

Université de Montréal

Programme d'intervention cognitivo-comportementale auprès d'adolescents ayant un trouble
anxieux en milieu hospitalier

Par

Mélanie Charron

École de psychoéducation

Faculté des arts et des sciences

Rapport d'intervention présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade
de maître ès sciences (M.Sc.) en psychoéducation (Psed.)

Juillet 2011

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier le Dr. Serge Larivée d'avoir supporté ma candidature pour mon admission à la maîtrise en psychoéducation. Sans votre intervention et votre support, je n'aurais probablement pas fait partie de la cohorte d'élèves 2009-2011 de la maîtrise en psychoéducation de l'Université de Montréal. Merci de tout cœur pour votre grand souci de l'éthique et votre humanisme!

Je remercie mes parents, Monique et Pierre, d'avoir cru en mon potentiel de réussite scolaire. Merci de m'avoir encouragé et supporté tant moralement, affectueusement que financièrement tout au long de ma maîtrise. Merci de m'avoir réconforté dans les moments difficiles et d'avoir célébré chacun de mes succès. Merci de m'avoir laissé faire mes propres choix pour ma carrière professionnelle ainsi que pour mon avenir. Merci de m'avoir transmis des valeurs fondamentales, tel le respect de soi-même et d'autrui. Dans la pratique de ma profession, je suis persuadée que cette valeur pourra aider plusieurs personnes dans le besoin. Je tiens aussi à remercier leurs conjoints, Réal et Lyne, de leur appui tout au long de ma démarche.

Je remercie mon amoureux, Philippe, de m'avoir encouragée à faire ma maîtrise, malgré les sacrifices à faire. Merci d'avoir patienté durant ces cinq dernières années. Merci de m'avoir fait entièrement confiance dans la réalisation de l'ensemble de mes études. Merci pour ta compréhension. Maintenant, l'avenir nous réserve plein de beaux projets communs! Je remercie aussi ses parents, Micheline et Firmin, pour leur grande générosité à domicile.

Je remercie mon amie Catherine de m'avoir incité à poursuivre mes études au cycle supérieur et de m'avoir fortement appuyé et encouragé à défendre mon point de vue concernant mon admission à la maîtrise à l'Université de Montréal. Merci pour tout ton aide et tes judicieux conseils académiques. Il est maintenant le temps de lever notre verre avec fierté et satisfaction!

Je remercie la professeure responsable de ce projet Dr. Isabelle Archambault. Merci pour ta grande disponibilité, ton écoute, ta patience, tes nombreuses corrections et tes compétences méthodologiques. Ta présence et ton sens de l'humour ont su me rassurer plusieurs fois. Merci à Dr. Stéphane Cantin d'avoir pris la relève de professeur responsable de façon irréprochable à la fin de la session d'hiver 2011.

Je remercie l'équipe interdisciplinaire de la Clinique d'intervention des troubles anxieux de l'Hôpital Rivière-des-Prairies de m'avoir accueilli à la session d'automne 2009. Merci de m'avoir fourni plusieurs références scientifiques sur les troubles anxieux ainsi que sur le programme d'intervention *Super Actif!*.

Je remercie mon superviseur de stage Christian Legendre de m'avoir évaluée objectivement. Merci d'avoir cru en mes compétences et en ma persévérance. Merci de m'avoir fait découvrir un milieu stage extraordinaire, soit l'unité de pédopsychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine. Grâce à tes démarches actives auprès du personnel de cette unité, j'ai pu m'épanouir en restant moi-même et en mettant de l'avant mes forces personnelles et professionnelles pour aider la clientèle.

Je remercie tous les membres de l'équipe interdisciplinaire de l'unité de pédopsychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine de m'avoir accueillie à bras ouverts en milieu d'année et de m'avoir permis d'implanter mon programme d'intervention dans leur milieu de travail. Mon expérience de stage à vos côtés s'est avérée la plus enrichissante de tout mon cheminement scolaire. Vos commentaires et vos critiques constructives m'ont permis d'améliorer mon programme d'intervention afin de mieux répondre aux besoins spécifiques du milieu ainsi qu'à ceux des adolescents. Merci de m'avoir fait découvrir la pédopsychiatrie et de m'avoir accompagnée au meilleur de vos connaissances!

Finalement, je remercie particulièrement les deux adolescents qui ont participé à mon programme d'intervention. Merci de m'avoir appris ce que les livres n'enseignent pas (Dumas, 2007). Merci de m'avoir permis de contribuer à la recherche scientifique. Votre participation pourra aider en retour d'autres adolescents ayant la même problématique que vous. Merci de votre confiance!

Sommaire

L'objectif de ce présent rapport est de planifier, implanter et évaluer l'efficacité d'un programme d'intervention cognitivo-comportementale sur l'anxiété à l'unité de pédopsychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine auprès de deux adolescents ayant un trouble anxieux. Le contenu de l'intervention est basé sur le programme d'intervention *Coping Cat*, qui a démontré son efficacité à plusieurs reprises auprès de cette clientèle (Kendall, 1994), mais plus particulièrement sur le programme d'intervention québécois *Super Actif!* de l'Hôpital Rivière-des-Prairies. Le programme d'intervention réalisé dans ce projet se nomme *Super Héros!*. Ce programme d'intervention curatif s'étale sur approximativement dix semaines à raison d'environ deux à trois séances par semaine. Le programme d'intervention *Super Héros!* est divisé en deux volets d'intervention, soient le volet enfant/adolescent et le volet parent(s). Ces volets visent à favoriser le fonctionnement adaptatif des jeunes atteints d'un trouble anxieux. Plus spécifiquement, ces volets visent à réduire le niveau d'anxiété des jeunes ciblés. Les composantes choisies pour faire l'évaluation de la mise en œuvre du programme d'intervention révèlent que son implantation a différé de ce qui avait été convenu au départ. Les effets sont évalués à l'aide d'un protocole à cas unique. Deux devis de recherche ont été utilisés. Le premier est un devis pré-test et post-test pour le niveau d'anxiété des participants et pour leur connaissance de stratégies de gestion des symptômes anxieux. Le deuxième est un devis à mesures répétées pour le niveau d'anxiété des participants, l'identification de leurs pensées catastrophiques et de leurs pensées aidantes, ainsi que pour leurs comportements d'évitement lors des séances d'exposition in vivo. Pour les deux patients, les résultats obtenus démontrent une légère diminution du niveau d'anxiété et des comportements d'évitement lors de certaines séances d'exposition. De plus, une augmentation de la capacité à identifier les pensées catastrophiques d'une situation anxiogène a été observée chez les deux adolescents. Par contre, aucun résultat significatif n'a été obtenu pour les deux adolescents concernant l'augmentation des connaissances de stratégies de gestion des symptômes anxieux ainsi que pour l'identification des pensées aidantes. Il est important d'interpréter les résultats obtenus avec réserve, précaution et rigueur scientifique étant donné l'absence de prise de mesure du niveau de base de l'intervention, ainsi que la présence d'éléments de différenciation au programme. Pour terminer, quelques avantages et limites de l'intervention du programme *Super Héros!* sont présentés, ainsi que certaines recommandations pour le futur auprès d'adolescents ayant un trouble anxieux en milieu hospitalier.

Table des matières

Sommaire.....	iv
Liste des tableaux et des figures.....	ix
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	2
Description de la problématique.....	2
Anxiété normale et anormale.....	2
Définitions et prévalence des troubles anxieux.....	2
Le trouble d'anxiété généralisé.....	3
La phobie sociale.....	3
Le trouble panique avec ou sans agoraphobie.....	3
La phobie spécifique.....	4
Le trouble obsessionnel-compulsif.....	4
Le trouble de stress post-traumatique.....	4
L'anxiété de séparation.....	4
La phobie scolaire.....	5
Manifestations de l'anxiété.....	5
Comorbidité.....	6
Étiologie des troubles anxieux.....	6
Facteurs de risque individuels.....	6
L'hérédité.....	6
Le tempérament.....	7
Les perceptions et les distorsions cognitives.....	7
Facteurs de risque familiaux.....	8
La relation parent/enfant.....	8
Les pratiques parentales.....	8
Les psychopathologies des parents.....	9
Les maladies physiques chroniques.....	9
Les caractéristiques socio-économiques.....	9
Facteur de protection individuel.....	10
Le tempérament.....	10

Facteurs de protection familiaux.....	10
La relation parent/enfant.....	10
Facteurs de protection environnementaux.....	11
Le réseau social.....	11
Le contrôle de l'environnement.....	11
Conséquences de l'anxiété.....	11
Chaîne développementale.....	12
Interventions déjà expérimentées.....	15
Intervention proposée.....	29
Milieu d'implantation du programme d'intervention <i>Super Héros!</i>	29
Place de l'intervention dans la chaîne développementale.....	29
Justification du choix de l'intervention et de ses adaptations.....	30
Pertinence de l'intervention proposée.....	31
Méthodologie.....	32
Description des composantes du programme.....	32
Sujets.....	32
But et objectifs.....	33
Animateur.....	33
Programme et contenu.....	33
Contexte spatial.....	37
Contexte temporel et dosage de l'intervention.....	38
Stratégies de gestion des apprentissages.....	38
Stratégies de gestion des comportements.....	39
Codes et procédures.....	39
Système de responsabilité.....	40
Stratégies de transfert et de généralisation des acquis.....	41
Système de reconnaissance.....	42
Évaluation de la mise en œuvre.....	42
Composantes retenues pour l'évaluation de la mise en œuvre.....	42
Le degré d'exposition.....	43
La qualité de la participation.....	43
La conformité.....	43

La mise en application.....	44
La différenciation.....	44
Évaluation des effets.....	47
Devis de recherche.....	47
Mesures répétées.....	47
Le niveau d'anxiété.....	47
Les pensées catastrophiques et aidantes.....	47
Les comportements d'évitement.....	48
Mesures pré-test et post-test.....	48
Le niveau d'anxiété.....	48
La connaissance de stratégies de gestion des symptômes anxieux.....	49
Résultats.....	54
Évaluation de la mise en œuvre.....	54
Évaluation des composantes de Gendreau.....	54
Composantes de Gendreau inchangées.....	54
Composantes de Gendreau changées.....	54
Évaluation formelle des composantes retenues de la mise en œuvre.....	61
Qualité de la participation des sujets.....	62
Qualité de la mise en application.....	64
Différenciation du programme.....	64
Jugement global sur la conformité du programme.....	65
Implications à l'égard des effets.....	66
Répercussions non souhaitables sur l'atteinte des objectifs.....	67
Répercussions souhaitables sur l'atteinte des objectifs.....	69
Évaluation des effets.....	70
Le niveau d'anxiété.....	70
La connaissance de stratégies de gestion des symptômes anxieux.....	75
L'identification des pensées catastrophiques.....	75
L'identification des pensées aidantes.....	76
Discussion.....	78
Jugement sur l'atteinte des objectifs du programme.....	78
Objectif général.....	78

Objectifs proximaux.....	79
Liens entre les résultats et les composantes de l'intervention.....	83
Liens entre les résultats et le contexte théorique.....	87
La chronicité des troubles anxieux.....	88
La thérapie cognitive-comportementale.....	88
La comorbidité des troubles anxieux.....	89
Les facteurs de maintien de l'anxiété.....	90
Avantages et limites de l'intervention.....	92
Avantages.....	92
Limites.....	94
Méthodologie.....	94
Résultats.....	96
Conclusion.....	98
Références.....	99
Annexes.....	104
Annexe I : Contenu du programme <i>Super Héros!</i>	105
Annexe II : Graphique de l'évitement.....	109
Annexe III : Graphique de l'exposition.....	111
Annexe IV : Contrat d'engagement au programme <i>Super Héros!</i>	113
Annexe V : Questionnaire sur la différenciation.....	115
Annexe VI : Journal de bord de l'animatrice.....	117
Annexe VII : Journal de bord du participant.....	131
Annexe VIII : Questionnaire d'évaluation sur le point de vue du participant au programme <i>Super Héros!</i>	136
Annexe IX : L'Échelle révisée d'anxiété manifeste pour enfants.....	138
Annexe X : Questionnaire d'évaluation de la connaissance de stratégies de gestion des symptômes anxieux du programme <i>Super Héros!</i>	141
Annexe XI : Pensées catastrophiques des participants lors des séances d'exposition du programme <i>Super Héros!</i>	143
Annexe XII : Pensées aidantes des participants lors des séances d'exposition du programme <i>Super Héros!</i>	146
Annexe XIII : Exemples d'activités pratiques.....	148

Liste des tableaux et des figures

Tableau 1. Tableau de la description des programmes de prévention et d'intervention reliés à l'anxiété..	17
Tableau 2. Contenu du programme d'intervention <i>Super Héros!</i>	35
Tableau 3. Séance type du programme d'intervention <i>Super Héros!</i>	37
Tableau 4. Codes et procédures du programme d'intervention <i>Super Héros!</i>	40
Tableau 5. Évaluation de la mise en œuvre du programme d'intervention <i>Super Héros!</i>	45
Tableau 6. Évaluation des effets du programme d'intervention <i>Super Héros!</i>	50
Figure 1. Chaîne développementale d'un trouble anxieux.....	14
Figure 2. Qualité de la participation de Mathieu au programme d'intervention <i>Super Héros!</i>	62
Figure 3. Qualité de la participation de Nicolas au programme d'intervention <i>Super Héros!</i>	63
Figure 4. Résultats de Mathieu et Nicolas à l' <i>Échelle révisée d'anxiété manifeste pour enfant</i>	71
Figure 5. Niveau d'anxiété de Mathieu avant, pendant et après l'exposition in vivo.....	72
Figure 6. Niveau d'anxiété de Nicolas avant, pendant et après l'exposition in vivo.....	74

Introduction

Les troubles anxieux sont les troubles mentaux les plus fréquents chez les enfants et les adolescents avec une prévalence de plus de 10% de cette population (Albano, Chorpita, & Barlow, 2003; Rapee, Wignall, Hudson, & Schiering, 2000). L'étiologie des troubles anxieux est différente d'un individu à l'autre (Dumas, 2008). Par contre, malgré la différence développementale entre chaque individu, il n'en reste pas moins que l'anxiété est une problématique de trouble intériorisé. Malheureusement, les symptômes anxieux de beaucoup d'enfants et d'adolescents sont identifiés tardivement lorsque l'anxiété devient un trouble anxieux et que les conséquences font leur apparition. Plus l'anxiété tarde à se faire traiter, plus elle devient intense et fréquente et plus les conséquences sont graves. Lorsqu'un trouble anxieux persiste durant plusieurs mois ou plusieurs années, les conséquences entraînent généralement une rupture de fonctionnement chez les jeunes qui peut se traduire par une grande détresse psychologique, des idéations suicidaires, un isolement social, un refus scolaire, une perturbation du milieu familial ainsi qu'une apparition de troubles comorbides. Il est donc important d'intervenir rapidement auprès des enfants et des adolescents ayant un trouble anxieux afin de réduire la chronicité de leur anxiété pour qu'ils puissent retrouver un fonctionnement normal au quotidien.

Ce rapport d'intervention présente la planification, l'implantation et l'évaluation du programme d'intervention *Super Héros!* qui a été mis en place à l'unité de pédopsychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal. Cette intervention de nature cognitivo-comportementale a été basé sur le programme *Coping Cat*, reconnu pour son efficacité auprès des enfants et des adolescents entre 9 et 13 ans (Kendall, 1994), mais plus particulièrement sur le programme d'intervention de groupe *Super Actif!* de l'Hôpital Rivière-des-Prairies. Ce rapport est divisé en quatre sections. La première section établit le contexte théorique concernant les troubles anxieux. La deuxième section décrit les composantes de l'intervention ainsi que l'ensemble de la méthodologie utilisée. La troisième section présente les résultats obtenus en lien avec l'évaluation de la mise en œuvre et l'évaluation des effets. Finalement, la dernière section consiste en une discussion sur l'atteinte des objectifs du programme, sur les liens entre les résultats, les composantes de l'intervention et le contexte théorique ainsi que sur les avantages et les limites de cette intervention.

Contexte théorique

Description de la problématique

Anxiété normale et anormale

L'anxiété est une émotion universelle chez l'être humain. Elle a pour fonction d'assurer notre survie contre tous les dangers réels qui peuvent survenir tout au long de la vie (Workman & Reader, 2007). Elle se manifeste par une réaction de peur instinctive et spontanée qui mobilise tout l'organisme pour faire face au danger (Dumas, 2008). Certaines manifestations d'anxiété chez les enfants et les adolescents peuvent faire partie du développement normal. Par exemple, de l'âge de 0 à 5 ans, la peur des étrangers et la peur d'être séparé de ses parents fait généralement partie du développement normatif, tout comme la peur d'avoir des maladies ainsi que l'anxiété de performance qui se manifestent un peu plus tard. Ensuite, de 13 à 17 ans, il peut y avoir l'apparition des peurs de nature sociale. Ces peurs sont normales, car elles sont transitoires. En plus d'être pertinentes à la survie, elles peuvent favoriser la performance d'une personne dans divers domaines, comme à l'école, au travail ou lors d'activités sportives (Berthiaume, 2009).

L'anxiété devient anormale ou pathologique lorsqu'elle est trop intense (réaction excessive), entraîne une grande détresse, devient très difficile à contrôler, et ce, depuis plus d'un mois (Berthiaume, 2009). Elle devient pathologique lorsqu'elle amène la personne à éviter certaines situations ou lorsqu'elle nuit à son fonctionnement quotidien alors qu'elle n'est rattachée à aucune cause évidente ou identifiable de danger (Dumas, 2007). Les enfants et les adolescents souffrant d'une anxiété anormale constituent une large part de la clientèle se retrouvant en psychothérapie ou en consultation chez le médecin (Ladouceur, Marchand, & Boisvert, 1999). Lorsque les jeunes ont un diagnostic de trouble anxieux, leur anxiété est plus intense, plus fréquente et affecte grandement leur qualité de vie (Dumas, 2007).

Définitions et prévalence des troubles anxieux

Les troubles anxieux sont les troubles mentaux les plus fréquents chez les enfants et les adolescents (Rapee *et al.*, 2000). Ils peuvent atteindre plus de 10% de cette population, les taux allant de 6% à plus de 20% selon la nature du trouble, l'âge des sujets et les méthodes d'évaluation utilisées (Albano *et al.*, 2003; Costello & Angold, 1995). Selon le DSM-IV, il existe sept troubles anxieux; le trouble d'anxiété généralisée (TAG), la phobie sociale (PSO), le trouble panique avec ou sans agoraphobie (TP), les phobies spécifiques (PS), le trouble obsessionnel-compulsif (TOC), le

trouble de stress post-traumatique (TSPT) et l'anxiété de séparation (AS) (American Psychiatric Association (APA), 2000; Dumas, 2007). Outre ces sept troubles anxieux, il existe la phobie scolaire qui n'apparaît pas comme étant un diagnostic dans le DSM-IV, mais qui peut être intimement lié à l'anxiété des enfants et des adolescents (Rapee *et al.*, 2000).

Le trouble d'anxiété généralisé. Les jeunes souffrant d'un TAG se préoccupent d'évènements ou d'activités multiples de manière chronique, persistante et incontrôlable (APA, 2000). Ils s'inquiètent continuellement de leur performance, leur famille, leurs relations sociales, leur santé, leur situation financière, les catastrophes naturelles, les situations nouvelles et incertaines, etc. (Berthiaume, 2009). Le TAG s'accompagne généralement de symptômes somatiques et il est davantage présent chez les préadolescents et les adolescents plutôt que chez les enfants. En moyenne, la prévalence du TAG est de 3% chez les enfants et de 6% chez les adolescents (Anderson, 1994).

La phobie sociale. La PSO se caractérise par une peur intense et persistante d'une ou de plusieurs situations sociales. Les enfants et les adolescents ayant ce trouble ont peur d'agir de façon embarrassante, humiliante ou inappropriée devant les autres et d'être jugés négativement par ceux-ci. La PSO débute rarement avant l'âge de 11 ans et sa prévalence moyenne est de 1% (Costello & Angold, 1995).

Le trouble panique avec ou sans agoraphobie. Le TP se caractérise, quant à lui, par des attaques de panique soudaines, inattendues et récurrentes qui surviennent dans des situations différentes et qui ne peuvent pas être expliquées par une menace vitale, une maladie ou un autre trouble comme une toxicomanie (Dumas, 2007). Les enfants et les adolescents souffrant d'un TP avec agoraphobie ont une peur intense et persistante de faire des attaques de panique et de leurs conséquences. Par exemple, ils peuvent avoir peur de mourir, de devenir fou, de s'évanouir, de perdre le contrôle et de ne pas avoir d'aide si les attaques de panique se manifestent (Dumas, 2007). De plus, ces jeunes évitent fréquemment les contextes où ils ont vécus des attaques de panique (APA, 2000). La prévalence de ce trouble se situe entre 1% et 5% et débute en moyenne entre l'âge de 12 et 14 ans (Biederman *et al.*, 1997).

