, rien n'est prévu à l'horaire des patients ce qui facilite leur présence à cette activité. Chaque séance du troisième volet dure 1h30. Le tableau 13, ci-dessous, présente le temps attribué aux différentes composantes de chacun des volets.

**Tableau 13 : Résumé de la structure et du temps consacré aux différents volets**

Volet A	Temps (minutes)	Volet B	Temps (minutes)	Volet C	Temps (minutes)
Salutation et présentation du déroulement de séance	2	Salutation et présentation du déroulement de séance	2	Salutation et installation	2
Retour sur les règles	3	Retour sur les règles	2	Présentation des règles	3
Retour sur le contenu	5	Retour sur le contenu	5	Présentation du projet et des étapes à réaliser	3
Période de discussions	15	Explication des jeux de rôles	2	Retour sur ce qui a été réalisé (sauf lors du C1)	2
Démonstrations et retour	10	Jeux de rôles et retour	24	Remue-méninges	20
Dilemme moral	15	Dilemme moral	15	Réalisation du projet	50
Rétroaction	5	Rétroaction	5	Rétroaction et rangement	10
Explication et distribution du devoir et de la fiche résumée	3	Vérification des devoirs	3		
Récompenses	2	Récompenses	2		

**Les moyens de mise en relation. Stratégies de gestion des apprentissages.** Dans ce programme d'intervention, différents moyens de mise en relation sont utilisés pour favoriser l'apprentissage et l'intégration des acquis chez les participants. Les discussions constituent la première stratégie utilisée. Elles permettent principalement la transmission du contenu. Comme deuxième moyen, l'animatrice fait usage de la transmission verbale. Elle l'utilise, notamment, pour compléter l'information fournie lors des discussions, pour expliquer les différentes habiletés présentées et pour

discuter avec les participants de l'utilité de ces habiletés au quotidien. Donc, la transmission verbale prend la forme d'enseignement. Afin de rendre le tout plus concret, un soutien visuel est utilisé. L'animatrice fait usage de modelage comme troisième moyen en jouant différentes mises en situation (des démonstrations) avec le co-animateur, lors des différentes séances du premier volet. Or, cela permet de reprendre le contenu des diverses rencontres et de montrer son application. Comme quatrième stratégie, elle fait usage du renforcement afin de favoriser le maintien des bons comportements et encourager la généralisation des acquis. L'accomplissement de différents jeux de rôles en groupe, de plusieurs dilemmes moraux et d'une activité artistique constitue le cinquième moyen. Plus spécifiquement, ces moyens ludiques permettent à l'ensemble des sujets d'être actifs dans leurs apprentissages et donc d'expérimenter le contenu diffusé. En plus de cela, les dilemmes moraux et les remue-méninges vont donner l'opportunité aux animateurs d'évaluer les participants quant à leurs capacités d'affirmation. La rétroaction est le sixième moyen utilisé. Celle-ci donne l'occasion de refaire un retour sur ce qui a été vu, de refléter certaines situations, d'évaluer le niveau d'appréciation et le niveau de participation pour davantage favoriser l'intégration des acquis. Finalement, au besoin, des rencontres en individuel sont proposées à l'ensemble des participants.

**Stratégies de transfert et de généralisation.** La première stratégie utilisée est les jeux de rôles qui demandent aux participants d'appliquer le contenu. Or, cela risque de favoriser, par la suite, l'usage de ceux-ci dans le quotidien des participants à l'unité ou lorsqu'ils seront de retour dans leur milieu de vie. Dans la même lignée, la réalisation d'une activité artistique avec l'ensemble des adolescents de l'unité donne aussi l'occasion aux sujets cibles d'appliquer les stratégies pour ainsi permettre la généralisation des acquis. La deuxième stratégie est les fiches résumées qui reprennent le contenu de chaque séance. Or, les participants pourront s'y référer de manière à appliquer plus facilement le contenu, lorsqu'ils sont à l'unité ou lorsqu'ils seront de retour dans leur milieu de vie. Le troisième moyen pour favoriser le transfert est les différentes formes de renforcement. Effectivement, ceux-ci risquent de les amener à poursuivre l'adoption ou le maintien des comportements souhaités afin de reproduire la situation agréable. Comme quatrième stratégie, l'animatrice fait usage de reflet individuel dans le but de favoriser les prises de conscience chez les différents participants. En plus de cela, au besoin, l'animatrice principale peut prendre un moment avec certains des participants pour faire un retour quant à leur attitude ou reprendre du contenu manqué ou non saisi, sous forme de rencontre individuelle. Finalement, les devoirs permettent de généraliser les acquis. En effet, ceux-ci permettent aux participants de rapporter chaque semaine une situation où ils ont dû appliquer le contenu.

**Le code et les procédures.** L'activité de groupe prend vie dans un milieu hospitalier, il est donc primordial que les participants suivent le code de vie déjà établi dans ces lieux. Plus spécifiquement à l'activité, ils doivent respecter les autres, soi-même et l'environnement. Cela implique, plus

concrètement, qu'ils doivent écouter l'interlocuteur. De plus, il est nécessaire de lever la main pour parler et attendre d'avoir le tour de parole. Selon l'activité, cette règle ne s'applique pas toujours. Cependant, il faut tout de même que ceux-ci maintiennent un niveau de voix raisonnable. Aussi, les commentaires négatifs sur les autres et les moqueries ne sont pas tolérés. Il est également important qu'ils utilisent un bon vocabulaire, qu'ils fassent preuve d'ouverture et qu'ils fassent attention aux matériels. Puis, les participants doivent s'engager à garder pour eux ce qui est livré par les autres personnes, lors des différentes rencontres pour maintenir la confidentialité et une confiance au sein du groupe. Pour le premier et deuxième volet, pour s'assurer que les participants gardent en tête les règles, celles-ci sont affichées sur le tableau. De plus, elles sont reprises, à chaque début de séances. Au besoin, des rappels peuvent également se faire, pendant les différentes rencontres. Afin d'assurer l'application du code, les participants sont renforcés pour leurs bons comportements. Lorsqu'un sujet ne respecte pas les règles, l'un des animateurs lui reflète la situation. Si la personne maintient le comportement perturbateur, celui-ci a un avertissement et au deuxième avertissement, il est retiré de l'activité. Un retour est ensuite effectué avec le participant en question. Pour le troisième volet, étant donné qu'il s'adresse à l'ensemble des patients de l'unité et pour que cela reste moins directif, les règles des deux premiers volets ne sont pas autant mises de l'avant. Néanmoins, avant chaque rencontre, les attentes sont présentées et, au besoin, des rappels peuvent être effectués.

**Les systèmes de responsabilités.** Les participants ont, tout d'abord, comme responsabilité de participer activement aux activités et de respecter le code et les procédures. Ensuite, ils ont la responsabilité de compléter leurs devoirs. Advenant que ceux-ci n'effectuent pas leurs devoirs, un temps de rattrapage peut leur être accordé, lors des présences de l'étudiante stagiaire. Ils doivent également se présenter à toutes les séances sauf sous exceptions (p.ex. un rendez-vous prévu avec leur psychiatre). Parfois, ceux-ci peuvent être convoqués à des rencontres individuelles, donc ils ont aussi le devoir d'y assister. Quant à l'animatrice principale, elle a plusieurs responsabilités à assumer. D'abord, elle doit prendre connaissance du contenu pour chacune des séances et bien le maîtriser. Ensuite, elle doit préparer l'ensemble du matériel. De plus, avant chaque séance, cette dernière doit aménager le local et communiquer avec son co-animateur pour lui informer du déroulement de la rencontre, compte tenu du fait que celui-ci varie d'une séance à l'autre et que l'animateur peut aussi changer. Il est également très important qu'elle lui présente le contenu et qu'elle s'assure que celui-ci soit bien compris par l'autre intervenant. De plus, lors des rencontres, elle doit s'occuper de l'animation des séances, de la gestion des comportements, de la distribution des documentations, de la vérification des devoirs, du rangement du local, etc. Pareillement, l'étudiante stagiaire a l'obligation d'assurer une communication quotidienne avec l'équipe pour prendre connaissance des progrès des participants. Dans la même lignée, après chaque séance, elle a la responsabilité de communiquer avec son accompagnatrice et/ou co-animateur afin d'avoir leur rétroaction. Pour ce qui est de l'équipe, les



membres de celle-ci doivent aider au recrutement et partager leurs observations par rapport aux participants. Finalement, les différents co-animateurs doivent aider à animer les rencontres et à évaluer les effets du programme et fournir une rétroaction, à la fin de chaque séance à l'étudiante stagiaire.

**Le système de reconnaissance.** Dans la littérature, il a été démontré que la clientèle ciblée croit habituellement moins en ses capacités au plan social et cela se voit concrétiser par les pensées entretenues. Il est donc primordial de renforcer les sujets afin d'augmenter leur sentiment de compétence (Rubin, Bukowski & Laursen, 2011). Or, pour y arriver, il faut diversifier les stratégies de renforcement et augmenter la fréquence. De ce fait, le premier renforcement utilisé est le renforcement verbal. Il est plus particulièrement exploité, lorsque les sujets participent activement aux différentes activités, respectent le code et les procédures et utilisent les stratégies ou techniques enseignées. Lors de l'activité en grand groupe, c'est uniquement ce type de renforcement qui est utilisé pour l'ensemble du groupe. Dans le quotidien à l'unité, l'animatrice principale peut aussi en faire usage, auprès des différents participants. Également, à la fin de chaque rencontre, lorsqu'ils respectent le code et les procédures, ils ont la possibilité de choisir une récompense dans la « boîte à surprises ». D'ailleurs, ce type de renforcement est utilisé, lorsque les participants complètent leurs devoirs. Finalement, comme indiqué précédemment, les sujets ciblés reçoivent un diplôme pour souligner leur participation au programme, au cours de la troisième semaine d'intervention.

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

#### **Composantes retenues**

L'évaluation de la mise en œuvre consiste à évaluer l'ensemble du programme pour noter les réalisations, les conditions d'intervention et les obstacles afin de cibler les éléments qui ont pu jouer un rôle modérateur sur l'effet du programme de manière à influencer sa réussite. Cela nous permet donc de savoir si les résultats obtenus se rapportent ou non au programme (Vitaro & Gagnon, 2003). Dans le cas de ce présent programme, cinq éléments de la mise en œuvre sont évalués : la conformité, l'exposition, la qualité de la participation, la satisfaction des participants et le débordement. Plus précisément, la conformité permet de voir si le contenu de chaque séance a été implanté selon la planification établie initialement. Or, cela permet de constater le niveau de fidélité par rapport à ce qui a été déterminé, au départ. Quant à l'exposition, elle consiste à vérifier le contenu et les activités dont chaque participant a assisté et la durée des activités et des séances dont ils ont été exposés. En évaluant l'exposition, il est possible, par la suite, de comparer le degré d'exposition obtenu à celui qui était planifié au départ et ainsi estimer l'effet sur les résultats. Pour ce qui est de la qualité de la participation, elle se rapporte au nombre de comportements perturbateurs et au nombre de comportements axés sur la tâche présentée par les sujets. La manifestation de ces comportements est importante à apprécier, puisque cela va influencer les acquis réalisés par les participants. Pour ce qui

a trait à la satisfaction des participants, elle influence, notamment, les probabilités que les participants se réfèrent aux contenus, à plus long terme. Or, il y a plus de chance qu'il ait généralisation des acquis si les sujets estiment l'intervention comme pertinente. Donc, cet aspect de la mise en œuvre a aussi un impact sur les résultats du programme. Finalement, le débordement se rapporte aux autres interventions reçues par les participants. Il est important d'en tenir compte, car les résultats peuvent être entièrement dus ou en partie dus, aux autres interventions. De plus, cela peut produire un effet exponentiel. Par exemple, chez un jeune anxieux la prise de médication peut, entre autres, faire en sorte qu'il ait une diminution des pensées anxiogènes pour ainsi rendre la personne plus disponible de façon à probablement influencer positivement les résultats (Turgeon, 2012).

### **Outils et procédure**

Tout d'abord, un journal de bord a été développé par l'animatrice principale pour s'assurer de la conformité (voir annexe VI). Plus concrètement, il donne accès aux thématiques abordées, au contenu traité et aux activités réalisées (et aux moyens utilisés). En plus de cela, cet outil permet d'attribuer une cotation à chacune des activités prévues dans une séance (soit la mention complétée, partiellement complétée, non complétée). Aussi, ce dernier donne l'occasion de savoir comment s'est déroulée chaque séance (déroulement) et la durée de celle-ci et des différentes activités planifiées. L'exposition est aussi compilée dans ce même journal de bord. À ce niveau, celui-ci permet, plus spécifiquement, de prendre connaissance du nombre de rencontres réalisées au total. Cet outil donne également l'occasion de savoir le nombre de rencontres, dont chacun des participants a assisté au cours des trois volets, des devoirs réalisés et des rencontres individuelles accordées à chacun des sujets. Ce journal de bord est complété par l'animatrice principale et cela pour l'ensemble des rencontres.

Ensuite, à la fin de chacune des séances, l'animatrice principale compte demander à tous les participants de qualité verbalement leur participation. Aussi, cet aspect de la mise en œuvre est évalué à l'aide d'un questionnaire maison composé de deux questions à cinq points d'ancrage (voir annexe VII). Plus concrètement, après chacune des neuf rencontres, l'animatrice et le co-animateur évaluent pour chacun des participants leur niveau d'engagement pour l'ensemble de la séance et leur niveau de respect du code et des procédures. Plus concrètement, pour le premier construit, à la fin de chacune des séances, ils doivent pour tous les participants indiquer s'ils ont été complètement non axés sur la tâche (0), peu axés sur la tâche (1), occasionnellement axés sur la tâche (2), fréquemment axés sur la tâche (3) ou complètement axés sur la tâche (4). Pour ce qui est du deuxième construit, les animateurs doivent spécifier pour tous les participants s'ils n'ont aucunement respecté le code et les procédures (0), s'ils ont peu respecté le code et les procédures (1), s'ils ont respecté occasionnellement le code et les procédures (2), s'ils ont presque toujours respecté le code et les procédures (3) et s'ils ont toujours respecté le code et les procédures (4). Un accord inter-juges pour les résultats à ces

questions a été réalisé avec un autre intervenant du milieu, soit avec le co-animateur, pour l'ensemble des rencontres et pour l'ensemble des participants. Le second évaluateur s'est avéré être le même sauf lors de deux rencontres. Ainsi, au total il y a eu trois différents évaluateurs. L'accord inter-juges réalisé rapporte une forte correspondance, ce qui est excellent pour un outil maison. En effet, en faisant usage du Rho de Spearman, les corrélations inter-juges pour la question mesurant les comportements perturbateurs révèlent un coefficient d'un, ce qui correspond à un accord parfait. Pour ce qui est de la question se rapportant à l'implication des participants, le résultat est de 0,90. Il existe donc très peu de différence entre les deux observateurs, même si le second évaluateur a parfois varié.

Quant à la satisfaction des participants, celle-ci est, tout d'abord, mesurée par l'entremise d'une entrevue semi-structurée dont les questions sont déjà préétablies (voir annexe VIII). Plus particulièrement, cette entrevue est composée de deux questions à échelle (variant de 1 à 4) qui permettent de connaître le niveau d'appréciation et le degré d'utilité général du programme. Cette entrevue est aussi composée de six questions ouvertes qui donnent, entre autres, l'occasion de noter les points positifs et négatifs du programme selon chaque participant et les stratégies qu'ils ont appréciées et moins appréciée. De plus, celle-ci permet de connaître les besoins non répondus par le programme et de recueillir leurs commentaires. L'entrevue est effectuée auprès de tous les participants, idéalement dans la semaine qui suit la fin du programme d'intervention. Advenant que certains sujets aient déjà quitté le milieu, l'entrevue peut être réalisée par téléphone. Lors de cette entrevue, il est important de retranscrire le plus fidèlement possible ce qui est rapporté par les sujets, voir même noter leurs verbatims. Ensuite, pour l'ensemble des participants à la fin des rencontres du volet théorique et pratique, ils doivent indiquer par un son, un geste ou un mot leur niveau d'appréciation générale de la séance. De cette façon, il est possible de faire des ajustements au fur et à mesure des rencontres. Finalement, pour connaître le débordement, l'animatrice principale va effectuer une entrevue semi-structurée auprès des participations, à la fin du programme (voir annexe VIII). Cette dernière est composée de trois questions ouvertes (comportant également des sous-questions) qui permettent d'en savoir davantage sur les services psychosociaux et pharmacologiques reçus. Elle donne, notamment, l'occasion de savoir s'ils prennent des médicaments et leur utilité et s'ils ont participé à d'autres suivis ou à d'autres activités cliniques à l'interne ou à l'externe. Pour compléter l'information, de la consultation de dossier peut être faite. Un tableau résumé (voir tableau 14) reprend chacune des composantes présentées ci-haut.

Tableau 14 : Évaluation de la mise en œuvre

Composantes	Instruments de mesure (sources d'évaluation)	Variables dérivées	Temps de mesure <sup>1</sup>
Conformité	Journal de bord <i>Animatrice</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contenu abordé (respect des thèmes, des activités et des moyens d'intervention ciblés);</li> <li>Description de la structure des rencontres et du programme;</li> <li>Durée des différentes activités planifiées et des séances.</li> </ul>	TA1, TB1, TC1, TA2, TB2, TC2, TA3, TB3, TC3
Exposition	Journal de bord <i>Animatrice</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de séances réalisées;</li> <li>Nombre de séances dont chacun des participants a assisté;</li> <li>Nombre de devoirs réalisés et nombre de rencontres individuelles réalisées.</li> </ul>	TA1, TB1, TC1, TA2, TB2, TC2, TA3, TB3, TC3
Qualité de la participation	Échelle maison (2 questions) <i>Animatrice et co-animateur</i>	<p><u>Pour chaque participant, spécifiez :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>À quel point le participant était engagé pour l'ensemble de la séance et à quel point le participant a respecté le code et les procédures.</li> </ul>	TA1, TB1, TC1, TA2, TB2, TC2, TA3, TB3, TC3
	Entrevue structurée (1 question) <i>Participants</i>	<p><u>À la fin des séances du volet A et B, chaque participant doit évaluer verbalement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>À quel point il a participé pour l'ensemble de la séance.</li> </ul>	TA1, TB1, TA2, TB2, TA3 et TB3
Satisfaction des participants	Entrevue semi-structurée en individuel (2 questions à échelle et 6 questions ouvertes) <i>Participants</i>	<p><u>Pour l'ensemble des participants, en individuel évaluer :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>s'ils ont aimé le programme (niveau d'appréciation général);</li> <li>les points positifs et négatifs du programme;</li> <li>les stratégies qu'ils ont appréciées et qu'ils ont moins appréciées;</li> <li>les besoins non répondus et commentaires;</li> <li>s'ils perçoivent le programme comme utile en général.</li> </ul>	T10 ou T11
	Entrevue structurée (1 question) <i>Participants</i>	<p><u>À la fin des séances du volet A et B, chaque participant doit évaluer :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Par un son, un geste ou un mot leur niveau d'appréciation générale de la séance.</li> </ul>	TA1, TB1, TA2, TB2, TA3 et TB3
Débordement	Entrevue semi-structurée avec les sujets et/ou par de la consultation de dossier (3 questions avec des sous-questions) <i>Animatrice</i>	<p><u>Pour l'ensemble des participants noter :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>lorsqu'il y a une prise de médication;</li> <li>les suivis en cours;</li> <li>la participation à d'autres activités cliniques du milieu (thème et date de commencement et de complétion).</li> </ul>	T10 (ou T11)

Note <sup>1</sup> Pré-test : T0; Implantation de l'intervention : TA1, TB1, TC1, TA2, TB2, TC2, TA3, TB3 ET TC3 et Post-test T10 (ou T11)

## Évaluation des effets

### Devis

Dans le but d'évaluer le niveau d'atteinte des objectifs, un protocole à cas unique a été choisi. Ce choix repose sur le fait que le programme s'adresse à un groupe de quelques jeunes, ainsi, considérant ce nombre restreint de participants, il n'est pas possible d'avoir un protocole expérimental. Malgré tout, ce devis reste fort intéressant, puisqu'il permet de comparer le participant à lui-même et ainsi voir son évolution, au cours de l'intervention. Plus spécifiquement, deux types de protocoles ont été sélectionnés afin d'évaluer l'ensemble des objectifs. Effectivement, un protocole à séries temporelles sans pré-test et post-test a été choisi pour évaluer le premier objectif général et ses objectifs spécifiques. Plus concrètement, des prises de mesures sont effectuées de façon répétée et continue dans le temps pour l'ensemble des participants et cela pour chacune des séances. Par contre, il n'est pas possible d'établir un niveau de base, avant l'intervention, ni de recueillir de données, après la complétion du programme auprès des participants pour évaluer le maintien des résultats, compte tenu du fait que la durée des séjours est habituellement de courte durée, ce qui laisse peu de temps pour effectuer l'ensemble du processus. Pour le reste des objectifs généraux (du deuxième au cinquième objectif général), ceux-ci sont évalués en pré-test et en post-test. Ce type de protocole consiste à mesurer, à l'aide d'un outil d'évaluation, les construits avant que le programme soit amorcé et après que celui-ci soit complété. En procédant de cette façon, il est possible de constater s'il y a eu une amélioration, une détérioration ou une stabilité à travers le temps. Malgré le fait que ces deux types de protocoles ne sont pas optimaux. Ceux-ci sont préférables à une étude de cas.

### Composantes retenues

Ce projet vise l'évaluation, dans un premier temps, des capacités d'affirmation, de la propension à s'affirmer et du sentiment de compétences sociales dans différents contextes d'interaction avec les pairs. Au niveau des capacités d'affirmation, l'animatrice principale et son co-animateur évaluent celles-ci par l'entremise de trois comportements soit les interactions verbales, le fait de dire son opinion sans être sollicité par une tierce personne et le fait de poser des questions. Plus particulièrement, les participants sont évalués à des moments spécifiques des séances, soit lors des dilemmes moraux du volet A et du volet B et lors du remue-méninge du volet C. De cette façon, il est possible d'avoir pour chacun des participants neuf points de mesure. Pour ce qui est de la propension à l'affirmation, en situation de désaccord et de confrontation et du sentiment de compétences sociales, lors de situation de victimisation et de conflits, ceux-ci sont évalués par le biais d'un questionnaire maison. La prise de mesure se fait avant le commencement du programme, lors d'une pré-rencontre et après que le programme soit complété, lors d'une post-rencontre, en individuel, avec l'ensemble des participants. Dans un deuxième temps, la présence de comportements d'évitement et l'intensité de l'anxiété sociale lors de différents contextes d'interaction avec les pairs sont également évaluées. En effet, même si le

programme ne s'adresse pas uniquement ou spécifiquement aux personnes vivant avec cette problématique, son évaluation permet de savoir comment les participants se sentent en situations sociales. De ce fait, si le programme est efficace, les participants devraient se sentir plus à l'aise en situation sociale et ainsi présenter moins de comportements d'évitement et moins d'inquiétudes par rapport aux contextes sociaux. Ces deux derniers objectifs généraux sont aussi appréciés en pré-test et en post-test. Finalement, les objectifs distaux qui visent à améliorer la perception des participants quant à la qualité de leurs relations interpersonnelles et à augmenter leur estime personnelle sont évalués en pré-test et post-test.

### **Outils et procédure**

Tout d'abord, au niveau des capacités d'affirmation, les objectifs spécifiques consistent à augmenter le nombre de fois que les participants sont impliqués verbalement, dit leur opinion, lorsqu'ils ne sont pas sollicités par une tierce personne et posent une question. Ces objectifs sont évalués à l'aide d'un questionnaire maison qui est rempli par l'animatrice et le co-animateur (voir annexe IX). Le questionnaire permet, d'abord, de mesurer à quel point chacun des participants a été impliqué verbalement et a posé des questions, lors des dilemmes moraux du volet A et B et lors des remue-ménages du volet C. Ces deux comportements sont évalués par l'entremise d'une question sous forme d'échelle à quatre points dont l'élément 0 signifie « aucune fois », 1 signifie « rarement », 2 signifie « un peu » et 3 signifie « beaucoup ». Cet outil d'évaluation donne aussi la possibilité aux animateurs d'apprécier à quel point chacun des participants a dit son opinion de façon proactive, lors des dilemmes moraux du volet A et B et lors des remue-ménages du volet C. Cet élément est, plus concrètement, mesuré par le biais d'une question sous forme d'échelle qui se divise en quatre points. Il y a 0 qui signifie « en aucun temps », 1 qui signifie « une à deux reprises », 2 qui signifie « trois à quatre reprises » et 3 qui signifie « à plusieurs reprises ». Le fait de remplir plusieurs fois dans le temps ce questionnaire va permettre de savoir s'il y a eu une augmentation, diminution ou maintien des comportements souhaités.

Un accord inter-juges a été réalisé pour toutes les questions avec un autre intervenant du milieu, soit avec le co-animateur, pour l'ensemble des rencontres et pour l'ensemble des participants. Le second évaluateur s'est avéré être le même sauf lors de deux rencontres, ainsi, au total il y a eu trois évaluateurs différents. Cet accord inter-juges s'est avéré bon, ce qui est très appréciable pour un outil maison. Effectivement, en faisant usage du Rho de Spearman, les corrélations d'inter-juges des questions se rapportant au nombre d'implications verbales, au nombre d'opinions proactives données et au nombre de questions posées sont respectivement de 0,99, 0,94 et 0,70. De ce fait, la question sur le nombre d'implications verbales détiendrait la meilleure fidélité inter-juges, tandis que la question mesurant le nombre de questions posées aurait la moins bonne fidélité inter-juges. Malgré tout, dans

l'ensemble, il existe peu de différence entre les deux observateurs à ce niveau, et ce même si celui-ci change parfois.

Ensuite, la propension à s'affirmer et le sentiment de compétences sociales des participants lors de différents contextes d'interactions avec les pairs, notamment, en situation de conflit, de provocation, d'agression et de discussion de groupe ou en individuel sont évalués à l'aide d'un questionnaire maison (voir annexe X section A et section B). Plus concrètement, pour apprécier le deuxième objectif général, douze items ont été mis au point. Quant à l'évaluation du troisième objectif général, celle-ci se fait par l'entremise de onze énoncés. Pour l'ensemble de ces descriptions, les différents participants doivent eux-mêmes indiquer à quel point chacune d'elles correspond à leur situation, au cours des dernières semaines. C'est par le biais d'une question sous forme d'échelle à six points qu'ils répondent aux différentes questions. Les diverses possibilités de cotations sont les suivantes : la cote 0 qui signifie « tout à fait faux », 1 signifie « plutôt faux », 2 signifie « un peu faux », 3 signifie « un peu vrai », 4 signifie « plutôt vrai » et 5 qui signifie « tout à fait vrai ». Le questionnaire maison est rempli avant que les participants commencent le programme (T0) et dans la semaine qui suit la fin de ce dernier (T10). Cependant, advenant que certains quittent le milieu rapidement ou avant la fin des neuf séances, la passation du questionnaire peut se faire par téléphone (T11). Il est important de spécifier qu'aucun questionnaire n'a servi d'inspiration ou n'a été adapté dans l'élaboration des questions pour ces deux sections.

Les objectifs se rapportant à la diminution de la fréquence de comportements d'évitement et à la diminution de l'intensité de l'anxiété sociale, lors de différents contextes d'interaction avec les pairs sont également mesurés et consignés dans ce même questionnaire maison. Au niveau de l'évaluation de l'anxiété sociale, celle-ci est évaluée par l'entremise d'une traduction et d'une adaptation du questionnaire le *Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A)* (La Greca, 1998) (voir annexe X section C). Une traduction et une adaptation ont été nécessaires pour alléger l'évaluation. Ainsi, uniquement cinq des vingt-deux items ont été retenus. De plus, les items sélectionnés ont été modifiés afin de les contextualiser aux conditions de l'intervention. Aussi, l'échelle de mesure a été adaptée pour l'uniformiser avec celle des autres sections qui la précède. Donc, pour chacune de ces cinq descriptions, l'adolescent doit indiquer à quel point chacune d'elles correspond à sa situation, au cours des dernières semaines. Comme cela a été le cas pour les deux premières parties du questionnaire maison, c'est par l'entremise d'une échelle à six points qu'ils répondent aux énoncés dont la cotation reste inchangée. Pour ce qui a trait à l'évaluation des comportements d'évitement en situations sociales, ceux-ci sont appréciés par l'entremise de *The Social Phobia Inventory Self Test (SPIN)* (Connor et al., 2000) (voir annexe X section D). Le test étant uniquement disponible en anglais, une traduction maison a été effectuée. Ce questionnaire est habituellement composé de 17 items. Ce sont ceux se rapportant à

l'évitement social (pour un total de cinq items) qui ont été sélectionnés et relatés dans ce questionnaire maison. L'échelle de mesure utilisée pour évaluer chacun des items ne correspond pas à celle du questionnaire original, dans un souci d'uniformiser les différentes sections. De ce fait, la procédure et la cotation sont les mêmes que pour les sections antérieures.

Finalement, même si ces objectifs sont des objectifs distaux, l'estime personnelle et la perception de qualité des relations sont aussi appréciées. Pour ce qui est de l'évaluation de l'estime personnelle des participants, celle-ci est mesurée par l'entremise de *l'Échelle d'estime de soi de Rosenberg* (1965), traduite par Vallières & Vallerand, en 1990 (voir annexe XI). Cet outil de mesure comporte dix items, soit six items formulés positivement (items 1, 2, 3, 6, 7 et 9) et quatre items formulés négativement (items 4, 5, 8 et 10). Ce dernier est plus spécifiquement rempli par les jeunes, au début (T0) et à la fin du programme (T10) ou par téléphone advenant qu'un participant ait déjà quitté le milieu au moment de la post-rencontre (T11). Plus concrètement, ce questionnaire permet aux différents répondants d'indiquer son accord par rapport aux différents items par le biais d'une échelle à quatre points qui est composée de 1 qui signifie « tout à fait en désaccord », 2 qui signifie « plutôt en désaccord », 3 qui signifie « plutôt en accord » et 4 qui signifie « tout à fait en accord ». Ainsi, cette échelle nous permet d'avoir une idée générale quant à l'estime personnelle des participants. Au niveau de la perception de la qualité des relations, celle-ci est mesurée par l'entremise de *l'Échelle de la qualité des relations interpersonnelles* (Senécal, Vallerand & Vallières, 1992) (voir annexe XII). Tout comme pour l'évaluation de l'estime personnelle, une première prise de mesures est effectuée avant le commencement du programme (T0) et une deuxième, lorsque celui-ci est complété en personne (T10) ou par téléphone, au besoin (T11). Ce questionnaire auto-rapporté permet de mesurer la qualité des relations interpersonnelles des personnes vis-à-vis leur famille, leur partenaire amoureux, leurs amis, leurs pairs et les personnes en général. Pour chacune des questions, il y a quatre énoncées, il y a donc 20 items au total. Pour chacun des items, ceux-ci doivent compléter une échelle qui se divise en cinq points soit 0 qui signifie « pas du tout », 1 qui indique « un peu », 2 qui représente « modérément », 3 qui signifie « beaucoup » et 4 indique « extrêmement ». De cette façon, tous les participants précisent à quel point chacune de ces relations est harmonieuse, satisfaisante, valorisante et inspire la confiance. Des tableaux résumés (voir tableau 15 à 19) reprennent chacune des composantes présentées ci-haut.



Tableau 15 : Évaluation des effets

Objectifs et construits	Instruments de mesure (sources d'évaluation)	Variables dérivées (nombre d'items)	Temps de mesure <sup>1</sup>	Nature des mesures	Caractéristiques psychométriques	Cibles de l'évaluation
Améliorer les capacités d'affirmation des participants	Questionnaire Maison  <i>Complétée par animatrice et co-animateur</i>	Les capacités d'affirmation, lors de différents contextes sociaux, plus spécifiquement, au cours des dilemmes moraux et des remue-méninges.  Le questionnaire est composé de 3 items. Ceux-ci permettent, plus spécifiquement, de connaître, à quel point : - ils ont été impliqués verbalement; - ils ont dit leur opinion de façon proactive; -ils ont posé des questions.	TA1, TB1, TC1, TA2, TB2, TC2, TA3, TB3 & TC3	Pour chacun des participants, lors de différents contextes sociaux prédéterminés, il faut indiquer à quel point ils ont été impliqués verbalement et ils ont posé des questions. Ces comportements sont mesurés par l'entremise de questions sous forme d'échelle à 4 points. L'échelle en question est composée des éléments suivants : 0= à aucune reprise; 1= rarement (1 à 2 reprises); 2= un peu (3 à 4 reprises); 3= beaucoup (à plusieurs reprises).  Cet outil mesure aussi à quel point ils ont dit leur opinion de façon proactive. Ces comportements sont évalués par l'entremise de questions sous forme d'une échelle à 4 points : 0= en aucun temps; 1= une ou deux reprises; 2= trois à quatre reprises; 3= à plusieurs reprises.	Non disponibles	Sujets-cibles

Note : <sup>1</sup> Pré-test : T0; Implantation de l'intervention : TA1, TB1, TC1, TA2, TB2, TC2, TA3, TB3 ET TC3 et Post-test : T10 (ou T11)

Tableau 16 : Évaluation des effets

Objectifs et construits	Instruments de mesure (sources d'évaluation)	Variabiles dérivées (nombre d'items)	Temps de mesure <sup>1</sup>	Nature des mesures	Caractéristiques psychométriques	Cibles de l'évaluation
<b>Augmenter la propension à s'affirmer dans différents contextes d'interaction avec les pairs</b>	Questionnaire Maison  <i>Complété par les sujets</i>	La propension à s'affirmer dans différents contextes d'interaction avec les pairs (lors de situations de conflits, de provocations, d'agressions et de discussions en groupe ou en individuel (deux par deux)).  La section A du questionnaire maison se rapporte à cette variable dont l'évaluation se fait par l'entremise de 12 questions.	T0 et T10 ou T11 (suivi par téléphone)	Le répondant doit indiquer pour chacune des descriptions, à quel point chacune correspond à leur situation, au cours des dernières semaines. Pour y arriver, les participants doivent compléter pour chacun des énoncés une échelle de Likert. Celles-ci se divisent en six points : 0= tout à fait faux; 1= plutôt faux; 2= un peu faux; 3= un peu vrai; 4= plutôt vrai; 5= tout à fait vrai.	Non disponibles	Sujets-cibles
<b>Améliorer le sentiment de compétence sociale des participants</b>	Questionnaire Maison  <i>Complété par les sujets</i>	Le sentiment de compétences sociales dans différents contextes d'interaction avec les pairs (lors de situations de conflits, de provocations, d'agressions et de discussions en groupe ou en individuel).  La section B du questionnaire maison se rapporte à cette variable. Cette dernière est mesurée à l'aide de 11 items.	T0 et T10 ou T11 (suivi par téléphone)	Le répondant doit indiquer pour chacune des descriptions, à quel point elles correspondent à leur situation, au cours des dernières semaines. L'évaluation se fait, plus précisément, à l'aide d'une échelle à six points d'ancrage : 0= tout à fait faux; 1= plutôt faux; 2= un peu faux; 3= un peu vrai; 4= plutôt vrai; 5= tout à fait vrai	Non disponibles	Sujets-cibles

Note <sup>1</sup> - Prè-test : T0; Implantation de l'intervention : TA1, TB1, TC1, TA2, TB2, TC2, TA3, TB3 ET TC3 et Post-test : T10 ou T11

Tableau 17 : Évaluation des effets

Objectifs et construits	Instrument de mesure (source d'évaluation)	Variabiles dérivées (nombre d'items)	Temps de mesure <sup>1</sup>	Nature des mesures	Caractéristiques psychométriques	Cibles de l'évaluation
Diminuer l'intensité de l'anxiété sociale, lors de différents contextes sociaux avec les pairs	Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A) (La Greca, 1998)  <i>Adaptation et traduction maison</i>  <i>Complété par les sujets</i>	L'anxiété ou phobie sociale (Sélection et adaptation de 5 items sur 22 items du questionnaire original). Items sélectionnés : -Je deviens nerveux (se), lorsque je rencontre de nouvelles personnes; -J'ai peur d'inviter d'autres jeunes à faire des choses avec moi parce qu'ils pourraient refuser; -Je m'inquiète de ce que les autres disent de moi; -Je parle uniquement aux gens que je connais très bien; - Je me sens timide à proximité de personne que je ne connais pas.	T0 & T10 ou T11 (par téléphone)	Le répondant doit indiquer, pour chacune des descriptions, à quel point elles correspondent à leur situation, au cours des dernières semaines. Chacune d'elles est répondue par l'entremise d'une échelle à six points qui sont les suivants : 0= tout à fait faux; 1= plutôt faux; 2= un peu faux; 3= un peu vrai; 4= plutôt vrai; 5= tout à fait vrai	Il rapporté de bonnes cohérences internes qui se situent de 0,76 à 0,91. La fiabilité test-retest varie de 0,54 à 0,78 pour un intervalle de 2 mois et de 0,47 à 0,75 pour un intervalle de 6 mois. L'analyse factorielle de la SAS-A a confirmé une structure à trois facteurs.  (Propriétés psychométriques de la version originale)	Sujets-cibles
Diminuer la fréquence de comportements d'évitement en situations sociales avec les pairs	L'inventaire de la phobie sociale (SPIN) (Connor et al., 2000)  <i>Adaptation et traduction maison</i>  <i>Complété par les sujets</i>	Comportements d'évitement (sélection de 5 items sur 17 items du questionnaire original). Items sélectionnés : -J'évite d'avoir à faire des discours; -J'évite de parler à des gens que je ne connais pas; -J'évite de faire des choses ou de parler aux gens par peur de l'embarras; -J'évite d'aller à des fêtes; -J'évite les activités dans lesquelles je suis le centre de l'attention.	T0 & T10 ou T11 (par téléphone)	Le répondant doit indiquer, pour chacune des descriptions, à quel point elles correspondent à leur situation, au cours des dernières semaines. Chacune d'elles est répondue par l'entremise d'une échelle à six points qui sont les suivants 0= tout à fait faux; 1= plutôt faux; 2= un peu faux; 3= un peu vrai; 4= plutôt vrai; 5= tout à fait vrai.	Ce questionnaire à une bonne fidélité test-retest (résultat de 0,89). Il a aussi une bonne cohérence interne. Le coefficient pour les groupes expérimentaux variait entre 0,87 et 0,94 et il varie entre 0,82 et 0,90 pour les groupes contrôles. Il a une bonne validité divergente et convergente. En comparant les scores à grande échelle, un coefficient de corrélation hautement significative a été obtenu ( $r = 0,57$ ). Il a été sensible au changement (Connor et al., 2000).  (Propriétés psychométriques de la version originale)	Sujets-cibles

Note : <sup>1</sup> Pré-test : T0; Implantation de l'intervention : TA1, TB1, TC1, TA2, TB2, TC2, TA3, TB3 ET TC3 et Post-test : T10 ou T11

Tableau 18 : Évaluation des effets

Objectifs et construits	Instrument de mesure (source d'évaluation)	Variabes dérivées (nombre d'items)	Temps de mesure <sup>1</sup>	Nature des mesures	Caractéristiques psychométriques	Cibles de l'évaluation
Augmentation de l'estime personnelle (Objectif distal)	Échelle d'estime de soi (ÉES-10) (Rosenberg, 1965) Traduit par Vallières & Vallerand, 1990  <i>Complété par les sujets</i>	Perception de soi (10 items)	T0 & T10 ou T11 (suivi téléphonique)	Le répondant indique pour l'ensemble des dix énoncés son niveau d'accord par le biais d'une échelle à 4 points dont les cotations sont les suivantes : 1= tout à fait en désaccord; 2= plutôt en désaccord; 3= plutôt en accord; 4= tout à fait en accord.	Le coefficient de cohérence interne alpha de Cronbach varie de 0,70 à 0,90, selon les études. La corrélation test-retest avec un intervalle de trois semaines est de 0,84. Une analyse factorielle confirmatoire suggère la présence d'une structure unidimensionnelle.  (Propriétés psychométriques de la version originale)	Sujets-cibles
Augmentation de la perception de la qualité des relations (Objectif distal)	Échelle de la qualité des relations interpersonnelles (EQRI) (Senécal, Vallerand & Vallières, 1992)  <i>Complété par les sujets</i>	L'EQRI se compose de 5 échelles évaluant la qualité des relations interpersonnelles des personnes vis-à-vis de leur famille, leur partenaire amoureux, leurs amis, leurs pairs et les autres personnes en général. Il y a 4 énoncés pour chacune des échelles.  Total d'items= 20	T0 & T10 ou T11 (Suivi téléphonique)	Le répondant doit évaluer à quel point ses relations familiales, sa relation amoureuse, ses relations amicales et ses relations générales sont harmonieuses, satisfaisantes, valorisantes et inspire confiance. Chacun des énoncés sont évaluées par l'entremise d'une échelle à 5 points d'ancrage qui sont les suivants : 0= pas du tout; 1= un peu; 2= modérément; 3= beaucoup; 4= extrêmement.	Une analyse de cohérence interne des 5 facteurs donne les alphas de Cronbach suivants : famille (0,89), partenaire amoureux (0,95), amis (0,92), pairs-étudiants (0,90) et gens en général (0,89). Une analyse de fidélité test-retest révèle les coefficients de corrélation suivant : famille (0,83), partenaire amoureux (0,74), amis (0,73), pairs-étudiants (0,68) et gens en général (0,69).  La validité de construit de l'EQRI a été testée en corrélant les scores de ses sous-échelles à ceux d'échelles de santé mentale. De façon générale, plus les personnes ont de bonnes relations interpersonnelles et plus ils affichaient une forte estime personnelle et une satisfaction de vie élevée et ils souffraient moins de symptômes et de sentiments dépressifs.  (Propriétés psychométriques de la version originale)	Sujets-cibles

Note : <sup>1</sup> Pré-test : T0; Implantation de l'intervention : TA1, TB1, TC1, TA2, TB2, TC2, TA3, TB3 ET TC3 et Post-test : T10 ou T11

### **Résultats : évaluation de la mise en œuvre**

D'abord, cette section présente les composantes de Gendreau inchangées. Ensuite, il est question des composantes ayant subi des modifications, lors de l'implantation du programme. Puis, il y a la présentation des autres composantes de la mise en œuvre sélectionnée, notamment, la qualité de la mise en application, la qualité de la participation des sujets et le débordement du programme. Cette section se termine par un jugement global sur la mise en œuvre et sur les implications au niveau de l'évaluation des effets.

#### **Évaluation des composantes de Gendreau**

Dans ce programme, il y a trois composantes de Gendreau qui respectent exactement ce qui avait été convenu dans la méthodologie du programme, soit le but et les objectifs, le code et les procédures et le contexte spatial. Les sept autres composantes de Gendreau, quant à elles, ont subi des modifications, lorsqu'elles sont comparées à la méthodologie initiale.

**Recrutement et sujets.** Le recrutement des participants a été amorcé à la mi-octobre comme envisagé initialement. Plus précisément, le 13 octobre 2015, une rencontre de groupe, avec cinq patients de l'unité, a été effectuée pour leur présenter le projet et obtenir leur consentement. Parmi eux, quatre ont été sélectionnés après une consultation de dossiers et une a été référée par l'accompagnatrice de stage de l'étudiante stagiaire. Ces derniers ont tous consenti à participer au programme. Le 19 octobre 2015, une autre patiente de l'unité a été recommandée par l'accompagnatrice de stage. Cette même journée, celle-ci a été approchée et rencontrée individuellement et elle a accepté de prendre part à l'activité. Le programme a débuté le 19 octobre 2015, auprès de ces six participants. Toutefois, avant la deuxième rencontre, l'une des participantes a eu son congé définitif de l'hôpital. Il y a également deux autres participantes qui ont quitté le milieu, à la fin de la première semaine d'intervention. Étant donné que le groupe était un groupe ouvert, d'autres participants ont pu intégrer le groupe, en cours d'implantation. Plus particulièrement, deux participantes, recommandées par l'accompagnatrice de stage, se sont ajoutées au groupe, soit le 23 et le 29 octobre 2015. Donc, au total, quatre sujets ont été sélectionnés, après une consultation de dossiers et les autres ont tous été recommandés par l'accompagnatrice de stage. Le recrutement s'est donc fait au fur et à mesure des admissions, en groupe ou en individuel, comme planifié au départ.

Au premier jour de l'intervention, le groupe était composé de Zachary, 16 ans, Madeleine, 14 ans, Léa, 16 ans, Olivia, 17 ans, Éva, 18 ans et Camille, 14 ans (noms fictifs). L'âge moyen du groupe était de 15,8 ans, ce qui correspondait au barème d'âge ciblé initialement. Parmi eux, Zachary et Léa fréquentaient le centre de jour. Zachary a été admis à l'unité en raison de son évitement scolaire et de la présence d'un trouble anxieux. Quant à Léa, elle a été hospitalisée dans le but de stabiliser sa

médication se rapportant à son trouble bipolaire. Pour ce qui a trait aux quatre autres participantes, elles étaient hospitalisées à l'interne. Plus précisément, dans le cas de Madeleine, elle a été admise pour une dépression majeure avec idées suicidaires. Cette dernière présentait également de nombreux conflits familiaux. De plus, une évaluation psychologique effectuée, lors de son hospitalisation, révèle la présence de symptômes d'anxiété sociale. Quant à Camille, elle a été admise pour une dépression majeure. Pour ce qui est d'Olivia et d'Éva, elles ont respectivement été admises pour une dépression sévère avec tentative de suicide et pour des idéations suicidaires. Comme indiqué précédemment, après le départ de Camille, d'Olivia et d'Éva, deux autres participantes ont intégré le groupe, soit Jade et Chloé, au cours de la deuxième semaine d'intervention. Jade était âgée de 16 ans et présentait un trouble obsessionnel compulsif (en lien avec la propreté) qui l'a conduit à de l'évitement scolaire. Quant à Chloé, elle était âgée de 15 ans. Elle a été admise en raison d'idées suicidaires, d'automutilations importantes et de sa difficulté à fonctionner au quotidien. Même si cela ne constituait pas le motif principal, la patiente nommait aussi le fait de vivre un haut niveau d'anxiété. Jade et Chloé ont déjà été hospitalisées à l'unité sensiblement pour les mêmes motifs, l'année dernière. Celles-ci étaient donc connues par l'animatrice principale, ce qui a facilité le lien. Il est aussi intéressant de mentionner que les trois autres participants fréquentaient le milieu, depuis un certain temps, ce qui a permis d'amorcer une relation avec eux. Au final, le groupe était composé de cinq participants. Trois d'entre eux ont été recrutés dès le début, soit Zachary, Madeleine, Léa et les deux autres, Jade et Chloé ont été recrutées, en cours de programme, afin de remplacer les trois participantes (Camille, Éva et Olivia) qui ont eu leur congé définitif du milieu. Leur moyenne d'âge était de 15,4 ans et comparativement au groupe initial, il avait plus de participants en centre de jour. Le tableau 19 résume les caractéristiques de l'ensemble des sujets qui ont participé au programme d'intervention.

**Tableau 19 : Caractéristiques des participants**

PARTICIPANTS (NOM FICTIF)	GENRE	AGE EN OCTOBRE 2015	MOTIF D'ADMISSION	HOSPITALISATION OU CENTRE DE JOUR
<b>PARTICIPANTS AYANT COMPLÉTÉ LE PROGRAMME</b>				
ZACHARY	Masculin	16 ans	Trouble anxieux et évitement scolaire	Centre de jour
MADELEINE	Féminin	14 ans	Dépression majeure avec idées suicidaires	Hospitalisation
LÉA	Féminin	16 ans	Stabilisation de la médication en lien avec un trouble bipolaire	Centre de jour
JADE	Féminin	16 ans	Évitement scolaire en lien avec un trouble obsessionnel compulsif	Centre de jour
CHLOÉ	Féminin	15 ans	Idées suicidaires, automutilations importantes et désorganisation au quotidien	Hospitalisation
<b>PARTICIPANTS N'AYANT PAS COMPLÉTÉ LE PROGRAMME</b>				
CAMILLE	Féminin	14 ans	Dépression majeure	Hospitalisation
OLIVIA	Féminin	17 ans	Dépression sévère et tentative de suicide	Hospitalisation
ÉVA	Féminin	18 ans	Idées suicidaires	Hospitalisation

Dans la mise en œuvre originale, pour participer au programme d'intervention, les participants devaient répondre principalement à deux critères. Tout d'abord, ils devaient présenter des symptômes

anxieux ou des symptômes dépressifs ou la combinaison de ces symptômes. Ensuite, les sujets devaient rapporter un faible sentiment de compétences au plan social et/ou une perception négative quant à leurs relations interpersonnelles. L'information à ce niveau pouvait aussi provenir des observations des intervenants du milieu ou de leur connaissance des sujets. Il est important d'invoquer que même lorsque leurs difficultés relationnelles étaient moindres ou absentes à l'unité, les participants pouvaient participer au programme, puisque les conditions de l'unité ne sont pas nécessairement représentatives de leur quotidien extérieur. Considérant leurs motifs d'admission et leur dossier médical, ils présentaient tous des symptômes anxieux ou dépressifs à leur admission. En plus de cela, ceux-ci rapportaient ou l'équipe pouvait noter des difficultés au plan social (p.ex. initie peu la prise de contact, isolé du groupe, vit de l'intimidation, a de la difficulté à communiquer son opinion, etc.). Il y a uniquement Léa qui déviait légèrement du profil recherché. Effectivement, même si elle présentait des symptômes dépressifs (en lien avec son trouble bipolaire), elle n'avait pas de difficulté à s'affirmer auprès des pairs et à socialiser. Malgré tout, elle pouvait être intrusive dans sa prise de contact et ainsi plutôt se situer dans un type d'affirmation « agressif » d'où sa sélection au programme. Finalement, au niveau des critères d'exclusion, ceux-ci ont été respectés.

**Animateur.** L'étudiante stagiaire en psychoéducation a assuré l'animation de l'ensemble des séances, conformément à la planification initiale. Également, à chacune des rencontres, elle était assistée d'un co-animateur. Originellement, ce sont les techniciens en éducation spécialisée et les psychoéducatrices du milieu qui avaient été ciblés comme co-animateur. Cette condition a été respectée sauf pour l'une des séances où l'animatrice principale a été épaulée d'une stagiaire en soins infirmiers. Aussi, contrairement à ce qui avait été envisagé, les animateurs ont été beaucoup plus stables. En effet, pour sept des neuf séances, l'étudiante stagiaire en psychoéducation a été secondée de la même psychoéducatrice (son accompagnatrice de stage). Or, cela constitue un élément facilitant, puisqu'il y avait déjà un bon lien entre elles. Aussi, celle-ci était la personne la mieux informée quant au projet. Ainsi, elle était la mieux placée, après l'étudiante stagiaire en psychoéducation, pour le réaliser. Pour ce qui est des autres séances, elle a été assistée d'un technicien en éducation spécialisée avec qui elle a déjà co-animé plusieurs activités dans le milieu ce qui facilitait la cohésion entre eux et d'une stagiaire en soin infirmier qui jouait davantage un rôle d'observatrice.