La phobie spécifique. La PS se définit par une peur persistante et intense à caractère irraisonné ou excessif. Elle est généralement déclenchée par la présence, l'anticipation ou la confrontation à un objet ou une situation spécifique ne présentant aucun danger réel pour l'enfant ou l'adolescent, par exemple la noirceur, les animaux, les hauteurs, les injections, les moyens de transport, etc. (APA, 2000). La prévalence de la PS est, en moyenne, de 3 à 5% chez les enfants et les adolescents (Costello & Angold, 1995; Essau, Conradt, & Petermann, 2000).

Le trouble obsessionnel-compulsif. Le TOC se caractérise par des obsessions et/ou des compulsions récurrentes et intrusives. Les obsessions sont des pensées, des images ou des impulsions difficiles à faire disparaître créant ainsi de la détresse psychologique chez les enfants et les adolescents (APA, 2000). Les compulsions sont des comportements répétitifs ou des actes mentaux perpétrés de manière inflexible, afin de repousser les obsessions et de réduire l'inconfort qui en résulte (APA, 2000). En moyenne, la prévalence du TOC est de moins de 1% chez les enfants et entre 1 et 2% chez les adolescents (Albano *et al.*, 2003). Ce trouble débute généralement entre 12 et 13 ans (Wewetzer *et al.*, 2001).

Le trouble de stress post-traumatique. Le TSPT survient à la suite d'un événement ou d'une situation traumatique extrême, comme un abus sexuel, un meurtre, une menace de mort, des catastrophes naturelles, des actes de guerre, de terrorisme, etc. Ce traumatisme peut toucher l'enfant ou l'adolescent directement ou atteindre une personne qui lui est proche (Dumas, 2007). Les sentiments intenses de peur, d'horreur et d'impuissance ainsi que la remémoration persistante de l'évènement traumatique sont des symptômes associés au TSPT. De plus, l'évitement des stimuli présents, l'hyperactivité ainsi que la désorganisation comportementale sont, eux aussi, des symptômes associés à ce trouble (Dumas, 2007). La prévalence du TSPT chez les jeunes de 13 à 18 ans est de 1,9% (Whitaker *et al.*, 1990).

L'anxiété de séparation. L'AS se caractérise par une anxiété excessive, persistante et inappropriée au stade de développement de l'enfant ou de l'adolescent. Les jeunes souffrant d'AS ont une peur exagérée et des craintes irréalistes d'être séparés de leurs parents ou d'autres personnes significatives auxquelles ils sont attachés (APA, 2000). Ils craignent la disparition de leur figure d'attachement et ils appréhendent qu'un événement de vie malheureux vienne les séparer de celle-ci. De plus, ces jeunes peuvent résister ou refuser d'aller à l'école, d'aller chez un ami et/ou de

dormir seuls en raison de leur peur de la séparation (APA, 2000). La prévalence de ce trouble est de 4,9% chez les enfants. Il se manifeste généralement entre l'âge de 6 à 12 ans (Turgeon & Gendreau, 2007).

La phobie scolaire. Finalement, la phobie scolaire, communément appelée refus scolaire, est une problématique souvent associée aux troubles anxieux. Cette phobie des enfants et des adolescents est généralement associée à l'AS ainsi qu'à la PSO. Les jeunes qui en sont atteints vivent une grande détresse lorsqu'il vient le temps de partir pour l'école. À ce moment-là, ces enfants et ces adolescents manifestent une panoplie de comportements qui peuvent passer des réticences et des contestations à un refus scolaire complet. Les jeunes peuvent pleurer, manifester des plaintes somatiques ainsi que des explosions d'agressivité particulièrement lorsqu'ils sont forcés d'aller à l'école. De plus, on remarque un grand nombre d'absentéismes scolaires chez ces jeunes. Malgré que la prévalence de la phobie scolaire soit difficile à évaluer avec exactitude, la littérature scientifique estime qu'environ 1% des enfants d'âge scolaire en soient atteints et qu'environ 5% des consultations en milieu pédopsychiatrique sont en lien avec cette problématique (Marra, Garel, & Legendre, 1997).

Manifestations de l'anxiété

Les manifestations de l'anxiété s'expriment de quatre façons différentes, soient affective, physiologique, cognitive et comportementale (Ladouceur *et al.*, 1999). Premièrement, il y a les symptômes affectifs ou émotionnels, comme l'inquiétude, la peur, l'appréhension, l'impression de danger immédiat, l'irritabilité et le manque d'estime de soi. Deuxièmement, il y a les symptômes physiologiques, c'est-à-dire les étourdissements, les palpitations cardiaques, les tensions musculaires, les serremments dans la poitrine et à la gorge, les engourdissements de certaines parties du corps, la difficulté à respirer, la transpiration excessive, la respiration rapide, l'agitation, les malaises gastriques et les tremblements. Troisièmement, il y a les symptômes cognitifs, comme le trouble de l'attention et de la concentration, la peur de devenir fou, de perdre le contrôle, de faire une crise cardiaque, le pessimisme et la négativité prédominants, les fausses idées du danger ainsi que la dramatisation des conséquences. Finalement, l'anxiété se manifeste également avec des symptômes comportementaux, comme l'évitement, la fuite, les mouvements stéréotypés, les compulsions, etc. L'anxiété se présente toujours avec ces quatre types de symptômes qui sont indissociables. Par contre, les enfants et les adolescents vivent leur anxiété d'une manière

différente, dans le sens où chacun développe des symptômes qui leur sont propres (Ladouceur *et al.*, 1999).

Comorbidité

La comorbidité entre différents troubles anxieux a été beaucoup étudiée chez les enfants et les adolescents en milieu clinique (Last, Perrin, Hersen, & Kazdin, 1992). Les résultats mentionnent que les enfants et les adolescents atteints d'un trouble anxieux ont tendance à développer fréquemment au moins un autre trouble de ce genre (Turgeon & Gendreau, 2007). De plus, d'autres troubles comorbides ont fréquemment été observés chez ces jeunes. Les trois troubles comorbides les plus couramment observés chez les enfants et les adolescents présentant un trouble anxieux sont la dépression (33%) (Albano *et al.*, 2003; Breton *et al.*, 1997; Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003), le trouble d'attention avec hyperactivité (TDAH) (16%) ainsi que le trouble d'opposition (16%) (Turgeon & Gendreau, 2007). De plus, d'autres troubles comorbides moins fréquents peuvent être observés chez ces jeunes anxieux, comme l'énurésie, l'abus de substance, les troubles d'apprentissage, les troubles de la personnalité, le syndrome de Gilles de la Tourette (SGT) ainsi que les troubles des conduites alimentaires (TCA) (Eisen, Schaefer, & Barlow, 2007; Turgeon & Gendreau, 2007).

Étiologie des troubles anxieux

Il est reconnu scientifiquement que le développement des psychopathologies anxieuses résulte de l'interaction multiple de facteurs de risque, de protection et de maintien de l'anxiété (Dumas, 2008). De plus, l'étiologie des troubles anxieux est différente d'un individu à l'autre. Divers facteurs individuels, familiaux et environnementaux contribuent à leur développement (Turgeon & Gendreau, 2007).

Facteurs de risque individuels

L'hérédité. Les facteurs de risque individuels sont nombreux dans le développement des troubles anxieux. Parmi ces facteurs, l'hérédité est importante à considérer. En effet, les troubles anxieux ont généralement tendance à se retrouver dans une même famille (Turgeon & Gendreau, 2007). L'hérédité expliquerait jusqu'à 30% de la variance de l'anxiété (Eley & Gregory, 2004). Cependant, plusieurs éléments méthodologiques limitent l'interprétation de ce résultat (Turgeon & Gendreau, 2007). Rapee *et al.* (2000) suggère donc de parler d'une prédisposition génétique qu'auraient certains jeunes à réagir plus

facilement et intensément aux stimuli stressants de l'environnement, ce qui leur donnerait plus de chance de développer un trouble anxieux (Rapee *et al.*, 2000).

Le tempérament. Le tempérament de l'enfant et de l'adolescent joue un rôle primordial dans les probabilités de développer un trouble anxieux. Le tempérament, qui a une base physiologique, se définit à travers les caractéristiques émotionnelles et comportementales de l'enfant. Il se manifeste lorsque celui-ci est exposé à de nouvelles situations sociales et non sociales (Kagan, 1997). Une des dimensions du tempérament ayant obtenu le plus d'attention en lien avec les troubles anxieux de l'enfance est l'inhibition comportementale (Rosenbaum *et al.*, 1991; Turner, Beidel, & Wolff, 1996). L'inhibition comportementale se caractérise chez les enfants de moins de deux ans par une timidité extrême et une tendance à être plus craintifs dans diverses situations que la moyenne des enfants du même âge (Rapee *et al.*, 2000). Les enfants inhibés ont une tendance manifeste à se retirer sur le plan émotionnel et comportemental lorsqu'ils sont placés dans de nouvelles situations ou mis en présence de nouvelles personnes (Kagan, 1994). Certains enfants naîtraient avec une prédisposition à cette détresse et adopteraient une attitude d'inhibition pour faire face aux nouvelles situations de leur environnement (Rosenbaum, Biederman, & Bolduc, 1993). Plusieurs chercheurs considèrent que l'inhibition comportementale est un précurseur des troubles d'anxiété durant l'enfance et l'adolescence (Rosenbaum *et al.*, 1993). En effet, un suivi longitudinal d'enfants âgés entre 5 et 11 ans a démontré que tous les troubles anxieux sont plus fréquents chez les jeunes ayant démontré de l'inhibition comportementale lors d'une évaluation réalisée trois ans plus tôt (Hirshfeld, Biederman, Brody, Faraone, & Rosenbaum, 1997).

Les perceptions et les distorsions cognitives. La présence de distorsions cognitives, d'un sentiment d'impuissance et d'un manque de contrôle sur l'environnement peuvent également augmenter les chances d'apparition d'un trouble anxieux chez les enfants et les adolescents (Chorpita & Barlow, 1998; Dumas, 2008). Les distorsions cognitives sont des processus cognitifs biaisés ou erronés qui conduisent habituellement à des pensées et des images dysfonctionnelles ainsi qu'à des interprétations menaçantes de certains événements normatifs, par exemple, la séparation parent/enfant (Guehl, 2003). Ce style interprétatif négatif que le jeune utilise pour comprendre son environnement peut faire apparaître et/ou augmenter son anxiété (Dumas, 2008). Les distorsions cognitives sont un facteur de risque, mais aussi un facteur de maintien des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents. Le fait qu'un jeune porte attention constamment au danger, aux conséquences négatives, qu'il interprète certaines situations de

façon menaçante et qu'il ait des pensées fausses et irréalistes peut, en effet, contribuer au maintien de ses peurs et ses angoisses (Berthiaume, 2009).

Facteurs de risque familiaux

La relation parent/enfant. Parmi les risques familiaux, l'attachement est un des principaux facteurs dans le développement d'un trouble anxieux. Selon la théorie de John Bowlby, l'attachement est un lien affectif durable entre l'enfant et son donneur de soins principal qui ouvre la voie à des adaptations individuelles à l'environnement qui l'entoure (Bowlby, 1973; Habimana, Éthier, Petot, & Tousignant, 1999). La sécurité de la relation d'attachement est associée à la qualité du donneur de soins (Shaffer, Wood, & Willoughby, 2005). Dans la littérature, on retrouve quatre types d'attachement parent/enfant, soit l'attachement sécurisant, non-sécurisant évitant, non-sécurisant ambivalent et non-sécurisant désorganisé (Habimana *et al.*, 1999).

Les parents présentant des relations d'attachement non-sécurisantes évitantes et non-sécurisantes ambivalentes sont caractérisés comme étant insensibles et inconstants dans la prestation des soins à l'enfant (Eisen *et al.*, 2007). Le caractère imprévisible des comportements de ces parents ainsi que leur irritabilité augmentent les chances que leur enfant développe un trouble anxieux (Bowlby, 1973; Cassidy & Berlin, 1994). L'imprévisibilité du parent à l'égard de son enfant contribue au développement d'un modèle cognitif chez ce dernier dans lequel il se représente sa figure d'attachement comme n'étant pas disponible de façon stable dans les moments de détresse pour le protéger. En ayant ce modèle cognitif, l'enfant est inquiet et craintif à découvrir son environnement (monde social et non social) puisque, antérieurement, les comportements d'aide, de soutien et de réconfort ont été sporadiques (Cassidy & Berlin, 1994). Ainsi, les enfants et les adolescents qui développent un attachement non-sécurisant évitant ou non-sécurisant ambivalent avec leurs parents sont plus à risque de développer un trouble anxieux (Cassidy & Berlin, 1994; Cowan, Cohn, Pape-Cowan, & Pearson, 1996; Rosenstein & Horowitz, 1996; Warren, Huston, Egeland, & Sroufe, 1997).

Les pratiques parentales. Certaines pratiques parentales, comme le comportement de surprotection provenant de l'un ou des deux parents, peuvent également être considérées comme des facteurs de risque dans l'étiologie des troubles anxieux. Lorsque le parent perçoit du danger pour son enfant et le surprotège inutilement, il anticipe la détresse anxieuse du jeune et lui apprend à voir du danger partout dans son environnement (Habimana *et al.*, 1999; Rapee *et al.*, 2000). Les parents des enfants et des adolescents dont le tempérament est inhibé sont plus sujets à être surprotecteurs, hypervigilants et hypercontrôlants (Eisen

et al., 2007). Des études faites auprès de jeunes anxieux démontrent que ceux-ci proviennent plus souvent de familles caractérisées par un haut niveau de contrôle et de conflit et un faible niveau de «chaleur humaine» et de soutien, ce qui contribue à diminuer le sentiment de contrôle des jeunes dans leur environnement et à faire apparaître ou augmenter leur anxiété (Eisen *et al.*, 2007). Cette surprotection peut également faire apparaître un sentiment d'incompétence chez les jeunes ce qui peut, par la suite, contribuer au maintien du trouble anxieux (Dumas & Lafrenière, 1993). À court terme, l'évitement fait diminuer l'anxiété des jeunes, mais à long terme, cette surprotection ne fait qu'empirer leurs symptômes (Rapee *et al.*, 2000). Bref, le renforcement des comportements d'évitement fait par les parents peut être considéré comme un facteur de risque, mais aussi comme un facteur de maintien de l'anxiété de leur enfant (Berthiaume, 2009).

Les psychopathologies des parents. La psychopathologie des parents et surtout la présence d'un trouble intériorisé chez ceux-ci est un facteur de risque dans le développement des troubles anxieux (Turgeon & Gendreau, 2007). La probabilité que les enfants et les adolescents développent un trouble anxieux serait de 3 à 5 fois plus élevée dans les familles où la mère et/ou le père ont, eux-mêmes, un trouble anxieux que dans les familles où les parents n'ont pas développé ce trouble (Turgeon & Gendreau, 2007). En observant certains comportements parentaux mal adaptés dans diverses situations, les enfants peuvent apprendre et imiter leur figure d'attachement (Habimana *et al.*, 1999). En ayant un parent anxieux, l'enfant a plus de chance d'avoir les mêmes cognitions erronées de son parent et de reproduire les mêmes comportements d'évitement, ce qui augmente les probabilités de développer un trouble anxieux.

Les maladies physiques chroniques. En plus des troubles psychologiques, la maladie physique chronique d'un parent peut être un facteur de risque dans le développement d'un trouble anxieux, particulièrement chez les enfants de 6 à 11 ans (Turgeon & Gendreau, 2007). Le jeune ayant un parent malade est plus susceptible de ne pas vouloir quitter la maison par peur qu'il meure en son absence. Il en est de même lorsque le jeune lui-même est atteint d'une maladie physique chronique. Dans ce cas, il a peur de ne pas recevoir les soins adéquats et de mourir lorsque ses parents le quittent (Turgeon & Gendreau, 2007).

Les caractéristiques socio-économiques. Les troubles anxieux apparaissent souvent dans des conditions où les parents sont pauvres, peu scolarisés, socialement isolés, monoparentaux et dépendants de l'aide sociale pour subvenir à leurs besoins élémentaires ainsi qu'à ceux de leur enfant (Messer & Beidel,

1994; Turgeon & Gendreau, 2007). En ce sens, les jeunes élevés dans de telles conditions sont davantage confrontés à des événements de vie stressants sur lesquels ils n'ont peu ou pas de contrôle, ce qui peut être considéré comme un facteur de risque et de maintien de l'anxiété. Par exemple, plusieurs événements ont été répertoriés dans la littérature scientifique comme étant des facteurs de risque dans le développement des troubles anxieux chez les jeunes, notamment la mort d'un être cher, un divorce, un déménagement, un changement d'école, une perte d'emploi parental, l'intimidation par les pairs, la maltraitance physique et psychologique, le placement en institution ainsi que les contextes de guerres (Eisen & Engler, 2006; Turgeon & Gendreau, 2007; Verreault, Berthiaume, & Turgeon, 2005).

Facteur de protection individuel

Le tempérament. Généralement, les enfants et les adolescents avec un tempérament non inhibé s'adaptent bien aux nouvelles situations de leur environnement, ce qui peut être considéré comme étant un facteur de protection dans l'étiologie des troubles anxieux (Berthiaume, 2009). Ces jeunes utilisent des stratégies d'adaptation variées et appropriées en fonction de leur environnement et régulent leurs émotions efficacement, ce qui fait que les risques de développer un trouble anxieux sont moins grands que les jeunes ayant un tempérament inhibé (Eisen *et al.*, 2007; Kagan, 1994).

Facteurs de protection familiaux

La relation parent/enfant. Les travaux longitudinaux de Mary Ainsworth (1978) ainsi que de Pederson et Moran (1996) ont démontré que les mères qui établissent des relations d'attachement sécurisantes avec leurs enfants sont plus sensibles à leurs besoins et leur répondent de façon plus cohérente et appropriée (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Pederson & Moran, 1996). Par des interactions parent/enfant sécurisantes, l'enfant apprend qu'il peut explorer son environnement en toute confiance, car si quelque chose d'inattendu et de menaçant devait arriver, il pourrait faire appel en toute sécurité à sa figure d'attachement qui lui viendrait en aide immédiatement (Habimana *et al.*, 1999). L'enfant ayant ce type d'attachement est plus en confiance et autonome face à son environnement, donc il a moins de chance de développer un trouble anxieux (Habimana *et al.*, 1999; Vasey & Dadds, 2001).

Ensuite, certaines pratiques parentales peuvent, elles aussi, agir à titre de facteur de protection dans le développement des troubles anxieux. Lorsqu'il encourage le choix de stratégies appropriées (résolution de problèmes) pour que son enfant apprenne à gérer son anxiété, le parent peut être un facteur de protection (Eisen *et al.*, 2007). De plus, le parent qui offre du soutien, qui démontre à son enfant qu'il est compétent pour faire face à des stimuli anxiogènes, qui lui donne des encouragements et qui a des attentes

appropriées à son égard fait diminuer les chances que celui-ci développe un trouble anxieux (Rapee *et al.*, 2000).

Facteurs de protection environnementaux

Le réseau social. Outre l'absence d'évènement de vie stressant dans la vie de l'enfant ou de l'adolescent (Berthiaume, 2009), le fait d'avoir des amis réciproques et d'être affilié à un gang ayant un haut statut social sont des facteurs de protection dans le développement des troubles anxieux. À l'adolescence, le fait d'avoir des relations intimes et réciproques d'amitié permet la construction et la consolidation des habiletés sociales, le développement de la confiance en soi et de l'empathie ainsi que l'apprentissage de l'expression des émotions et de la résolution de conflits. Ces caractéristiques de l'amitié sont associées à un faible risque de développer des troubles anxieux, particulièrement au niveau de l'anxiété sociale (Deater-Deckard, 2001; La Greca & Harrison, 2005). De plus, les jeunes ayant un meilleur ami prosocial sont moins à risque de se faire victimiser par les autres élèves de l'école, ce qui diminue les probabilités d'apparition ou d'aggravation des symptômes anxigènes (Storch & Masia-Warner, 2004). Aussi, l'affiliation d'un jeune à un gang ayant un haut niveau de statut social, comme les «populaires» et les «athlètes», réduit les risques de développer un trouble anxieux, car il a un fort sentiment de reconnaissance social et une plus grande estime de soi. Finalement, l'association à ce genre de gang permet de réduire ou de briser l'isolement des jeunes, ce qui fait diminuer les probabilités qu'ils développent un trouble anxieux (La Greca & Harrison, 2005). Bref, les bons amis jouent un rôle protecteur quant à la santé mentale des enfants et des adolescents.

Le contrôle de l'environnement. Outre le fait d'avoir un réseau social adéquat, les enfants et les adolescents qui perçoivent avoir un certain contrôle sur leur environnement ont moins de chance de développer un trouble anxieux (Verreault *et al.*, 2005). Ils ont un réel sentiment de pouvoir agir et contrôler des aspects significatifs de leur environnement, par exemple tous les évènements nouveaux, ce qui peut réduire les risques de développer des symptômes d'anxiété (Vasey & Dadds, 2001; Verreault *et al.*, 2005).

Conséquences de l'anxiété

Les jeunes qui reçoivent un diagnostic de trouble anxieux sont confrontés à plusieurs conséquences qui peuvent varier d'un individu à l'autre. Au niveau social, on constate que les enfants et les adolescents ayant un trouble anxieux présentent plus souvent de pauvres habiletés

d'adaptation sociale qui nuisent à leurs relations avec leurs pairs. Ils sont parfois rejetés et, avec le temps, ils peuvent même devenir isolés (Strauss, Lease, Kazdin, Dulcan, & Last, 1989). De plus, un tel trouble peut entraîner une perturbation de la relation parent/enfant, du fonctionnement familial et de l'autonomie de ces jeunes (Vasey & Dadds, 2001). Au niveau cognitif, les jeunes ayant un trouble anxieux ont majoritairement des biais cognitifs et peuvent avoir un retard et/ou des difficultés académiques. Ensuite, sur le plan affectif, l'anxiété peut accroître le sentiment d'inefficacité personnelle, d'impuissance et de manque de contrôle sur l'environnement (Turgeon & Gendreau, 2007). Le sentiment d'impuissance et de manque de contrôle sur l'environnement nuit à l'estime de soi et ce manque d'estime peut à son tour créer des sentiments de culpabilité et de honte chez les jeunes anxieux. De plus, les enfants et les adolescents ayant un trouble anxieux peuvent se sentir seuls, tristes, désespérés et incompris, ce qui engendre très souvent une grande détresse psychologique (Dumas, 2007). Les troubles anxieux peuvent également avoir des conséquences physiologiques même chez les jeunes en bonne santé physique. Certains peuvent avoir des problèmes dermatologiques, comme de l'eczéma et du psoriasis ou des malaises intenses ainsi que des plaintes somatiques (Dumas, 2008). Les jeunes souffrant de cette problématique peuvent être irritables, avoir des difficultés d'organisation et de sommeil (Dumas, 2008; Ladouceur *et al.*, 1999). À plus long terme, lorsque l'anxiété persiste, il peut y avoir apparition d'autres troubles psychiatriques, comme l'émergence d'un autre trouble anxieux, d'une dépression, etc. (Turgeon & Gendreau, 2007; Vasey & Dadds, 2001). La grande détresse psychologique ressentie par les jeunes peut mener à des idéations suicidaires quand leur anxiété est omniprésente et très intense, bref, lorsqu'elle est rendue chronique (Vasey & Dadds, 2001). Finalement, au niveau comportemental, les enfants et les adolescents ayant un trouble anxieux évitent et fuient les situations qui leur sont anxiogènes et certains contextes importants à leur développement, comme l'école, le travail et diverses situations sociales (Ladouceur *et al.*, 1999).

Chaîne développementale

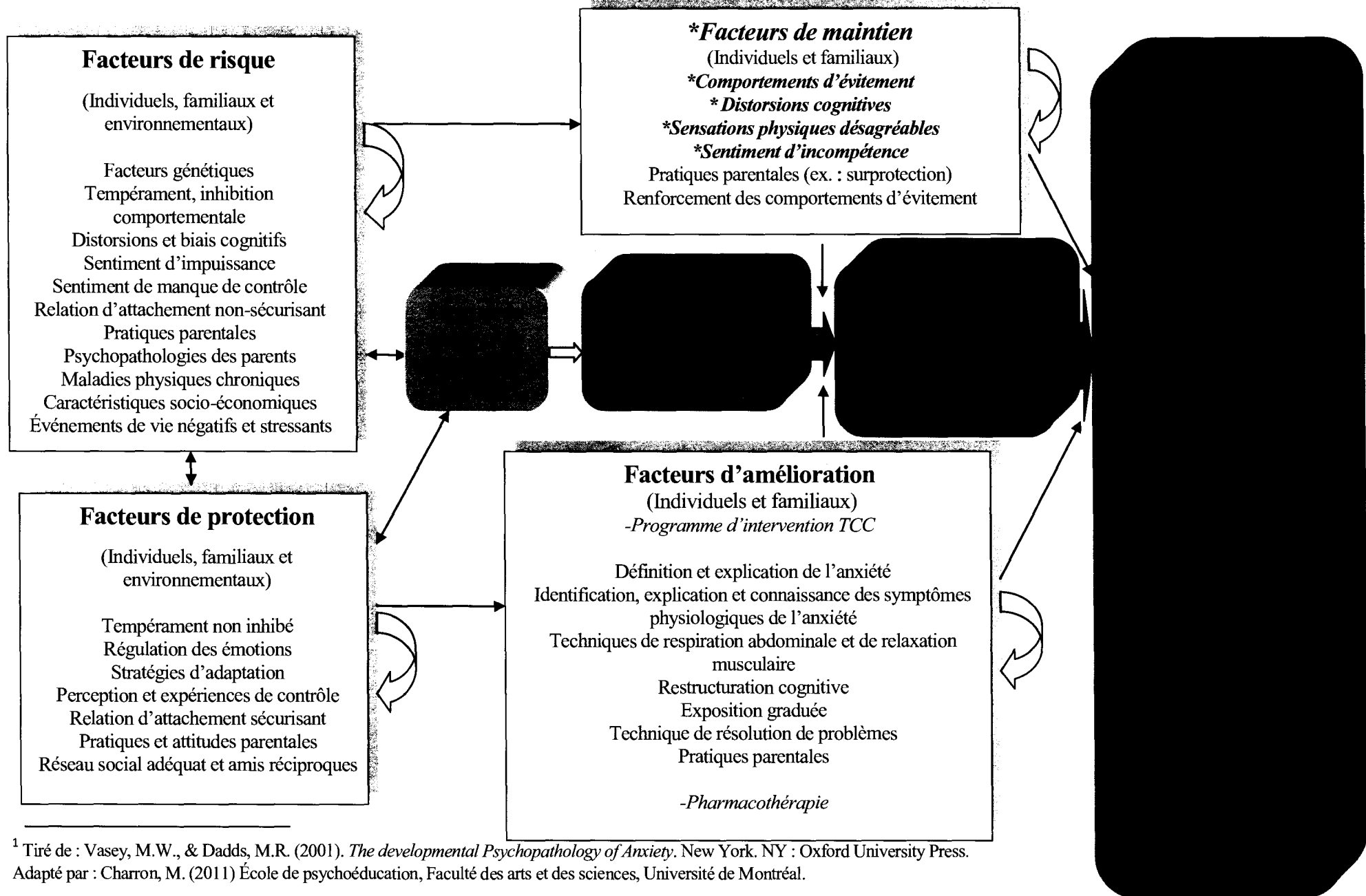
La chaîne présentée à la figure 1 illustre la trajectoire développementale d'un trouble anxieux ainsi que l'interaction continue qui existe entre les facteurs de risque et de protection de l'anxiété. Il y a un effet cumulatif des facteurs de risque et de protection. Lorsqu'il y a plus de facteurs de risque que de facteurs de protection ou que les facteurs de risque sont plus intenses, fréquents et récurrents que les facteurs de protection, les enfants et les adolescents ont plus de chance de développer un trouble anxieux (Dumas, 2008).

Une fois le trouble anxieux apparu, ce sont les multiples facteurs de maintien qui font en sorte que l'anxiété persiste (Berthiaume, 2009). Ces facteurs sont, eux aussi, constamment en interaction les uns avec les autres. Si aucune intervention n'est faite ou qu'aucun changement ne s'est manifesté dans la vie de l'enfant ou de l'adolescent, il peut y avoir persistance et aggravation des manifestations du trouble anxieux et de ses conséquences par le fait même (Berthiaume, 2009).

Ensuite, afin de réduire l'intensité, la durée et la fréquence des manifestations du trouble anxieux ou de les faire disparaître complètement, des facteurs d'amélioration (les traitements) peuvent être introduits immédiatement après l'apparition de ce trouble ou lorsque cette psychopathologie persiste. Les programmes d'intervention curatifs en sont des exemples. Ces programmes utilisent plusieurs moyens qui se trouvent dans la thérapie cognitive-comportementale (TCC) pour traiter les jeunes ayant un ou des troubles anxieux, comme principalement la restructuration cognitive ainsi que l'exposition graduée (Chaloult *et al.*, 2008).

Figure 1.

Chaîne développementale d'un trouble anxieux¹



¹ Tiré de : Vasey, M.W., & Dadds, M.R. (2001). *The developmental Psychopathology of Anxiety*. New York, NY : Oxford University Press.
Adapté par : Charron, M. (2011) École de psychoéducation, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal.

*Cibles d'intervention principales du programme Super Héros! pour un enfant et/ou un adolescent ayant un ou des troubles anxieux.

Interventions déjà expérimentées

Au cours des quinze dernières années, les études scientifiques sur la prévention et le traitement des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents se sont accrues de manière importante (Turgeon & Gendreau, 2007). Diverses approches sont actuellement utilisées pour prévenir ou traiter les troubles anxieux de ces deux groupes d'âge, comme la pharmacothérapie (Hopfer & Hazard, 2008; Turgeon & Gendreau, 2007), la désensibilisation par mouvements oculaires (Tarquinio, 2007), la psychanalyse (Borgeat & Zullino, 2004) ainsi que l'activité physique (Matos, Calmeiro, & Fonseca, 2009). Par contre, la majorité des programmes préventifs et curatifs s'adressant aux personnes ayant un trouble anxieux utilisent la TCC, car elle constitue la forme d'intervention dont l'efficacité est la plus documentée (Chaloult, Ngo, Goulet, & Cousineau, 2008; Compton *et al.*, 2004). Dans le traitement de l'anxiété chez les enfants et les adolescents, la TCC implique majoritairement la transmission de connaissances sur l'anxiété et des activités pratiques sur ses causes et ses manifestations, sur l'identification et l'explication des émotions et des sensations physiques, la restructuration cognitive, l'explication et l'application de la rééducation respiratoire et de la relaxation musculaire, la résolution de problème, la généralisation des acquis ainsi que l'exposition graduée (Rapee *et al.*, 2000). À titre indicatif, normalement, lorsqu'une personne s'expose à ses peurs, son anxiété diminue ou disparaît complètement (Chaloult *et al.*, 2008). Cette thérapie vise donc principalement à modifier les cognitions erronées et les comportements inadaptes reliés à l'anxiété des jeunes (Turgeon & Gendreau, 2007).

La TCC peut se faire en individuel ou en groupe. La thérapie de groupe offre des avantages en terme de coût et de temps d'administration ainsi qu'en terme de soutien entre les pairs (Silverman *et al.*, 1999). Cependant, d'autres études sont nécessaires afin de démontrer que la thérapie de groupe est aussi efficace que la thérapie individuelle. Il semble par ailleurs que l'implication active des parents permet d'augmenter la réussite des programmes d'intervention liés à l'anxiété (Barrett, Rapee, Dadds, & Ryan, 1996; Cobham, Dadds, & Spence, 1998; Eisen *et al.*, 2007; Rapee *et al.*, 2000). De plus, l'application de la TCC a des effets positifs sur les connaissances et les pratiques éducatives des parents ainsi que sur l'anxiété de leur enfant (Kendall, 1994; Leblanc, Turgeon, Vitaro, Marchand, & Brousseau, 2000).

Le tableau 1 présente six programmes de prévention et d'intervention reliés à l'anxiété, soit le Programme *Super Actif!*, le Programme *Super l'Écureuil*, le Programme *Super l'Écureuil contre le TSPT (trouble de stress post-traumatique)*, le Programme *Coping Cat*, le Programme *FRIENDS* ainsi que le Programme *Les trucs de Dominique*. Ces programmes ont été sélectionnés comparativement à d'autres, parce qu'ils se basent tous sur la meilleure thérapie jusqu'à présent pour prévenir et traiter les troubles anxieux des enfants et des adolescents, soit la TCC (Chaloult *et al.*, 2008). Ces programmes contiennent

un nombre de séances qui varie entre 10 et 18. De plus, ils comportent des volets parents qui présentent souvent les mêmes objectifs et les mêmes modalités d'intervention que les volets enfants/adolescents, sauf pour l'entraînement aux habiletés parentales. Certains programmes offrent aussi des activités d'intégration des acquis en famille ainsi que de la bibliothérapie. Finalement, les nombreuses évaluations des résultats obtenus après l'implantation de ces programmes donnent généralement de très bons effets proximaux et distaux autant auprès des enfants et des adolescents que de leurs parents, comme une diminution significative de l'anxiété des jeunes et de la surprotection parentale. Cependant, d'autres évaluations seraient recommandées, particulièrement pour les programmes québécois, afin d'avoir un portrait plus valide et approfondi des différents résultats et de la pertinence de chacun (Fortin, Côté, & Filion, 2006).

Tableau 1 **Tableau de la description des programmes de prévention et d'intervention reliés à l'anxiété.**

Description du programme			
Programme d'intervention <i>Super Actif!</i>			
Auteur(s)	Nom du programme	Type d'intervention	Modalités d'intervention
Berthiaume Verreault & Racicot	1. Programme d'intervention <i>Super Actif!</i> (2007) (Réalisé au Québec)	<ul style="list-style-type: none"> Intervention ciblée auprès des jeunes âgés entre 8 et 12 ans (garçons et filles) présentant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité et un trouble anxieux. Intervention : thérapie de groupe de type cognitivo-comportemental (TCC). 	<ul style="list-style-type: none"> Deux volets sont offerts (10 séances hebdomadaires de 1h30 chacune): un volet enfant et un volet parent. Des groupes de : 4 à 6 familles. Volet enfant : <ul style="list-style-type: none"> - Transmission de connaissances au patient, notamment quant aux causes et aux manifestations de leur anxiété. - Explication et application de la rééducation respiratoire et de la relaxation musculaire. - Restructuration cognitive. - Apprentissage de la technique de résolution de problèmes. - Exposition graduée. - Intégration et généralisation des acquis. Volet parent : Les modalités d'intervention pour les parents sont pratiquement les mêmes que celles des enfants. Par contre, ils abordent aussi : <ul style="list-style-type: none"> - Modification de certaines pratiques parentales (surprotection, renforcement de l'évitement des situations anxiogènes, etc.). <p>* Activité d'intégration des acquis prévue en famille à la fin de chacune des séances.</p>

Évaluation du programme *Super Actif!*

Caractéristiques des participants et contexte d'intervention.	Durée	Devis / Protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux
Actuellement en évaluation à la clinique d'intervention des troubles anxieux de l'Hôpital Rivière-des-Prairies.				

Description du programme

Programme de prévention *Super l'écureuil*

Auteur(s)	Nom du programme	Type d'intervention	Modalités d'intervention
Turgeon & Brousseau	2. Programme de prévention <i>Super l'écureuil</i> (1999) (Réalisé au Québec)	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention ciblée et indiquée auprès de jeunes (garçons et filles) présentant des problèmes d'anxiété. • Intervention : thérapie de groupe de type cognitivo-comportemental (TCC). 	<ul style="list-style-type: none"> • Deux volets sont offerts (10 séances hebdomadaires de 2h00 chacune): un volet enfant et un volet parent. • Des groupes de : 5 à 8 familles. • <u>Volet enfant :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Transmission de connaissances au patient, notamment quant aux causes et aux manifestations de leur anxiété. - Explication et application de la rééducation respiratoire et de la relaxation musculaire. - Restructuration cognitive. - Apprentissage de la technique de résolution de problèmes. - Exposition graduée. - Intégration et généralisation des acquis. • <u>Volet parent :</u> <ul style="list-style-type: none"> Les modalités d'intervention pour les parents sont pratiquement les mêmes que celles des enfants. Par contre, ils abordent aussi : - Modification de certaines pratiques parentales (surprotection, renforcement de l'évitement des situations anxiogènes, etc.).

Évaluation du programme *Super l'écureuil*

Caractéristiques des participants et contexte d'intervention.	Durée	Devis / Protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux
<p>Évaluation # 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jeunes québécois (garçons et filles) âgés entre 9 et 12 ans manifestant des symptômes d'anxiété. - Les enfants ont été sélectionnés à partir de l'Échelle d'anxiété manifeste (Children's Manifest Anxiety Scale (CMAS)). - Les parents et les jeunes sélectionnés participent à l'entrevue psychologique le DISC (Diagnostic Interview Schedule for children). - 72 familles réparties au hasard entre le groupe d'intervention (n=41) et le groupe contrôle (n=31) (Vitaro & Gagnon, 2000). - Évaluation réalisée au Centre de recherche Fernand-Séguin à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. 	<p>10 séances hebdomadaires de 2 heures chacune.</p>	<p>Expérimental</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Les 17 premières familles indiquent au post-test que les parents sont moins surprotecteurs (Leblanc <i>et al.</i>, 2000). 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Suggestion de faire une autre évaluation auprès des sujets après un an afin de constater les effets à long terme (Leblanc <i>et al.</i>, 2000).

Évaluation # 2

-Jeunes québécois francophones (garçons et filles) âgés entre 9 et 12 ans manifestant des symptômes d'anxiété de légers à modérés.

-84 familles sélectionnées et réparties au hasard en deux groupes : 1) intervention cognitivo-comportementale familiale et 2) un groupe contrôle (Turgeon & Gendreau, 2007).

- Évaluation réalisée au Centre de recherche Fernand-Séguin à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

10 séances hebdomadaires de 2 heures chacune, en groupe de 5 à 8 familles.

Expérimental

❖ Post-test : diminution des symptômes d'anxiété des enfants ayant eu l'intervention (Turgeon & Gendreau, 2007).

❖ Changements des pratiques parentales (diminution de la surprotection), particulièrement chez les mères (Turgeon & Gendreau, 2007).

❖ Relance après un an : diminution des symptômes d'anxiété des enfants ayant eu l'intervention (Turgeon & Gendreau, 2007).

❖ Relance après 5-6 ans : le seul effet s'étant maintenu est la diminution de la surprotection parentale (Turgeon & Gendreau, 2007).

Description du programme

Programme d'intervention *Super l'écureuil contre le TSPT*

Auteur(s)	Nom du programme	Type d'intervention	Modalités d'intervention
Berthiaume Lafrance Turgeon Brousseau & Marchand	3. Programme d'intervention <i>Super l'Écureuil contre le TSPT</i> (2003) (Réalisé au Québec)	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention ciblée auprès de jeunes (garçons et filles) âgés entre 8 et 12 ans présentant un trouble de stress post-traumatique. • Intervention : thérapie individuelle de type cognitivo-comportemental (TCC). 	<ul style="list-style-type: none"> • Deux volets sont offerts (12 séances hebdomadaires entre 1h00 et 1h30 chacune) : un volet enfant et un volet parent. • Volet enfant : <ul style="list-style-type: none"> - Transmission de connaissances au patient, notamment quant aux causes et aux manifestations de leur anxiété. - Explication et application de la rééducation respiratoire et de la relaxation musculaire. - Restructuration cognitive. - Apprentissage de la technique de résolution de problèmes. - Exposition graduée. - Intégration et généralisation des acquis. • Volet parent : <ul style="list-style-type: none"> Les modalités d'intervention pour les parents sont pratiquement les mêmes que celles des enfants. Par contre, ils abordent aussi : <ul style="list-style-type: none"> - Modification de certaines pratiques parentales (surprotection, renforcement de l'évitement des situations anxiogènes, etc.). - Bibliothérapie. <p>*Les parents rencontrent le thérapeute à la fin de chacune des séances de thérapie auxquelles l'enfant a participé.</p>

Évaluation du programme *Super l'écureuil contre le TSPT*

Caractéristiques des participants et contexte d'intervention.	Durée	Devis / Protocole	Résultats proximaux et distaux
<p>Évaluation faite à partir de trois enfants de 8, 9 et 11 ans ayant développé un TSPT à la suite d'un incident traumatique unique.</p>	<p>Six temps de mesure ont été faits pour les entrevues semi-structurées et pour les questionnaires auto-administrés, soient niveau de base, pré-test, mi-traitement, post-test et relance de 3, 6 et 12 mois plus tard.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un devis à cas unique avec un niveau de base multiple en fonction des individus a été utilisé pour observer l'amélioration des symptômes d'anxiété des enfants. • Afin de mesurer l'impact du traitement, des entrevues semi-structurées et des questionnaires auto-administrés ont été réalisés. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ À tous les temps de mesure, une diminution cliniquement significative des symptômes liés au TSPT, à l'anxiété générale et à la dépression a été observée pour les trois enfants (Berthiaume <i>et al.</i>, 2003). ❖ Les progrès des enfants observés au post-traitement se sont maintenus lors des suivis de 3, 6 et 12 mois (Berthiaume <i>et al.</i>, 2003).