**Programme et contenu.** Ce programme est divisé de façon à aborder un thème par semaine, soit l'affirmation lors de la première semaine, la communication lors de la deuxième semaine et la résolution de problèmes lors de la troisième semaine d'intervention. Au cours de l'implantation du programme, chacune de ces thématiques a été respectée. En ce qui concerne les rencontres théoriques, lors de la première séance, il a été question de l'affirmation et des autres styles d'affirmations, des impacts associés au fait de ne pas s'affirmer, des obstacles à l'affirmation, des

avantages associés au fait de s'affirmer et des stratégies pour s'affirmer. Lors de la deuxième séance théorique, le contenu se rapportait à la communication efficace, aux éléments qui aident à bien communiquer, aux conséquences associées au fait de ne pas communiquer efficacement et aux composantes du message au « JE ». Il n'a, cependant, pas été possible d'effectuer, par manque de temps, l'activité se rapportant aux avantages associés à la communication efficace. Ce contenu a, malgré tout, été légèrement abordé par l'entremise des autres activités. Finalement, au cours de la dernière rencontre théorique, il a été question des avantages et inconvénients au fait de ne pas régler un problème, de différentes attitudes possibles en situation problématique et des étapes de la résolution de problèmes. Quant aux rencontres pratiques, les jeunes ont dû utiliser les différentes stratégies dans des situations où ils devaient, notamment, poser une question, s'intégrer à un groupe, dire leurs opinions, partager leurs préoccupations, répondre correctement à des accusations, dire lorsque quelque chose est déplaisant et faire face à des situations de provocation et de négociation comme envisagé initialement. Pour le dernier volet, une mosaïque-photos et toutes les étapes s'y rapportant (p.ex. prise de photos et choix du thème) ont été réalisées comme prévu dans la mise en œuvre originale.

Au niveau de la structure générale du programme, au départ, les rencontres du volet A devaient avoir lieu le lundi, les rencontres du volet B le mercredi et les rencontres du volet C le vendredi. De plus, les séances du premier et du deuxième volet devaient se donner lors de la deuxième période du matin et les séances du volet C devaient se dérouler les vendredis après-midi. Or, il n'a pas toujours été possible de respecter la journée ou la période se rapportant aux deux premiers volets, en raison de diverses contraintes (p.ex. grèves institutionnelles, pédagogiques scolaires, etc.). Les quelques changements rencontrés ont, malgré tout, permis de maximiser leur présence aux diverses rencontres et les rencontres ont toujours été légèrement espacées dans le temps comme souhaité dans la planification initiale. En ce qui concerne la structure de chacun des volets, il est possible de constater que celle-ci a généralement été respectée pour toutes les rencontres. Il y a uniquement deux modifications qui ont été apportées. Premièrement, dans le volet pratique (volet B), au lieu de récolter les devoirs en fin de période, la collecte s'est faite en début de séance. Ce changement a été effectué pour éviter que les participants gardent, tout au long de la rencontre, le devoir en leur possession, ce qui aurait pu les déconcentrer. Deuxièmement, à partir de la cinquième séance, il n'a plus été utile de faire des rappels des règles, en début de séance, car il n'y avait pas de comportement dérangeant. Cette partie a donc été retirée de la structure. L'absence de comportements perturbateurs, au sein du groupe, peut s'expliquer par le fait que l'ensemble des participants ciblés présentait des troubles intériorisés et ainsi par leur nature, ils étaient moins enclins à avoir ce genre de comportements. Cependant, lorsqu'il est question de la conformité du temps, il y a beaucoup plus de changements à noter. Initialement, chacune des séances du volet A et du volet B devait durer 60 minutes, tandis que les différentes rencontres du volet C devaient durer 90 minutes. Toutes les rencontres du premier volet



ont duré moins de temps que planifié, soit de cinq à douze minutes de moins, dépendamment de la séance. Pour ce qui est des séances du deuxième volet, deux d'entre elles ont duré une minute de plus que le temps planifié, tandis que l'autre a duré sept minutes de moins. Pour ce qui est des rencontres du dernier volet, uniquement une séance a duré davantage de temps, soit cinq minutes de plus que convenu. La diminution du temps total des rencontres peut, notamment, s'expliquer par le fait que certains jeunes sont restés quelques minutes de plus en classe et par certaines obligations des intervenants qui ont débordé dans le temps.

**Tableau 20 : Temps moyen consacré aux différents volets et à leurs composantes**

Structure de la séance		Temps prévu (en minutes)	Moyenne du temps réel en minutes (minimum; maximum)
<b>Volet A</b>	Salutation et retour	10	5,3 (4; 6)
	Période de discussions	15	20,3 (15; 26)
	Démonstrations	10	8,3 (7; 10)
	Dilemme moral	15	10 (aucune variance)
	Rétroaction et récompenses	10	8,7 (7; 12)
	<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>52,7 (48; 55)</b>
<b>Volet B</b>	Salutation et retour	9	11,3 (10; 14)
	Jeux de rôles	26	26,7 (22; 36)
	Dilemme moral	15	13,3 (10; 20)
	Rétroaction et récompenses	10	7 (6; 8)
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>58,3 (53; 61)</b>	
<b>Volet C</b>	Salutation et présentation du projet et des étapes	10	9,7 (5; 12)
	Remue-méninges	20	31,7 (25; 40)
	Réalisation du projet	50	45 (45; 50)
	Rétroaction et rangement	10	5,3 (3; 8)
	<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>91,7 (90; 95)</b>

Le tableau 20 illustre la moyenne de temps consacré aux différents volets et à leurs composantes. En plus des changements pour le temps total de la séance, des changements sont aussi à considérer au niveau des différentes composantes de chacun des volets. Premièrement, il est possible de constater que le temps consacré au contenu a toujours dépassé le temps prévu, sauf lors de la deuxième rencontre théorique. Cela peut possiblement s'expliquer par le fait qu'il y avait moins de contenu à traiter, à cette séance. Deuxièmement, le temps pour les jeux de rôles varie largement d'une séance à l'autre. Cela peut s'expliquer par le fait que le nombre de jeux de rôles change en fonction du nombre de participants présents. Donc, lorsqu'il y avait plus de participants, cela durait plus longtemps. Troisièmement, les dilemmes moraux ont duré moins de temps, même si les animateurs questionnaient les participants, orientaient les discussions et clarifiaient les attentes pour prolonger les discussions. Il y a uniquement le dernier dilemme moral qui a duré plus longtemps. Or, la formule proposée était différente, ce qui le rendait plus interactif. Finalement, les différentes périodes de remue-méninges ont toujours duré plus de temps, ce qui a pu leur donner plus d'occasions pour s'affirmer. Néanmoins, il faut considérer que le groupe était plus grand et qu'il y avait plus de décisions à prendre, à cette activité.

**Exposition.** Le programme comportait neuf rencontres, soit trois théoriques, trois pratiques et trois en grand groupe et chacune d'elle avait lieu une fois par semaine. Aucun des sujets ciblés n'a assisté à l'entièreté du programme. La figure 2 illustre le nombre de séances auquel chaque participant a pris part, par volet. À ce niveau, il est possible de constater une grande variabilité. En effet, deux participants, soit Zachary et Madeleine, ont été présents à huit des neuf rencontres (89 %). Il est tout de même important de mentionner qu'à deux reprises Madeleine a quitté la séance avant que celle-ci soit terminée, car elle avait d'autres obligations. Léa s'est absentée à toutes les rencontres de groupe, puisqu'elle n'était jamais présente à l'unité les vendredis (journée où ont lieu les rencontres de ce volet). Elle a donc assisté à six des neuf séances (67 %). Les deux autres participantes ont manqué plus de la moitié des rencontres pour ainsi assister à quatre des neuf séances (45 %). Plus précisément, dans le cas de Jade, elle a manqué les quatre premières rencontres, car elle n'avait pas encore intégré le groupe. Elle a aussi été absente à la dernière séance, puisqu'elle était en retour progressif à son école. Pour ce qui est de Chloé, elle a manqué deux séances avant d'être intégrée dans le groupe. Elle s'est aussi absentée à deux autres séances pour aller à l'école et elle a eu son congé définitif de l'unité, avant la troisième rencontre en grand groupe. D'ailleurs, Zachary a également eu son congé avant cette séance d'où son absence à cette rencontre. Il est donc possible de statuer que le groupe était peu stable, en raison des absences fréquentes, des congés définitifs de certains participants et de l'ajout de nouvelles participantes, en cours d'intervention. Malgré ces absences, il est possible de noter un climat de groupe positif comme mentionner ultérieurement.

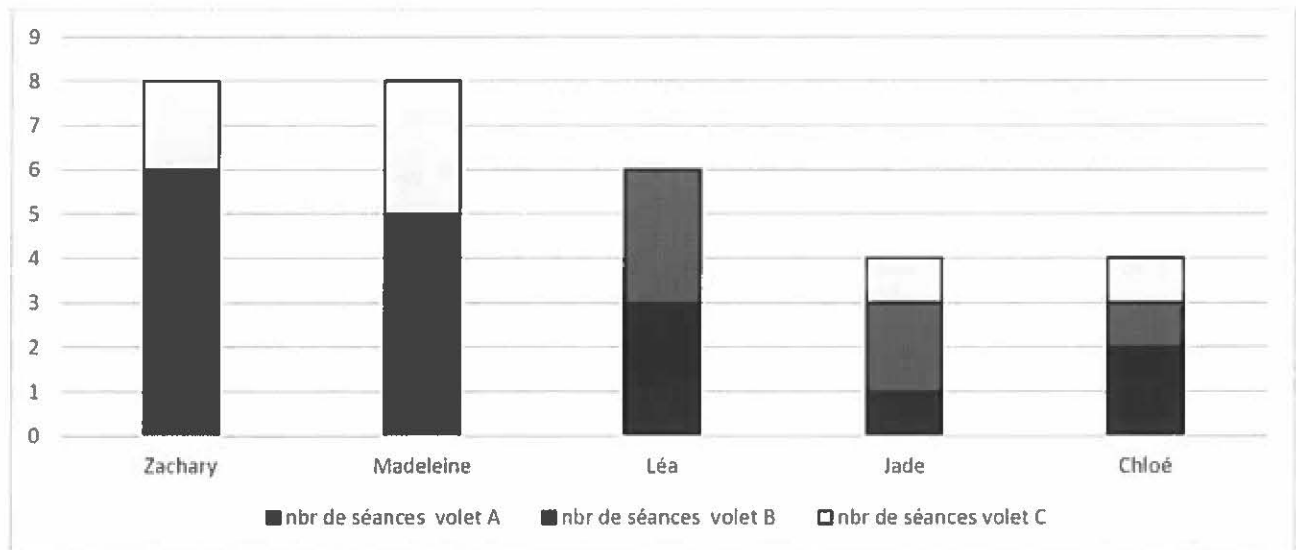


Figure 2 : Nombre de séances, par volet, assisté par chacun des participants

Aussi, au programme, des rencontres individuelles (au besoin) ont été prévues par l'étudiante stagiaire. Plus concrètement, elle a accompli deux rencontres de cinq minutes avec Madeleine pour

s'assurer qu'elle reçoit l'entièreté du contenu ou pour lui expliquer ce qu'elle a manqué, en quittant la séance plus tôt en raison de ses autres obligations. De plus, elle a réalisé des rencontres avec les participantes intégrées, en cours de retour. En effet, elle a rencontré pendant 15 minutes Chloé pour lui livrer le contenu de la première semaine, ce qui correspond au temps habituellement alloué pour livrer le contenu. Elle a aussi rencontré Jade, pendant 30 minutes, pour lui faire part du contenu manqué, lors de la première et deuxième séance théorique. Donc, malgré l'intégration tardive de Jade et Chloé, celles-ci ont reçu l'ensemble de contenu tout comme les trois autres participants intégrés dès le commencement du programme. Cependant, il est important de mentionner qu'aucune rencontre de rattrapage n'a été réalisée, lorsqu'un participant s'absentait d'une séance pratique ou d'une séance en grand groupe. D'un autre côté, lorsqu'on s'attarde au nombre de devoirs réalisés, une grande variation est également observée. Effectivement, Madeleine est la seule participante à avoir effectué les trois devoirs demandés et Jade est la seule à n'avoir fait aucun devoir. Pour les trois autres participants, le nombre de devoirs effectué varie d'un à deux. Certains facteurs sont à considérer dans cette variabilité. Dans le cas de Jade et Chloé, celles-ci ont été intégrées au programme, lors de la deuxième semaine d'intervention, donc elles n'ont pas eu à faire le premier devoir. Jade a également manqué la première séance de la deuxième semaine d'intervention. Donc, elle n'a pas eu à accomplir le second devoir qui est remis, lors de cette rencontre. Pour conclure cette section, il est intéressant de mentionner que lorsqu'un participant exécutait un devoir, l'étudiante stagiaire réalisait un retour avec la personne concernée. Néanmoins, il n'a pas été possible de faire un retour sur le troisième devoir, sauf avec Léa, étant donné que les participants avaient déjà eu leur congé définitif du milieu, à ce moment.

**Moyens de mise en relation.** Au niveau des stratégies de gestion des apprentissages, toutes ont été appliquées comme convenu dans la planification initiale, sauf pour les périodes de discussions. À l'origine, les discussions devaient servir à transmettre le contenu aux participants. Lors de la première séance, l'étudiante stagiaire a fait usage de cette stratégie de gestion des apprentissages. Par contre, pour la deuxième et troisième séance du volet théorique, elle l'a substitué par des jeux (p.ex. vrais ou faux, jeux d'associations, etc.). Effectivement, à la suite de la rétroaction de son accompagnatrice de stage, d'un commun accord, elles ont convenu que l'utilisation de jeux rentrait les séances théoriques plus interactives. Les participants ont bien réagi à ce changement, notamment, ils nécessitaient moins de sollicitation pour participer. Pour ce qui est des stratégies de transfert et de généralisation, aucune modification n'a été apportée. Toutes les stratégies planifiées, à prime à bord, ont été utilisées auprès des participants. Il est tout de même important de mentionner qu'il a été moins évident pour les participants d'effectuer leurs devoirs dont le but était d'appliquer le contenu à une situation réelle du quotidien, et ce malgré le fait qu'ils étaient renforcés à ce niveau. Lors de la dernière rencontre théorique, l'étudiante stagiaire a mis beaucoup d'emphasis sur la réalisation du dernier devoir pour les stimuler. Cela a possiblement eu les effets recherchés, car quatre des cinq participants l'ont effectué.

**Système de responsabilité.** Pour l'animatrice principale, avant chaque séance, elle a communiqué avec son co-animateur pour lui informer du déroulement et du thème de la séance. Par contre, elle ne lui a pas présenté le contenu détaillé, avant chaque rencontre comme il avait initialement été planifié. Cela a fait en sorte que les co-animateur n'ont pas joué un rôle déterminant au niveau de l'animation. Effectivement, ils avaient plutôt un rôle de support et ainsi lorsqu'ils jugeaient cela pertinent, ils pouvaient compléter le contenu d'après leurs connaissances. Ils ont tout de même joué leur rôle dans la réalisation des démonstrations et dans l'évaluation des effets et de la qualité de la participation comme convenu au départ. Aussi, l'animatrice principale avait planifié de communiquer quotidiennement avec les différents membres de l'équipe. Cependant, elle s'est plutôt fiée à ses impressions cliniques et à ceux de ses co-animateurs et aux résultats obtenus dans les différentes évaluations. D'un autre côté, elle voulait accorder un temps de rattrapage aux participants qui n'effectueraient pas leurs devoirs. Par contre, elle a retiré cet élément de sa planification pour alléger ses responsabilités et pour alléger l'intervention. Le reste de ses responsabilités ont été assurées, notamment, elle connaissait son contenu, s'occupaient de l'organisation du local, communiquait avec son accompagnatrice ou son co-animateur afin d'avoir sa rétroaction, etc. Quant aux participants, ceux-ci ont respecté la majorité de leurs responsabilités. Il a, toutefois, été plus ardu pour eux de réaliser leurs devoirs comme indiqué auparavant. Aussi, en cours de route, les participants se sont vus donner une nouvelle responsabilité, soit celle de participer aux démonstrations dans le but d'augmenter le niveau d'interactivité. Les participants n'ont pas eu de difficulté particulière avec cette nouvelle responsabilité, ils ont très bien réagi à celle-ci.

**Système de reconnaissance.** Tous les participants recevaient une récompense de la « boîte à surprises », lorsqu'ils respectaient le code et les procédures et lorsqu'ils effectuaient leurs devoirs. Ce moyen a semblé être apprécié par l'ensemble du groupe. Il y a uniquement Madeleine qui a presque toujours refusé de prendre la récompense qui lui était due. La participante mettait, chaque fois, de l'avant le fait de ne pas avoir besoin de rien. Malgré tout, il y a quand même quelques changements à noter pour le système de reconnaissance. Tout d'abord, les sujets ciblés devaient recevoir un diplôme pour souligner leur participation au programme. L'animatrice principale a retiré ce renforcement, car elle trouvait que cela s'appliquait mieux à une clientèle d'âge primaire qu'à des adolescents. Ensuite, elle a décidé de souligner verbalement, aux cinq participants, un « bon coup », la séance qui suivait les rencontres en grand groupe. Finalement, pour les rencontres en grand groupe, elle n'avait pas planifié de récompenses. Or, à partir de la deuxième semaine d'intervention, elle a remis à l'ensemble des participants une récompense (soit des friandises ou une récompense de la « boîte à surprises ») pour souligner leur participation et ainsi maintenir leur intérêt pour l'activité qui s'échelonnait sur plusieurs semaines.

### **Évaluation des autres composantes retenues de la mise en œuvre**

**Qualité de la mise en application.** La qualité de la mise en application a été évaluée par l'entremise de trois aspects, soit les conditions de réalisation du programme, le niveau d'appréciation des participants et la perception d'utilité du programme. D'abord, les conditions de réalisation évaluées étaient le niveau de préparation et d'organisation de l'animatrice et son attitude. Au niveau de l'organisation et la préparation de l'animatrice principale, ses rencontres et son contenu étaient planifiés plusieurs semaines, avant la mise en place de son programme. Également, quelques jours avant chacune des rencontres, elle relisait son contenu et son déroulement pour apporter des ajustements au fur et à mesure, pour s'assurer de bien le maîtriser et pour s'assurer que la séance soit réalisable dans les temps envisagés. Aussi, à chacune des séances, elle avait son matériel et elle préparait en avance le local pour favoriser le bon déroulement de cette dernière. Quant à l'attitude de l'animatrice, tout au long du programme, celle-ci a démontré de l'enthousiasme et de l'intérêt pour son contenu et son groupe. De plus, elle a fait preuve de grande disponibilité. Par exemple, elle restait à la disposition des participants pour faire des retours avec eux sur leurs devoirs, pour livrer le contenu manqué, en cas d'absence ou d'intégration au groupe, etc. De plus, elle a fait preuve de beaucoup de flexibilité autant au niveau de son horaire de stage qu'en acceptant de faire un groupe ouvert.

Ensuite, en ce qui concerne l'appréciation du programme, celle-ci a, dans un premier temps, été évaluée pour l'ensemble des participants à la fin de chacune des séances du premier et deuxième volet. Plus spécifiquement, ils devaient indiquer par un son, un geste ou un mot leur niveau d'appréciation de la séance. Étant donné que cet exercice se voulait léger et amusant, aucune prise d'information systématique n'a été effectuée. Néanmoins, de mémoire, les participants effectuaient souvent un sourire et un pouce dans les airs. Également, ils disaient fréquemment : « c'était bien! ». Parfois, il y avait des haussements d'épaules et des sons sans signification. Une fois, un sujet a dit qu'il n'a pas apprécié le dilemme moral proposé, lors de la séance. Mais, de façon générale, cela était positif. Dans un deuxième temps, une entrevue semi-structurée a été réalisée auprès des participants, dans la semaine qui a suivi la fin du programme. L'entrevue a été effectuée par l'animatrice principale en personne ou par téléphone, lorsque le participant avait déjà quitté le milieu. Plus concrètement, Jade et Léa ont réalisé leur entrevue en personne et Zachary, Madeleine et Chloé l'ont effectué par téléphone. Cette entrevue permettait, notamment, de connaître leur niveau d'appréciation générale du programme par l'entremise d'une question sous forme d'échelle à cinq points d'ancrage (0 signifiant « je n'ai vraiment pas apprécié le programme » et 4 signifiant « j'ai beaucoup apprécié le programme »). Il en ressort qu'ils ont tous apprécié ou beaucoup apprécié l'activité de groupe. Jade et Chloé sont celles qui ont le plus apprécié l'activité clinique, puisque leur niveau d'appréciation se situait au point d'ancrage le plus élevé de l'échelle.

Également, cette entrevue a donné l'occasion de savoir les points positifs et négatifs du programme et les stratégies les plus appréciées et les moins appréciées pour chaque participant. Au niveau des points positifs du programme, ils ont globalement indiqué avoir apprécié la théorie, le fait que le programme réunit tout, le fait qu'il aide à mettre en application des éléments connus et le fait qu'il peut servir dans la vie de tous les jours. À titre illustratif, Madeleine a dit : « Cela montre comment s'affirmer respectueusement dans la vie de tous les jours et je trouve cela vraiment important. » Pour ce qui est des points négatifs, deux des participants n'ont pas été en mesure de nommer des points négatifs. Néanmoins, les autres ont soulevé le fait qu'il était parfois plus difficile d'appliquer la théorie à la réalité et que l'activité en grand groupe et les jeux de rôle étaient moins intéressants. Quant aux techniques les plus appréciées, trois ont nommé avoir apprécié la communication au « je », une personne a aimé les techniques d'affirmation et une autre la résolution de problèmes. Il a été plus ardu pour les participants de nommer la stratégie qu'ils ont le moins appréciée. Globalement, il en ressort que toutes les stratégies sont équivalentes, vont toutes ensemble et sont toutes utiles. Il y a uniquement Léa qui a soulevé avoir moins aimé les techniques d'affirmation. Finalement, le niveau d'utilité a été évalué, lors de cette même entrevue, plus spécifiquement, par une échelle maison à cinq points d'ancrage. Il en ressort que les participants ont trouvé le programme utile, sauf Léa qui l'a trouvé très utile et Zachary qui ne l'a trouvé ni utile ni inutile. À titre illustratif, ce participant a dit : « moi, j'utilise déjà ces techniques-là d'instinct. » ce qui pourrait expliquer, en partie, cette cotation. Également, même si Madeleine a évalué le programme comme généralement utile par les commentaires donnés, elle aurait aimé que le programme travaille aussi les relations avec les frères et sœurs et non uniquement les relations avec les pairs.

**La qualité de la participation des sujets.** D'abord, l'intervenante principale avait planifié de demander aux participants de qualifier verbalement leur niveau de participation à toutes les rencontres, mais à chacune d'elle, elle a omis de le faire. Ensuite, l'animatrice principale et son co-animateur devaient évaluer la qualité de la participation des sujets en remplissant un questionnaire maison composé de deux questions sous forme d'échelle à cinq points d'ancrage, à chacune des neuf séances. La première permettait de savoir à quel point les participants respectaient le code et les procédures (0 signifiant « ne respect aucunement le code et les procédures » et 4 signifiant « respecte toujours le code et les procédures »). Quant à la seconde question, elle permettait de savoir à quel point les participants étaient impliqués (engagé), lors de la séance (0 signifiant « complètement non axé sur la tâche » et 4 « complètement axé sur la tâche »). Pour ce qui se rapporte au respect du code et des procédures, cet aspect a été évalué comme planifié. Il en ressort que l'ensemble des participants obtenait toujours le résultat le plus haut à l'échelle par les deux juges, lorsqu'ils assistaient aux séances. Au niveau de l'engagement des participants, l'évaluation de cette dernière a aussi respecté la procédure établie. Pour l'ensemble des séances, une moyenne des résultats octroyés par les deux évaluateurs a

été effectuée pour chaque participant. La figure 3 illustre les résultats obtenus. Plus concrètement, Jade et Léa présentait un haut niveau d'engagement dès le début du programme et cela s'est maintenu dans le temps. Or, celles-ci jouaient un rôle de « leader » au sein du groupe. En effet, elles participaient grandement, notamment, en répondant aux questions d'elles-mêmes, en se portant volontaires et en interagissant avec le reste du groupe. Pour Chloé, au début de son intégration au groupe, elle obtenait un très fort niveau d'implication. Celui-ci s'est, néanmoins, vu légèrement diminué, par la suite. Quant à Madeleine, il est possible de constater une amélioration constante, sauf à la septième rencontre où il y a eu une baisse. Finalement, Zachary est le participant avec le plus bas taux d'engagement avec une moyenne de deux, sauf lors de la troisième et quatrième rencontre où il obtient un résultat d'engagement plus élevé. Dans le cas de Zachary, son faible niveau d'engagement pourrait, entre autres, s'expliquer par le fait qu'il considérait le programme comme ni utile ni inutile tel que mentionné ultérieurement. Effectivement, il est plus difficile de s'engager dans une tâche, lorsqu'on n'y voit pas de biens-faits pour soi.

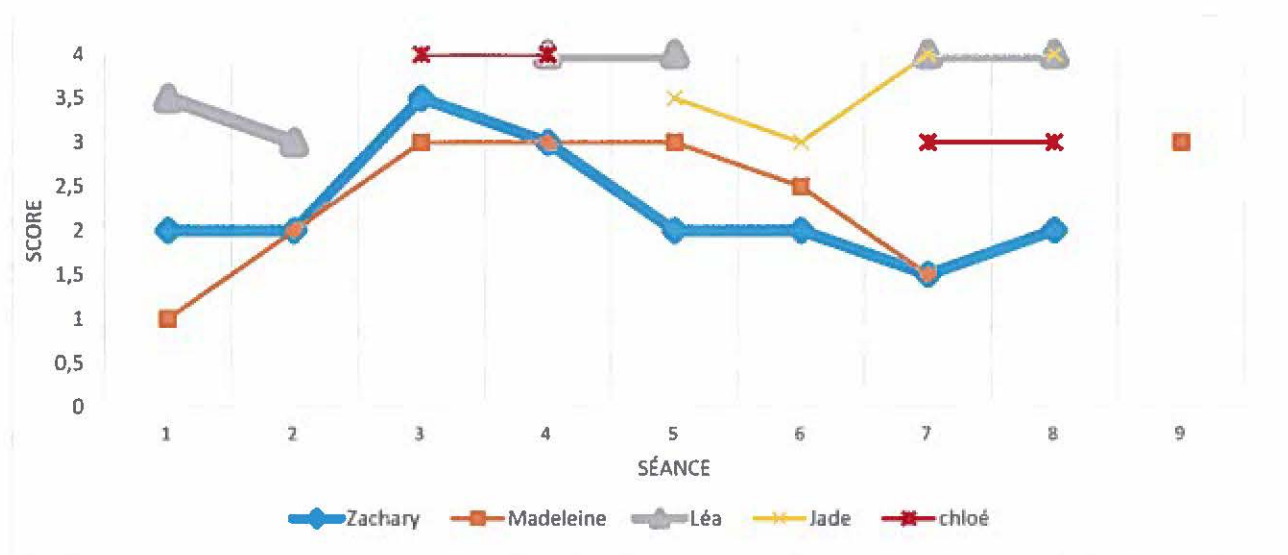


Figure 3 : Résultats moyens de la qualité de la participation pour chacun des participants, à travers le temps

**Débordement du programme.** Cette dernière composante permet d'apporter une attention plus particulière quant aux services d'ordre psychosociaux et pharmaceutiques reçus par les participants. En ce qui concerne les services psychosociaux, par le fonctionnement de l'unité, chacun des participants se voit attirer un intervenant pivot et un pédopsychiatre à leur arrivée, ce qui fait en sorte qu'ils ont tous été exposés de manière intensive à d'autres suivis individuels. Or, cela a pu influencer les résultats obtenus à la hausse ou encore, cela peut faire en sorte qu'il est plus difficile de départager ce qui est réellement dû au programme. Également, pendant l'activité clinique certains des sujets ciblés

ont reçu d'autres services. Plus précisément, Madeleine et Chloé ont amorcé un programme de réadaptation psychosociale, à la mi-octobre. Aussi, depuis leur admission à l'unité, Madeleine et Jade ont participé à des rencontres avec une travailleuse sociale de l'hôpital, toutes les deux pour travailler leurs relations familiales. Pour ce qui est de la prise de psychotropes, l'ensemble des participants prenait une médication, soit des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine pour les aider au niveau de leurs symptômes anxieux ou dépressifs, pendant leur participation au programme. Par contre, ils avaient amorcé celle-ci, avant le début de l'activité clinique. Aucun changement n'a été apporté sauf chez Léa. En effet, elle a commencé un nouveau médicament, dans la même classe médicamenteuse de psychotropes, le 23 octobre 2015, dans le but de mieux stabiliser son humeur.

### **Jugement global**

En résumé, l'implantation de ce programme d'intervention s'est déroulée, à plusieurs niveaux, conformément à la planification prévue, notamment, au niveau du but et des objectifs, du contexte spatial et du code et des procédures. Aussi, les participants correspondaient au profil recherché, sauf dans le cas d'une participante. Malgré tout, le programme s'avérait utile pour elle, puisqu'elle ne s'affirmait pas de la façon la plus optimale. Également, la structure du programme et le contenu auquel les sujets ciblés ont été exposés sont demeurés sensiblement les mêmes, sauf pour la récolte des devoirs qui s'est vue déplacée et le retour sur le code et les procédures qui a été retiré, en cours d'implantation. C'est principalement la composante « temps et dosage » qui a subi plusieurs changements. Notamment, les dilemmes moraux ont duré moins de temps qu'envisagé sauf une fois où il a duré plus longtemps. Dans la même optique, tous les remue-méninges ont duré beaucoup plus longtemps que planifié. Malgré le fait que les séances ont duré moins de temps, l'ensemble des éléments centraux a eu lieu et tout le contenu a pu être livré, mis à part lors de la deuxième séance théorique où l'une des activités a dû être retirée par faute de temps. Quant à la satisfaction des participants par rapport au programme, elle était élevée, puisque la majorité l'a apprécié et l'a trouvé utile. Pour ce qui est de leur participation, ceux-ci n'ont pas tous participé au même titre, certains s'impliquaient plus que d'autres. Cela peut, notamment, être dû à leur profil introverti, à leur niveau de disponibilité et à l'intérêt qu'ils portaient au contenu. Néanmoins, ils ont toujours respecté le code et les procédures pour ainsi ne présenter aucun comportement perturbateur. Finalement, tous les participants recevaient d'autres services au moment de l'implantation du programme. Effectivement, par le fonctionnement du milieu, ceux-ci étaient tous suivis de façon intensive par un pédopsychiatre et un suivi quotidien était assuré par les intervenants du milieu, en plus des autres services psychosociaux qu'ils pouvaient avoir accès et en plus de la prise de médicaments.



### Implications à l'égard des effets

Certains changements sur la mise en œuvre pourraient avoir eu des répercussions positives ou négatives à l'égard des effets. Au niveau des éléments facilitants, le fait d'avoir finalement livré le contenu par l'entremise de jeux a rendu l'animation plus interactive. Or, cela risque d'avoir influencé positivement leur intérêt pour le contenu et ainsi faciliter l'apprentissage. Dans la même optique, le fait d'avoir participé aux démonstrations a sûrement permis aux participants de s'approprier davantage le contenu, en augmentant les occasions de le mettre en application. D'un autre côté, contrairement à ce qui avait été envisagé au départ, une certaine stabilité au niveau des co-animateurs a été rencontrée, ce qui a certainement aidé à l'unité de groupe, à leur sentiment de confiance et du même coup, à obtenir des résultats plus concluants. Le fait d'avoir ajouté un renforcement pour tous les participants, lors de l'activité en grand groupe, et de souligner les bons coups des sujets cibles a possiblement aidé au maintien de leur intérêt et a peut-être eu un effet positif sur les résultats.

Quant aux éléments nuisibles, tout d'abord, aucun des participants n'a été exposé à toutes les séances. En effet, Léa s'est absentée à toutes les rencontres de grand groupe, puisqu'elle n'était jamais présente à l'unité les vendredis. Jade et Chloé ont manqué plus de la moitié des rencontres, car elles ont été intégrées au programme, en cours d'intervention, mais aussi parce qu'elles étaient en retour progressif dans leur milieu. Dans le cas de Zachary et Madeleine, ceux-ci ont manqué qu'une rencontre. Par contre, Madeleine a parfois dû partir, avant la fin des séances, en raison d'autres obligations. Donc, certains d'entre eux ont bénéficié davantage du programme que d'autres. Aussi, même s'il y a eu des périodes de rattrapage pour le contenu, il n'a pas eu de rattrapage pour les absences au volet B et C, ce qui a pu nuire à la mise en application du contenu et à la généralisation de celui-ci. Ensuite, même si le contenu a toujours tout été livré, les séances ont presque toujours duré moins de temps que planifié, ce qui a pu réduire le temps pour les questionnements, pour approfondir des sujets et, etc. Dans la même optique, le fait d'assumer presque toutes les responsabilités a pu rendre l'étudiante stagiaire moins disponible sur d'autres plans. Or, tout cela a pu nuire au niveau des apprentissages et ainsi avoir un impact négatif sur les résultats. Également, le faible taux de réalisation des devoirs (sauf dans le cas de Madeleine) risque d'avoir été peu bénéfique au niveau de la généralisation des acquis. Il aurait donc été important d'effectuer des séances de rattrapage pour favoriser les apprentissages. De plus, l'étudiante stagiaire en psychoéducation n'a pas assuré une communication quotidienne avec l'ensemble de l'équipe quant à ses observations et à la progression des sujets. Cela a probablement été peu favorable à la généralisation des acquis. Effectivement, les autres membres de l'équipe auraient pu aider à la mobilisation des sujets et à la mise en application dans le quotidien. Finalement, il aurait été favorable de demander aux participants de qualifier le niveau de participation, car cela aurait pu mener à certaines prises de conscience et ainsi influencer positivement le niveau de mobilisation et éventuellement les résultats.

## Résultats : évaluation des effets

### Stratégies d'analyse employée

À titre de rappel, afin d'évaluer les effets de ce programme, un devis à cas unique a été utilisé. Plus spécifiquement, deux types de protocoles ont été sélectionnés pour mesurer l'ensemble des objectifs. Tout d'abord, un protocole à séries temporelles sans pré-test et post-test a été choisi pour évaluer le premier objectif général, soit celui concernant le fait que les participants amélioreront leurs capacités d'affirmation, dans différents contextes d'interaction avec les pairs et ses objectifs spécifiques. Pour y arriver, des prises de mesures ont été effectuées par l'animateur et son co-animateur de façon répétée et continue dans le temps pour l'ensemble des participants et cela pour chacune des rencontres dont ils ont assisté. Par contre, il n'a pas été possible d'établir un niveau de base avant l'intervention et de recueillir des données à la fin du programme, dans l'optique de poser un jugement sur le maintien des résultats à travers le temps. Ensuite, les quatre autres objectifs généraux, soit ceux en lien avec le fait que les participants augmenteront leur propension à s'affirmer, amélioreront leurs sentiments de compétences sociales, diminueront la fréquence de comportements d'évitement et diminueront l'intensité de l'anxiété sociale, lors de différents contextes d'interaction avec les pairs et leurs objectifs spécifiques ont été évalués en pré-test et en post-test. Plus concrètement, les participants ont dû remplir un questionnaire une semaine avant l'intervention. Puis, il y a eu les trois semaines d'intervention intensives et dans la semaine qui a suivi la fin de l'intervention, ceux-ci ont eu la nécessité d'achever de nouveau ce questionnaire. De façon distale, le programme visait aussi à améliorer les perceptions des participants quant à la qualité de leurs relations interpersonnelles et à augmenter leur estime personnelle. Or, l'atteinte de ces objectifs a également été mesurée en pré-test et post-test par deux questionnaires existants.

### Résultats obtenus

Cette section aborde les résultats quant aux effets de ce programme d'intervention. Plus concrètement, il sera question des changements observés au niveau de leurs capacités d'affirmation, de leur propension à s'affirmer, de leurs sentiments de compétences sociales, de la fréquence de comportements d'évitement et de l'intensité de l'anxiété sociale. Les résultats concernant les objectifs distaux seront également rapportés. Ainsi, les résultats seront analysés selon chacun des objectifs.

**Les capacités d'affirmation.** À ce niveau, comme mentionné ci-haut, l'évaluation s'est faite de façon répétée et continue dans le temps. Or, cela a permis aux animateurs de recueillir des données auprès des participants pour chacune des séances qu'ils ont assistés. C'est par l'entremise d'un questionnaire maison que cet objectif a été évalué. Ce dernier est composé de trois questions. La première permet de mesurer l'implication verbale des participants et la deuxième question permet de mesurer s'ils posent des questions. Ces deux énoncés sont évalués par l'entremise d'une échelle à

quatre points allant de 0 (aucune fois) à 3 (beaucoup). Ensuite, le questionnaire est composé d'une troisième question qui permet d'évaluer si les participants donnent leur opinion de façon proactive. Cet élément est mesuré à l'aide d'une échelle à quatre points allant de 0 (aucune fois) à 3 (plusieurs fois). Puis, un accord inter-juges a été effectué pour l'ensemble des résultats attribués par l'animateur et le co-animateur pour chacune des questions. Ceux-ci se sont avérés bons, variant de 0,70 à 0,99. Pour l'ensemble des scores attribués par les deux animateurs, une moyenne a été effectuée, sauf pour Zachary à la huitième séance pour la question mesurant le fait de poser des questions, puisque la co-animatrice n'a pas été capable de porter un regard critique sur cet aspect. Pour cet objectif, les résultats de l'analyse seront, plus spécifiquement, présentés selon l'énoncé.

Il est, toutefois, important de mentionner que l'interprétation des résultats s'est vue complexifiée par l'absence de données pour certaines séances. Dans le cas de Zachary, celui-ci a été présent de la première à la huitième séance. Il a donc été absent à la dernière rencontre. Pour ce qui est de Madeleine, elle a été absente qu'une seule fois soit lors de la huitième séance du programme. Cependant, il n'a pas été possible d'effectuer des prises de mesures, lors de quatrième et cinquième rencontre. Quant à Léa, elle n'a pas été présente pour l'ensemble des séances du troisième volet (volet C) d'où l'absence de données pour la troisième, sixième et neuvième rencontre d'intervention. Quant à Jade, elle a été présente lors de la cinquième, sixième, septième et huitième. Pour Chloé, elle a été présente lors de la troisième, quatrième, septième et huitième séance. Il est primordial de préciser que les absences de prises de mesures pour ces dernières, lors des premières rencontres, sont justifiées par le fait qu'elles ont été intégrées, en cours d'intervention. Les contextes d'évaluation sont également à considérer dans l'interprétation des résultats. À titre de rappel, les séances un, deux, quatre, cinq, sept et huit se sont déroulés en sous-groupe et l'évaluation s'est faite, lors des dilemmes moraux et les séances trois, six et neuf ont eu lieu en grand groupe (avec tous les jeunes fréquentant l'unité), au cours des remue-méninges.

Tout d'abord, au niveau de l'implication verbale moyenne des participants, à travers le temps, les résultats sont présentés à la figure 4. Il en ressort que Léa, Chloé et Jade présentaient un haut niveau d'implications verbales, dès le début de l'intervention et cela s'est maintenu dans le temps. Ainsi, elles étaient beaucoup impliquées, lors des dilemmes moraux ou lors des remue-méninges, en obtenant généralement un score de 3 à cette échelle. Dans le cas de Zachary, la moyenne de ses résultats se situe à 2 et varie peu à travers le temps. Finalement, pour Madeleine, elle est la participante avec les plus bas résultats dont la moyenne se situe à 1,5. Effectivement, ceux-ci fluctuent entre 1 (rarement) et 2 (un peu). En somme, la majorité présentait déjà un bon niveau d'implications verbales et avec ces résultats, il n'est pas possible de conclure à une augmentation significative pour aucun des participants, en ce qui concerne les implications verbales en situation d'interaction avec les pairs.

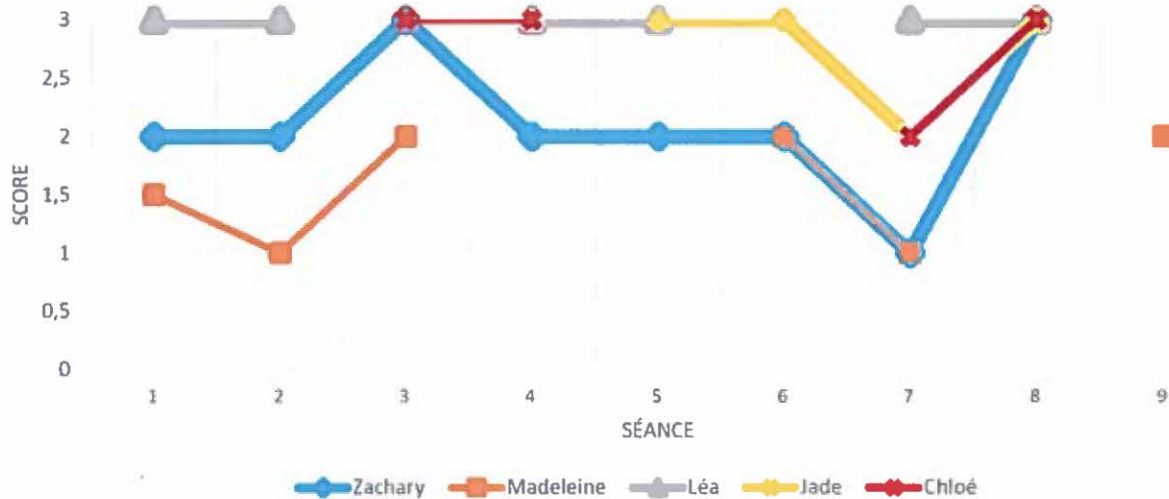


Figure 4 : Résultats moyens de l'implication verbale pour chacun des participants, à travers le temps

Ensuite, la moyenne des résultats se rapportant au fait de donner son opinion de façon proactive pour chacun des participants pour l'ensemble des séances est présentée à la figure 5. Il est possible de constater qu'il y a une légère augmentation, à travers le temps, au niveau des résultats de Léa. En effet, au cours des séances, ses scores passent de 2 (initie les interactions de trois à quatre fois pour dire son opinion) à 3 (initie plusieurs fois pour dire son opinion). Pour ce qui est de Jade et Chloé, la première initiait déjà l'interaction à plusieurs reprises pour dire son opinion et la deuxième initiait l'interaction de trois à quatre reprises pour dire son opinion, au début de l'intervention. Dans les deux cas, ces tendances se sont maintenues dans le temps, sauf lors de la septième rencontre où celles-ci ont obtenu un score de 0. Ainsi, au cours de cette rencontre, en aucun cas, elles n'ont initié l'interaction pour dire leur opinion. Ce phénomène peut, notamment s'expliquer par le fait que la co-animatrice était une étudiante en soin infirmier, ce qui signifie qu'elle est moins présente qu'un intervenant régulier (ce qui a pu influencer leur niveau d'aisance). Le thème du dilemme moral est également à considérer, puisqu'il était moins applicable à une clientèle adolescente. Dans le cas de Zachary, il obtient un résultat moyen se situant à 1, ce qui correspond au fait d'initier les interactions une ou deux fois pour dire son opinion. Effectivement, ses scores fluctuent entre 0 (en aucun cas, il n'a initié l'interaction pour dire son opinion) et 2 (initie l'interaction de trois à quatre fois pour dire son opinion). Quant à Madeleine, elle obtient les résultats les plus bas, à travers le temps. En effet, de façon générale, en aucun cas, elle ne donnait son opinion de façon proactive (ce qui correspond à un résultat de 0 sur l'échelle). Il y a uniquement lors de la troisième rencontre qu'elle obtient un score de 1,5. Cela peut, notamment, s'expliquer par le fait que le remue-méninge a duré 40 minutes, ce qui lui a probablement donné plus d'occasions pour donner son opinion de façon proactive. En somme, les participants ont obtenu des résultats assez stables et non notables, à travers le temps, sauf chez Léa. Effectivement, il est possible

de constater une légère augmentation, à travers le temps chez cette participante. Il faut, par contre, interpréter le tout avec précaution, notamment, en raison du manque de données (causée par les absences et la courte durée d'intervention), du contexte d'observation limité et non-équivalent et du protocole qui ne prévoit pas de pré-test (niveau de base) et post-test.

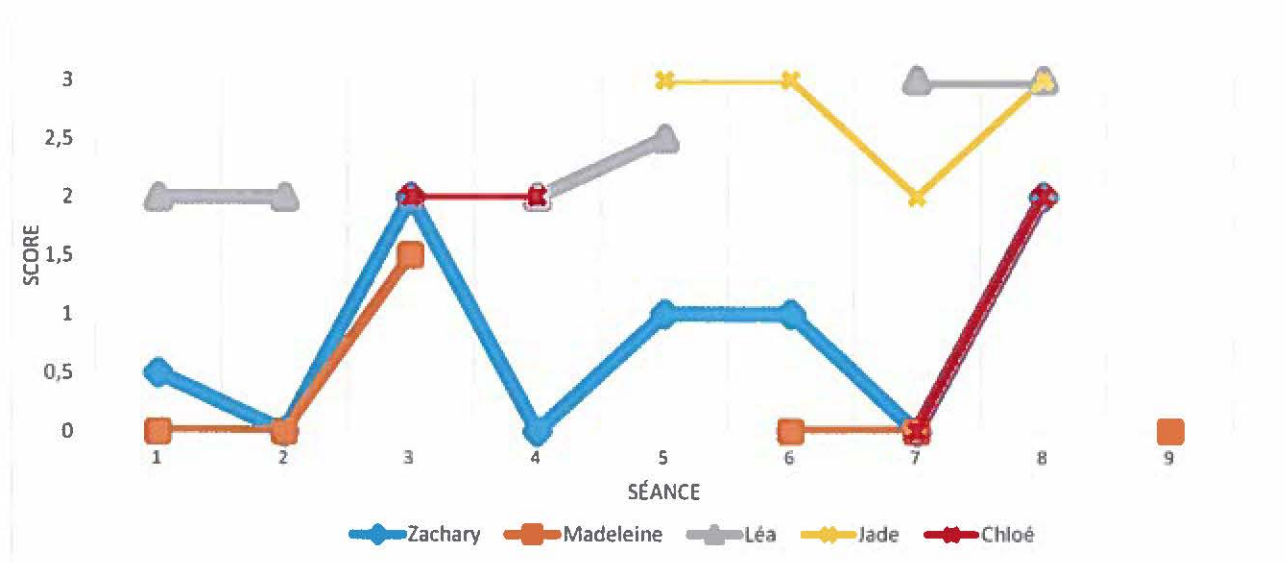


Figure 5 : Résultats moyens du fait de donner son opinion de façon proactive pour chacun des participants, à travers le temps

En ce qui concerne l'objectif évaluant le fait de poser des questions, les résultats moyens sont présentés à la figure 6. Cette dernière permet de prendre conscience du fait qu'il y a une augmentation marquée, à travers le temps, au niveau des résultats de Léa, puisque ses scores passent de 0,5 à 2. Effectivement, au début de l'intervention, ses résultats se situaient entre « aucune fois » et « rarement » et, vers la fin de l'intervention, ceux-ci se trouvaient dans la catégorie « un peu ». Au final, elle possède les résultats les plus hauts pour cet objectif. Pour ce qui est de Zachary, à travers le temps, ses résultats fluctuent entre 0 (aucune fois) et 1,5 (entre rarement et un peu). C'est également le cas de Chloé. Quant à Jade, elle obtient une moyenne de 1 (rarement) et ses scores varient aussi de 0 à 1,5, à travers le temps. Dans le cas de Madeleine, elle obtient les résultats les plus bas. En effet, de façon générale, elle ne posait pas de question, lors des rencontres. Il y a uniquement lors de la troisième et sixième rencontre qu'elle a récolté des scores un peu plus élevés (soit de 1,5 et 0,5). Cela peut probablement s'expliquer par le contexte d'évaluation (rencontres du troisième volet). Effectivement, la durée des remue-méninges, la procédure et le fonctionnement ont pu influencer les scores à la hausse. Bref, les participants ont obtenu des résultats assez stables et non notables, à travers le temps, sauf pour Léa. Encore une fois, il faut interpréter ces résultats avec précaution comme mentionné pour l'objectif précédent.

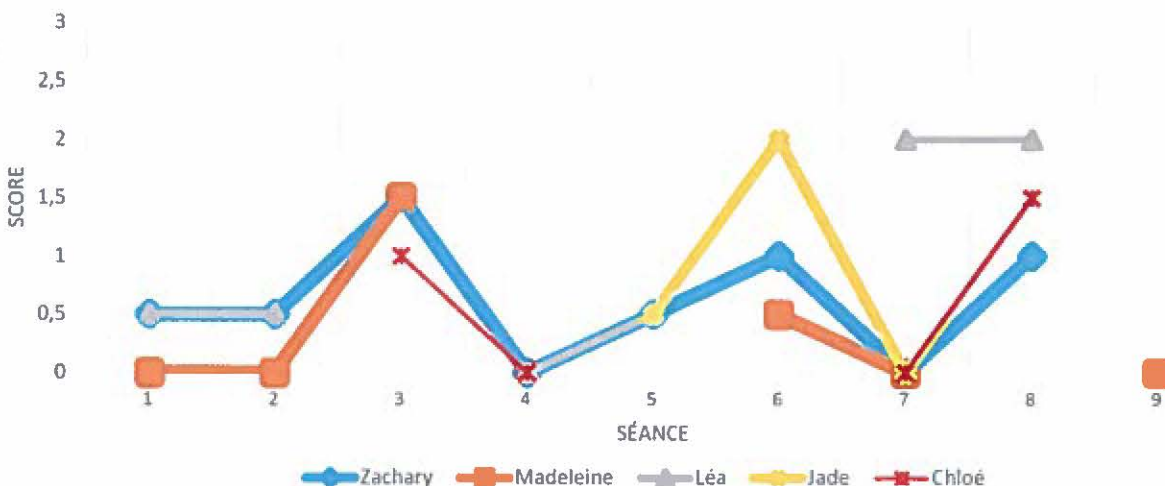


Figure 6 : Résultats moyens quant au fait de poser des questions pour chacun des participants, à travers le temps

**La propension à s'affirmer.** Pour cet objectif, mais également pour le reste des objectifs généraux, l'évaluation s'est faite par l'entremise de données recueillies uniquement en pré-test et en post-test. Pour y arriver, un questionnaire maison auto-rapporté de 33 questions a été élaboré dont chacune des questions se répond à l'aide d'une échelle d'accord allant de 0 (tout à fait faux) à 5 (tout à fait vrai). Ce questionnaire est divisé en quatre sections. Au niveau de la première section (section A) de ce questionnaire, elle permet de mesurer la propension à s'affirmer chez chacun des participants, plus concrètement, à l'aide de 12 questions. Pour chacun des participants, une moyenne des résultats obtenus pour l'ensemble de ces items a été effectuée. La figure 7 illustre la propension à s'affirmer moyen de chacun des participants. D'après cette figure, la moyenne des résultats de l'ensemble des participants était de 2 (variant entre 1,5 et 3), avant l'intervention. Après l'intervention, pour l'ensemble des participants, des changements sont à noter. Dans le cas de Madeleine et Jade, leurs résultats ont augmenté de façon notable. En effet, ces participants ont vu leur score moyen augmenter passant d'un score se situant à 2 (un peu faux) à un score de 4 (plutôt vrai). Or, cela fait en sorte que Madeleine se retrouve dans la moyenne, à la suite de l'intervention, alors qu'elle avait le résultat le plus faible, avant l'intervention. Dans le cas de Léa, elle obtient un résultat significatif après l'intervention, ce qui correspond à son profil, puisqu'elle était celle avec le plus d'implications verbales. Cette participante a obtenu le résultat le plus haut avant l'intervention et elle maintient sa position après l'intervention. Pour ce qui est Zachary et Chloé, ils ont des résultats plus haut qu'avant l'intervention, par contre, l'augmentation est plus modeste. Par conséquent, Chloé est la participante avec les plus bas résultats, après l'intervention (avec un résultat de 2,8). En somme, il est possible d'observer des changements pour l'ensemble des participants et ceux-ci sont d'autant plus marqués chez Madeleine, Jade et Léa.