Description du programme
Programme d'intervention *Coping Cat*

Auteur(s)	Nom du programme	Type d'intervention	Modalités d'intervention
Kendall Kane Howard & Siqueland	4. Programme d'intervention <i>Coping Cat</i> (1990) (Réalisé au États-Unis)	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention ciblée auprès de jeunes (garçons et filles) âgés entre 7 et 16 ans présentant un trouble d'anxiété généralisé ou un trouble de phobie sociale ou un trouble d'anxiété de séparation (Barrett et al., 1996). 	<ul style="list-style-type: none"> • Un volet est offert (16 à 18 séances hebdomadaires) : volet enfant. • <u>Volet enfant :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Explication et application de la rééducation respiratoire et de la relaxation musculaire. - Restructuration cognitive. - Exposition graduée. - Modelage.
		<ul style="list-style-type: none"> • Intervention : thérapie individuelle de type cognitivo-comportemental (TCC). 	

Évaluation du programme *Coping Cat*

Caractéristiques des participants et contexte d'intervention.	Durée	Devis / Protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux
Évaluation # 1				
<p>- Évaluation faite à partir de 47 enfants (garçons et filles) âgés entre 9 et 13 ans présentant soit un trouble d'anxiété généralisé, un trouble de phobie sociale ou un trouble d'anxiété de séparation.</p> <p>- Parmi ces 47 enfants, 20 enfants ont été assignés au hasard à une liste d'attente de 8 semaines (Kendall, 1994).</p>	8 semaines	Expérimental	<p>❖ Immédiatement après l'intervention, 64% des enfants ne répondent plus aux critères diagnostiques de trouble anxieux comparativement à 5% chez les enfants placés sur la liste d'attente (Kendall, 1994).</p>	<p>❖ Ces gains se maintiennent lors d'une relance d'un an (Kendall, 1994).</p> <p>❖ Ces gains se maintiennent lors de relances réalisées entre 2 et 9 ans plus tard (Turgeon & Gendreau, 2007).</p>
Évaluation # 2				
<p>- Évaluation faite à partir de 94 enfants (garçons et filles) âgés entre 9 et 13 ans présentant soit un trouble d'anxiété généralisé, un trouble de phobie sociale ou un trouble d'anxiété de séparation.</p> <p>- Parmi ces 94 enfants, 34 enfants ont été assignés au hasard à une liste d'attente de 8 semaines (Kendall <i>et al.</i>, 1997).</p>	8 semaines	Expérimental	<p>❖ Immédiatement après l'intervention, 71% des enfants ne répondent plus aux critères diagnostiques de trouble anxieux et 53% ne présentent aucun trouble anxieux (Kendall <i>et al.</i>, 1997).</p>	<p>❖ Ces résultats se maintiennent lors d'une relance d'un an (Kendall <i>et al.</i>, 1997).</p>

Description du programme
Programme d'intervention *FRIENDS*

Auteur(s)	Nom du programme	Type d'intervention	Modalités d'intervention (Shortt, Barrett, & Fox, 2001)
Barrett Lowry-Webster & Turner	5. Programme d'intervention <i>FRIENDS</i> (2000) (Réalisé en Australie)	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention ciblée auprès de jeunes (garçons et filles) âgés entre 6 et 16 ans présentant un trouble d'anxiété généralisé ou un trouble de phobie sociale ou un trouble d'anxiété de séparation. • Intervention : Thérapie familiale de type cognitivo-comportemental (TCC). 	<ul style="list-style-type: none"> • Trois volets sont offerts : • <u>Volet enfant (enfants de 6 à 11 ans) :</u> 10 séances hebdomadaires et deux «booster sessions», un et trois mois après la fin du programme. Séances de 40 minutes. - Explication et application de la rééducation respiratoire et de la relaxation musculaire. - Restructuration cognitive. - Exposition graduée. - Emphase sur le support et l'apprentissage par les pairs. • <u>Volet enfant (enfants de 12 à 16 ans) :</u> Les modalités d'intervention pour les enfants de 12 à 16 ans sont pratiquement les mêmes que celles des enfants de 6 à 11 ans du volet précédent. Les interventions sont adaptées en fonction de l'âge des enfants. • <u>Volet parent :</u> Les modalités d'intervention pour les parents sont pratiquement les mêmes que celles des enfants. Par contre, ils abordent aussi : - Modification de certaines pratiques parentales (surprotection, renforcement de l'évitement des situations anxiogènes, etc.). - Parents encouragés à briser leur isolement social.

Évaluation du programme *FRIENDS*

Caractéristiques des participants et contexte d'intervention.	Durée	Devis / Protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux
<p>- Évaluation faite à partir de 71 enfants (garçons et filles) âgés entre 6½ et 10 ans présentant soit un trouble d'anxiété généralisé (n=42), un trouble de phobie sociale (n=10) ou un trouble d'anxiété de séparation (n=19).</p> <p>- 92% des enfants de cette évaluation sont australiens, 7% européens et 1% asiatique.</p> <p>- Parmi ces 71 enfants, 17 ont été assignés au hasard à une liste d'attente et 54 ont participé au programme d'intervention (Shortt <i>et al.</i>, 2001).</p>	10 semaines	Expérimental	<p>❖ 69% des enfants ayant participé au programme d'intervention ne répondent plus aux critères diagnostiques d'anxiété comparativement à 6% des enfants sur la liste d'attente (Shortt <i>et al.</i>, 2001).</p>	<p>❖ Lors d'une relance 12 mois après l'intervention, 68% des enfants ayant participé au programme ne répondent plus aux critères diagnostiques d'anxiété (Shortt <i>et al.</i>, 2001).</p>

Description du programme

Programme de prévention *Les trucs de Dominique*

Auteur(s)	Nom du programme	Type d'intervention	Modalités d'intervention (Vitaro & Gagnon, 2000; Turgeon & Gendreau, 2007)
Bouchard Gervais & Gagné	6. Programme de prévention <i>Les trucs de Dominique</i> (2003) (Réalisé au Québec)	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention universelle auprès de jeunes (garçons et filles) âgés de 8 à 12 ans. • Intervention de groupe qui combine la thérapie de type cognitivo-comportementale (TCC) et la bibliothérapie. • L'intervention consiste à présenter en classe des histoires dans lesquelles Dominique est aux prises avec une situation stressante ou difficile. Ensuite, les enfants discutent entre eux et choisissent les solutions les plus appropriées pour régler la situation (Turgeon & Gendreau, 2007). 	<ul style="list-style-type: none"> • Un volet est offert (11 séances) : • <u>Volet enfant :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Ateliers de gestion du stress à partir des exemples tirés de chaque livre. - Explication et application de la rééducation respiratoire. - Restructuration cognitive. - Apprentissage de la technique de résolution de problèmes.

Évaluation du programme *Les trucs de Dominique*

Caractéristiques des participants et contexte d'intervention.	Durée	Devis / Protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux
Évaluation faite à partir de 59 enfants (garçons et filles) âgés entre 9 et 13 ans. Évaluation faite dans une école québécoise.	11 séances	Expérimental	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Les jeunes recourent davantage à des stratégies de résolution de problèmes face aux événements stressants. ❖ Ils se perçoivent plus efficaces lorsqu'ils utilisent des stratégies de «coping». ❖ Ils sont moins sensibles à l'anxiété. ❖ Ils sont moins anxieux. ❖ Ils présentent moins de signes cliniques d'anxiété. ❖ Ils ont moins de peur (Turgeon & Gendreau, 2007). 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Les résultats de la relance confirment les gains du programme à moyen terme (Turgeon & Gendreau, 2007).

Intervention proposée

Milieu d'implantation du programme d'intervention Super Héros!

L'intervention proposée sera implantée en milieu hospitalier étant donné que l'animatrice du programme fait son stage dans ce type d'établissement. Plus précisément, le programme d'intervention *Super Héros!* sera implanté dans la ville de Montréal à l'Hôpital Sainte-Justine à l'unité de pédopsychiatrie. Ce milieu de troisième ligne accueille autant des enfants que des adolescents étant donné qu'il y a eu une fusion des départements de l'enfance et de l'adolescence il y a deux ans. Les jeunes peuvent recevoir deux types de service différents à l'unité, soient l'hospitalisation ou l'accès à un centre de jour.

Place de l'intervention dans la chaîne développementale

Afin de réduire le niveau d'anxiété des jeunes ciblés et, par le fait même, de faire diminuer la persistance de leur trouble anxieux pour favoriser un meilleur fonctionnement quotidien, le programme *Super Héros!* suggère des interventions de type curative. Ce type d'intervention a été choisi étant donné que les jeunes qui reçoivent des services de l'unité de pédopsychiatrie présentent déjà un ou des diagnostics de troubles anxieux. Ces interventions visent à introduire un facteur d'amélioration, soit le programme d'intervention *Super Héros!* pour faire diminuer les facteurs de maintien de leur anxiété. Les facteurs d'amélioration sont, en quelque sorte, des moyens que l'on retrouve dans les programmes de TCC. Certains de ces moyens ont été sélectionnés pour faire partie du programme d'intervention, soient l'identification des émotions les plus fréquentes ainsi que la compréhension de l'anxiété normale et anormale de l'humain. De plus, l'intervention du programme offre d'identifier, d'expliquer et de reconnaître les symptômes physiologiques désagréables associés à l'anxiété. Ensuite, la maîtrise de techniques de gestion de l'anxiété telle la respiration abdominale, la relaxation musculaire et d'autres stratégies de gestion des symptômes anxieux sont enseignées, comme l'activité physique, le rappel d'un souvenir heureux, l'écoute de musique apaisante, etc. Finalement, la restructuration cognitive et l'exposition graduée en imagination ou in vivo sont deux interventions primordiales présentes dans le programme d'intervention *Super Héros!*. De leur côté, les facteurs de maintien de l'anxiété visés par l'intervention sont principalement les comportements d'évitement des jeunes, leurs distorsions cognitives, leurs sensations physiques désagréables ainsi que leur sentiment d'incompétence s'ils en possèdent un.

Justification du choix de l'intervention et de ses adaptations

Le programme *Super Héros!* est conçu à partir du programme *Coping Cat* (Kendall & Hedtke, 2006) et du programme *Super Actif!* qui en est dérivé (Berthiaume *et al.*, 2007). Ces deux programmes utilisent une approche cognitive-comportementale qui démontre à ce jour les meilleurs résultats empiriques pour traiter les enfants et les adolescents souffrant de troubles anxieux (Cartwright-Hatton, Roberts, Chitsabesan, Fothergill, & Harrington, 2004). Il est donc pertinent d'utiliser une approche qui donne de bons résultats avec cette clientèle afin de faire diminuer la prévalence élevée et les nombreuses conséquences négatives reliées à ces troubles (Rapee *et al.*, 2000). Plus précisément, le programme *Super Héros!* a été conçu en fonction de la TCC, car cette thérapie favorise la diminution des symptômes anxieux des patients en leur permettant de les contrôler avec des moyens cognitifs et comportementaux (Rapee *et al.*, 2000). Cette thérapie permet donc aux jeunes d'apprendre des nouvelles techniques pour autoréguler leurs symptômes anxieux. Cela peut leur redonner de la confiance en soi ainsi que de l'autonomie dans la gestion de leur anxiété, ce qui est souhaitable.

Deux adaptations majeures du programme d'intervention *Super Héros!* peuvent être identifiées comparativement au programme *Super Actif!*, soient le changement d'interventions de groupe pour des interventions individuelles ainsi que l'ajustement du contenu des volets enfants et parents.

Le programme *Super Actif!*, qui est une intervention de groupe, a été adapté pour être administré de façon individuelle, ce qui convient davantage aux enfants et aux adolescents de l'unité de pédopsychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine étant donné la sévérité de leur trouble de santé mentale et de la grande diversité de leurs besoins. L'intervention TCC faite en individuelle comporte un avantage important, soit de faire de l'intervention personnalisée, c'est-à-dire de répondre aux besoins individuels de chaque jeune, ce qui donne généralement de meilleurs résultats avec une clientèle présente dans les services de troisième ligne (Manassis *et al.*, 2002; Turgeon & Gendreau, 2007).

Le contenu du volet enfant/adolescent du programme *Super Héros!* est adapté principalement pour une clientèle adolescente qui est non ciblée par le programme *Super Actif!* étant donné qu'il a été conçu seulement pour des enfants. De plus, certains exercices pratiques sont adaptés pour être animés à l'extérieur des séances, soit dans le vécu éducatif partagé avec le patient, par exemple aux ateliers manuels, au dîner, dans les périodes libres au salon, etc. Cette adaptation comporte plusieurs avantages, soient d'avoir une meilleure généralisation des acquis du patient dans différents contextes de vie, d'avoir du soutien continu dans ses apprentissages ainsi que d'offrir un grand nombre d'interventions au quotidien qui conviennent mieux à l'unité de pédopsychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine.

Finalement, comme autre adaptation majeure, le contenu du volet parent a été condensé dans le programme *Super Héros!* comparativement au programme *Super Actif!*. Ce changement a été fait pour certaines raisons, dont la période de temps restreinte que dispose la stagiaire pour l'implantation du programme. Par contre, en sachant que l'implication des parents semble généralement utile et pertinente dans le traitement de l'anxiété de leur enfant (Cartwright-Hatton *et al.*, 2004), une séance d'introduction et de conclusion est prévue dans le programme. Ces deux séances permettent, dans un premier temps, de présenter le programme, de donner un aperçu des interventions qui seront faites avec leur enfant ainsi que d'obtenir le consentement parental si nécessaire. Dans un deuxième temps, la séance de conclusion permet de transmettre aux parents les stratégies de gestion des symptômes anxieux qui ont donné les meilleurs résultats avec leur enfant afin qu'ils puissent les inciter à les pratiquer et à les appliquer dans plusieurs contextes de vie différents lorsqu'ils ressentiront de l'anxiété une fois le programme terminé.

Pertinence de l'intervention proposée

L'unité de pédopsychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine accueille annuellement plusieurs enfants et adolescents ayant un ou des troubles anxieux. Ce ou ces diagnostics permettent de légitimer l'implantation du programme d'intervention *Super Héros!* dans ce milieu, car l'intensité, la fréquence et la durée des manifestations anxieuses de ces jeunes sont très élevées, ce qui affecte grandement leur fonctionnement adaptatif au quotidien (Dumas, 2007). Jusqu'à ce jour, à l'unité, les seules interventions proposées aux jeunes étant en rupture de fonctionnement à cause de leur anxiété étaient la pharmacothérapie ainsi que la psychothérapie comportementale en appliquant les techniques d'exposition en imagination ou in vivo. Malgré que ces deux techniques d'intervention peuvent être efficaces avec les jeunes ayant un ou des troubles anxieux, un manquement au niveau cognitif peut être mentionné. En ce sens, aucun programme de TCC n'est concrètement appliqué et animé par les professionnels du milieu. En étant un centre hospitalier universitaire, les professionnels de l'unité de pédopsychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine se doivent de baser leurs interventions sur les meilleures pratiques en santé mentale pour traiter leurs patients, soit de faire diminuer leur niveau d'anxiété le plus rapidement possible. Dans la littérature scientifique, il est reconnu que le traitement de cette problématique devrait se faire, d'une part, avec l'exposition, mais, d'autre part, avec la restructuration cognitive qui est une intervention très peu exploitée dans le traitement des patients à l'unité de pédopsychiatrie (Chaloult *et al.*, 2008). L'implantation du programme d'intervention *Super Héros!* est donc innovateur et pertinent pour cette unité, car il répond à d'importants besoins des patients et du milieu.

Méthodologie

Description des composantes du programme

Sujets

Les sujets participant au programme d'intervention sont des enfants et/ou des adolescents âgés de 10 à 17 ans, garçons et filles, ayant un ou des troubles anxieux diagnostiqués. Les sujets peuvent être autant des enfants que des adolescents étant donné la fusion des deux unités à l'enfance et à l'adolescence de l'Hôpital Sainte-Justine. Ces jeunes sont recrutés à l'unité d'hospitalisation et/ou au centre de jour de cette même unité psychiatrique de l'Hôpital Sainte-Justine. Les enfants ou les adolescents ayant un ou des troubles comorbides diagnostiqués, comme une dépression, un TDAH, un trouble d'opposition, etc., peuvent être admissibles au programme, dans la mesure où l'intensité, la fréquence et la durée de leurs symptômes n'interfèrent pas avec l'intervention proposée. Tous les jeunes ayant un trouble anxieux sont ciblés étant donné que le programme peut être efficace avec chacun d'eux. Par contre, les jeunes ayant un TSPT sont inadmissibles, car leur traitement demande une expertise que l'animatrice ne possède pas. De plus, le programme d'intervention *Super Héros!* ne cible pas un trouble anxieux en particulier, car cela restreindrait trop le bassin de sujets potentiels, ce qui pourrait mener à une absence de participant. Un minimum de deux participants est souhaité pour l'implantation du programme. Ensuite, malgré que la pharmacothérapie puisse influencer les résultats de l'intervention, les jeunes prenant de la médication, comme des anxiolytiques (Bezchlibnyk-Butler & Virani, 2007), pourront participer au programme, car la plupart qui sont admis en hospitalisation finissent par être médicamentés. Finalement, le recrutement est fait à partir des évaluations psychiatriques faites par le médecin suite aux rencontres d'admission et de suivis des participants à l'unité. Une fois que ces évaluations sont terminées et que le pédopsychiatre pose un diagnostic de trouble anxieux aux patients, il doit ensuite approuver leur participation au programme d'intervention seulement si leurs conditions physique et psychologique leurs permettent. Bref, en étant à l'affût de l'existence et de la pertinence du programme d'intervention *Super Héros!*, c'est le médecin qui procède à la sélection des sujets en leur suggérant le programme. Ils doivent être volontaires à y participer. Une fois les sujets ciblés, leur consentement libre et éclairé doit être obtenu par l'animatrice avant de débiter le programme.

But et objectifs

Le but du programme d'intervention *Super Héros!* est de favoriser le fonctionnement adaptatif des jeunes atteints d'un trouble anxieux. Bien qu'il soit souhaitable, ce but ne sera pas formellement évalué dans ce rapport. L'objectif général de ce programme est de réduire le niveau d'anxiété des jeunes ciblés. Cet objectif est évalué à partir de quatre objectifs spécifiques qui sont décrits ci-dessous :

- 1) Augmenter la connaissance de stratégies de gestion des symptômes anxieux.
- 2) Augmenter la capacité à identifier les pensées catastrophiques d'une situation anxiogène.
- 3) Augmenter la capacité à identifier les pensées aidantes d'une situation anxiogène.
- 4) Diminuer les comportements d'évitement associés à une situation anxiogène.

Animateur

Le programme est conçu et entièrement animé par une étudiante à la maîtrise en psychoéducation de l'Université de Montréal qui est stagiaire à l'unité d'hospitalisation de pédopsychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine. Par contre, lors des séances d'exposition in vivo qui nécessite de sortir de l'hôpital, un membre du personnel (infirmier, éducateur, psychoéducateur, etc.) formé pour faire de l'exposition sera également présent pour prévenir les difficultés ainsi que pour assurer la sécurité de tous et l'application du cadre légal qui régit le statut de stagiaire. Pour terminer, l'étudiante a été formée à l'implantation du programme *Super Actif!* dans le cadre de sa première session de maîtrise à la clinique d'intervention des troubles anxieux de l'Hôpital Rivière-des-Prairies, ce qui est favorable pour l'animation du programme *Super Héros!*.

Programme et contenu

Le programme *Super Héros!*, comme mentionné précédemment, est une version adaptée du programme individuel *Coping Cat* (Kendall & Hedtke, 2006) et, plus précisément, du programme de groupe *Super Actif!* (Berthiaume *et al.*, 2007). Le programme se nomme *Super Héros!* pour faire référence aux composantes présentes dans l'anxiété. Le mot «*Super*» peut être décortiqué par l'acrostiche suivant :

«S» = Sensations physiques désagréables

«U» = Utilisation de stratégies de gestion des symptômes anxieux

«P» = Pensées exagérées

«E» = Évitement des situations anxiogènes

«R» = Rassurer

Le héros a été choisi, car il est habituellement vu comme un personnage ayant beaucoup de courage pour accomplir ses exploits. Par contre, il lui arrive parfois de vivre de l'anxiété dans certaines situations, mais malgré ses peurs, il continue à affronter les pires dangers. La mascotte du programme, qui peut convenir à la fois aux enfants et aux adolescents, peut servir à imager plusieurs exemples lors de l'animation du programme. Toutefois, une attention particulière sera faite pour ne pas infantiliser et déresponsabiliser les participants plus âgés avec l'emploi du super héros.