Toutefois, il faut interpréter ces résultats avec précaution, car avec cette procédure d'évaluation il n'est pas possible de savoir s'il a eu un maintien à travers le temps et de comparer les résultats avec une norme. De plus, en étant un questionnaire dont les données sont auto-rapportées, celle-ci ne tient pas compte de désirabilité sociale. Cet élément est d'autant plus vrai chez ceux qui ont rempli le questionnaire en post-test par téléphone.

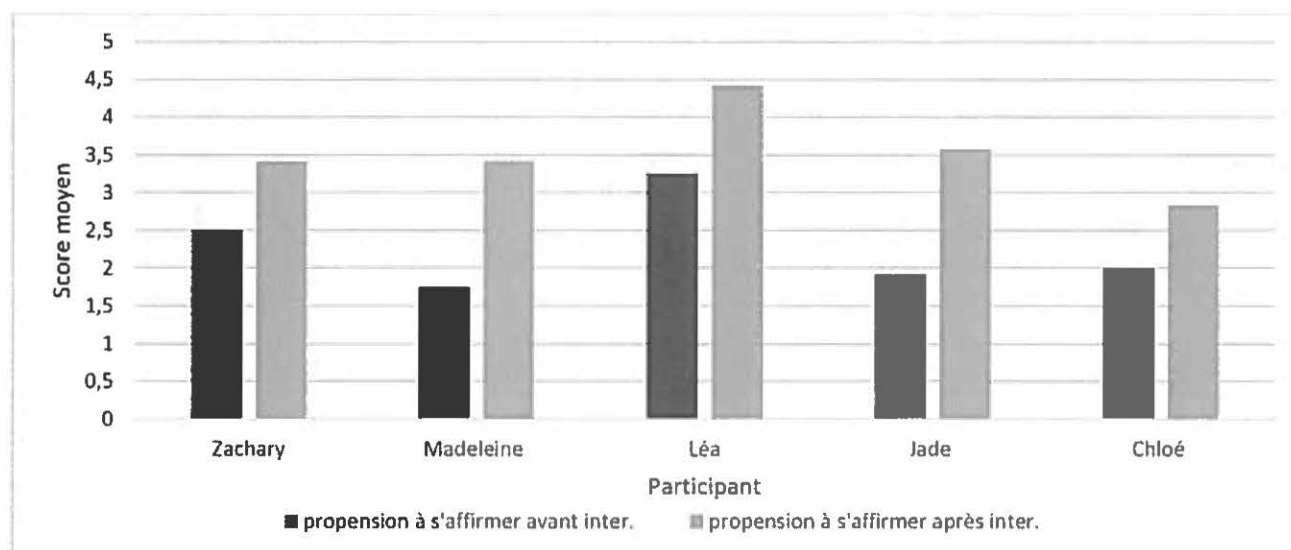


Figure 7 : Résultats moyens de la propension à s'affirmer pour l'ensemble des participants, en pré-test et en post-test

**Sentiment de compétence sociale.** Cet aspect a été évalué dans la seconde section (section B) du questionnaire maison par l'entremise de 11 questions. Tout comme pour la première section, pour l'ensemble des participants, une moyenne des résultats obtenus aux différentes questions a été réalisée. Le sentiment de compétence sociale moyen des participants est présenté dans la figure 8. D'après cette figure, avant l'intervention, tous les participants présentaient des scores se situant entre la deuxième catégorie (un peu faux) et la troisième catégorie (un peu vrai). Après l'intervention, dans le cas de Madeleine, son résultat a augmenté de façon très notable. En effet, au départ, son résultat se situe entre la première catégorie (plutôt faux) et la deuxième catégorie (un peu faux) et après l'intervention, il se retrouve dans la quatrième catégorie (plutôt vrai). Léa et Jade obtiennent aussi un résultat signifiant après l'intervention (augmentation de plus de 1,5 point). Or, Léa est celle qui avait le plus haut score avant l'intervention et elle maintient sa position, après l'intervention. Pour ce qui est Zachary et Chloé, leurs résultats ont très peu changé, à la suite de l'intervention. Il est aussi possible de constater qu'après l'intervention Madeleine et Jade (dont les résultats étaient les plus bas) ont obtenu des résultats supérieurs à Zachary et Chloé et qu'au final, c'est Chloé qui présente le plus bas résultat. Donc, de façon générale, il est possible de noter des changements signifiants, après l'intervention, chez

trois participants, soit chez Madeleine, Jade et Léa. Néanmoins, il faut analyser ces résultats avec prudence comme il a été mentionné pour le précédent objectif.

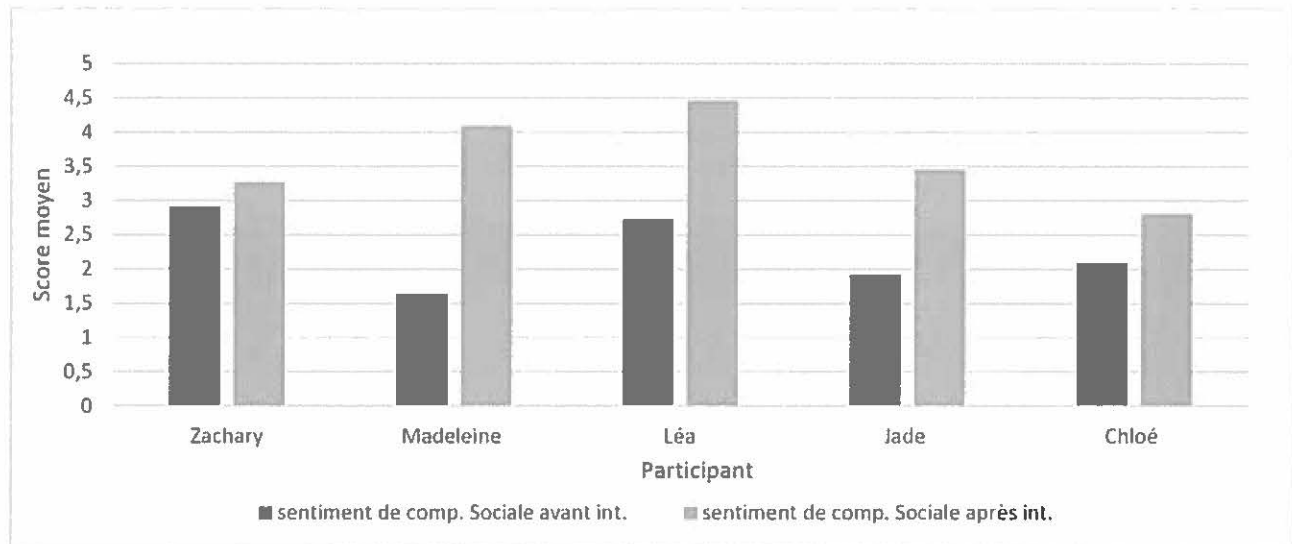


Figure 8 : Résultats moyens du sentiment de compétence sociale pour l'ensemble des participants, en pré-test et en post-test

**L'évitement social.** Cet objectif a été apprécié dans la troisième section (section C) de ce questionnaire maison, plus particulièrement, par l'intermédiaire de cinq questions provenant d'un questionnaire existant, soit du SPIN. Néanmoins, compte tenu des modifications apportées (comme la réduction du nombre d'items et l'uniformisation des échelles), il n'est pas possible de se référer aux normes du questionnaire original. Donc, pour l'ensemble des participants, une moyenne des résultats obtenus à ces cinq questions a été effectuée. C'est par l'entremise de la figure 9 que l'évitement social moyen est illustré. Il est important de mentionner que contrairement aux deux premières sections du questionnaire, plus le résultat est bas, plus le niveau d'évitement social est petit. Il en ressort, dans un premier temps, que Jade a vu le nombre de comportements d'évitement moyen diminuer de façon importante (2 points de moins). De ce fait, après l'intervention, elle présentait moins d'évitement social. Dans un deuxième temps, Chloé a vu ses résultats diminués de façon notable (1 point de moins). Malgré cette diminution, elle est la participante qui avait le plus haut niveau d'évitement social moyen, après l'intervention. Dans un dernier temps, pour Zachary, Madeleine et Léa, le changement est d'ordre de 0,5. Donc, il n'est pas possible de conclure à un changement. En somme, Jade et Chloé ont vu leur niveau d'évitement social moyen diminuer. Il n'en reste pas moins que malgré ce changement chez Chloé, celle-ci présentait toujours, après l'intervention, le plus haut niveau d'évitement social moyen. Pour ce qui est des trois autres participants, leur score reste sensiblement les mêmes, après l'intervention. Il faut, cependant, analyser ces résultats avec prudence. En effet, avec cette procédure



d'évaluation, il n'est pas possible de savoir s'il a eu un maintien à travers le temps et de comparer les résultats à une norme. De plus, celle-ci ne tient pas compte de la désirabilité sociale. Finalement, il y avait uniquement cinq questions qui évaluaient l'évitement social, ce qui constitue un nombre restreint pour apprécier cet objectif.

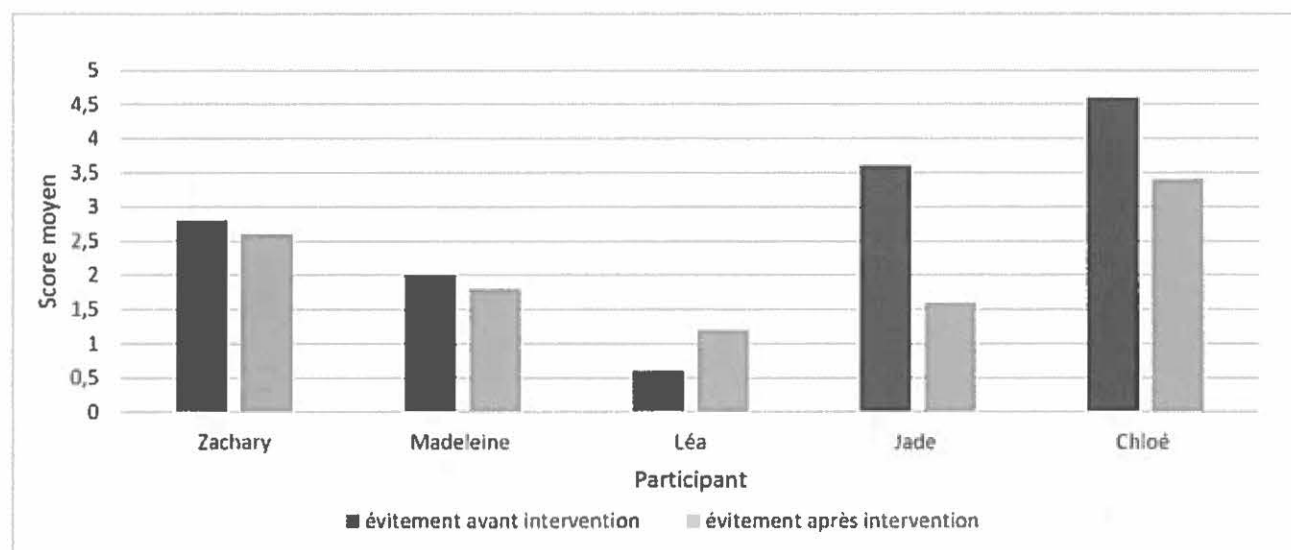


Figure 9 : Résultats moyens du niveau d'évitement social pour l'ensemble des participants, en pré-test et en post-test

**Le niveau d'anxiété sociale.** Ce dernier objectif proximal a été évalué dans la quatrième section du questionnaire maison (section D). Plus concrètement, cinq items provenant d'une traduction et d'une adaptation du SAS-A évaluent cet aspect. Ainsi, il n'est pas possible de se référer aux normes du questionnaire original, compte tenu des adaptations réalisées. De ce fait, une moyenne des résultats obtenus pour l'ensemble de ces items a été effectuée pour tous les participants. C'est par l'entremise de la figure 10 que le niveau d'anxiété sociale moyen est illustré. Tout comme pour l'évitement social, plus le résultat est bas plus le niveau d'anxiété sociale est moindre. À l'aide de ce graphique, il est possible de constater que Léa a vu son niveau d'anxiété sociale moyen augmenter de manière très significative, après l'intervention (augmentation de trois points). Or, avant l'intervention, l'adolescente était celle avec le plus bas niveau d'anxiété sociale et après l'intervention, celle-ci a obtenu le score le plus élevé. Une entrevue semi-structurée a été effectuée avec la participante afin de mieux comprendre ce phénomène. D'après l'adolescente, cela pourrait, notamment, s'expliquer par ses absences à son école de quartier qui ont augmenté depuis le pré-test. Or, celles-ci font en sorte qu'elle se sent de moins en moins à l'aise avec ses camarades de classe de façon à les éviter. Dans le cas de Jade et Chloé, il est possible d'observer une diminution notable. Or, malgré cette diminution chez Chloé, elle se situe toujours dans les participants dont le taux d'anxiété sociale moyen est le plus haut. Quant à Jade, elle

constitue la participante avec le plus bas niveau d'anxiété sociale moyen, après l'intervention. Pour Zachary et Madeleine, le changement est inférieur à 0,5. Ainsi, il n'est pas possible de conclure à un changement notable pour ces deux participants. Bref, Jade et Chloé ont vu leur niveau d'anxiété sociale moyen diminuer, tandis que Léa l'a vu augmenter. Pour ce qui est de Zachary et Madeleine, leur score reste sensiblement identique, après l'intervention. Il faut, cependant, analyser ces résultats avec prudence comme cela a été le cas pour les scores du précédent objectif.

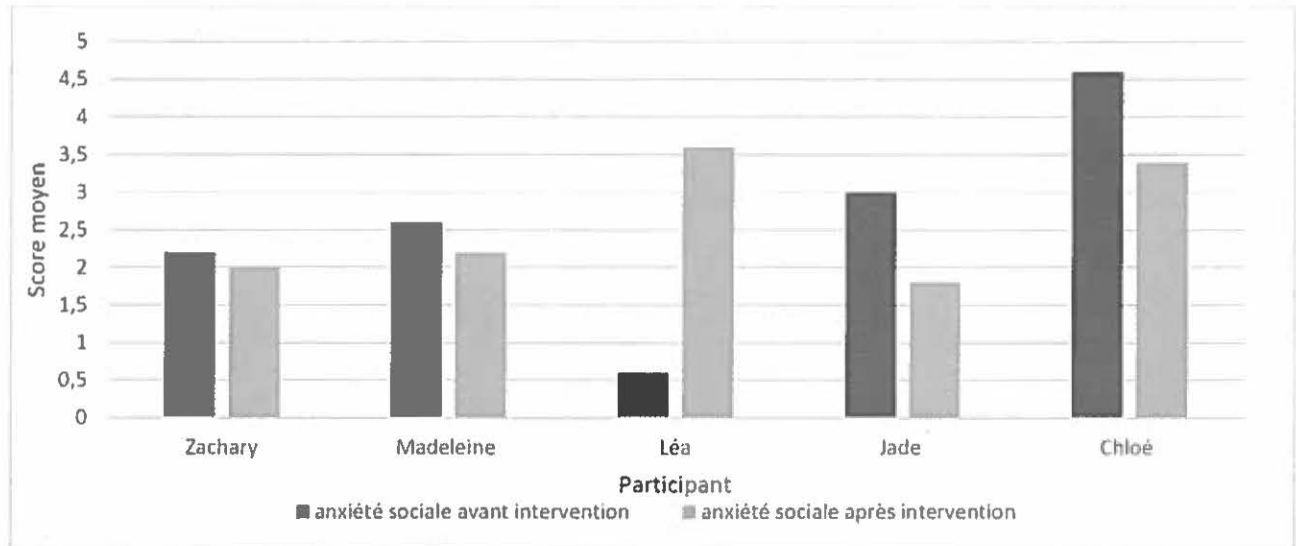


Figure 10 : Résultats moyens du niveau d'anxiété sociale pour l'ensemble des participants, en pré-test et en post-test

**L'estime personnelle.** Ce premier objectif distal a été évalué par le biais de l'ÉES-10 qui comporte dix items au total. Plus spécifiquement, les réponses sont cotées sur une échelle d'accord à quatre points variant entre 1 (pas du tout d'accord) et 4 (tout à fait d'accord). L'intervalle des résultats totaux va de 10 à 40. Même s'il n'a pas été possible d'avoir accès aux normes de cet outil, d'après Crépin & Delerue (s.d.), un score inférieur à 25 représente une estime de soi très faible, un score entre 25 et 31 représente une faible estime de soi, un score entre 31 et 34 représente une estime de soi moyenne, un score entre 34 et 39 représente une forte estime personnelle et un score de 39 et plus représente une estime de soi très forte. La Figure 11 présente les résultats obtenus à ce questionnaire en prétest et en post-test pour chacune des participants. Plus concrètement, cette figure met de l'avant qu'avant l'intervention l'ensemble des participants a obtenu un résultat très faible ou faible à ce questionnaire. À la suite de l'intervention, Madeleine a vu son estime de soi augmenter de façon significative. En effet, cette participante est passée d'un résultat très faible à un résultat dans la moyenne. Dans le cas de Zachary, de Jade et de Chloé, le niveau d'estime personnelle est demeuré très faible à travers le temps. L'estime personnelle de Léa, quant à elle, semble avoir légèrement diminué à travers

le temps. Cependant, le changement n'est pas assez déterminant. En somme, il y a uniquement Madeleine qui aurait bénéficié des effets du programme à ce niveau. Il faut, cependant, interpréter ces résultats avec prudence. Tout d'abord, il n'est pas certain que le changement chez Madeleine soit dû à l'intervention. Il y a d'autres éléments qui ont pu être favorables et ainsi contribuer à l'augmentation de son estime personnelle, notamment, des facteurs individuels et le temps. Ensuite, il faut aussi discerner les résultats avec prudence en raison de la procédure, puisqu'il n'est pas possible de savoir s'il a eu un maintien à travers le temps. Également, les normes du questionnaire ne sont pas disponibles. De plus, celle-ci ne tient pas compte de la désirabilité sociale ce qui a pu influencer les résultats. Or, cela risque d'être d'autant plus vrai chez les participants qui ont complété l'évaluation par téléphone en post-test comme cela a été le cas chez Madeleine, Zachary et Chloé.

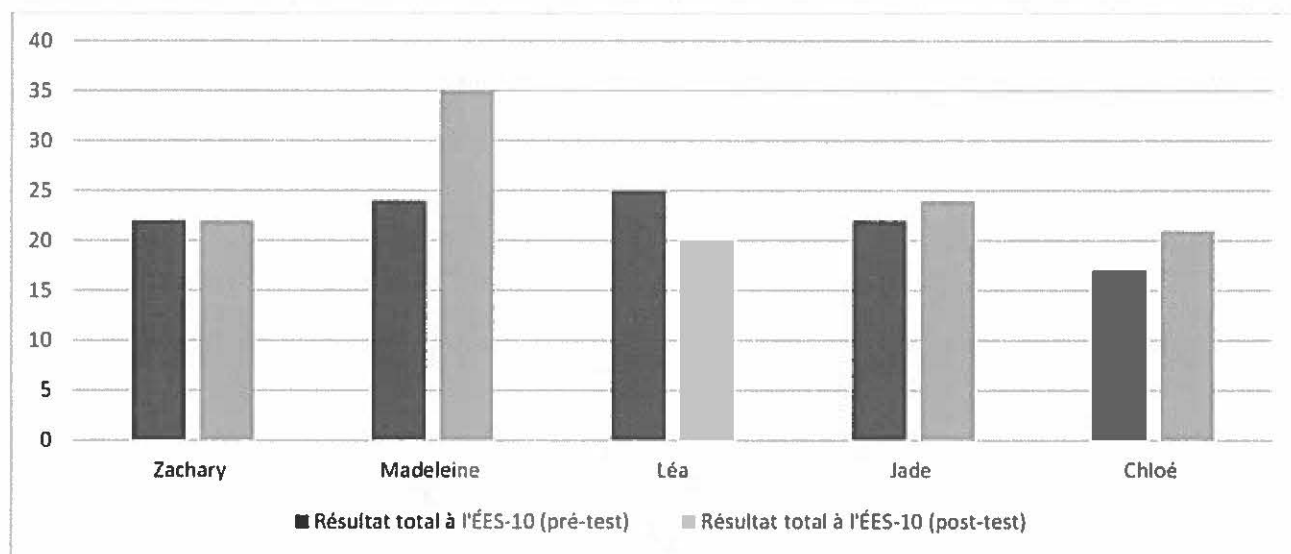


Figure 11 : Résultat total à l'ÉES-10 pour l'ensemble des participants, en pré-test et en post-test

**Relations interpersonnelles.** Pour évaluer ce dernier objectif distal, l'EQRl a été employée. Ce questionnaire est composé de 20 items mesurant, plus concrètement, les relations familiales, les relations amoureuses, les relations avec les amis, les relations avec les camarades de classe et les relations de manière générale. Plus concrètement, le participant devait indiquer à quel point ces relations sont harmonieuses, sont valorisantes et sont satisfaisantes. Il devait aussi indiquer à quel point ces relations le mènent à avoir confiance en eux en complétant une échelle d'accord à cinq points allant de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement). Les participants ont rempli l'ensemble du questionnaire en pré-test et en post-test. Cependant, l'absence de réponses à certains énoncés a fait en sorte qu'uniquement l'évaluation des relations de manière générale a été retenue. Pour chacun des participants, un score moyen, pour cette sous-échelle, a été effectué en pré-test et en post-test et est présenté à la figure 13. Cette figure met de l'avant qu'avant l'intervention, les résultats de l'ensemble des participants se

situaient sous ou près du point central correspondant à 2 (modérément). Il est aussi possible de constater que Zachary et Madeleine ont vu leurs résultats augmenter de façon significative, après avoir été exposés au programme. Effectivement, ces participants ont vu leur résultat moyen augmenter passant d'un score se situant à 1 (un peu) à un score se situant à 3 (beaucoup). Ensuite, les résultats moyens de Léa et Chloé sont passés de 2 (modérément) à 3 (beaucoup), ce qui représente une légère augmentation. Finalement, le résultat de Jade après l'intervention ressemble à celui obtenu avant l'intervention de façon à se situer encore près de la moyenne. En somme, leur perception quant à la qualité des relations générales s'est améliorée pour l'ensemble des participants, sauf pour Jade. Il faut tout de même rester vigilant dans l'interprétation de ces résultats, notamment, en raison de la procédure d'évaluation et ses lacunes. Aussi, habituellement, un changement de cet ordre prend plus que trois semaines à opérer. De ce fait, ce changement pourrait davantage être dû à l'expérience positive que les participants ont eue à l'unité et ainsi davantage refléter les relations entretenues à l'hôpital qu'à l'extérieur. Or, il aurait été intéressant de documenter le changement dans le temps pour voir si cela s'est maintenu et s'est opéré à leur quotidien.

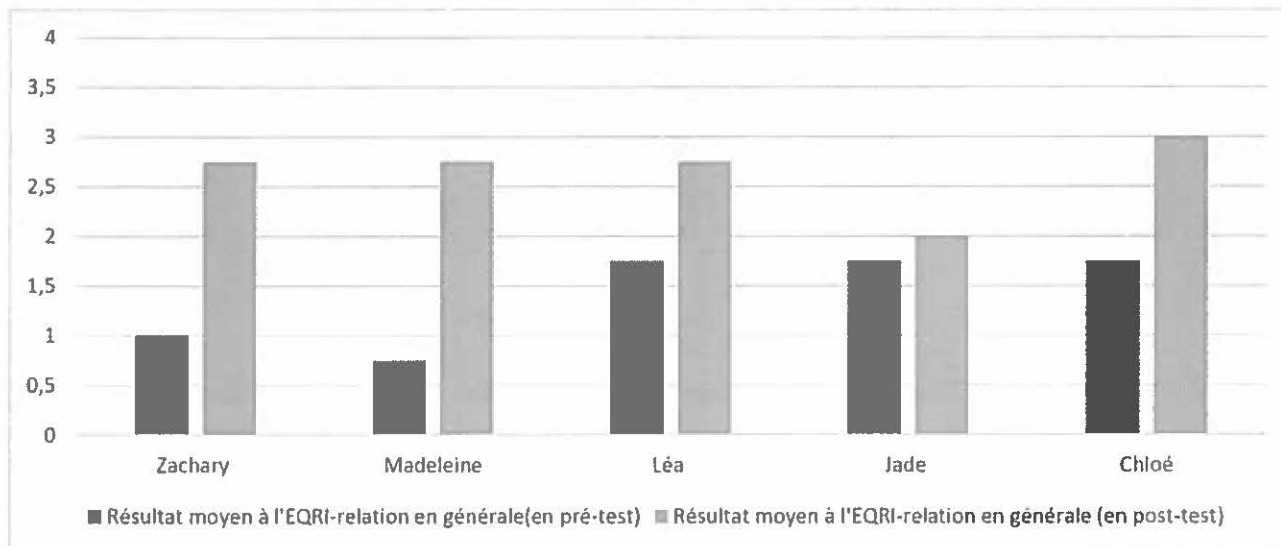


Figure 12 : Résultats moyens quant à la perception de la qualité de leurs relations avec les gens en général pour l'ensemble des participants, en pré-test et en post-test

## Discussion

### Jugement sur l'atteinte des objectifs

Au niveau des objectifs proximaux, plus précisément, pour l'objectif mesurant l'amélioration des capacités d'affirmation en situations sociales avec les pairs (objectif général 1), il y a uniquement Léa qui a atteint le deuxième et troisième objectif spécifique s'y rapportant. Cependant, tout comme le reste du groupe, elle n'a pas augmenté le nombre d'interactions verbales, ce qui signifie qu'aucun participant

n'a atteint le premier objectif spécifique. Ainsi, Zachary, Madeleine, Jade et Chloé n'ont pas atteint ce premier objectif proximal général et dans le cas de Léa, elle est en voie de l'atteindre. Pour ce qui est de l'objectif mesurant la propension à s'affirmer dans différentes situations hypothétiques comme en situation de victimisations, de moqueries, d'agressions verbales et physiques et de confrontations d'opinion (objectif général 2), l'ensemble des participants l'a réussi. Effectivement, en comparant leurs résultats avant et après l'intervention, d'après eux, ils ont tous augmenté leur propension à s'affirmer en contextes d'interaction avec les pairs. Quant à l'objectif mesurant le sentiment de compétence sociale (objectif général 3), trois des cinq participants (Léa, Madeleine et Jade) soulèvent des améliorations notables, à la fin du programme d'intervention. Dans le cas des objectifs mesurant la diminution de l'anxiété sociale et la diminution des comportements d'évitement, lors de différents contextes d'interaction avec les pairs (objectif général 4 et 5), il y a uniquement Chloé et Jade qui ont vécu une diminution de manière à atteindre ces objectifs.

Si l'on s'attarde aux changements, plus spécifiquement, rencontrer chez chacun des participants, Léa qui était la participante la plus engagée dans le processus est celle qui a atteint le plus d'objectifs se rapportant aux différentes habiletés convoitées. Pour ce qui est de Zachary, il était le participant le moins engagé et il a atteint qu'un seul objectif. Quant à Madeleine, elle a obtenu des résultats pour deux des cinq objectifs, alors que son niveau d'engagement augmentait progressivement, au cours de l'intervention. Dans le cas de Jade et de Chloé, la diminution de leur niveau d'anxiété sociale et du nombre de comportements d'évitement est accompagnée d'une augmentation au niveau de la propension à s'affirmer et au niveau de leur sentiment de compétence sociale, sauf chez Chloé qui n'a pas augmenté son sentiment de compétence sociale. Finalement, en ce qui concerne les objectifs distaux, Madeleine est la seule à avoir vu son estime personnelle augmenter dans le cadre du programme. Quant à la qualité des relations interpersonnelles, ils percevaient tous que leurs relations interpersonnelles avec les gens en général étaient de meilleure qualité, lorsque l'intervention a été complétée, sauf pour Jade. Cependant, il faut rester prudent quant à ces conclusions. Effectivement, il est difficile de déterminer ce qui est dû à l'intervention, puisque les résultats obtenus en pré-test et en post-test ne correspondent pas avec ceux obtenus de façon continue dans le temps. Or, plusieurs éléments se rapportant à la procédure d'évaluation, comme le contexte d'observation limité et non-équivalent, les protocoles utilisés et l'utilisation d'un questionnaire maison auto-rapporté, ont probablement eu un impact sur les résultats récoltés et leur fidélité. Un tableau résumé reprenant chacun des objectifs est présenté en annexe (voir l'annexe XIII).

### **Liens entre les résultats, les composantes de l'intervention et le contexte théorique**

Plusieurs éléments se rapportant à l'implantation du programme et au contexte théorique ont également pu influencer les résultats. Au niveau des composantes de l'intervention, il est possible

d'émettre plusieurs hypothèses. D'abord, en ce qui concerne les sujets et le recrutement, le profil des participants était très hétérogène. De ce fait, ils ne présentaient pas tous les mêmes symptômes ni le même nombre de symptômes. Or, en se fiant à l'expertise des professionnels du milieu et au dossier médical des participants, il n'a pas été possible de situer précisément les participants et de s'assurer qu'ils respectaient les critères. Il aurait donc été intéressant d'utiliser des outils standardisés afin d'avoir un profil exact de ceux-ci. Ensuite, d'entrée de jeu, ce n'est pas tous les participants qui correspondaient au profil établi et souhaité. Plus particulièrement, dans le cas de Léa, même si elle présentait des symptômes dépressifs, elle avait davantage des comportements de type extériorisé. Par exemple, cette participante donnait son opinion, mais en s'imposant aux autres, ce qui correspond davantage à un type d'affirmation agressive. Or, la grille d'observation maison n'était pas adaptée à sa réalité. Effectivement, l'adolescente était beaucoup impliquée verbalement, dès la première rencontre, de façon à se retrouver dans la catégorie la plus haute de l'échelle. De ce fait, il n'a pas été possible d'aussi bien documenter l'augmentation de ce comportement et le changement de type d'affirmation. Il n'en reste pas moins que cette intervention s'est avérée pertinente d'après les observations et la jeune. Ainsi, il pourrait être intéressant de modifier le profil cible et de l'élargir. D'un autre côté, il est possible de se questionner à savoir si c'était réellement le bon moment pour eux de participer à l'intervention. En effet, les problématiques rencontrées par les jeunes hospitalisés sont plus sévères, persistantes, complexes et multiples (d'autres problématiques en concomitance) d'où le fait qu'ils sont référés à un service de troisième ligne. Or, il est probable que la gravité de leur situation ait influencé leur niveau de disponibilité et la généralisation des acquis. Cela est d'autant plus vrai pour les participants qui ont été recrutés peu de temps après leur admission à l'unité. Par conséquent, il aurait peut-être fallu attendre que les sujets soient plus stables pour participer à l'intervention ou peut-être diminuer les attentes pour qu'elles soient davantage adaptées à leur condition.

En ce qui a trait au programme et au contenu, le fait que l'entièreté du contenu ait été livrée (ou presque) et que le programme prévoit différentes activités plaisantes et interactives pour mettre en applications le contenu (p.ex. les jeux de rôle, la participation des sujets cibles aux démonstrations, l'activité en grand groupe et les dilemmes moraux) et la congruence entre les différents volets ont bien évidemment été bénéfique pour les résultats. Cependant, l'exposition au programme peut venir dissiper ces biens faits. Effectivement, même si le programme est intensif (en prévoyant plusieurs rencontres par semaine) et complet, la courte durée du programme ne laisse pas beaucoup de temps pour la généralisation des acquis. Également, l'intégration de Jade et Chloé alors que le programme était déjà amorcé et les absences ont réduit les occasions de mise en pratique et ont nui à l'évaluation continue et à l'interprétation des résultats (par l'absence de données). Les changements au niveau du temps attribué aux différentes composantes de chacun des volets sont aussi à considérer. En effet, les dilemmes moraux ont duré moins de temps, sauf une fois, même si les animateurs questionnaient les

participants, orientaient les discussions et clarifiaient les attentes pour prolonger les discussions, tandis que les remue-méninges ont toujours duré plus de temps que ce qui était prévu. Or, l'inconstance au niveau du temps pour ces deux contextes d'observation a pu avoir un impact sur les résultats, mais aussi en ce qui concerne la représentativité de ceux-ci.

Le système des responsabilités et l'implication des différents intervenants et professionnels du milieu ont aussi eu une ascendance sur les résultats. Au niveau des responsabilités, les participants n'ont pas tous effectué l'ensemble de leurs devoirs. Or, cet élément est primordial à la généralisation des acquis. Ce manque pourrait, d'abord, s'expliquer par le fait qu'à part l'animatrice principale, il n'y avait personne pour faire des rappels à ce niveau. Ensuite, les participants avaient peu de temps pour effectuer le devoir. Donc, le devoir aurait pu être distribué et vérifié à un autre moment pour prolonger le délai de remise. Puis, contrairement à ce qui avait été planifié, aucune période de rattrapage n'a été offerte aux participants pour réaliser leurs devoirs. Il est également possible que le choix de récompense (qui était le même que pour la gestion des comportements) ne fût pas assez attrayant et diversifié. En ce qui concerne l'implication des intervenants et des professionnels dans le programme, ceux-ci ont moins été sollicités par l'étudiante stagiaire en psychoéducation que planifié, au départ. De leur côté, ils ont aussi peu cherché à s'investir dans le projet. Or, cela a probablement compromis la généralisation des acquis, puisqu'il n'y avait pas d'autres intervenants qui assuraient la continuité dans le milieu, et a donc eu un impact négatif sur les résultats. Même si ces derniers n'étaient pas directement impliqués dans le programme, ils étaient engagés auprès des participants. En effet, par le fonctionnement de l'unité, chacun des participants se voit attirer un intervenant pivot et un pédopsychiatre à leur arrivée, ce qui fait en sorte qu'ils ont tous été exposés de manière intensive à d'autres suivis individuels. D'autres éléments, comme la prise de psychotropes et la participation à des suivis (à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital), ont pu influencer les résultats obtenus à la hausse. Or, ces éléments de débordement font en sorte qu'il est difficile de savoir ce qui est réellement dû à ce programme d'intervention.

Il est également possible de faire des liens entre les résultats et le contexte théorique. Un premier élément qui a pu influencer les effets de l'intervention est le fait qu'il existe très peu de programmes visant spécifiquement cette problématique et qui a fait l'objet d'une évaluation. De ce fait, il est difficile de vraiment savoir quelles sont les meilleures cibles d'intervention à viser pour agir efficacement sur cette problématique. Malgré cet élément et le fait que les résultats soient limités, il est possible de croire que les cibles d'intervention sont les bonnes. En effet, selon la littérature, les jeunes ayant un trouble anxieux identifient difficilement ce qu'ils vivent et ce que les autres ressentent (Rapee & Spence, 2004). Aussi, il est plus complexe pour eux de communiquer leurs émotions, notamment, parce qu'ils croient que leurs droits, leurs opinions et leurs émotions ne sont pas importants. Cela fait en sorte qu'il est plus difficile pour les autres de les comprendre et d'avoir accès à ce qu'ils sont réellement (Rubin, Bukowski

& Laursen, 2011). De plus, les jeunes anxieux peuvent se sentir incompris et sentir que leurs besoins ne sont pas répondus. Également, en situation de conflit ou face à un problème, ils ont tendance à utiliser l'évitement et l'isolement (Kearney, 2005; Strauss, Lahey, Frick, Frame & Hynd, 1988). Tous ces éléments mettent ainsi de l'avant qu'ils éprouvent autant des difficultés au niveau de l'affirmation de soi, de la communication et de la résolution de problèmes.

Aussi, même si la cible d'intervention se situe au niveau des habiletés sociales, il est possible d'observer d'autres biens faits du programme, soit l'établissement de relations d'amitié entre les différents participants. Or, il a été démontré dans la littérature que les jeunes anxieux sont davantage en périphérie du monde social de façon à être plus seuls et plus isoler du groupe (Kearney, 2005). Ainsi, le programme agit de façon indirecte sur les difficultés relationnelles avec les pairs et vient créer un facteur de protection. D'un autre côté, l'interprétation erronée et négative qu'ont les jeunes anxieux et dépressifs en ce qui concerne leurs capacités sociales, mais également envers l'environnement maintient ou augmente les difficultés d'ajustement social et les symptômes anxieux ou dépressifs d'où l'importance d'intervenir à ce niveau. C'est donc dans le but d'invalider les fausses croyances des participants par rapport à leurs habiletés sociales que le programme prévoit de l'exposition à différents contextes sociaux. Néanmoins, cela prend plus que trois semaines pour réussir à modifier de fausses croyances et par faute de temps, cette thématique n'est pas adressée directement aux participants. Également, ce programme ne permet pas d'avoir l'évolution des symptômes anxieux ou dépressifs. De ce fait, il n'est pas possible de savoir si cette activité clinique influence à la hausse ou à la baisse cet aspect et la présence de ce genre de symptômes à un impact sur les résultats. Il serait donc intéressant d'apporter ces modifications au programme et de l'évaluer de nouveau de façon plus rigoureuse afin de savoir si les cibles d'intervention ont un réel impact.

Un deuxième élément à regarder est la comorbidité associée aux troubles anxieux. Plus concrètement, les différentes études montrent que les enfants et les adolescents atteints d'un trouble anxieux sont, notamment, plus portés à développer un autre trouble anxieux, un trouble d'attention avec ou sans hyperactivité, un trouble oppositionnel avec provocation, de l'abus de substances et un trouble dépressif (Turgeon & Gendreau, 2007). Or, la plupart des participants avaient d'autres difficultés ou problématiques. De ce fait, cet aspect a, bien évidemment, influencé les résultats. Un troisième élément à explorer est les besoins des sujets. Même si la littérature démontre que les jeunes anxieux sont habituellement plus isolés, plus à risque de vivre du rejet et/ou de la victimisation, de présenter moins d'amitié et d'avoir l'impression que la qualité de celles-ci est moindre, il faut que ceux-ci aient le besoin d'améliorer leur condition sociale. Or, compte tenu du fait que la sélection des participants s'est faite d'après l'expertise de l'équipe, il est possible que pour certains participants, les besoins aient été mal identifiés. De plus, il est probable que le fait de briser l'isolement et l'amélioration de leurs habiletés



sociale ne constituaient pas un besoin primordial pour eux. Le dernier élément se rapporte au contexte d'intervention. Effectivement, les patients verbalisent se sentir mieux à l'hôpital que dans leur milieu de vie, car le contexte est plus sécurisant et qu'ils ont le sentiment d'être acceptés et d'être respectés par les autres jeunes. De ce fait, la manifestation des symptômes anxieux et/ou dépressifs et les difficultés sociales peuvent être moins présentes. Dans la même lignée, le fait que l'activité soit principalement en sous-groupe a possiblement permis aux participants d'être plus à l'aise (situation moins menaçante) et en confiance de façon à contribuer positivement quant aux résultats récoltés.

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

**Avantages.** Peu importe les résultats obtenus, il y a plusieurs forces associées à cette intervention de groupe. D'abord, cette activité clinique est innovatrice. Effectivement, même s'il existe plusieurs programmes d'intervention qui visent à travailler la diminution des symptômes anxieux ou dépressifs (ou l'intensité des symptômes), il existe très peu de programmes qui visent spécifiquement à travailler les difficultés d'ajustement social que présente cette clientèle. Ensuite, le programme est adapté au contexte particulier que l'on retrouve en milieu hospitalier, notamment, il tient compte de la courte durée des séjours et de la diversité de la clientèle. D'un autre côté, le programme est complet et traite donc de l'ensemble des éléments importants à savoir en ce qui concerne l'affirmation de soi, la communication et la résolution de problèmes. Il permet ainsi aux participants d'augmenter leurs connaissances à ce niveau. Aussi, cette activité clinique prévoit plusieurs modalités favorisant la mise en application du contenu, entre autres, les jeux de rôle, les dilemmes moraux, les devoirs et l'activité en grand groupe. Dans la même lignée, la manière de structurer le programme fait en sorte que certaines activités sont en sous-groupe et d'autres en grand groupe (avec l'ensemble des jeunes du milieu). De ce fait, les participants ont été soumis à différents contextes d'exposition. De plus, certains des moyens et activités ont été plaisants pour les participants, ce qui est important dans un contexte difficile comme une hospitalisation. Finalement, certains participants ont été en mesure de créer des relations d'amitié qui se sont généralisées à l'extérieur du contexte d'intervention, puisque par la mise en place de cette activité clinique, ceux-ci ont eu la possibilité d'appartenir à un groupe et donc de briser leur isolement. Or, cela a probablement été bénéfique en ce qui concerne leurs besoins d'appartenance.

**Limites et recommandations.** Ce programme comporte également des limites. Dans un premier temps, il est possible de soulever plusieurs inconvénients en ce qui concerne le processus d'évaluation de ce programme. D'abord, les protocoles sélectionnés pour l'évaluation des effets ne s'avèrent pas optimaux, même s'ils sont adaptés aux conditions particulières rencontrées en milieu hospitalier. En effet, un protocole à séries temporelles sans pré-test et post-test a été choisi pour évaluer le premier objectif général. Or, celui-ci ne permet pas d'établir un niveau de base avant l'intervention et de recueillir des données à la fin du programme. Le second protocole, étant un protocole en pré-test et

en post-test, ne permet pas de savoir si les résultats sont nécessairement liés à cette intervention. Ensuite, la qualité des instruments peut aussi être remise en cause. En effet, les objectifs du programme sont assez spécifiques, ainsi, il n'existait pas vraiment d'instrument de mesure qui permettait d'évaluer ces aspects. De ce fait, l'ensemble des objectifs (sauf les objectifs distaux) a été évalué par l'entremise d'instruments maison qui constituent des outils dont les propriétés psychométriques n'ont pas été validées. De plus, des questionnaires auto-rapportés ont été utilisés, ce qui implique qu'en plus de ne pas avoir de normes, la fidélité des résultats a été influencée par la désirabilité sociale. Cette réalité est d'autant plus vraie pour les participants qui ont rempli les questionnaires en post-test par téléphone. Afin de mieux contrôler cet élément, il aurait été intéressant de demander à un autre intervenant qui n'est pas directement impliqué dans le processus, mais qui connaît les participants d'effectuer les échanges téléphoniques. Dans la même optique, il aurait été intéressant d'effectuer une autre version du questionnaire maison pour qu'il s'adresse aux intervenants du milieu ce qui aurait permis d'avoir une autre source d'information et de comparer les résultats octroyés par chacun des informateurs. Le dernier élément par rapport au processus d'évaluation concerne le contexte d'observation sélectionné pour l'évaluation continue. Tout d'abord, ces deux contextes d'observation se sont avérés à ne pas être équivalents (par rapport au temps et aux personnes présentes), ce qui rend la comparaison plus complexe. Puis, ce choix de contextes d'observation limitait le nombre de prises de mesure (neuf rencontres donc neuf prises de mesures) et limitait la durée d'observation (durée d'observation qui correspondait au temps des remue-méninges et au temps des dilemmes moraux). Ensuite, la validité de la tâche est également questionnable. Effectivement, ce choix de contextes n'est pas nécessairement représentatif de la réalité du milieu. Les résultats auraient probablement été différents dans un autre contexte d'observation. Le contexte hospitalier n'étant également pas représentatif de leur quotidien, il aurait été intéressant de sélectionner un contexte extérieur au milieu pour effectuer l'évaluation, malgré le fait que cette démarche aurait été plus complexe.

Dans un deuxième temps, la courte durée des séjours des patients a eu un impact sur la généralisation des acquis. Plus spécifiquement, cela limite les possibilités de mises en application et cela limite les possibilités de changer leurs perceptions quant à leurs capacités au plan social, aspect qui aurait favorisé le maintien des acquis. Une intervention de courte durée fait aussi en sorte que certains thèmes déterminants n'ont pas été abordés comme les modes de pensées et les distorsions cognitives. Or, cela constitue un élément déterminant, puisque le fait de travailler les modes de pensées et les distorsions des jeunes anxieux ou dépressifs permet de prévenir le maintien ou l'augmentation des difficultés d'ajustement social, mais aussi des symptômes. Dans un troisième temps, les symptômes anxieux ou dépressifs ont été un élément clé dans le recrutement des participants, par contre, au cours de l'intervention, ceux-ci ont été beaucoup moins considérés. Portant, la présence de ceux-ci a un impact important en ce qui concerne le niveau de disponibilité des participants.

Effectivement, si ceux-ci sont trop anxieux ou dépressifs, ils risquent d'être moins réceptifs au contenu de façon à aussi avoir un impact sur les résultats de l'intervention. Finalement, l'animatrice principale et son accompagnatrice de stage ont été les personnes de référence pour ce programme. Malgré le fait que l'étudiante stagiaire en psychoéducation ait présenté le programme à l'ensemble de l'équipe, elle aurait dû mettre davantage de moyens en place pour favoriser l'implication des autres membres de l'équipe dans le projet. Notamment, elle aurait pu former certaines personnes de l'équipe de soir, demander à diversifier le plus possible les co-animateurs et mettre en place un journal de bord pour noter leurs observations concernant les participants. Sur le coup, cela aurait probablement augmenté ses responsabilités, cependant, à long terme, les effets auraient probablement été plus bénéfiques. Entre autres, cela aurait permis une plus grande collaboration et communication et cela aurait été un autre moyen pour généraliser les acquis.

À la lumière de tout cela, lors d'une implantation future, il pourrait, tout d'abord, être intéressant de changer le contexte d'évaluation et de mise en application, notamment, en les faisant plus correspondre avec leur quotidien. Par exemple, certains de leurs amis pourraient être impliqués dans les activités et du même coup, ceux-ci deviendraient des personnes étrangères pour les autres participants. Ensuite, il serait préférable d'observer, pendant toute la séance ou encore à l'extérieur de la période d'intervention (p.ex. pendant les déjeuners) pour avoir un plus grand échantillon de temps. Dans la même optique, des techniques d'observation plus systématique pourraient être envisagées comme l'observation événementielle et l'observation par échantillon de temps. Pour faciliter le processus de cotation, l'ensemble des séances pourrait être filmé. D'un autre côté, pour la sélection des participants une procédure plus systématique devrait être utilisée, entre autres, en employant des questionnaires. Cela permettrait de connaître leur niveau de correspondance aux critères de sélection et ainsi avoir un profil exact des participants. De plus, l'intensité des symptômes anxieux et le nombre de symptômes dépressifs devraient être évalués à toutes les rencontres (ou le plus souvent possible) afin de voir l'impact que ceux-ci peuvent avoir sur la disponibilité des sujets et sur les résultats. Puis, puisqu'à la suite du programme, il est possible d'observer de nouvelles amitiés entre les participants, il serait intéressant d'évaluer la qualité des liens pour approfondir notre compréhension de l'impact du programme à ce niveau. Ce programme devrait également être associé à un suivi individuel fixe pour favoriser la généralisation des acquis (p.ex. pour faire un retour sur les devoirs) et pour approfondir d'autres thèmes (p.ex. pour traiter des distorsions cognitives et de l'estime personnelle) de façon à avoir un quatrième volet (volet D). À l'inverse, le programme de groupe pourrait devenir un suivi individuel qui prévoit plusieurs rencontres en groupe, notamment, pour la mise en pratique et pour la création d'amitiés. Finalement, compte tenu des conditions particulières du milieu (comme la courte durée des séjours), le programme pourrait être plutôt utilisé en scolaire (ou il y a plus de temps pour la mise en application et la généralisation des acquis). Il n'en reste pas moins que le programme peut être pertinent

en milieu hospitalier et être un premier pas vers la réadaptation à ce niveau. Cependant, il faudrait que les objectifs restent réalistes pour le contexte d'intervention et il faudrait s'assurer que le travail soit poursuivi, par la suite, autant au niveau des cibles d'intervention qu'au niveau des médiateurs et modérateurs, d'où l'importance du travail avec le réseau des patients ciblés, notamment, en faisant le pont avec le milieu familial et scolaire et en les impliquant le plus possible dans l'intervention.

### Conclusion

Pour conclure, quand vient le temps d'intervenir auprès d'une clientèle présentant des symptômes anxieux, la majorité des programmes adopte une perspective cognitivo-comportementale et vise principalement la diminution des symptômes. Même si ce genre de programme s'avère plus que pertinent et a démontré leur efficacité, au cours des années, il est aussi important de s'intéresser à l'aspect social de cette population, car il n'est pas rare qu'une clientèle avec ce genre de profil ait également des difficultés à ce niveau. En effet, ces jeunes voient habituellement leur confiance en leurs moyens sur le plan social réduit et cela se voit accentuer, lorsqu'ils ont des perceptions erronées quant à leurs capacités. Plus précisément, les jeunes anxieux ont habituellement les capacités nécessaires pour interagir avec les autres. Cependant, par les modes de pensées qu'ils entretiennent, ils en viennent à confirmer leurs difficultés d'ajustement social autant au niveau des habiletés sociales qu'au niveau relationnel. Cette réalité touche également les jeunes ayant des symptômes ou troubles dépressifs. Le problème ne s'arrête pas ici, puisqu'il y a habituellement un effet d'engrenage qui fait en sorte que les difficultés d'ajustement social se maintiennent ou augmentent. Cela a aussi pour conséquences de maintenir ou d'augmenter les symptômes anxieux ou dépressifs et de diminuer l'estime personnelle de ces jeunes. Ce type d'intervention est d'autant plus justifiable à l'adolescence, compte tenu du fait que les relations d'amitié sont centrales, au cours de cette période développementale. Or, tout cela souligne l'importance de développer davantage ce genre de programme, et ce même si ce programme n'a pas fait totalement ces preuves en hospitalier. Effectivement, les objectifs n'ont pas tous été atteints par les participants. Plus concrètement, le niveau d'atteinte varie d'une personne à cinq personnes, dépendamment de l'objectif. Plusieurs éléments de l'évaluation et de l'implantation ont influencé le niveau d'atteinte. Advenant que ce programme soit implanté une autre fois, plusieurs modifications pourraient être faites. Notamment, il serait intéressant de changer les contextes et la procédure d'évaluation, d'utiliser une procédure plus systématique pour la sélection des participants, d'évaluer les symptômes anxieux et dépressifs et la qualité des liens et de prioriser davantage l'aspect individuel en ajoutant un volet individuel au programme ou en transformant celui-ci en suivi individuel.