Le programme *Super Héros!* est basé sur la TCC. En ce sens, il aborde particulièrement les concepts suivants : les émotions, le modèle tripartite de l'anxiété (lien entre les sensations physiques, les comportements et les pensées), la démystification des sensations physiques, la respiration abdominale et la relaxation musculaire ainsi que d'autres stratégies de gestion de l'anxiété, comme l'écoute de musique apaisante, le rappel d'un souvenir heureux, la pratique de sport quelconque, etc. (Trudeau, Le Blanc, & Bernier, 2008), la restructuration cognitive et l'exposition graduée en imagination ou in vivo.

Ce programme d'intervention comprenant 10 séances est composé de deux volets, soient le volet enfant/adolescent et le volet parent(s). Le premier volet est divisé en deux parties, soient les séances théoriques (séances 1, 2, 3, 4, 5 et 10) et les séances d'exposition (séances 6, 7, 8 et 9). Lors des séances théoriques, l'animatrice aborde avec le participant les concepts de TCC mentionnés ci-haut, mais, par la suite, lui fait faire des activités pratiques en lien avec eux. L'ensemble du contenu présenté est adapté à l'âge et à la compréhension du jeune. Une fois la séance théorique terminée, des exercices pratiques sont faits avec le participant dans le vécu éducatif partagé avec l'animatrice dans différents contextes à l'unité de pédopsychiatrie, par exemple au salon, à la salle à manger, etc. Pour la deuxième partie du premier volet, soit l'exposition, le participant doit commencer par construire son escalier d'exposition sur papier. Cet escalier fait référence aux étapes d'exposition des peurs du participant qui devront être effectuées durant le programme. L'escalier consiste à affronter graduellement la peur du participant en commençant par l'étape la moins anxiogène et en finissant par l'étape la plus anxiogène qui est habituellement le but à atteindre. Une fois la confection de l'escalier réalisée, l'exposition graduée in vivo ou par imagination débute. Un accompagnement constant est fait avec le participant durant toutes les étapes de l'exposition.

Dans le deuxième volet, la participation des parents est sollicitée lors de la première et de la dernière séance. Dans l'ensemble du programme, le jeune et ses parents sont rencontrés par l'animatrice séparément ou ensemble dépendamment des disponibilités de chacun. Voici le contenu sommaire des séances du programme d'intervention *Super Héros!* dans le tableau 2 suivant :

Tableau 2 Contenu du programme d'intervention *Super Héros!*Légende :

- ✓ = Activité(s) pratique(s) faite durant les séances.
- = Exercice(s) pratique(s) fait à l'extérieur des séances dans le vécu éducatif partagé avec l'animatrice.

Contenu du programme *Super Héros!*

Séance #	Volet Enfant/Adolescent	Volet Parent(s)
1	<ul style="list-style-type: none"> -Introduction et présentation du programme. -Explication de l'anxiété normale vs anormale. -Définition de l'anxiété (le modèle tripartite de l'anxiété). ✓ Liste de mes peurs et cotation avec thermomètre. ➤ Lors d'une situation anxiogène ou lorsque le participant est anxieux, faire le lien entre les trois composantes du modèle tripartite de l'anxiété. 	<ul style="list-style-type: none"> Présentation du programme d'intervention <i>Super Héros!</i> aux parents. -Signature du consentement parental. -Période de questions.
2	<ul style="list-style-type: none"> -Identification des émotions et des sensations physiques liées à celles-ci. -Démystification des sensations physiques. ✓ Les sensations physiques de <i>Super Héros!</i> ✓ Les sensations physiques du participant. ➤ Lors d'une situation anxiogène ou lorsque le participant est anxieux, lui refléter ou lui faire nommer ses sensations physiques. 	
3	<ul style="list-style-type: none"> -Enseignement de la respiration abdominale. ✓ Application de la respiration abdominale. ✓ Autres stratégies de gestion des symptômes anxieux. ➤ Lors d'une situation anxiogène ou lorsque le participant est anxieux, pratiquer la respiration abdominale ou un autre moyen de gestion des symptômes anxieux (à la préférence du participant). 	

-Expliquer et faire la distinction entre les pensées catastrophiques (PC) et les pensées aidantes (PA).

4 ✓ Reprendre la liste des peurs et trouver les PC et les PA pour chacune d'elles.

➤ Restructuration cognitive lors d'une situation anxiogène ou lorsque le participant est anxieux. Changer les PC en PA.

-Faire le lien entre l'évitement et le maintien de l'anxiété.

-Introduction à l'exposition graduée.

✓ Fabrication de l'escalier d'exposition.

5 ➤ Lors d'une situation anxiogène ou lorsque le participant est anxieux, lui refléter ou lui faire nommer ses sensations physiques. Ensuite, changer les PC en PA et application d'une stratégie de gestion des symptômes anxieux (à la préférence du participant). Finalement, faire le lien entre les trois composantes du modèle tripartite de l'anxiété.

6 -Application de l'escalier d'exposition.

7 -Application de l'escalier d'exposition.

8 -Application de l'escalier d'exposition.

9 -Application de l'escalier d'exposition.

10 ✓ Participation au jeu de société «*Les Héros*» portant sur l'ensemble des concepts théoriques et pratiques du programme.

-Retour sur le programme et sur les stratégies de gestion des symptômes anxieux qui ont démontré le plus d'efficacité avec le participant.

-Remerciements et remise du certificat de congratulation.

-Remerciements et période de questions.

Le contenu des séances du programme *Super Héros!* est décrit plus en détails dans l'annexe I.

Le déroulement d'une séance type du programme d'intervention *Super Héros!* est présenté au tableau 3.

Tableau 3 Séance type du programme d'intervention *Super Héros!*

Séance type du programme *Super Héros!*

Étapes	Contenu
1.	Accueil.
2.	Retour sur le(s) jour(s) précédent(s).
3.	Présentation d'une stratégie de gestion de l'anxiété et/ou de concepts théoriques sur l'anxiété.
4.	Activité(s) pratique(s) avec l'animatrice.
5.	Mise à jour du journal de bord par le participant et explication sommaire de la prochaine séance.
6.	Exercice(s) pratique(s) en situation de vécu éducatif partagé avec l'animatrice visant l'acquisition et l'intégration de la stratégie de gestion de l'anxiété et/ou de concepts théoriques sur l'anxiété.

Contexte spatial

Le programme se déroule en partie dans un local de grandeur moyenne de l'unité de pédopsychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine. Ce local offrant une grande disponibilité comparativement aux locaux de l'étage supérieur est situé au premier étage de l'unité. Cela pourra limiter les divers stimuli (le bruit, le va-et-vient du personnel et des autres patients, etc.) et favoriser une meilleure concentration du jeune, des parents et de l'animatrice. Aussi, cette pièce est munie d'une porte qui assure la confidentialité du patient et des parents. Ce local possède une table, des chaises et un téléphone pour communiquer avec les autres membres du personnel en cas de besoin. La réservation du local est à faire à chaque séance afin d'assurer au patient et aux parents un même environnement pour éviter l'apparition ou l'augmentation de leur anxiété. Ensuite, lors des exercices pratiques faits à l'extérieur des séances, chaque endroit de l'unité où le participant et l'animatrice vivent des moments de vécu éducatif partagé fait partie intégrante du contexte spatial, par exemple les ateliers manuels, la salle à manger, le salon, etc. Pour terminer, lors de l'exposition, les séances peuvent être réalisées à ces mêmes endroits ou ailleurs dépendamment des peurs du participant, comme dans une salle de bain, dans un moyen de transport, à l'école, etc.

Contexte temporel et dosage de l'intervention

Le programme d'intervention comporte plus ou moins 10 séances d'une durée approximative d'une heure chacune. Le nombre et le temps des séances sont sujets à changer afin de s'adapter le plus efficacement possible à tous les changements fréquents qui peuvent survenir en milieu hospitalier. Lors des séances d'exposition, il est fort probable que le temps prévu soit moindre ou plus élevé dépendamment des contextes où l'exposition est faite ainsi que du temps requis pour son application. Il est préférable que le programme *Super Héros!* soit condensé sur environ cinq semaines afin que les participants puissent en profiter en totalité étant donné qu'habituellement leur présence en hospitalisation et en centre de jour est de courte durée. Finalement, l'horaire des séances est organisé et fixé en fonction des disponibilités du jeune, de ses parents et de l'animatrice. Lorsque les parents sont rencontrés, le temps qui leur ait accordé par l'animatrice est de plus ou moins une heure dépendamment du nombre et de la complexité des questions posées.

Stratégies de gestion des apprentissages (moyens de mise en relation)

Le programme *Super Héros!* utilise principalement des interventions semi-directives comme stratégie de gestion des apprentissages. Cette stratégie permet à l'animatrice de diriger et de cadrer les séances tout en gardant une certaine souplesse dans son animation afin de s'adapter aux forces et faiblesses du patient. De plus, le programme *Coping Cat* a démontré que les interventions de type semi-directif favorisent la participation active des jeunes, ce qui a des effets positifs sur leur motivation et leur participation (Kendall & Hedtke, 2006). Le programme utilise principalement les moyens favorisés par l'approche cognitive-comportementale, soit des discussions interactives, des mises en situation, de l'information transmise magistralement, des activités pratiques, du modelage et de l'exposition en imagination et/ou in vivo (Chaloult *et al.*, 2008). Outre ces moyens, le programme *Super Héros!* comprend des exercices pratiques en lien avec la compréhension et la gestion de l'anxiété qui sont réalisés à l'extérieur des séances, soit en situation de vécu éducatif partagé, ce qui permet d'offrir un soutien continu dans les apprentissages du participant. De plus, le renforcement positif verbal est utilisé lorsque le jeune fait les apprentissages appropriés. En plus des stratégies mentionnées ci-dessus, l'animatrice remet un cartable au participant (coffre à outils) sur les différentes stratégies de gestion de l'anxiété. Ce cartable sert d'aide-mémoire et favorise l'organisation du matériel pédagogique offert. Aussi, des supports visuels sont intégrés au cartable à quelques séances pour faciliter la compréhension et les apprentissages du jeune, par exemple le graphique de l'effet de l'évitement des situations anxiogènes et celui de l'exposition qui sont présentés en annexes II et III. Finalement, il est important de garder en tête que l'animatrice doit

obligatoirement faire preuve d'une écoute active et de patience ainsi que d'une attitude positive et ouverte face au patient et à ses parents. Le savoir être de l'animatrice est indispensable afin de créer un lien significatif avec le jeune et sa famille ce qui, par la suite, favorise grandement les apprentissages et l'atteinte des objectifs (Gendreau, 2001).

Stratégies de gestion des comportements

La gestion des comportements est faite principalement par un système de renforcement positif. Lorsque le patient adopte un comportement souhaité, par exemple lorsqu'il répond aux questions, est concentré, remplit son journal de bord, manifeste des efforts lors des séances d'exposition ou lors des exercices pratiques, il est renforcé verbalement par l'animatrice avec des approbations, des félicitations et des encouragements. Lorsque la participation et les efforts du patient sont réels et présents, il peut obtenir des moments privilégiés, comme avoir un congé de fin de semaine, faire une sortie à l'extérieur de l'hôpital, téléphoner à sa famille ainsi qu'à ses amis(es), etc. De plus, des récompenses peuvent être offertes en fonction de l'âge du patient. En tout temps, les moments privilégiés et les récompenses doivent respecter les recommandations et le plan de soins du médecin traitant.

Lorsqu'il y a présence d'une attitude et/ou d'un comportement déviant ou du non-respect du code et des procédures, l'animatrice peut faire un rappel verbal, utiliser la proximité, le toucher, l'humour, etc. pour rétablir la situation (Renou, 2005). Si l'attitude ou les comportements indésirés persistent malgré plusieurs interventions de l'animatrice, une discussion avec les membres de l'équipe interdisciplinaire de l'unité aura lieu afin de remédier à la situation de façon la plus adaptée possible en tenant compte des caractéristiques personnelles et des défis psychoéducatifs proposés au participant.

Codes et procédures

L'ensemble des codes et procédures du programme d'intervention *Super Héros!* est présentée au tableau 4.

Tableau 4 Codes et procédures du programme d'intervention *Super Héros!***Codes et procédures du programme *Super Héros!*****Codes :**

1. Le participant respecte l'animatrice, le membre du personnel de l'unité et soi-même.
2. Le participant respecte le matériel du programme.
3. Le participant participe activement au programme.

Procédures :

- 1.1. Le participant utilise des gestes et un langage respectueux envers les autres et lui-même.
- 2.1. Le participant apporte son cartable à chaque séance.
- 2.2. Le participant prend soin de son propre matériel et de celui qui lui est prêté (bureau, chaise, tableau, crayons, etc.).
- 3.1. Le participant remplit son journal de bord.
- 3.2. Le participant répond et pose des questions à l'animatrice.
- 3.3. Le participant fait des efforts lors de la réalisation des activités pratiques, des exercices pratiques et lors de l'exposition graduée.
- 3.4. Le participant est présent à chaque séance.
- 3.5. Le participant est concentré.
- 3.6. Le participant écoute lorsque l'animatrice et/ou le membre du personnel de l'unité lui parle.

Lors de la première séance, l'animatrice présente et remet au participant les codes et procédures à suivre durant la totalité du programme. De plus, au même moment, le jeune doit signer un contrat d'engagement au programme, ce qui pourra favoriser une bonne qualité de sa participation. Ce contrat est présenté en annexe IV. Par la suite, ces deux feuilles sont insérées dans le coffre à outils du participant à titre de rappel.

Système de responsabilité

Avant tout, l'animatrice est responsable d'obtenir l'accord du médecin traitant afin que le patient puisse participer à son programme d'intervention. De plus, elle doit obtenir le consentement des parents ou du tuteur légal du participant s'il a moins de 14 ans pour qu'il puisse participer au programme d'intervention. Aussi, l'animatrice doit s'assurer que les parents puissent être présents aux deux rencontres prévues dans programme. Ensuite, elle doit faire signer le contrat d'engagement au patient, veiller au respect des codes et procédures, préparer et apporter le matériel nécessaire, animer le programme d'une façon dynamique et agréable ainsi que planifier et adapter le contenu des séances aux besoins et aux capacités du participant. L'animatrice est également responsable de saisir et d'être alerte aux diverses

situations quotidiennes qui causent de l'anxiété au participant dans les situations de vécu éducatif partagé afin de pouvoir animer les exercices pratiques planifiés dans le programme. De plus, elle doit faire tout en son possible pour que le participant s'approprie et atteigne ses objectifs. Elle est aussi responsable d'écouter, de comprendre et d'appliquer les commentaires et les conseils cliniques des membres de l'équipe interdisciplinaire avec lesquels elle interagit. En dernier lieu, l'animatrice est responsable d'évaluer la mise en œuvre et les effets obtenus du programme *Super Héros!*.

Les différents membres du personnel de l'unité impliqués dans le programme devront faire de l'accompagnement (assurer la sécurité du participant et de l'animatrice, intervenir lorsque l'animatrice est en manque de moyens pour poursuivre son intervention, répondre à ses nombreuses questions cliniques, etc.) lors des séances d'exposition à l'extérieur de l'hôpital. Ensuite, ces membres doivent, si nécessaire, donner leurs commentaires et leurs suggestions cliniques à l'animatrice dans le but d'améliorer le programme et/ou d'ajuster l'animation et la rendre la plus adaptée possible au participant.

Le participant a comme responsabilité de respecter l'ensemble des éléments inscrits dans les codes et procédures. De plus, il doit répondre aux cinq instruments de mesure qui sont des questionnaires auto-rapportés au pré-test et au post-test de l'implantation du programme d'intervention.

Finalement, les parents sont responsables de participer aux deux séances qui leur sont offertes et de poser leurs questions en lien avec le programme d'intervention ainsi que sur la participation de leur enfant. De plus, si le participant est âgé de moins de quatorze ans, les parents sont responsables de donner leur consentement au programme à l'animatrice en signant la documentation à cet effet. Enfin, les parents doivent remplir le questionnaire sur la différenciation du programme *Super Héros!* à la fin des séances qui est présenté en annexe V.

Stratégies de transfert et de généralisation des acquis

Les stratégies de transfert et de généralisation des acquis du programme *Super Héros!* sont présentes dans ses deux volets. Pour le premier volet, soit enfant/adolescent, les séances théoriques contiennent des activités pratiques qui permettent au participant de faire un retour sur les notions théoriques de l'anxiété vues durant ces séances, ce qui fortifie l'apprentissage de ces dernières. Par exemple, la participation du patient au jeu de société «*Les Héros*» se trouvant à la dixième séance favorise l'intégration des acquis en faisant une révision complète de l'ensemble des concepts théoriques et des stratégies de gestion des symptômes anxieux du programme. Ensuite, les exercices pratiques et l'exposition permettent une généralisation des acquis dans les différents milieux naturels du participant, ce qui est grandement souhaitable. De plus, le cartable (coffre à outils) est un aide-mémoire pour que le participant puisse

affronter son anxiété en tout temps dans des contextes de vie différents, ce qui encourage, encore une fois, le transfert d'information et de connaissance. Finalement, dans le volet parent(s), les deux rencontres avec les parents peuvent être considérées comme étant une stratégie de transfert et de généralisation des acquis concrète et pertinente vu la transmission des stratégies de gestion des symptômes anxieux qui ont été des plus efficaces avec leur enfant. Après le programme d'intervention, les parents peuvent donc demander à leur enfant d'utiliser leurs stratégies à domicile pour s'autoréguler et, par le fait même, pour réduire leur niveau d'anxiété.

Système de reconnaissance

Le programme *Super Héros!* utilise beaucoup le renforcement positif comme système de reconnaissance. Tel que mentionné ci-haut, le renforcement verbal (félicitations et encouragements) et non verbal (récompenses et moments privilèges) est utilisé lorsque les tâches et les efforts demandés par l'animatrice sont accomplis par les participants. Ces systèmes de reconnaissance peuvent faire apparaître ou maintenir la participation des sujets à un niveau acceptable, les soutenir dans leurs efforts et les stimuler dans l'atteinte de leurs objectifs (Gendreau, 2001). De plus, à la fin du programme, un certificat de congratulation est offert aux participants.

Évaluation de la mise en œuvre

Composantes retenues pour l'évaluation de la mise en œuvre

L'évaluation de la mise en œuvre d'un programme doit faire partie intégrante de toute intervention (Dane & Schneider, 1998), car elle permet de vérifier jusqu'à quel point les procédures sont implantées comme prévues (Gresham, Gansle, Noell, Cohen, & Rosenblum, 1993). Cela peut permettre d'attribuer les changements d'anxiété des jeunes au programme (Gresham *et al.*, 1993). Ainsi, on peut déterminer si certains résultats non significatifs sont dus au programme mal conceptualisé ou à une prestation inadéquate ou incomplète des services prescrits (Dane & Schneider, 1998). Dans le cadre du programme d'intervention *Super Héros!*, l'ensemble des composantes de Gendreau décrites précédemment sont évaluées. Par contre, cinq composantes de la mise en œuvre ont été retenues pour faire l'objet d'une évaluation plus détaillée et approfondie, soient : 1) le degré d'exposition des sujets au programme, 2) la qualité de la participation des sujets au programme, 3) la conformité au programme, 4) la mise en application du programme, et finalement, 5) la différenciation (débordement) du programme. Ces cinq composantes retenues sont présentées au tableau 5.

Ces cinq composantes ont été choisies, car elles font partie des aspects les plus importants à évaluer dans la mise en œuvre d'un programme d'intervention (Vitaro, 2010). En effet, elles peuvent directement influencer les effets du programme (Vitaro, 2010). Par exemple, étant donné que l'unité de pédopsychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine offre une multitude de services adaptés aux besoins des patients et de leurs parents, la différenciation du programme a été sélectionnée pour faire l'objet d'une évaluation dans ce projet. Certains services sont offerts avant, pendant et/ou après l'implantation du programme ce qui pourrait influencer les participants.

Le degré d'exposition. Tel qu'indiqué dans ce tableau, le degré d'exposition des participants au programme *Super Héros!* est évalué avec une grille d'évaluation comprenant les présences des sujets aux séances ainsi que la durée totale de celles-ci. Dans le journal de bord de l'animatrice présenté en annexe VI, la stagiaire doit remplir cette grille à la fin de chaque séance du programme d'intervention.