## Références

- Agence de la santé publique du Canada (2002). Rapport sur les maladies mentales au Canada. Repéré à [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmac/chap\\_4-fra.php#note3](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmac/chap_4-fra.php#note3)
- Asendorpf, J. B. (1993). *Beyond temperament: A two-factorial coping model of the development of inhibition during childhood. Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Barrett, P. M. (2004). *Friends for life. Group leader's manual for children*. Bowen Hills, Australie: Australian Academie Press.
- Barrett, P. M., Farrell, L. J., Ollendick, T. H., & Dadds, M. (2006). Long-term outcomes of an Australian universal prevention trial of anxiety and depression symptoms in children and youth : an evaluation of the friends program. *J Clin Child Adolesc Psychol*, vol. 35(3), 403-411. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16836477>
- Bariaud, F. (2006). Le self-perception profile for adolescents (SPPA) de Harper. *L'orientation scolaire et professionnelle*, vol. 35(2), 282-295.
- Bergeron, L., Valla, J.-P., & Gauhier, A.-K. (2007). L'intervention cognitivo-comportementale auprès d'enfants et des adolescents dépressifs. Dans L. Turgeon et S. Gendreau, P. (Eds.), *Les troubles anxieux chez les enfants et les adolescents*. (pp. 11- 47). Québec : Solal Éditeur.
- Berthiaume, C., & Trugeon, L. (2012). L'intervention cognitivo-comportementale auprès d'enfant et des adolescents présentant un état de stress post-traumatique. Dans L. Turgeon et S. Parent (Eds.), *Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et des adolescents. Tome 1 : Troubles intériorisés* (pp. 88-114). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Boivin, M., Hymel, S., & Hodges, E. V. (2001). Toward a process view of peer rejection and harassment. Dans J. Juvonen et S. Graham (Eds.), *Peer harassment in school: The plight of vulnerable and victimized* (pp.25-48). New-York: The Guilford Press.
- Bouvard, M. (2012). L'intervention cognitivo-comportementale auprès d'enfant et des adolescents atteints de phobie spécifiques. Dans L. Turgeon et S. Parent (Eds.), *Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et des adolescents. Tome 1 : Troubles intériorisés* (pp. 14-29). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Breton, J.-J., Labelle, R., Huynh, C., Berthiaume, C., St-Georges, M., & Guilé, J.-M. (2012). Caractéristiques cliniques des jeunes déprimés en pédopsychiatrie. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2 (1), 16-22. Repéré à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3269244/>
- Card, N. A., Stucky, B. D., Sawalani, G. M., & Little, T. D. (2008). Direct and indirect aggression during childhood and adolescence: A meta-analytic review of gender differences, intercorrelations, and relations to maladjustment. *Child development*, 79(5), 1185-1229.
- Connor, K., Davidson, J.R.T., Churchill, E. L., Sherwood, A., Weisler, R-H., Edna, F. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry*, 176 (4), 379-386; DOI : 10.1192/bjp.176.4.379.
- Crépin, N., & Delerue, F. (s.d). Rubrique : échelle d'évaluation. *Institut Régional du bien-être, de la Médecine et du Sport Santé*. Repéré à <http://www.irbms.com/download/documents/echelle-estime-de-soi-de-rosenberg.pdf>

- Dubuc, B. (2002). Le cerveau à tous les niveaux : le développement moral. Repéré à [http://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i\\_09/i\\_09\\_s/i\\_09\\_s\\_dev/i\\_09\\_s\\_dev.html](http://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i_09/i_09_s/i_09_s_dev/i_09_s_dev.html)
- Dumas, J. E. (2007). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Bruxelles : DeBoeck (3<sup>e</sup> édition).
- Essau, C. A., Lewinsohn, P. M., Olaya, B., & Seeley, J.R. (2013). Anxiety disorders in adolescents and psychosocial outcomes at age 30. *Journal of Affective Disorders*, 163, 125-132. doi : 10.1016/j.jad.2013.12.033
- Fontaine, A., O'Connor, K.P., & Lavoie, M.E. (2012). L'intervention cognitivo-comportementale auprès d'enfant et des adolescents aux prises avec un troubles obsessionnel-compulsif. Dans L. Turgeon et S. Parent (Eds.), *Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et des adolescents. Tome 1 : Troubles intériorisés* (pp. 116-146). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F., & Rhéaume, J. (1994a). *L'inventaire d'anxiété de Beck : Propriétés psychométriques d'une traduction française*. L'Encéphale, XX- 47-55.
- Gagnon, D. (s.d.). L'affirmation de soi : comment le développer et améliorer vos chances d'obtenir ce que vous désirez. Repéré à [http://www.montrealcbtpsychologist.com/userfiles/373150/file/French/L'affirmation\\_de\\_soi.pdf](http://www.montrealcbtpsychologist.com/userfiles/373150/file/French/L'affirmation_de_soi.pdf)
- Gendron, M., Royer, É., & Morand, C., (2005). *Programme PEC - Pratiquons Ensemble nos Compétences : Guide de l'intervenant : volet scolaire*. Donnacona, Québec : Centre de santé et de services sociaux de Portneuf.
- Ginchereau, M. (2012). *Guide d'accompagnement pour la prise en charge des troubles anxieux chez les enfants*. Québec : LBL Éditions.
- Gosselin, P., Langlois, F., & Racicot, G. (2012). L'intervention cognitivo-comportementale auprès d'enfant et des adolescents atteints d'anxiété généralisée. Dans L. Turgeon et S. Parent (Eds.), *Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et des adolescents. Tome 1 : Troubles intériorisés* (pp. 32-59). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Gouvernement du Québec. (2012). État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de la santé et des services sociaux. Repéré à <http://www.csbe.gouv.qc.ca>
- Groleau, R. (1990). *L'habileté à résoudre des problèmes interpersonnels chez des garçons présentant des troubles de comportements* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Montréal, Canada.
- Grusec, J.E., & Hadings, P.D. (2008). *Handbook of socialization: Theory and Research*. New York : Guilford Press (2<sup>e</sup> édition).
- Institut Pacifique. (2008). *Différents mais pas indifférents. Guide d'animation : 1<sup>er</sup> cycle du secondaire (1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> secondaire)*.
- Kagan, J. (1997). Temperament and the reactions to unfamiliarity. *Child development*, 68(1), 129-143.
- Kearney, C. (2005). *Social Anxiety and social phobia in youth: caractéristiques, assessment, and psychological Treatment*. États-Unis : Springer Science + Business Media.

- La Greca, A.M. (1998). *Manual of the Social Anxiety Scales for Children and Adolescents*. Miami, FL : Author.
- Lelliott, P., Tullock, S., Boardman, J., Harvey, S., Henderson, M., & Knapp, M. (2008). *Mental Health and Work*. London : Royal College of psychiatrist.
- Lessard, L., & Coutu, S. (2011). Efficacité d'un programme d'entraînement aux habiletés sociales pour enfants présentant des diagnostics psychiatriques hétérogènes. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 43(1), 30-39. doi : 10.1037/a0020227
- Liddle, L., & Macmillan, S. (2010). Evaluating the FRIENDS programme in Scottish setting. *Educational Psychology in Practice*, 26(1), 53 - 67.
- Lock, S., & Barrett, P. M. (2003). A longitudinal study of developmental differences in universal preventive intervention for child anxiety. *Behaviour Change*, 20, 183–199.
- Massé, L., Desbiens, N., & Lanaris, C. (2013). *Les troubles du comportement à l'école*. Montréal : Chenelière éducation (2<sup>e</sup> édition).
- Marcotte, D. (2006). *PARE-CHOCS, programme d'intervention auprès d'adolescents dépressifs. Manuel de l'animateur*. Québec : Septembre éditeur.
- Marcotte, D., Cournoyer, M., Gagné, M., & Bélanger, M. (2005). Comparaison des facteurs personnels, scolaire et familiaux associés aux troubles intériorisés à la fin du primaire et au début du secondaire. *Nouveaux cahier de la recherche en éducation*, 8 (2), 57-67. doi : 10.7202/1017529ar
- Marcotte, D., & Poirier, M. Gosselin, P. (2012). L'intervention cognitivo-comportementale auprès d'enfant et des adolescents dépressifs. Dans L. Turgeon et S. Parent (Eds.), *Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et des adolescents. Tome 1 : Troubles intériorisés* (pp. 32-59). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Office national du film du Canada. (2007). La résolution des conflits et la série animapaix : aperçu. Repéré à <http://onf-nfb.gc.ca/sg/100474.pdf>
- Olweus, D. (1978). *Aggression in the schools (3e éd., vol. 5)*. New York: Wiley.
- Piché, G., Bergeron, L., & Cyr, M. (2008). Transmission intergénérationnelle des troubles intériorisés : modèles théoriques et les recherches empiriques. *Canadian Psychology*, 49(4), 309-322. doi : 10.10377a90013995
- Pillier, C. (2002). Les dilemmes moraux. Repéré dans <http://www.entrevues.net/LinkClick.aspx?fileticket=LgJYzy6Lvj8%3D&tabid=622>
- Poirier, M. (2012). *Évaluation du programme pare-chocs offert à un sous groupe d'élèves à risque de décrochage scolaire présentant des symptômes dépressifs* (Doctorat, UQUAM, Montréal). Repéré à <http://www.archipel.uqam.ca/4931/1/D2350.pdf>
- Rapee, M. R., & Spence, H.S. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and initial model. *Clinical Psychology Review*, 24 (7), 737–767. Doi : 10.1016/j.cpr.2004.06.004
- Rathus S.A. (1973). *Assertiveness Scale: Behavior Therapy*. (traduit par M. Bouvard, J. Cottraux, E. Mollard, P. Messy, & M. Defayolle. France : Psychologie Médicale.

- Richard, R., & Marcotte, D. (2015). Les facteurs associés à la concomitance entre l'anxiété et la dépression chez des jeunes adolescents. *Revue canadienne de l'éducation*, 38(1). Repéré à <http://www.journal.sfu.ca>
- Riddle, A. S., Blais, M. R., & Hess, U. (2002). *Investigation of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale's Measurement Structure among Adolescents, Young Adults and Middle-Aged Adults*. Publications scientifiques CIRANO.
- Rivard, V., & Bouchard, S. (2005). Les protocoles à cas unique (dir.), *Recherche psychosociale*, (3e éd., pp. 209-243). Québec, Qc : Les Presses de l'Université du Québec.
- Rodgers A., & Dunsmuir. S. (2013). A controlled evaluation of the FRIENDS for Life emotional resiliency programme on overall anxiety levels, anxiety subtype levels and school adjustment. *Child and Adolescent Mental Health*, doi : 10.1111/camh.12030
- Roulain, A. (s.d). *Parler au je plutôt qu'au tu » ou le secret de la communication. Nouvelles des Pyrénées Atlantiques, France*. Repéré à [http://www.medaillefamillefrancaise.com/rubriques/haut/documents-a-telecharger/medaille%2098%20%20\(Page%2009\).pdf](http://www.medaillefamillefrancaise.com/rubriques/haut/documents-a-telecharger/medaille%2098%20%20(Page%2009).pdf)
- Royer, É., Morand, C., & Gendron, M. (2005). *Guide d'introduction au Programme PEC - Pratiquons Ensemble nos Compétences : Un programme basé sur les forces des adolescents et de leurs parents*. Donnacona, Québec : Centre de santé et de services sociaux de Portneuf.
- Roza, S. J., Hofstra, M. B., Van Der Ende, J. & Verhulst, F. C. (2003). Stable prediction of mood and anxiety disorders based on behavioral and emotional problems in childhood: A 14-year follow-up during childhood, adolescence, and young adulthood. *American Journal of psychiatry*, vol.160, 2116-2121.
- Rubin, K. H., Burgess, K. B., Kennedy, A. E., & Stewart, S. L (2003). *Social withdrawal in childhood*. *Child Psychopathology*, 2, 372-406.
- Rubin, K. H., Bukowski, W. M., & Laursen, B. (2011). *Handbook of Peer interactions, Relationships and Groups*. États-Unis : Guilford Press.
- Schwartz, C. E., Snidman, N., & Kagan, J. (1999). Adolescent social anxiety as an outcome of inhibited temperament in childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(8), 1008-1015.
- Sénécal, C. B., Vallerand, R. J., & Vallières, É. F. (1992). Construction et validation de l'Échelle de la qualité des relations interpersonnelles (EQRI). *Revue Européenne et Psychologie Appliquée*, 42(4), 315-322.
- Strauss, C. C., Lahey, B.B., Frick, P., Frame, C.L., & Hynd, G.W. (1988). Peer Social Status of Children With Anxiety Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(1), 137-141. doi : 10.1037/0022-006X.56.1.137
- Steinberg, L., Bornstein M. B, Vandell. D. L., & Rook K. S. (2010). *Life-Span of Development : infancy through adulthood*. USA : Loose Leaf.



- Turgeon, L., Mayer-Brien, S., & Brousseau, L. (2012). L'intervention cognitivo-comportementale auprès d'enfant et des adolescents présentant d'anxiété de séparation. Dans L. Turgeon et S. Parent (Eds.), *Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et des adolescents. Tome 1 : Troubles intériorisés* (pp. 62-86). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Turgeon, L., Mayer-Brien, S., & Brousseau, L. (2003). Prévention des problèmes d'anxiété chez les jeunes. Dans F. Vitaro et C. Gagnon (Eds.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome 1 : Les problèmes intériorisés* (pp. 189-213). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Vallières, É. 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, 305-316.
- Vasey, M. W., & Macleod, C. (2001). Information processing factors in childhood anxiety: A review and developmental perspective. In M.W. Vasey & M. R Dadds (Eds.). *The developmental psychopathology of anxiety*. Oxford, England : Oxford University Press, 253-277.

## Annexe I

### *Réponses à titre indicatif pour les différentes périodes de discussion*

#### 1. Séance A1 : discussion sur l'affirmation (Gagnon, s. d; Institut Pacifique, 2008)

##### **Qu'est-ce que c'est l'affirmation de soi?**

- S'affirmer c'est être capable d'exprimer sans craindre ses pensées, ses besoins et ses sentiments. C'est agir selon ses croyances tout en respectant l'autre.

##### **Comment définir le style d'affirmation « passif » et le style d'affirmation « agressif »?**

- Le style passif : les gens passifs se valorisent moins que les autres. Ils croient que leurs droits, leurs opinions et leurs émotions ne sont pas importants. De ce fait, leurs besoins ne sont presque jamais comblés. Si une personne agit toujours en abordant des comportements passifs, il y a de bonnes chances qu'elle n'ait pas une bonne estime d'elle-même. Il est donc possible que cette personne ait développé des croyances négatives ou de fausses croyances à propos d'elle-même (par exemple : « Je ne serai jamais capable de faire ça », ou : « Je suis un bon à rien ») et des croyances négatives ou de fausses croyances à propos des autres (par exemple : « Il/elle ne prend pas soin de moi », ou : « Les gens me font toujours du mal »).

- Le style agressif : l'agressivité est un style qui est associé au non-respect des droits, des besoins et des sentiments des autres. En effet, les gens agressifs croient généralement qu'ils ont plus de valeur que les autres. Ce style d'affirmation répond à court terme aux besoins de la personne, cependant, à long terme les conséquences sont plus grandes que les bénéfices.

##### **Qu'est-ce qui nous empêche parfois de nous affirmer?**

- Manque de temps et situation d'urgence;
- Peur de la réaction de l'autre, de briser la relation ou de perdre la « face »;
- Méconnaissance de la personne;
- Impression que la situation n'en vaut pas la peine;
- Pas envie de se dévoiler à l'autre et donc de dire ce qu'on pense vraiment.

##### **Est-ce que nous nous affirmons de la même façon dans toutes les situations? Non et pourquoi?**

- Certaines situations sont plus importantes que d'autres pour nous;
- Certains contextes aident plus que d'autres (par exemple : être seul avec la personne plutôt que devant un groupe, etc.);
- Certaines situations nous mettent mal à l'aise.

##### **Est-ce que nous nous affirmons de la même façon avec tout le monde? Non et pourquoi?**

- Tout le monde n'a pas la même importance relationnelle pour nous;
- On s'affirme différemment dépendamment s'il s'agit de nos amis, de simples connaissances, de nos parents ou de personnes inconnues;
- Ça dépend de notre niveau de confiance personnelle et de la confiance qu'on a envers les autres.

##### **Comment se sent-on quand on ne s'affirme pas?**

- |                     |                            |                    |
|---------------------|----------------------------|--------------------|
| - Incompétent       | - Incohérent avec soi-même | - Angoissé/Stressé |
| - Bouleversé        | - Déçu                     | - Incompris        |
| - Isolé (du groupe) | - Frustré                  | - Impuissant       |

##### **Quel type d'émotion est associé au fait de ne pas s'affirmer?**

- Cela est associé à des émotions négatives. Donc, à l'inverse, l'affirmation de soi est associée à des émotions positives.

### Qu'est-ce qu'on risque de perdre si l'on ne s'affirme pas?

- Amitiés/relations
- Confiance en soi
- Absence de réponse à nos besoins : Si une personne n'exprime pas ses besoins, elle prend le risque qu'ils ne soient jamais comblés. En plus de se sentir « négative », il est possible qu'elle se sente coupable de ne jamais communiquer ses besoins. Il est aussi probable que la personne ait l'impression que les autres profitent d'elle, puisqu'ils prennent des décisions pour elle, même si elle est en désaccord. Il se peut également que la personne se sente exploitée, compte tenu du fait que les autres mettent beaucoup de pression sur elle.
- Énergie

### Quels peuvent être les gains si l'on s'affirme?

- Amélioration de l'estime de soi
- Sentiment d'être cohérent avec soi-même
- Les autres nous connaissent mieux
- Satisfaction de nos besoins
- Sentiment de compétence
- Confiance de pouvoir dire ce que l'on pense
- Temps/énergie à long terme
- Enrichissement ou maintien de la relation
- Meilleure connaissance de soi
- Respect et confiance des autres

### Quels sont les attitudes ou comportements à adopter pour s'affirmer?

- Il faut choisir le bon endroit et le bon moment. Donc, il faut éviter les attroupements, car les autres ont un pouvoir d'influence parfois négatif sur nous ou sur les autres (p.ex. cela peut davantage nous intimider, cela peut rendre la personne moins réceptive, etc.).
- Il faut rester calme, respecter l'autre et être clair.
- Il faut dire ce qu'on l'on pense, ressent et veut, sans accuser l'autre. Il faut donc, prioriser le « je. Il est très important d'être conscient qu'une personne ne peut pas assumer que les autres savent ce qu'elle pense et ressent, ou qu'ils connaissent ses besoins si elle ne les exprime pas.
- Il faut être conscient de son comportement non verbal. Il y a 5 éléments à considérer :
  - Le regard (il faut regarder la personne dans les yeux, mais il ne faut pas utiliser un regard perçant ou éviter de regarder la personne);
  - Le ton de voix clair;
  - La distance (la distance physique entre la personne et l'interlocuteur ne doit pas être trop courte ou trop longue);
  - La posture (dos droit);
  - Les expressions faciales et corporelles (il faut utiliser des gestes et des expressions faciales pour accentuer l'importance des propos).
- Si cela s'avère trop difficile ou trop confrontant pour une personne, celle-ci peut se préparer (dans les situations qu'y si prêtes) ou utiliser un miroir pour pratiquer son comportement non verbal (p.ex. posture, gestes, ect.).

## 2. Séance A2 : communication au « je » (Roulain, s. d; Institut Pacifique, 2008)

### Quels sont les attitudes et comportements qui aident à mieux communiquer?

Aide à communiquer	N'aide pas à communiquer
Être respectueux (vocabulaire et attitude)	Parler tout le monde en même temps
Utiliser le « je »	Utiliser le « Tu »
Être dans un endroit propice et choisir le bon moment	Croire que c'est toujours le bon moment et le bon endroit pour dire ce qu'on pense
Parler chacun son tour et rester attentif à ce que notre interlocuteur dit	Aborder une attitude dénigrante ou accusatrice envers l'autre personne
Démontrer des attitudes d'écoute (p.ex. reformuler, résumer les propos de l'autre, poser des questions, regarder la personne, etc.)	Avoir une attitude désintéressée
Être calme (cela permet d'être davantage en contrôle de soi)	Communiquer sur le vif de « l'émotion »

### Quelles sont les caractéristiques d'une communication efficace et non efficace?

Efficace	Non efficace
Parler le plus possible du présent	Parler au conditionnel, car c'est moins concret
Dire à la personne concerner	Dire à une tierce personne
Dire l'essentiel et parler des aspects importants	Justifier, car on n'est pas dans la recherche de solutions
Exprimer ce qu'on ressent avec l'intensité exacte	Atténuer ou exagérer l'intensité ou la situation
Faire preuve d'ouverture	Être ferme et endurcie, car cela bloque la conversation
Dire ce que je ressens	Énoncer des faits objectifs ou des idées, car on ne parle pas de soi
Parler au « je »	Parler au « tu »

### Quelles sont les conséquences possibles au fait de ne pas communiquer?

- Une communication déficitaire ou non respectueuse risque de bloquer ou de détériorer la relation. Les personnes cherchent alors à se défendre, car elles se sentent attaquées ou blessées. Il est donc difficile de résoudre le conflit ce qui est souvent associé à l'emploi du pronom « tu ».
- Il est utile et important qu'une personne exprime bien ce qu'elle ressent et valide ses perceptions auprès de la personne concernée.
- Lorsqu'une personne veut réellement régler un conflit ou tout simplement être entendu, il est plus efficace pour elle d'utiliser le « je » et de transmettre ainsi un message clair. Des messages au « je » ouvrent la voie de la communication. Cela empêche l'autre personne de se sentir visée ou pointée et cela aide la personne à comprendre les sentiments de l'autre.

### Quels sont les quatre éléments du message au « je »?

- Observation : ce qui me dérange de la situation ou du comportement de l'autre.
- Conséquence : ce que cette situation ou ce comportement a comme effet sur moi.
- Sentiment : ce que je ressens.
- Demande : ce que j'aimerais comme nouvelle situation ou nouveaux comportements et pour que le message soit respectueux, il faut utiliser un ton, une posture et des mots appropriés.

### 3. Séance A3 : la résolution de problèmes (Office national du film du Canada, 2007; Institut Pacifique, 2008)

#### Qu'est-ce qu'un conflit?

- Un conflit est une opposition d'intérêts, d'opinion, de valeurs entre deux ou plusieurs personnes. Le conflit apparaît quand l'une des deux personnes se sent brimée ou tente de prendre le dessus sur l'autre.

#### Quels sont les avantages et les inconvénients au fait de ne pas régler un conflit?

Les avantages de ne pas régler un conflit	Les avantages à régler un conflit
- Ne prend pas de temps	- Maintien et renforcement de la relation
- Pas besoin de « plier sur son orgueil »	- Libération et allègement d'un poids
- Pas de risque de confrontation	- Sentiment de fierté et de soulagement
- Maintien de notre position	- Meilleure connaissance de soi et de l'autre
- Éviter l'introspection et de jouer dans les sentiments	- Sentiment d'avoir été compris et entendu
- Éviter d'être jugé ou mal reçu	- Réponse à nos besoins
	- Hausse de l'estime personnelle
	- Plus disponible aux autres personnes et autres activités
<b>Avantages à court terme</b>	<b>Avantages à long terme</b>

#### Quelles sont les cinq attitudes possibles en situation de conflit?

- Compromis : chacun gagne ou perd un peu, la solution est équitable.
- Soumission : l'un perd, l'autre gagne.
- Compétition : l'un gagne, l'autre perd.

- Évitement : il n'y a ni véritables gagnants ni véritables perdants, donc le processus d'apprentissage est réduit.
- Collaboration : on assiste une situation gagnant-gagnant, tous ont l'impression d'avoir gagné, tous se mettent d'accord et tous sont gagnants.

#### **Quelles sont les étapes pour régler un conflit ou un problème?**

- Se calmer : se calmer permet de réfléchir aux sentiments que l'on vit afin de s'exprimer convenablement.
- Communication : il est important de communiquer ses sentiments et ses besoins, de chercher à comprendre ce qui se passe et d'être à l'écoute au lieu d'accuser l'autre.
- Identifier le problème : il faut bien cerner le problème pour qu'il soit clair pour soi et pour l'autre personne concernée. Il y a une partie visible du conflit qui est souvent perçue comme son déclencheur, mais il y a aussi des parties invisibles qui sont l'origine de sa naissance. Donc, pour résoudre les conflits de manière constructive, il faut regarder les deux niveaux. Afin de préciser la nature de la difficulté, une personne doit se poser les questions suivantes :
  - Qu'est-ce qui vous dérange?
  - Que ressentez-vous?
  - Quelle est la situation que vous voulez faire cesser?
  - Est-ce bien votre problème?
  - Dans quel contexte ce problème apparaît-il? (Quand? Où? Comment? Avec qui?)
- Chercher des solutions : apprendre à chercher des solutions qui sont équitables pour les deux personnes et qui sont du même coup réparatrices et constructives.
- Prendre le meilleur choix : trouver la solution qui saura satisfaire les deux personnes en conflits. Il est important de se rappeler que si la solution ne fonctionne pas, il faut tenter de chercher une autre solution!

**Annexe II***Exemples de démonstrations du volet A***Séances 1.**

- La première situation est la suivante : « Tu attends en file à la cafétéria. Un élève te bouscule et passe devant toi ».
- La seconde situation est la suivante : « Tu demandes un cheeseburger au restaurant. La serveuse t'apporte un hamburger régulier à la place ».

**Séance 2.**

- La première situation est la suivante : « Tu vas te faire couper les cheveux. Et ensuite, la coiffeuse te peigne d'une façon que tu n'aimes pas ».
- La seconde situation est la suivante : « Un ami fait une remarque blessante sur ce que tu portes aujourd'hui ».

**Séance 3.**

- La première situation est la suivante : « Ta grande amie t'a prêté son style préféré. Tu as perdu son stylo ».
- La seconde situation est la suivante : « Ton ami et toi voulez tous les deux vous assoir dans le fond de l'autobus, lors de la sortie à la Ronde. Malheureusement, il reste qu'une seule place. ».

### Annexe III

#### Exemples de dilemmes moraux (Dubuc, 2002; Pillier, 2002)

*1<sup>er</sup> exemple* : un soir, alors qu'il reconduit son ami Martin chez lui, Luc heurte violemment un piéton dans une rue déserte et le blesse. Paniqués, ils prennent la fuite, sans avoir été vus. Que devrait faire Martin?

*2<sup>e</sup> exemple* : Marianne a 16 ans. Elle a eu des relations sexuelles non protégées avec Paul. Lorsqu'elle s'aperçoit qu'elle est enceinte, elle l'annonce à son petit ami qui ne veut pas assumer ses responsabilités et la quitte. Elle informe ses parents de la situation et ceux-ci lui conseillent de se faire avorter. Malgré les circonstances difficiles, elle désire garder cet enfant. Que devrait-elle faire?

*3<sup>e</sup> exemple* : Vous êtes un pilote d'avion. Votre avion a un bris mécanique et va s'effondrer sous peu. À partir de vos radars, vous constatez que vous survolez au-dessous d'une île déserte. À ce moment, vous vous dites qu'il y a encore de l'espoir. Or, vous vous rappelez que dans l'avion, il y a uniquement 6 parachutes. Donc, il y a uniquement cinq personnes qui vont pouvoir vous accompagner sur l'île déserte. Vous devez faire un choix. Voici les profils des passagers :

Les personnages	Les descriptifs
Martine	Jeune femme de 26 ans. Elle est présentement enceinte de 14 semaines, mais elle est porteuse du VIH.
Luc	Luc est docteur généraliste. Cependant, celui-ci est à la retraite et il est âgé de 85 ans.
Bernard	Bernard est un enfant de 8 ans. Il est présentement en 1 <sup>re</sup> année et il est en redoublement scolaire.
Lucie	Elle est une jeune agente de bord de 24 ans. Par contre, celle-ci a un problème de jeux compulsifs.
Bobby	Il est un chanteur « Rock » de 40 ans. Il est aussi millionnaire.
Vincent	Scientifique de formation âgé de 55 ans. Il vient tout juste de sortir de prison.
Andrée	Dame âgée de 34 ans ayant une formation en biologie. Par contre, elle est très colérique et peut être violente.
José	Il est un jeune homme de 18 ans travaillant dans la construction. Toutefois, il a un problème de consommation.
Aurélie	Elle est une enfant de 4 ans et elle a la trisomie 21.
Pierre	Il est un homme de 45 ans. Il est ingénieur, mais il a fait l'objet d'une enquête pour fraude récemment.
Agathe	Elle est mère au foyer et elle est âgée de 45 ans.
Caroline	Elle est une jeune de 14 ans. Elle est présentement au secondaire.
Fanny	Elle est une jeune femme aveugle âgée de 28 ans. Elle écrit des romans en braille.
Jean-Paul	Il est un infirmier de 32 ans. Il parle uniquement le Créole.
Xavier	Il est âgé de 26 ans, il a une formation en zoologie. Il est infertile.

**Annexe IV**  
*Exemple d'un résumé et d'un devoir (A1)*

**Fiche résumée**

**Définitions des différents types d'affirmations**

Types	Définition
Passif	Les gens passifs se valorisent moins que les autres. Ils croient que leurs droits, leurs opinions et leurs émotions ne sont pas importants, et par conséquent, leurs besoins ne sont pratiquement jamais comblés.
Affirmation	<b>S'affirmer c'est être capable d'exprimer sans craindre ses pensées, ses besoins et ses sentiments. C'est agir selon ses croyances tout en respectant l'autre.</b>
Agressif	L'agressivité est un style qui est associé au non-respect des droits, besoins et sentiments des autres. En effet, les gens agressifs croient généralement qu'ils ont plus de valeur que les autres. À court terme, cela permet à la personne d'avoir réponse à ses besoins. Par contre, à long terme, les conséquences sont plus grandes que les gains.

**Ce qui peut nous empêcher de nous affirmer :**

- Manque de temps et situation d'urgence;
- Peur de la réaction de l'autre ou de la perte de la relation;
- Méconnaissance de la personne;
- Impression que la situation n'en vaut pas la peine;
- Pas envie de se dévoiler à l'autre, de dire ce qu'on pense vraiment;
- Peur de « perdre la face ».

**Nous ne nous affirmons pas de la même façon dans toutes les situations, car...**

- Certaines situations sont plus importantes que d'autres pour nous;
- le contexte aide plus ou moins;
- Certaines situations nous mettent mal à l'aise.

**Nous ne nous affirmons pas de la même façon avec tout le monde, car...**

- Tout le monde n'a pas la même importance relationnelle pour nous;
- On s'affirme différemment selon qu'il s'agisse de nos amis, de simples connaissances ou de nos parents;
- Cela dépend de la confiance que l'on a en soi et en l'autre.

**Sentiments qu'on peut ressentir, lorsqu'on ne s'affirme pas :**

Incompétent	Bouleversé	Isolé	Frustré	Impuissant
Incompris	Sentiment d'incohérence	Angoissé	Stressé	Déçu

**Les pertes possibles, si l'on ne s'affirme pas:**

- Amitiés et relations;
- Pas de réponse à nos besoins;
- Confiance en soi;
- Énergie.

**Les gains possibles, si l'on s'affirme :**

- |   |   |
|---|---|
| - Amélioration de l'estime de soi                 | - Confiance de pouvoir dire ce que l'on pense |
| - Cohérence avec soi-même                         | - Temps/énergie à long terme                  |
| - Faire en sorte que l'autre nous connaisse mieux | - Enrichissement/maintien de la relation      |
| - Satisfaction de nos besoins                     | - Meilleure connaissance de soi               |



**Quelles sont les attitudes à adopter pour s'affirmer (comportements d'affirmation)?**

- Il faut choisir le bon endroit et le bon moment;
- Il faut rester calme, respecter l'autre et être clair;
- Il faut dire ce qu'on l'on pense, ressent et veut, en utilisant le « Je »;
- Il faut être conscient de son comportement non verbal. Il y a 5 éléments à considérer :
  - o le regard
  - o le ton de voix
  - o la distance
  - o la posture
  - o les expressions faciales et corporelles

**Devoir**

Décris une situation vécue au cours des derniers jours où il fallait que tu t'affirmes.

---



---



---



---

Explique comment tu as appliqué à la situation les stratégies d'affirmation vues, lors de la première séance théorique.

---



---



---



---

Est-ce que l'application de ces stratégies a été efficace? OUI ou NON

Pourquoi?

---



---



---

Autres commentaires :

---



---



---

## Annexe V

### *Exemples de mises en situation utilisées lors de la période des jeux de rôles*

#### **Première semaine**

- Tu as un travail à remettre mardi. Tu n'as pas commencé le travail. Tu étais absent, lorsque l'enseignante a donné les explications. Tu sais que l'un des élèves de ta classe a déjà effectué le travail. Comment abordes-tu l'élève?

- De ta fenêtre de maison, tu constates qu'il y a d'autres jeunes du quartier qui sont en train de jouer au hockey. Tu sors à l'extérieur et tu vas les rejoindre. Comment les abordes-tu?

- Une fille de ta classe veut complètement revoir sa garde-robe et changer de style. Elle te montre, des possibilités de vêtements. Elle n'est pas certaine d'aimer ça. Elle te demande donc ton opinion. Or, tu n'aimes vraiment pas ce style de vêtements. Comment abordes-tu le sujet?

#### **Deuxième semaine**

- Lundi matin, Martine, ta grande amie t'apprend que ton autre grand ami, John, a fait circuler une rumeur à ton propos. Que lui dis-tu?

- Votre ami vous dit : « Pourquoi as-tu dit à Pierre que j'aimais? Tu m'as promis de ne rien dire à personne! » Vous ne l'avez pas dit à personne. Que lui dis-tu?

- Aujourd'hui, tu as eu un gros examen de mathématique. Cependant, cela n'a pas très bien été et tu as très peur d'échouer, malgré le fait que tu aies bien étudié. Ta mère remarque que tu ne vas pas très bien et elle t'interroge à ce sujet. Que lui dis-tu?

#### **Troisième semaine**

- Ton frère et toi voulez tous les deux aller sur l'ordinateur. Toi, tu veux faire ton travail qui est à remettre demain. Ton frère veut « skyper » avec son ami qui est en échange en France. Comment règles-tu la situation?

- Depuis une semaine, tu remets le ménage de ta chambre. Ta mère veut que tu ranges ta chambre ce soir, mais tu avais prévu d'aller chez ton ami. Comment règles-tu la situation?

- Tes deux amis et toi vous cherchez quelque chose à faire. Toi, tu proposes de jouer à UNO, l'un de tes amis propose de jouer au Monopoly et le dernier propose d'aller faire une marche. Comment règles-tu la situation?

**Annexe VI**  
*Évaluation de la conformité et de l'exposition*

Date : \_\_\_\_\_ Identification de la séance: \_\_\_\_\_

Nombre d'animateurs : \_\_\_\_\_ Durée totale de la séance : \_\_\_\_\_

Lieu de la séance : \_\_\_\_\_

	PRÉSENCE	DEVOIR	RENCONTRE INDIVIDUELLE
Participant 1 _____			OUI OU NON Date : _____
Participant 2 _____			OUI OU NON Date : _____
Participant 3 _____			OUI OU NON Date : _____
Participant 4 _____			OUI OU NON Date : _____
Participant 5 _____			OUI OU NON Date : _____
Participant 6 _____			OUI OU NON Date : _____

Structure (Activités réalisées)	Éléments du contenu	Cotation C=complété PC= partiellement complété NC=non complété	Matériels utilisés	Heure de commencement
<b>Heure finale de l'activité</b>				

**Annexe VII**  
*Évaluation de la qualité de la participation (questionnaire maison)*

Date : \_\_\_\_\_ Nom du répondant : \_\_\_\_\_

Temps de prise de mesures (volet et # de la rencontre) : \_\_\_\_\_

Nom du participant : \_\_\_\_\_

1) Pour l'ensemble de la séance, jusqu'à quel point le participant était engagé et axé sur la tâche (à l'écoute, participe, etc.).

Complètement non axé sur la tâche (non-engagé)	Peu axé sur la tâche	Occasionnellement axé sur la tâche	Fréquemment axé sur la tâche	Complètement axé sur la tâche (complètement engagé)
0	1	2	3	4

**Commentaires :**

---



---

2) Pour l'ensemble de la séance, jusqu'à quel point le participant respectait le code et les procédures.

Ne respecte aucunement le code et les procédures	Respecte peu le code et les procédures	Respecte Occasionnellement le code et les procédures	Respecte presque toujours le code et les procédures	Respecte toujours le code et les procédures
0	1	2	3	4

**Commentaires :**

---



---

## Annexe VIII

*Entrevue semi-structurée en individuel pour évaluer le niveau d'appréciation et le débordement*

1) Spécifiez votre niveau d'appréciation général du programme :

Je n'ai vraiment pas apprécié le programme	Je n'ai pas apprécié le programme	Le programme me laisse indifférent	J'ai apprécié le programme	J'ai beaucoup apprécié le programme
0	1	2	3	4

2) Quels sont les points positifs et négatifs du programme?

---



---

3) Quelles sont les stratégies que vous avez le plus appréciées et le moins appréciées?

---



---

4) Quels sont les besoins non répondus par le programme?

---



---

5) De façon générale, à quel point considérez-vous que ce programme est utile :

Le programme est vraiment inutile	Le programme n'est pas utile	Le programme n'est ni utile ni inutile	Le programme est utile	Le programme est très utile
0	1	2	3	4

6) Des suggestions et des commentaires?

---



---

7) a. Est-ce que vous prenez une médication en particulier? OUI ou NON

7) b. Si oui, depuis quand prenez-vous cette médication?

---

7) c. Quel est le nom de ce médicament ou ces médicaments et leurs utilités?

---



---

7) d. S'il y a lieu, nommer les autres médications reçues dans le passé et la date du début et de la fin.

---



---

8) a. Mise à part cette activité clinique, quels sont les autres suivis en cours ou activités cliniques reçues dans le milieu?

---



---

8) b. Quelle est la date de commencement et de complétion?

---



---

9) S'il y a lieu, quels sont les autres suivis ou services reçus présentement, à l'extérieur du milieu?

---



---

**Annexe IX**  
*Évaluation continue des capacités d'affirmation (questionnaire maison)*

Nom du répondant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Temps de prise de mesures : \_\_\_\_\_ Nom du participant : \_\_\_\_\_

Contexte d'observation (à cocher)	Dilemme moral (VOLET A)	Dilemme moral (VOLET B)	Remue-méninge (VOLET C)

1. À quel point, le participant a été impliqué verbalement, dans ce contexte social :

0	1	2	3
Aucune fois 0 reprise	Rarement 1 à 2 reprise(s)	Un peu 3 à 4 reprises	Beaucoup À plusieurs reprises

2. À quel point, le participant a donné son opinion de façon proactive, dans ce contexte social :

0	1	2	3
En aucun temps, il n'a initié l'interaction pour dire son opinion	Il a initié les interactions pour dire son opinion 1 ou 2 fois	Il a initié les interactions pour dire son opinion 3 à 4 fois	Il a initié les interactions pour dire son opinion plusieurs fois

3. À quel point, le participant a posé des questions, dans ce contexte social :

0	1	2	3
Aucune fois 0 reprise	Rarement 1 à 2 reprise(s)	Un peu 3 à 4 reprises	Beaucoup À plusieurs reprises

**Annexe X**  
*Évaluation en pré-test et en post-test (questionnaire maison)*

Date : \_\_\_\_\_

Temps de mesure T0 ou T10 (T11)

Nom du participant : \_\_\_\_\_

**Section A**

*Indiquer à quel point ces situations hypothétiques sont vraies pour toi ou à quel point ces situations hypothétiques ressemblent à ce que tu ferais :*

1. Si un autre jeune répandait de fausses rumeurs et des calomnies à mon sujet, je chercherais à le voir pour avoir une explication avec lui.

0	1	2	3	4	5
Tout à fait faux	Plutôt faux	Un peu faux	Un peu vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

2. Si un autre jeune se moquait de moi, je lui communiquerais le fait que je n'ai pas apprécié la situation.

0	1	2	3	4	5
Tout à fait faux	Plutôt faux	Un peu faux	Un peu vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

3. Si un autre jeune avait un comportement agressif (verbalement ou physique) avec moi, je le dénoncerais à une tierce personne (p.ex. ami, professeur, intervenant).

0	1	2	3	4	5
Tout à fait faux	Plutôt faux	Un peu faux	Un peu vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

4. Si un autre jeune avait un comportement agressif (verbalement ou physique) avec moi, je le confronterais (p.ex. dire que je n'ai pas apprécié son geste).

0	1	2	3	4	5
Tout à fait faux	Plutôt faux	Un peu faux	Un peu vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

5. Si un autre jeune se moquait de moi devant un groupe de jeunes, je lui communiquerais immédiatement devant les autres le fait que je n'ai pas apprécié son comportement.

0	1	2	3	4	5
Tout à fait faux	Plutôt faux	Un peu faux	Un peu vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

6. Si mon opinion différait de celui de mon ami, j'aurais tendance à lui dire et je parviendrais généralement à me faire entendre.

0	1	2	3	4	5
Tout à fait faux	Plutôt faux	Un peu faux	Un peu vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

7. Si mon opinion différait de celui d'un jeune que je connais moins bien, j'aurais tout de même tendance à lui dire et je parviendrais généralement à me faire entendre.

0	1	2	3	4	5
Tout à fait faux	Plutôt faux	Un peu faux	Un peu vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

8. Si je n'étais pas du même avis que mon ami, je chercherais à trouver un compromis susceptible de nous satisfaire tous les deux.

0	1	2	3	4	5
Tout à fait faux	Plutôt faux	Un peu faux	Un peu vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

9. Si je n'étais pas du même avis qu'un autre jeune que je connais moins bien, je chercherais tout de même à trouver un compromis susceptible de nous satisfaire tous les deux.

0	1	2	3	4	5
Tout à fait faux	Plutôt faux	Un peu faux	Un peu vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

10. En situation de groupe, si j'étais le (la) seul(e) à avoir une opinion donnée, je le partagerais aux autres.

0	1	2	3	4	5
Tout à fait faux	Plutôt faux	Un peu faux	Un peu vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

11. Si j'étais en conflit avec un ami, je lui dirais comment je me sens.

0	1	2	3	4	5
Tout à fait faux	Plutôt faux	Un peu faux	Un peu vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

12. Si j'étais en conflit avec un autre jeune que je connais moins bien, je lui dirais tout de même comment je me sens.

0	1	2	3	4	5
Tout à fait faux	Plutôt faux	Un peu faux	Un peu vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

### Section B :

*De façon générale, à quel point les énoncés suivants sont vrais :*

13. Quand un autre jeune répand de fausses rumeurs et des calomnies à mon sujet, je me sens à l'aise d'aller le voir pour avoir une explication avec celui-ci.

0	1	2	3	4	5
Tout à fait faux	Plutôt faux	Un peu faux	Un peu vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

14. Quand un autre jeune est agressif (verbalement ou physiquement) avec moi, je me sens à l'aise de le dénoncer à une tierce personne (p.ex. ami, enseignant, intervenant).

0	1	2	3	4	5
Tout à fait faux	Plutôt faux	Un peu faux	Un peu vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

15. Quand un autre jeune est agressif (verbalement ou physiquement) avec moi, je me sens à l'aise de le confronter.

0	1	2	3	4	5
Tout à fait faux	Plutôt faux	Un peu faux	Un peu vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

16. Dans une situation de groupe, je me sens à l'aise de communiquer le fait que je n'ai pas apprécié la situation, quand l'un d'entre eux se moque de moi.

0	1	2	3	4	5
Tout à fait faux	Plutôt faux	Un peu faux	Un peu vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

17. Seul à seul, je me sens à l'aise de communiquer à un autre jeune le fait que je n'ai pas apprécié, lorsqu'il s'est moqué de moi.

0	1	2	3	4	5
Tout à fait faux	Plutôt faux	Un peu faux	Un peu vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

18. Lorsque mon opinion diffère de celui de mon ami, je me sens à l'aise de la lui communiquer.

0	1	2	3	4	5
Tout à fait faux	Plutôt faux	Un peu faux	Un peu vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai



19. Lorsque mon opinion diffère de celui d'un autre jeune que je connais moins bien, je me sens à l'aise de la lui communiquer.

0	1	2	3	4	5
Tout à fait faux	Plutôt faux	Un peu faux	Un peu vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

20. En situation de désaccord avec un ami, c'est facile pour moi de trouver un compromis susceptible de nous satisfaire tous les deux.

0	1	2	3	4	5
Tout à fait faux	Plutôt faux	Un peu faux	Un peu vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

21. En situation de désaccord avec un autre jeune que je connais moins bien, c'est facile pour moi de trouver un compromis susceptible de nous satisfaire tous les deux.

0	1	2	3	4	5
Tout à fait faux	Plutôt faux	Un peu faux	Un peu vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

22. En situation de conflits avec un ami, je me sens à l'aise de lui dire comment je me sens.

0	1	2	3	4	5
Tout à fait faux	Plutôt faux	Un peu faux	Un peu vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

23. En situation de conflits avec un autre jeune que je connais moins bien, je me sens à l'aise de lui dire comment je me sens.

0	1	2	3	4	5
Tout à fait faux	Plutôt faux	Un peu faux	Un peu vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

### Section C

*De façon générale, au cours des dernières semaines, à quel point les énoncés suivants sont vrais :*

24. J'évite de parler à des gens que je ne connais pas ou peu.

0	1	2	3	4	5
Tout à fait faux	Plutôt faux	Un peu faux	Un peu vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

25. Lorsque je dois dire ou faire certaines choses, il m'arrive de m'arranger pour que d'autres le disent ou le fassent à ma place.

0	1	2	3	4	5
Tout à fait faux	Plutôt faux	Un peu faux	Un peu vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

26. Quand il y a un débat, je préfère me taire et me tenir en retrait pour voir comment cela va tourner.

0	1	2	3	4	5
Tout à fait faux	Plutôt faux	Un peu faux	Un peu vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

27. J'évite de faire des choses ou de parler aux gens par peur de l'embarras.

0	1	2	3	4	5
Tout à fait faux	Plutôt faux	Un peu faux	Un peu vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

28. J'évite les activités dans lesquelles je suis le centre de l'attention.

0	1	2	3	4	5
Tout à fait faux	Plutôt faux	Un peu faux	Un peu vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

**Section D**

De façon générale, au cours des dernières semaines, à quel point les énoncés suivants sont vrais :

29. Je me sens timide à proximité de personne que je ne connais pas.

0	1	2	3	4	5
Tout à fait faux	Plutôt faux	Un peu faux	Un peu vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

30. Je m'inquiète de ce les autres disent de moi.

0	1	2	3	4	5
Tout à fait faux	Plutôt faux	Un peu faux	Un peu vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

31. Je parle uniquement avec les personnes que je connais très bien.

0	1	2	3	4	5
Tout à fait faux	Plutôt faux	Un peu faux	Un peu vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

32. J'ai peur d'inviter d'autres jeunes à faire des choses avec moi parce qu'ils pourraient refuser.

0	1	2	3	4	5
Tout à fait faux	Plutôt faux	Un peu faux	Un peu vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

33. Je deviens nerveux, lorsque je rencontre de nouveaux jeunes.

0	1	2	3	4	5
Tout à fait faux	Plutôt faux	Un peu faux	Un peu vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai

**Annexe XI**  
*Échelle d'estime de soi (ÉES-10) (Rosenberg's Self-Esteem scale, 1965)*  
*Traduit par Vallières & Vallerand, 1990*

Nom du participant : \_\_\_\_\_ Prise de mesure : T0 ou T10 (ou T11)

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié.

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

**Annexe XII**  
**Échelle de La Qualité des relations interpersonnelles (EQRI)**  
*Senécal, Vallerand & Vallières, 1992*

Nom du participant : \_\_\_\_\_

Prise de mesure : T0 ou T10 (ou T11)

Veuillez indiquer la qualité de chacune des relations que vous avez PRÉSENTEMENT avec les personnes de votre entourage en cochant la cotation correspondant le plus à votre situation.

	Pas du tout 0	Un peu 1	Modérément 2	Beaucoup 3	Extrêmement 4
<b>1. Présentement mes relations avec ma famille . . .</b> (si présentement vous n'avez pas de relations avec votre famille, passez à la question 2)					
... sont harmonieuses					
... sont valorisantes					
... sont satisfaisantes					
... m'amènent à leur faire confiance					
<b>2. Présentement ma relation amoureuse . . .</b> (si présentement vous n'avez pas de relation amoureuse, passez à la question 3)					
... sont harmonieuses					
... sont valorisantes					
... sont satisfaisantes					
... m'amènent à leur faire confiance					
<b>3. Présentement mes relations avec mes ami(e) s...</b> (si présentement vous n'avez pas de relations avec vos ami (e)s, passez à la question 4)					
... sont harmonieuses					
... sont valorisantes					
... sont satisfaisantes					
... m'amènent à leur faire confiance					
<b>4. Présentement mes relations avec mes confrères et consœurs de classe . . .</b> (si présentement vous n'avez pas de relations avec vos collègues de classe, passez à la question 50)					
... sont harmonieuses					
... sont valorisantes					
... sont satisfaisantes					
... m'amènent à leur faire confiance					
<b>5. Présentement mes relations avec les gens en général . . .</b>					
... sont harmonieuses					
... sont valorisantes					
... sont satisfaisantes					
... m'amènent à leur faire confiance					

**Annexe XIII**  
**Tableau résumé quant à l'atteinte des objectifs**

Objectifs	Zachary	Madeleine	Léa	Chloé	Jade
<b>Objectifs proximaux</b>					
Objectif général 1 : Les participants amélioreront leurs capacités d'affirmation, dans différents contextes d'interaction avec les pairs.					
<i>Objectif spécifique 1 : Ils augmenteront le nombre d'interactions verbales.</i>					
<i>Objectif spécifique 2 : Ils augmenteront le nombre de fois qu'ils diront leurs opinions, lorsqu'ils ne sont pas sollicités par une tierce personne.</i>			X		
<i>Objectif spécifique 3 : Ils augmenteront le nombre de fois qu'ils poseront une question.</i>			X		
Objectif général 2 : Ils augmenteront leur propension à s'affirmer, dans différents contextes d'interaction avec les pairs.	X	X	X	X	X
Objectif général 3 : Ils amélioreront leurs sentiments de compétences sociales, dans différents contextes d'interaction avec les pairs.		X	X		X
Objectif général 4 : Ils diminueront la fréquence de comportements d'évitement, lors de différentes situations sociales avec les pairs.				X	X
Objectif général 5 : Ils diminueront l'intensité de l'anxiété sociale, lors de différents contextes d'interaction avec les pairs.				X	X
<b>Objectifs distaux</b>					
Objectif général 1 : Ils amélioreront leurs perceptions quant à la qualité de leurs relations interpersonnelles.	X	X	X	X	
Objectif général 2 : Ils augmenteront leur estime personnelle.		X			