La qualité de la participation. La qualité de la participation des sujets est évaluée à partir d'une grille d'observation pour l'animatrice et d'une grille d'auto-observation pour les participants. Ces deux grilles, présentées en annexe VI et VII, contiennent certains aspects des codes et procédures du programme et sont remplies à la fin de chacune des séances dans les journaux de bord respectifs. Finalement, lorsqu'un membre du personnel de l'unité de pédopsychiatrie est présent à l'une des séances, il doit donner ses commentaires à l'animatrice sur la qualité de la participation des sujets. Ces commentaires sont pris en considération lorsque l'animatrice remplit son journal de bord. Une évaluation conjointe à cet effet doit donc être réalisée après certaines séances.

La conformité. L'évaluation de la conformité au programme *Super Héros!* se fait par deux grilles d'évaluation présentées en annexe VI. La première grille évalue le contenu abordé avec les participants durant toutes les séances par l'animatrice. La deuxième grille évalue le changement (omission et/ou ajout) des autres composantes de la structure d'ensemble de Gendreau planifiées au programme, comme le système de reconnaissance, le contexte spatial, les stratégies de gestion des comportements, etc. (Gendreau, 2001). Ces deux grilles d'évaluation sont remplies par l'animatrice dans son journal de bord à la fin de chaque séance. De plus, elle peut documenter et décrire de façon détaillée l'implantation du programme grâce à une section «commentaire(s)» qui est ajoutée en dessous de chaque grille d'évaluation de la mise en œuvre.

La mise en application. La mise en application du programme est évaluée par un questionnaire d'évaluation auto-rapporté sur le point de vue du participant présenté en annexe VIII. Il doit être rempli par les sujets seulement après l'implantation de l'intervention. Ce questionnaire permet une collecte de données qualitatives afin de comprendre l'expérience vécue par les participants durant l'implantation du programme. De plus, ce questionnaire d'évaluation peut faire ressortir certains effets positifs, neutres ou négatifs du programme sur l'anxiété des jeunes.

La différenciation. Finalement, la différenciation du programme est évaluée par un questionnaire et un formulaire présentés en annexe V et VI. Le questionnaire évalue le nombre et la nature des services reçus autre que le programme *Super Héros!* par les parents et les participants à l'extérieur de l'unité de pédopsychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine avant, pendant et/ou après l'implantation du programme tandis que le formulaire évalue les autres services reçus par ceux-ci à l'unité. Le questionnaire est rempli par les parents à la fin du programme d'intervention comparativement au formulaire qui est rempli par l'animatrice dans son journal de bord avant, pendant et après son implantation.

Tableau 5

Évaluation de la mise en œuvre

Composantes évaluées	<i>Instruments de mesure & sources d'évaluation</i>	Variables dérivées	Temps de mesure²	Cibles d'évaluation	Annexes
Exposition	<i>Grille d'évaluation dans le journal de bord (animatrice)</i>	Le nombre de présences, de retard(s) et d'absence(s). La durée totale des séances.	T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10 & T11	Participant	Annexe VI
Qualité de la participation	<i>Grille d'observation dans le journal de bord (animatrice)</i>	Certains aspects du code et des procédures, comme l'écoute, la concentration, l'effort du participant, etc.	T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10 & T11	Participant	Annexe VI
	<i>Grille d'auto-observation dans le journal de bord (participant)</i>	Certains aspects du code et des procédures, comme l'écoute, la concentration, l'effort du participant, etc.	T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10 & T11	Participant	Annexe VII

² Temps (T) d'implantation de l'intervention : T2 à + ou – T11.

Légende : N/A = Non applicable

Conformité	<i>Grille d'évaluation dans le journal de bord (animatrice)</i>	Le contenu abordé par l'animatrice.	T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10 & T11	N/A	Annexe VI
	<i>Grille d'évaluation dans le journal de bord (animatrice)</i>	Les changements (omission ou ajout) des autres composantes planifiées, comme le contexte spatial, les stratégies de gestion des comportements, le code et les procédures, etc.	T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10 & T11	N/A	Annexe VI
Mise en application	<i>Questionnaire d'évaluation auto-rapporté (participant)</i>	Recommandation du programme à d'autres personnes anxieuses, forces et/ou faiblesses du programme et changement de certains aspects de l'anxiété du sujet.	T12	Participant	Annexe VIII
Différenciation	<i>Questionnaire maison (parent(s) ou tuteur légal)</i>	Le nombre et la nature d'autre(s) service(s) reçu(s) à l'extérieur de l'unité de pédopsychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine avant, pendant et/ou après l'implantation du programme.	T12	Participant & Parent(s) ou tuteur légal	Annexe V
	<i>Formulaire dans le journal de bord (animatrice)</i>	Le nombre et la nature d'autre(s) service(s) reçu(s) à l'unité de pédopsychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine avant, pendant et après l'implantation du programme.	T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10 T11, T12	Participant & Parent(s) ou tuteur légal	Annexe VI

Légende : N/A = Non applicable

Évaluation des effets

Devis de recherche

Deux devis de recherche sont utilisés lors de l'implantation du programme d'intervention *Super Héros!*. Le premier est un devis pré-test et post-test pour le niveau d'anxiété des participants et pour leur connaissance de stratégies de gestion des symptômes anxieux. Ce protocole peut permettre d'établir une certaine relation causale entre l'intervention et le niveau d'anxiété des adolescents (Rivard & Bouchard, 2005). Par contre, il ne permet de contrôler aucune source d'invalidité interne susceptible de contaminer la relation entre le programme d'intervention et les résultats obtenus (Vitaro & Gagnon, 2000). Ensuite, le deuxième devis de recherche utilisé dans le programme d'intervention est un devis à mesures répétées employé lors des séances d'exposition pour évaluer le niveau d'anxiété des participants, l'identification de leurs pensées catastrophiques et de leurs pensées aidantes ainsi que pour évaluer leurs comportements d'évitement.

Mesures répétées

Le niveau d'anxiété. Tout au long du programme *Super Héros!*, des mesures répétées sont prises avec divers instruments afin de savoir si les objectifs du programme sont atteints. Afin d'évaluer l'objectif général du programme d'intervention, soit le niveau d'anxiété des sujets ciblés, l'animatrice doit remplir le questionnaire d'évaluation du niveau d'anxiété dans son journal de bord, présenté en annexe VI, à chaque fois que les participants s'exposent à leurs peurs. De plus, les participants doivent, eux aussi, remplir leur grille d'auto-observations dans leur journal de bord, présentée en annexe VII, lorsqu'ils s'exposent à leurs peurs. Dans les deux cas, le niveau d'anxiété des sujets est évalué à l'aide du thermomètre du niveau d'anxiété sur une échelle de 0 à 10 avant, pendant et après l'exposition.

Les pensées catastrophiques et aidantes. Pour évaluer deux des objectifs proximaux du programme, soient l'augmentation de la capacité à identifier les pensées catastrophiques et les pensées aidantes qui sont liées aux situations anxiogènes, des mesures répétées sont prises dans le journal de bord des participants à l'aide de la grille d'auto-observation de leurs peurs, présentée en annexe VII, à chaque fois qu'ils s'exposent à celles-ci. Étant donné que les cognitions des sujets sont généralement difficiles à mesurer et à observer, les mesures prises sont seulement auto-rapportées.

Les comportements d'évitement. Pour terminer, comme dernière mesure répétée, l'objectif proximal de la diminution des comportements d'évitement associée à une situation anxiogène est évalué à partir des questionnaires d'évaluation des comportements d'évitement des peurs des participants dans le journal de bord de l'animatrice ainsi que dans celui des sujets, présentée en annexe VI et VII. Ces deux questionnaires doivent être remplis à chaque fois que les participants s'exposent à leurs situations anxiogènes.

Mesures pré-test et post-test

Le programme *Super Héros!* comprend deux objectifs qui sont évalués par des instruments de mesures pré-test et post-test, soient la réduction du niveau d'anxiété des jeunes ciblés ainsi que l'augmentation de la connaissance de stratégies de gestion des symptômes anxieux. Le premier objectif est évalué par l'*Échelle révisée d'anxiété manifeste pour enfant* qui est la traduction française québécoise du *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (RCMAS : Reynolds & Richmond, 1978), présentée en annexe IX. Cette échelle pertinente au programme d'intervention a été sélectionnée comparativement à d'autres, car elle est adaptée aux jeunes québécois et ses qualités psychométriques sont bonnes. Le deuxième objectif est évalué par un questionnaire d'évaluation sur la connaissance de stratégies de gestion des symptômes anxieux du participant, présenté en annexe X.

La passation de ces instruments de mesures est adaptée en fonction des caractéristiques personnelles des participants (concentration, âge, gravité du trouble, collaboration, motivation, etc.). Par exemple, un seul instrument de mesure pour évaluer le niveau d'anxiété des participants leur est acheminé afin d'éviter de les surcharger de tests en début de programme, ce qui est habituellement préférable lorsqu'ils sont peut motivés et résistants à y participer. De plus, cette passation est adaptée en fonction de l'horaire des jeunes pour éviter d'interférer avec le fonctionnement du milieu, particulièrement avec les activités, les rendez-vous avec les professionnels et les cours scolaires déjà planifiés.

Le niveau d'anxiété. L'*Échelle révisée d'anxiété manifeste pour enfant* est un instrument de mesure standardisé pertinent pour faire l'évaluation des effets du programme d'intervention *Super Héros!*. Plus précisément, cette échelle, qui est largement employée en clinique auprès des enfants et des adolescents (Turgeon & Gendreau, 2007), est utilisée pour évaluer le niveau d'anxiété des jeunes ciblés qui participent au programme. Facile à administrer et à analyser, cette échelle doit être remplie par les participants avant et après l'implantation du programme.

La connaissance de stratégies de gestion des symptômes anxieux. Ensuite, comme deuxième mesure prise avant et après l'implantation du programme d'intervention *Super Héros!*, un questionnaire sur la connaissance des stratégies de gestion des symptômes anxieux est administré aux sujets par l'animatrice afin d'évaluer cet objectif proximal. Malgré qu'habituellement il est préférable d'avoir plusieurs sources pour un même instrument de mesure (parents, enseignants, pairs, observateurs indépendants, etc.) (Vitaro, 2010), le questionnaire sur les connaissances des participants est rempli seulement que par ceux-ci, car les connaissances des sujets sont difficilement évaluables par une autre personne. Ensuite, l'animatrice doit mentionner aux participants qu'ils ne doivent pas s'inquiéter s'ils n'utilisent pas de moyens pour se détendre afin qu'ils ne soient pas en échec ou pour éviter qu'ils ressentent de l'anxiété de performance dès le départ, ce qui pourrait nuire à plusieurs aspects du programme, notamment à la qualité de la participation des sujets.

Finalement, les instruments de mesures répétées, pré-tests et post-tests doivent être remplis en présence de l'animatrice. De cette façon les jeunes pourront poser leurs questions à l'animatrice si nécessaire et obtenir des réponses sur le champ. En ce sens, sa présence et son support peut faire diminuer les probabilités d'avoir une ou des absences de réponses aux instruments de mesure, ce qui est grandement souhaitable pour la méthodologie du programme. L'ensemble des différents instruments de mesure pour l'évaluation des effets du programme d'intervention *Super Héros!* est présenté au tableau 6.

Tableau 6

Évaluation des effets

Objectifs & construits	<i>Instruments de mesure & sources d'évaluation</i>	Variables dérivées (nombre d'items)	Temps de mesure³	Nature des mesures	Caractéristiques psychométriques	Cibles d'évaluation	Annexes
Réduction du niveau d'anxiété	<i>Questionnaire d'évaluation du niveau d'anxiété et des comportements d'évitement dans le journal de bord</i> - Animatrice	Le niveau d'anxiété avant, pendant et après l'exposition (<u>3 Items</u>)	T7 à T10 Inclusivement	Niveau d'anxiété sur le thermomètre de 0 à 10	N/D	Participant	Annexe VI
Réduction du niveau d'anxiété	<i>La Grille d'auto-observation de mes peurs dans le journal de bord</i> - Mesure auto-rapportée	Le niveau d'anxiété avant, pendant et après l'exposition (<u>3 Items</u>)	T7 à T10 Inclusivement	Niveau d'anxiété sur le thermomètre de 0 à 10	N/D	Participant	Annexe VII

³ Pré-test : Temps (T) T1; Implantation de l'intervention : T2 à + ou – T11; Post-test : T12

Légende : N/A= Non applicable, N/D= Non disponible

Réduction du niveau d'anxiété	<i>L'Échelle révisée d'anxiété manifeste pour enfants (Turgeon, 1998)</i> -Mesure auto-rapportée	-Inquiétude et hypersensibilité -Manifestations physiologiques -Difficulté de concentration (37 Items : 28 évaluent l'anxiété ; 9 constituent la sous-échelle de mensonge ou de désirabilité sociale)	T1 & T12	Échelle catégorielle Oui & Non	-Bonne fidélité test-retest -Bonne validité convergente -Structure factorielle semblable à l'originale (Turgeon & Chartrand, 2003b)	Participant	Annexe IX
Augmenter la connaissance de stratégies de gestion des symptômes anxieux (SGSA)	<i>Questionnaire d'évaluation de la connaissance de SGSA</i> -Mesure auto-rapportée	-Utilisation de SGSA -Efficacité de la ou des SGSA -Connaissance d'autres SGSA (3 Items)	T1 & T12	Jamais à Toujours & Questions qualitatives	N/D	Participant	Annexe X

Augmentation de la capacité d'identification des pensées catastrophiques (PC)	<i>La Grille d'auto-observation de mes peurs dans le journal de bord</i> -Mesure auto-rapportée	Identification des PC lors de l'exposition (1 Item)	T7 à T10 Inclusivement	Questions qualitatives	N/D	Participant	Annexe VII
Augmentation de la capacité d'identification des pensées aidantes (PA)	<i>La Grille d'auto-observation de mes peurs dans le journal de bord</i> -Mesure auto-rapportée	Identification des PA lors de l'exposition (1 Item)	T7 à T10 Inclusivement	Questions qualitatives	N/D	Participant	Annexe VII
Diminution des comportements d'évitement	<i>Questionnaire d'évaluation du niveau d'anxiété et des comportements d'évitement dans le journal de bord</i> -Animatrice	-La réussite de l'exposition -Les comportements faits durant l'exposition (2 Items)	T7 à T10 Inclusivement	Échelle de likert 0 = Tout à fait en désaccord à 3 = Tout à fait en accord & Questions qualitatives	N/D	Participant	Annexe VI

Diminution des comportements d'évitement	<i>Questionnaire d'évaluation des comportements d'évitement dans le journal de bord</i> - Mesure auto-rapportée	-La réussite de l'exposition -Les comportements faits durant l'exposition (2 Items)	T7 à T10 Inclusivement	Échelle de likert 0 = Tout à fait en désaccord à 3 = Tout à fait en accord & Questions qualitatives	N/D	Participant	Annexe VII
---	--	---	---------------------------	--	-----	-------------	------------

Résultats

Évaluation de la mise en œuvre

En premier lieu, la section suivante présente les composantes de Gendreau inchangées ainsi que celles qui ont subi des changements lors de l'implantation du programme d'intervention *Super Héros!*. En deuxième lieu, il y a la présentation de l'évaluation formelle et détaillée des composantes retenues de la mise en œuvre. Finalement, en troisième lieu, cette section se termine par un jugement global sur la conformité de la mise en œuvre du programme ainsi que par l'implication que les changements pourraient avoir eu à l'égard des effets.

Évaluation des composantes de Gendreau

La section d'évaluation des composantes de Gendreau mentionne les composantes inchangées ainsi que celles qui ont subi des changements comparativement à ce qui avait été prévu au départ dans la méthodologie du programme d'intervention *Super Héros!*, soient les sujets, le programme et le contenu, le contexte temporel et le dosage, le contexte spatial, l'animateur, la stratégie de gestion des apprentissages, la stratégie de gestion des comportements, le système de responsabilité, la stratégie de transfert et de généralisation ainsi que le système de reconnaissance.

Composantes de Gendreau inchangées. Malgré plusieurs changements dans la conformité du programme, il y a eu deux composantes de Gendreau qui sont restées idems à ce qui avait été convenu dans la méthodologie du programme, soit le but et les objectifs ainsi que les codes et procédures.

Composantes de Gendreau changées. Les sujets. Le programme d'intervention *Super Héros!* a été implanté auprès de Mathieu et Nicolas (noms fictifs) qui sont deux patients de l'unité de pédopsychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine. Le premier patient à participer au programme était Mathieu, un garçon de 16 ans ayant un diagnostic de phobie sociale. Dans l'ensemble, l'adolescent avait peur du jugement négatif des autres à son égard en lien avec son habillement, sa beauté faciale et corporelle ainsi qu'avec ses résultats scolaires. Mathieu présentait une grande fragilité narcissique qui n'était toutefois pas diagnostiquée. Avant de débiter le programme, cela faisait un mois et demi qu'il était hospitalisé à cause d'un refus scolaire catégorique ainsi que pour certains symptômes dépressifs. De plus, un contexte familial difficile, en lien avec le divorce de ses parents, régnait autour du patient durant l'implantation du

programme d'intervention. Le recrutement du participant s'est fait un mois et demi après son arrivée à l'unité par le pédopsychiatre traitant. Après avoir évalué Mathieu de façon hebdomadaire, le pédopsychiatre lui a prescrit le programme d'intervention afin d'améliorer son fonctionnement adaptatif au niveau scolaire. S'il ne participait pas, l'adolescent était renvoyé à la maison pour cause de sa non collaboration au traitement. La participation de l'adolescent était donc obligatoire s'il voulait rester hospitalisé. Malgré la prescription du médecin qui obligeait Mathieu à participer, son consentement a tout de même été obtenu par l'animatrice avec le contrat d'engagement au programme. Bref, à cause de la prescription du programme, Mathieu ne correspondait pas en totalité au profil de sujet qui avait été envisagé au départ.

Le deuxième patient à participer au programme était un garçon de 17 ans nommé Nicolas. Avant d'être en centre de jour à l'unité de pédopsychiatrie, l'adolescent avait déjà été hospitalisé à cet endroit durant quatre mois pour un motif de consultation de dysmorphophobie du visage. Au fil des évaluations psychiatriques, le diagnostic du patient a changé pour devenir une phobie sociale avec refus scolaire catégorique. Plus précisément, Nicolas avait peur du jugement négatif des autres en lien avec sa petite cicatrice située au milieu de son front. Le patient se cachait constamment le visage avec ses mains et ses bras à cause de ses biais cognitifs. Ensuite, Nicolas était en secondaire II étant donné qu'il avait un trouble d'apprentissage et qu'il accumulait un grand nombre d'absentéismes scolaires en lien avec son anxiété. Le recrutement du participant s'est fait trois semaines après son arrivée en centre de jour par le pédopsychiatre traitant qui l'a évalué hebdomadairement. Le médecin a prescrit le programme d'intervention au patient. S'il ne participait pas, Nicolas était renvoyé à la maison pour cause de non collaboration au traitement. Malgré tout, son consentement a, lui aussi, été obtenu par l'animatrice avec le contrat d'engagement au programme. À cause de la prescription de sa participation au programme ainsi que la chronicité de son trouble d'apprentissage venant interférer avec l'intervention proposée, Nicolas ne correspondait pas tout à fait au profil de sujet qui avait été envisagé au départ.

Conformité du programme et du contenu. Comme mentionné précédemment dans la composante programme et contenu de la section méthodologie, le programme d'intervention *Super Héros!* est composé de deux volets, soient le volet enfant/adolescent et le volet parent(s). Le volet enfant/adolescent est divisé en deux parties, soient les séances théoriques et les séances d'exposition.

Tout d'abord, le volet parent(s) n'a subi aucune transformation significative au niveau de sa conformité ce qui est non négligeable dans l'implantation du programme d'intervention. D'ailleurs, la participation des quatre parents a été impeccable.

De son côté, le volet enfant/adolescent présente d'importantes similarités de changement au programme pour les deux patients. Premièrement, des changements ont été effectués lors des séances théoriques. La première séance prévue a été divisée en deux séances différentes, car elle était trop chargée en contenu. Une fois cette séance divisée, la première séance contenait la présentation du programme et du modèle tripartite de l'anxiété, l'explication du fonctionnement des séances ainsi que celle de l'anxiété normale et de l'anxiété anormale. La deuxième séance contenait la remise du coffre à outils, l'explication et la signature du contrat d'engagement ainsi que l'activité pratique «La liste de mes peurs». De plus, dans la deuxième séance, une brève révision du modèle tripartite de l'anxiété a été faite avec les deux patients. Toutes les activités pratiques durant l'ensemble du programme n'ont pas été remplies sur papier comme prévu, sauf la liste des peurs qui a été donnée en devoir. L'animatrice s'est ajustée à la faible motivation des participants ainsi qu'à leurs caractéristiques personnelles, par exemple aux difficultés d'apprentissage de Nicolas. L'écriture était donc un moyen à éviter. Ensuite, comme autres changements lors des séances théoriques qui s'appliquent aux deux sujets, on retrouve l'animation des stratégies de gestion des symptômes anxieux qui a été devancée et vue partiellement en début de programme. De cette façon, les participants ont pu bénéficier de ces stratégies le plus rapidement possible lors de leur exposition. Par exemple, la respiration abdominale et la relaxation musculaire ont été enseignées et pratiquées avec Nicolas à la deuxième séance lorsqu'il devait dévoiler son visage à l'animatrice ainsi qu'à son éducateur responsable. Finalement, à la cinquième séance, il n'y a pas eu de fabrication officielle d'escalier d'exposition et d'explication pour l'affrontement des peurs de façon graduelle. L'exposition graduelle n'a pas été expliquée aux participants afin qu'ils ne puissent pas utiliser cet argument pour éviter de faire leur exposition in vivo, par exemple : «Je ne veux pas passer toute la journée à l'école, car il faut que j'affronte mes peurs graduellement.».

En ce qui concerne les exercices pratiques réalisés dans le vécu éducatif partagé avec l'animatrice, ils n'ont pas été animés comme prévu. Pour Mathieu et Nicolas, la moitié de ces exercices n'ont pas été animés. Pour Mathieu, les exercices pratiques n'ont pas été effectués comme prévu étant donné son moyen utilisé pour faire face à une situation anxigène. La plupart du temps, l'adolescent écoutait de la musique dans la camionnette avant son arrivée à l'école. Étant donné que l'écoute de musique est un moyen adéquat pour se calmer, l'animatrice évitait de poser des questions à Mathieu à ce moment afin d'éviter le

maintien ou l'augmentation de son anxiété. De plus, l'adolescent vivait de l'anxiété anormale seulement lorsqu'il était exposé au milieu scolaire. Le contexte des exercices pratiques était donc très spécifique ce qui a limité les possibilités de son animation. Ensuite, malgré qu'il a bénéficié de plus d'exercices pratiques que Mathieu, Nicolas n'a pas reçu la totalité de leur animation étant donné qu'il était peu coopératif lorsqu'il était à l'extérieur des séances du programme, soit dans le milieu de vie de l'hôpital. Nicolas pouvait se cacher dans les chambres des autres patients hospitalisés ou dans les casiers à l'étage inférieur et s'enfermer dans les différentes salles de bain ou dans la salle à manger.

Outre les changements des séances théoriques et des exercices pratiques, le programme d'intervention a subi des modifications majeures de conformité au niveau de ses séances d'exposition pour les deux participants. Ces changements concernent les séances théoriques 1 à 5 qui ont été animées en même temps que la réalisation de l'exposition. Plus précisément, l'exposition de Mathieu a été faite à son école secondaire dans ses classes respectives. Dès le début de l'implantation du programme d'intervention, l'adolescent a débuté son exposition à l'école. La stagiaire a donc animé les séances théoriques et les séances d'exposition en alternance. En ce qui concerne l'exposition de Nicolas, celle-ci s'est faite simultanément avec l'animation des séances théoriques. Pendant qu'il assistait aux séances théoriques dans les bureaux, l'adolescent devait exposer son visage à l'animatrice et à son éducateur responsable. Cette situation non favorable pour l'apprentissage des concepts théoriques du programme pour Mathieu et Nicolas était incontournable dans l'animation du programme étant donné l'intensité et la chronicité des troubles des sujets. Il fallait absolument débiter l'exposition le plus rapidement possible afin que les deux adolescents retrouvent leur fonctionnement normatif au quotidien en peu de temps.

Pour terminer les nombreux changements de conformité du programme et de son contenu, les participants n'ont pas rempli leur journal de bord comme ce qui avait été convenu au départ. Malgré ce manquement, les questions reliées aux pensées catastrophiques et aidantes ainsi que celles concernant le niveau d'anxiété des participants ont été effectuées à haute voix avec l'animatrice afin de recueillir le plus d'information pertinente possible pour l'évaluation des effets. Encore une fois, l'animatrice s'est ajustée à la motivation et aux caractéristiques personnelles des participants.

Contexte temporel et dosage de l'intervention. Pour le volet enfant/adolescent, certains écarts entre ce qui a été prévu et ce qui a été vécu par les participants méritent d'être mentionnés au niveau du contexte temporel ainsi que du dosage de l'intervention.

Pour Mathieu, l'animation de la première séance a débuté le 8 novembre 2010. L'implantation du programme a duré quatre semaines intensives à raison de 1 à 4 séances par semaine, pour un total de 12 séances, soit deux de plus de ce qui avait été prévu au programme. Ce patient n'a pas pu assister à la dernière séance du programme parce que le médecin lui avait donné son congé d'hospitalisation définitif pour des raisons précises, dont son manque de collaboration au traitement qui se manifestait principalement par son refus scolaire et des menaces suicidaires. En moyenne, les séances théoriques avec Mathieu ont duré 45 minutes, donc 15 minutes de moins comparativement à ce qui avait été prévu. Finalement, les séances d'exposition de Mathieu ont varié entre un avant-midi à l'école, de 9 h à 13h, et une journée complète de 9 h à 15 h 30, ce qui n'a occasionné aucun changement dans la mise en œuvre du programme d'intervention.

Malgré l'absence de Mathieu à la dernière séance du programme, celui-ci a participé à toutes les autres séances. L'adolescent n'a donc pas joué au jeu «*Les Héros*». Aucun retard n'a été noté pour ce patient. En ce qui concerne son exposition, Mathieu a participé à sept séances ce qui est conforme à ce qui avait été convenu dans la mise en œuvre du programme d'intervention en terme de dosage.

Pour Nicolas, l'animation de la première séance a débuté le 12 novembre 2010. L'implantation complète du programme a duré six semaines intensives à raison de 1 à 3 séances par semaine, pour un total de 12 séances, soit deux de plus de ce qui avait été prévu. La durée des séances théoriques comprenant l'exposition s'est étalée sur un continuum de 15 minutes à 90 minutes. La durée moyenne des séances a été de 60 minutes, excluant la rencontre inhabituelle de 15 minutes, ce qui est conforme à la mise en œuvre du départ.

Pour le dosage de l'intervention, Nicolas a été présent à la totalité du programme autant pour les séances théoriques que pour les séances d'exposition. Par contre, même s'il a participé à toutes les séances du programme, l'adolescent faisait tout en son possible pour essayer de les retarder en évitant, comme en se cachant à la salle de bain, en retenant la porte du bureau pour que l'animatrice soit incapable d'y entrer et en fermant les lumières de cet endroit. De plus, durant les séances, Nicolas faisait perdre beaucoup de temps à l'animatrice en essayant d'éviter de se montrer le visage ou de discuter du contenu du programme. Il faisait, par exemple, des blagues inappropriées et tenait fréquemment des propos hors sujet. Ces comportements et attitudes ont pu diminuer le degré d'exposition de l'adolescent au programme d'intervention *Super Héros!* puisqu'il était souvent peu disponible. Par contre, Nicolas a joué deux fois au jeu «*Les Héros*» et a participé à quelques exercices pratiques de plus que Mathieu. Finalement, Nicolas a

assisté à dix séances (théorique et exposition confondus) ce qui est conforme à ce qui avait été convenu dans la mise en œuvre du programme d'intervention.

Contexte spatial. Tel qu'il était prévu dans la méthodologie du programme d'intervention *Super Héros!*, la totalité de l'animation s'est faite dans les locaux de l'unité, toutefois, dans ceux du deuxième étage plutôt que ceux de premier étage. Après avoir testé la fonctionnalité d'un de ces bureaux pour la première fois avec Mathieu, l'animatrice a constaté qu'elle ne se faisait pas déranger constamment par le personnel de l'unité, ce qui était positif pour sa concentration et celle de l'adolescent. Les bureaux administratifs comportent les mêmes caractéristiques que le local de musique au premier étage, soit un bureau, un téléphone, un tableau, etc. Aucune réservation pour l'occupation des locaux n'a été effectuée au préalable.

Pour Mathieu, les séances ont été animées dans le même bureau administratif durant la totalité du programme, tandis que pour Nicolas, elles ont été animées dans des bureaux différents à toutes les deux rencontres. L'alternance de bureau a été effectuée dans le but de changer d'endroit pour que Nicolas puisse s'exposer à divers éclairages. Par exemple, l'adolescent était persuadé que sa cicatrice était plus visible lorsqu'elle était sous un éclairage de néon.

Animateur. En ce qui concerne l'animation du programme, quelques petits changements sont à noter. Afin de mettre les chances de son côté vu la faible motivation des jeunes à participer, l'animatrice a décidé de leur présenter le programme d'intervention avec leurs éducateurs responsables. Cela a pu faciliter la création du lien de confiance entre les participants et la stagiaire. Étant donné la chronicité de l'anxiété et les nombreux comportements d'évitement de Nicolas, les trois premières séances du programme ont été animées conjointement avec son éducateur. Cela a pu permettre à l'animatrice d'observer l'application des stratégies de gestion des comportements de l'éducateur envers le patient afin qu'elle puisse les apprendre pour les utiliser ultérieurement. Par la suite, les séances ont été animées par la stagiaire, excepté lors de la septième séance. À ce moment-là, l'exposition s'est faite aux ateliers manuels en présence d'une psychoéducatrice et d'une infirmière qui étaient informées des interventions à faire avec le patient.

Stratégies de gestion des apprentissages (moyens de mise en relation). L'approche semi-directive ainsi que les interventions qui s'y attachent ont été moins utilisées que prévu dans le volet

enfant/adolescent. Plus précisément, lors des séances d'exposition pour les deux patients, l'animatrice faisait preuve de peu de souplesse dans son animation. Elle gardait un cadre très rigide envers les adolescents afin que ceux-ci effectuent leur exposition adéquatement étant donné le caractère chronique de leur problématique se traduisant par un évitement constant des situations anxiogènes. Aussi, tout au long de l'implantation du programme, il n'y a eu aucune utilisation de la mascotte Super Héros à titre d'exemple afin de ne pas infantiliser les deux participants. Ensuite, pour Nicolas, un miroir a été utilisé comme moyen de mise en relation. Il se regardait dans le miroir quelques secondes et, par la suite, le déposait sur le bureau à côté de lui. L'utilisation de cet objet permettait au participant de vérifier la grosseur de sa cicatrice, ce qui lui redonnait confiance pour s'exposer au regard de l'animatrice par la suite.

Stratégies de gestion des comportements. Les moments privilégiés se sont avérés inadéquats comme récompenses aux bons comportements des adolescents. Par exemple, les congés de fin de semaine de retour à la maison n'auraient pas été un bon renforcement pour Mathieu étant donné le contexte familial difficile vécu à domicile. De plus, les sorties à l'extérieur de l'hôpital n'auraient pas été appréciées par Nicolas vu son anxiété sociale.

Certains ajouts de stratégies de gestion des comportements pour les deux patients ont été effectués en cours d'animation du programme. Par exemple, l'animatrice a dû faire des rappels fréquents de la signature du contrat d'engagement afin que les participants se responsabilisent et qu'ils se mobilisent davantage pour réaliser leur exposition. De plus, l'animatrice et les éducateurs responsables ont dû faire de nombreux rappels aux participants concernant les conséquences sur leur avenir s'ils ne coopéraient pas lors de l'implantation du programme. Ces rappels concernaient l'obtention de leur congé définitif de l'hôpital ainsi que leur entrée en centre d'accueil. Le congé de l'hôpital et le centre d'accueil étaient perçus négativement par les deux participants, ce qui a pu maintenir ou accentuer leur motivation ainsi que les comportements attendus par les animateurs.

Ensuite, pour Nicolas, l'animatrice a utilisé la stratégie de renvoi à domicile pour une période de 24 heures en ayant l'accord du médecin traitant, parce qu'il avait une collaboration insatisfaisante. De plus, à plusieurs reprises, l'animatrice a dû intervenir physiquement avec ses mains auprès de Nicolas étant donné qu'il ne voulait pas baisser ses bras et/ou ses mains de son visage. Finalement, aucune récompense infantile n'a été donnée aux participants vu leur âge.

Système de responsabilité. L'animatrice, le personnel hospitalier ainsi que les parents des deux participants ont respecté le système de responsabilité. Par contre, Mathieu n'a pas assumé ses responsabilités jusqu'à la fin du programme. Il n'a pas rempli les trois questionnaires post-test du programme, soit «*l'Échelle d'anxiété manifeste pour enfants*», «*le questionnaire d'évaluation de la connaissance de stratégies de gestion des symptômes anxieux du programme d'intervention Super Héros!*» ainsi que «*le questionnaire d'évaluation sur le point de vue du participant au programme d'intervention Super Héros!*».

Stratégies de transfert et de généralisation. Un seul changement significatif au programme peut être mentionné concernant les stratégies de transfert et de la généralisation des acquis. La stagiaire a animé seulement quelques exercices pratiques avec les deux participants durant la totalité du programme pour les raisons qui ont été mentionnées précédemment dans la composante conformité du programme et de contenu.

Système de reconnaissance. Étant donné l'administration du congé définitif à Mathieu avant la fin du programme d'intervention *Super Héros!*, ce dernier n'a pas reçu son certificat de congratulation pour sa participation.

Évaluation formelle des composantes retenues de la mise en œuvre

À titre de rappel, trois composantes ont été retenues pour l'évaluation formelle de la mise en œuvre du programme d'intervention *Super Héros!*, soient 1) la qualité de la participation des sujets au programme, 2) la qualité de la mise en application du programme et 3) la différenciation (débordement) du programme. Ces composantes seront donc discutées afin de faire une bonne évaluation de la mise en œuvre du programme d'intervention.

Qualité de la participation des sujets. La qualité de la participation des sujets est présentée aux figures 2 et 3.

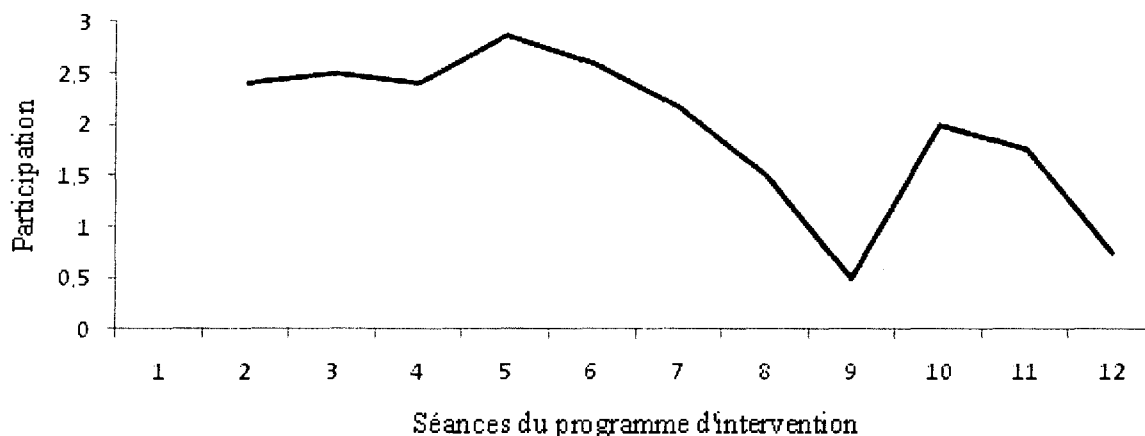


Figure 2. Qualité de la participation de Mathieu au programme d'intervention *Super Héros!*

Tel qu'illustré dans cette figure, Mathieu a bien participé en début de programme. Par contre, on constate une diminution de la qualité de sa participation au milieu de l'implantation de l'intervention. Par la suite, on retrouve une piètre qualité de sa participation à la neuvième séance. Lors de cette séance, une fois rendu dans le stationnement de l'école, l'adolescent mentionne qu'il est capable d'entrer dans l'établissement et de se rendre à son premier cours sans aucun accompagnement. Une fois entré dans l'école sans accompagnement, Mathieu a décidé de retourner chez lui pour éviter la situation anxiogène. Il était censé passer la journée entière à l'école contrairement aux expositions antérieures où il devait passer seulement l'avant-midi.

Un autre évènement significatif s'est produit en lien avec la qualité de la participation de Mathieu. À la douzième séance, une fois rendu dans l'école avec l'animatrice, le participant ne voulait pas entrer en classe sous prétexte d'avoir quelques minutes de retard. Après avoir motivé son absence à la secrétaire, Mathieu fait des menaces suicidaires afin d'éviter de faire sa journée d'école. Il passe l'avant-midi à la bibliothèque et dîne à l'école. Malgré les recommandations de l'animatrice, il quitte l'école en après-midi pour retourner à la maison.

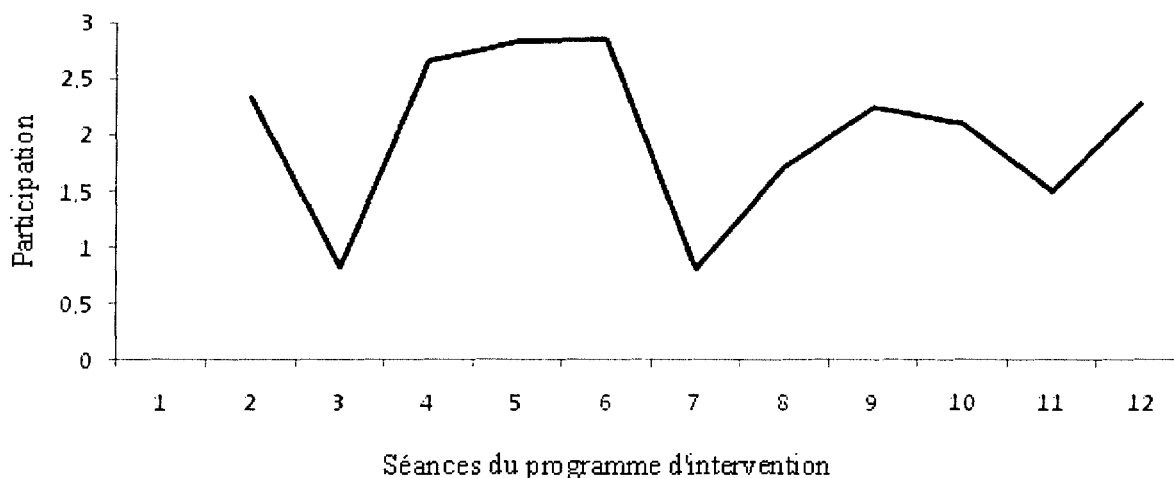


Figure 3. Qualité de la participation de Nicolas au programme d'intervention *Super Héros!*

Dans la figure 3, globalement, on remarque une grande fluctuation de la qualité de la participation de Nicolas tout au long de l'implantation du programme d'intervention *Super Héros!*. Plus spécifiquement, on remarque deux séances où sa participation est plus faible, soient les séances trois et sept. Ces deux séances sont suivies d'une augmentation de la qualité de la participation du sujet.

Lors de la troisième séance, malgré sa bonne participation en début de programme, Nicolas avait une mauvaise qualité de participation. Il était facilement distrait, riait et se cachait le visage avec ses mains et ses jambes en se recroquevillant. Bref, il ne collaborait pas et nuisait aux interventions mises en place par l'animatrice et l'éducateur présent. Malgré plusieurs avertissements, le patient maintenait son attitude et ses comportements déviants. Les personnes responsables ont arrêté la séance après 15 minutes et ont renvoyé Nicolas chez lui pour une période de 24 heures afin qu'il réfléchisse à sa motivation ainsi qu'au but de sa fréquentation en milieu hospitalier. Ce renvoi a eu un effet positif sur la qualité de sa participation pour les trois séances suivantes.

Lors de la septième séance, l'animatrice a accompagné Nicolas aux ateliers manuels. Rendu au local, il y avait sur place une infirmière ainsi qu'une psychoéducatrice. Tout au long de la période, le participant a été assailli d'intervention d'exposition de la part des trois personnes responsables. Les interventions ont eu l'effet contraire avec Nicolas qui s'est renfermé sur lui-même. Remarquant la mauvaise collaboration de l'adolescent qui avait la tête cachée sur la table de travail, la psychoéducatrice lui a lancé des gobelets de peinture vide sur la tête pour dédramatiser la situation. Étant anxieux et fâché du geste posé par la professionnelle, l'adolescent lui a donné un coup de coude dans le ventre. Une fois la période terminée, un retour sur la situation a été fait avec Nicolas. La qualité de sa participation s'est améliorée par la suite.

Qualité de la mise en application. En ce qui concerne le questionnaire d'évaluation sur le point de vue du participant au programme d'intervention *Super Héros!*, il a été rempli seulement par Nicolas. Malgré qu'il ait donné des bons commentaires au programme sur papier, ceux-ci ne peuvent être pris en considération dans l'évaluation de la mise en œuvre, car ils sont biaisés. En remplissant le questionnaire, l'adolescent a mentionné à l'animatrice que ce qu'il indiquait était faux. Nicolas inscrivait des commentaires positifs sur le programme parce qu'il voulait que la stagiaire obtienne de bonnes notes afin qu'elle obtienne son diplôme de maîtrise. Même si on ne peut prendre en considération ce questionnaire dans l'évaluation de la mise en œuvre du programme, on peut tout de même affirmer que l'animatrice a su créer un lien thérapeutique significatif avec le sujet, ce qui est favorable pour plusieurs aspects du programme d'intervention, dont l'atteinte des objectifs.

Différenciation du programme pour Mathieu. Pour Mathieu, le questionnaire sur la différenciation du programme n'a pas été rempli sur papier. Par contre, sa mère a répondu à quelques questions par téléphone et a transmis à l'animatrice les autres informations manquantes du questionnaire par courriel. Les résultats obtenus au questionnaire sur les services reçus à l'extérieur de l'unité de pédopsychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine concernent seulement la mère. Étant donné que le participant réside avec elle et voit son père seulement qu'une fin de semaine sur deux, ce dernier n'a pas été sollicité pour remplir ce même questionnaire. La mère a été suivie en psychologie pour une dépression à partir du début de l'année 2008 jusqu'au printemps 2010 à raison d'une fois par semaine dans un cabinet privé de sa région. De plus, la dame a commencé la prise d'antidépresseur «Wellbutrin» au début de son suivi psychologique. Elle poursuit actuellement ce traitement.

De son côté, l'animatrice a rempli le formulaire sur la différenciation du programme dans son journal de bord avant, pendant et après l'implantation du programme comme ce qui avait été prévu. Les notes indiquent que les deux parents ont été suivis séparément par une travailleuse sociale une fois par semaine avant et pendant l'implantation du programme d'intervention *Super Héros!*. Pour sa part, Mathieu a été suivi par un pédopsychiatre et par un éducateur spécialisé avant, pendant et après l'implantation du programme. Aussi, l'adolescent a changé de pédopsychiatre pendant trois semaines consécutives à partir de la cinquième séance à cause des vacances de son médecin traitant. De plus, Mathieu a pris de la médication avant, pendant et après l'implantation du programme, soit du «Lithium», du «Wellbutrin», du «Séroquel» et du «Rivotril». La posologie de la médication a été la même avant, pendant et après l'implantation de l'intervention.

Différenciation du programme pour Nicolas. Pour Nicolas, le questionnaire de la différenciation pour les parents ainsi que le formulaire pour l'animatrice ont été remplis sur papier comme ce qui avait été prévu dans la méthodologie du programme. Un résultat a été obtenu en lien avec le questionnaire sur les services reçus à l'extérieur de l'unité de pédopsychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine. Au début du mois de janvier 2010, la mère a consulté le psychologue de son lieu de travail une seule fois pour mieux comprendre la dysmorphophobie de son fils.

De son côté, l'animatrice a noté que les parents ont été suivis à l'unité de pédopsychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine conjointement par une travailleuse sociale avant et pendant l'implantation du programme jusqu'à la huitième séance, car, par la suite, la professionnelle est tombée en congé de maladie. Pour sa part, Nicolas a reçu des services d'un pédopsychiatre ainsi que d'un éducateur spécialisé avant, pendant et après l'implantation du programme d'intervention. De plus, une semaine avant l'implantation de l'intervention, l'adolescent venait tout juste d'obtenir une prescription médicale pour de la prise de médication, soit du «Celexa». Lors de l'implantation du programme d'intervention, la posologie de Nicolas est passée de 20 milligrammes (mg) à la première séance à 30 mg pour la deuxième séance et, finalement, à 40 mg pour la suite des autres séances. Une fois l'implantation du programme d'intervention terminée, cette dernière posologie est restée la même.

Jugement global sur la conformité du programme

À titre de rappel, le programme d'intervention est composé de deux volets, soient le volet enfant/adolescent et le volet parent(s). Le volet enfant/adolescent est divisé en deux parties, les séances théoriques et les séances d'exposition. Lors de l'implantation du programme d'intervention *Super Héros!*, la conformité du volet parent(s) a été sans transformation distinctive ce qui est favorable au programme. Par contre, malgré qu'il n'y a eu aucun ajout de nouveau concept théorique sur l'anxiété dans le contenu du programme, dans son ensemble, la conformité du volet enfant/adolescent a subi de nombreux changements. Outre les deux composantes de Gendreau inchangées, soient le but et les objectifs ainsi que les codes et procédures, les autres composantes du programme ont dû être modifiées. Ces modifications ont été effectuées afin de répondre le plus adéquatement possible aux besoins personnalisés des deux patients ainsi qu'aux nombreuses suggestions des professionnels de l'unité de pédopsychiatrie. Parmi les changements les plus importants qu'a subis le volet enfant/adolescent pour les séances théoriques des deux participants, on retrouve la majorité des activités pratiques qui furent réalisées à haute voix au lieu d'avoir été manuscrites comme ce qui avait été convenu au départ. Ensuite, la troisième séance sur les

stratégies de gestion des symptômes anxieux a été déplacée en début de programme afin que les participants puissent appliquer le plus rapidement possible les techniques enseignées lors de leur exposition in vivo. Aussi, comme autre changement à souligner dans ce volet, la moitié des exercices pratiques n'ont pas été faits comme prévu.

D'autres changements majeurs ont été réalisés dans le volet enfant/adolescent pour les séances d'exposition. Lors de l'animation des séances d'exposition des deux participants, une modification de l'approche semi-directive a été faite par l'animatrice en étant moins souple et plus directive avec les sujets. De plus, aucune fabrication d'escalier d'exposition n'a été faite par les deux patients. Les étapes de leur exposition leur ont été imposées par le pédopsychiatre, les éducateurs responsables et l'animatrice. Par contre, l'exposition de Mathieu a tout de même été légèrement graduelle, malgré l'immersion rapide d'une demi-journée à l'école. Ensuite, comme autre changement, les séances d'exposition ont été faites en alternance avec les séances théoriques dès la première séance du programme d'intervention. Pour Nicolas, les séances d'exposition ont été faites simultanément avec les séances théoriques.

Lors de l'implantation du programme d'intervention *Super Héros!*, d'autres changements considérables de la mise œuvre ont été effectués, soient la sélection des sujets et la présence supplémentaire des éducateurs responsables lors de l'animation des premières séances. De plus, l'ajout de deux stratégies de gestion des comportements des sujets a été significatif dans l'implantation du programme d'intervention. Ces deux stratégies appliquées en raison du manque de collaboration des participants sont un renvoi instantané à domicile ainsi que l'obtention du congé définitif des services de l'unité de pédopsychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine.

Finalement, l'évaluation formelle des composantes retenues de la mise en œuvre a pu faire ressortir des informations pertinentes concernant la qualité de la participation des patients ainsi que sur la différenciation du programme d'intervention.

Implications à l'égard des effets

Certains changements de la mise en œuvre du programme d'intervention *Super Héros!* qui ont été mentionnés précédemment pourraient avoir eu des répercussions positives ou négatives à l'égard des effets. Les principaux changements qui ont le plus de chance d'avoir influencé l'atteinte des objectifs du programme seront discutés.

Répercussions non souhaitables sur l'atteinte des objectifs. Le volet enfant/adolescent a subi plusieurs changements dans sa mise en œuvre qui auraient pu avoir des répercussions non souhaitables sur l'atteinte des objectifs du programme. Premièrement, pour les deux participants, lors des séances théoriques, la majorité des activités pratiques ont été réalisées à haute voix avec l'animatrice. La réalisation de ses activités à haute voix n'a pas permis aux participants de concevoir du matériel qui aurait pu servir d'aide-mémoire dans leur cartable. Cela a pu avoir des répercussions négatives dans l'atteinte de deux objectifs proximaux du programme, soient l'augmentation de la connaissance de stratégies de gestion des symptômes anxieux ainsi que celle de la capacité à identifier les pensées aidantes d'une situation anxiogène.

Deuxièmement, pour Mathieu et Nicolas, la moitié des exercices pratiques du programme n'ont pas été faits. Ceci a pu avoir des répercussions négatives sur l'atteinte de l'ensemble des objectifs du programme étant donné que ces exercices pratiques permettent de favoriser une meilleure compréhension et gestion de l'anxiété ainsi qu'une meilleure généralisation des acquis dans les différents milieux naturels de vie des participants.

Les changements de conformité du programme d'intervention au niveau du volet enfant/adolescent pour les séances d'exposition peuvent être considérés comme cruciaux à l'égard des effets. Pour les deux participants, l'exposition in vivo s'est fait par immersion drastique ce qui a pu avoir une influence sur leur désistement et leur qualité de participation ce qui n'est pas souhaitable dans l'atteinte des objectifs du programme. Ensuite, le commencement de l'exposition en début de programme pour les deux participants a pu avoir influencé négativement les résultats pour plusieurs raisons. Généralement, les concepts théoriques doivent être enseignés avant de faire l'exposition avec les sujets. De cette façon, les participants peuvent mieux comprendre l'ensemble de leur anxiété, apprendre et pratiquer certaines stratégies de gestion de symptômes anxieux avant de faire leur exposition, ce qui peut simplifier cette tâche ardue. De plus, avec l'enseignement de certains concepts théoriques avant de faire l'exposition, les adolescents peuvent faire des liens entre leur évitement et le maintien de leur anxiété, ce qui peut les motiver à vouloir changer leurs comportements d'évitement. Bref, en précipitant l'exposition des participants, l'ensemble des objectifs du programme a pu être affecté négativement. Finalement, pour Nicolas, l'exposition, ayant été faite dans le bureau simultanément avec les séances théoriques, n'a sûrement pas été avantageuse pour lui. Lorsque l'adolescent faisait son exposition dans les bureaux avec l'animatrice, il n'avait pas nécessairement une grande disponibilité cognitive pour recevoir et comprendre les concepts théoriques enseignés. De plus, étant donné que ce patient éprouvait beaucoup de difficulté à

faire son exposition et qu'il manifestait de nombreux comportements d'évitement à ce moment-là, l'animatrice passait beaucoup de temps à faire de la gestion de comportement et avait moins de temps durant les séances pour lui transmettre l'ensemble du contenu du programme d'intervention. Cela a pu avoir des répercussions négatives dans l'atteinte de tous les objectifs du programme pour Nicolas.

Comme autre changement ayant pu avoir une influence négative à l'égard des effets du programme d'intervention, il y a eu certaines modifications à la composante sujets. L'obligation de la participation des deux sujets au programme qui a été prescrite par le pédopsychiatre a pu être perçue négativement par ceux-ci. Cette perception a pu influencer de façon défavorable la qualité de la participation des sujets, ce qui a pu avoir des répercussions néfastes sur l'ensemble de l'atteinte des objectifs du programme. D'ailleurs, dans l'ensemble, une qualité de participation fluctuante des deux participants a été observée. Ensuite, le contexte familial difficile de Mathieu a pu influencer négativement son attitude, ses pensées et ses comportements face à son retour à l'école et à la maison. Cette composante environnementale a pu être désavantageuse sur les effets souhaités du programme. Enfin, les critères de sélection concernant la comorbidité ont pu avoir un impact négatif sur l'atteinte de l'ensemble des objectifs, plus particulièrement avec le trouble d'apprentissage de Nicolas. Malgré les nombreuses adaptations faites par les animateurs pour accommoder l'adolescent, son trouble d'apprentissage a pu faire en sorte qu'il éprouve de grandes difficultés à comprendre certains concepts théoriques centraux du programme d'intervention, comme de trouver des pensées aidantes pour affronter ses peurs. Ces difficultés ont pu affecter négativement l'atteinte de tous les objectifs du programme d'intervention.

Pour terminer, l'implication de certains changements a pu avoir des répercussions négatives à l'égard des effets du programme d'intervention. L'évaluation formelle de la différenciation du programme a révélé de l'information pertinente concernant les deux participants. Pour Mathieu, l'information à retenir ayant pu avoir des répercussions négatives sur les résultats du programme est le changement de pédopsychiatre durant trois semaines consécutives à partir de la cinquième séance d'animation. Face au remplacement du principal pédopsychiatre traitant, l'adolescent a pu avoir certaines informations contradictoires venant de l'autre médecin en lien avec l'obligation de collaborer au programme d'intervention. De plus, le principal pédopsychiatre avait un bon lien de confiance avec le participant, ce qui avait probablement un impact positif sur sa mobilisation face à son plan de traitement. Finalement, l'information à retenir pour Nicolas concerne la prise de médication. En commençant sa médication en même temps que l'implantation du programme, il se pourrait que cette prise d'anxiolytique concorde avec la diminution de l'anxiété du sujet. De plus, la gradation de posologie pourrait avoir eu un effet positif sur

son anxiété. La diminution de l'anxiété de Nicolas pourra être difficilement explicable, car il peut être complexe de départager les effets attribuables à la médication et au programme d'intervention.

Répercussions souhaitables sur l'atteinte des objectifs. Outre les changements qui pourraient avoir des répercussions négatives sur l'atteinte des objectifs du programme d'intervention *Super Héros!*, il y a ceux qui pourraient avoir des répercussions souhaitables sur eux. Un des changements important du volet enfant/adolescent pour les séances théoriques qui pourrait influencer positivement la réduction du niveau d'anxiété des jeunes ciblés est le devancement en début de programme de la troisième séance sur les stratégies de gestion des symptômes anxieux. Ce déplacement a permis aux participants d'apprendre et de pouvoir appliquer ces stratégies le plus rapidement possible lors de leur exposition in vivo ce qui pourrait être grandement favorable pour la diminution de leur anxiété.

Un autre changement au niveau du volet enfant/adolescent pour les séances d'exposition pourraient avoir des répercussions positives sur l'atteinte de certains objectifs du programme d'intervention *Super Héros!*. La modification de l'approche semi-directive qu'a faite l'animatrice lors des séances d'exposition en étant moins souple et plus directive avec les deux participants pourrait influencer positivement l'atteinte de l'objectif général, soit de réduire le niveau d'anxiété des participants ainsi que sur l'un des objectifs proximaux, soit la diminution des comportements d'évitement. La modification de cette approche a permis de mettre en place une structure plus rigide qui a pu s'avérer sécurisante et rassurante pour les participants ce qui est souhaitable avec les personnes ayant un trouble anxieux. De plus, adaptée à l'intensité et à la chronicité des problématiques des patients, cette nouvelle structure les obligeait à s'exposer et laissait peu de place à leurs comportements d'évitement ce qui est favorable pour l'atteinte de ces deux objectifs.

Finalement, lors de l'implantation du programme d'intervention *Super Héros!*, deux autres changements de la mise en œuvre pourraient avoir influencé positivement tous les objectifs du programme d'intervention. Le premier changement concerne la présence des éducateurs responsables des deux participants lors de l'animation des premières séances. Cette présence a pu permettre de créer un lien de confiance avec les participants et de leur fournir une animation adaptée à leurs besoins et à leurs caractéristiques personnelles ce qui peut faciliter l'atteinte des objectifs du programme. Pour terminer, l'ajout de deux stratégies de gestion des comportements des sujets pourrait avoir des répercussions positives sur l'ensemble des objectifs du programme d'intervention. Le renvoi instantané à domicile ainsi que l'obtention du congé définitif de l'hôpital étaient redoutées par Mathieu et Nicolas, considérant la

conséquence que cela pourrait entraîner, soit le placement en centre d'accueil. Étant donné que les participants craignaient le congé définitif et le placement, les deux stratégies de gestions des comportements pourraient les avoir motivés à participer davantage au programme d'intervention pendant un certain temps, ce qui pourrait être favorable dans l'atteinte des objectifs.

Évaluation des effets

À titre de rappel, le but du programme d'intervention *Super Héros!* est de favoriser le fonctionnement adaptatif des jeunes atteints d'un trouble anxieux. Son objectif général est de réduire le niveau d'anxiété des jeunes ciblés. Ensuite, les objectifs proximaux du programme sont d'augmenter la connaissance de stratégies de gestion des symptômes anxieux, d'augmenter la capacité à identifier les pensées catastrophiques d'une situation anxiogène, d'augmenter la capacité à identifier les pensées aidantes d'une situation anxiogène et, finalement, de diminuer les comportements d'évitement associés à une situation anxiogène.

Cette section d'évaluation des effets est divisée en quatre sous-sections, soient l'impact du programme d'intervention sur : 1) le niveau d'anxiété, 2) la connaissance de stratégies de gestion des symptômes anxieux, 3) l'identification des pensées catastrophiques, et finalement 4) l'identification des pensées aidantes des participants.

Deux devis de recherche ont été utilisés lors de l'implantation du programme d'intervention *Super Héros!*. Le premier est un devis pré-test et post-test pour le niveau d'anxiété des participants et pour leur connaissance de stratégies de gestion des symptômes anxieux. Le deuxième est un devis à mesures répétées utilisé lors des séances d'exposition pour le niveau d'anxiété des participants, l'identification de leurs pensées catastrophiques et de leurs pensées aidantes ainsi que pour leurs comportements d'évitement. Aucune mesure de niveau de base n'a été prise pour les deux patients avant l'implantation du programme d'intervention.

Le niveau d'anxiété

Le niveau d'anxiété des deux participants a été évalué en pré-test et en post-test ainsi qu'avec des mesures répétées. Les évaluations pré-test et post-test ont été effectuées à l'aide d'un instrument de mesure standardisé, soit *l'Échelle révisée d'anxiété manifeste pour enfant*. Cette mesure auto-rapportée évalue plus particulièrement les inquiétudes, l'hypersensibilité, les manifestations physiologiques ainsi

que les difficultés de concentration des participants. Les résultats obtenus à cette échelle sont présentés à la figure 4.

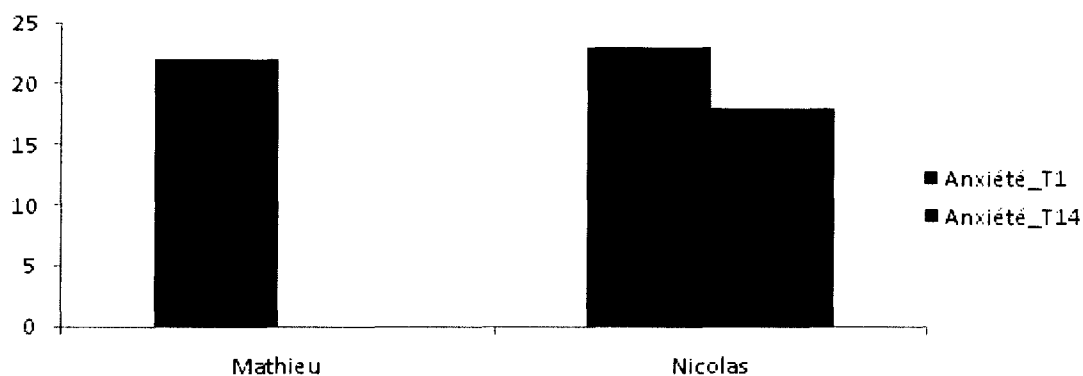


Figure 4. Résultats de Mathieu et Nicolas à l'Échelle révisée d'anxiété manifeste pour enfant.

Mathieu. Mathieu n'a pas rempli le questionnaire auto-rapporté au post-test étant donné qu'il a eu son congé définitif de l'hôpital avant la fin du programme d'intervention. Il a donc été impossible pour l'animatrice de lui administrer ce questionnaire. L'adolescent a obtenu un résultat de 22 points au pré-test. La moyenne à l'échelle d'anxiété est de 11,36 avec un écart type de 6,46, ce qui place le point de coupure à 18 dans les normes de cet instrument de mesure (Turgeon, 1998). Le score de l'adolescent au pré-test est à plus d'un écart type au-dessus de la moyenne, ce qui est cliniquement significatif. Ce score est conforme au niveau d'anxiété élevé que possèdent les jeunes ayant un diagnostic de trouble anxieux. N'étant pas représenté dans la figure 4, le patient a obtenu un score de 0/9 point à l'échelle de mensonge du questionnaire. Cette absence de point à cette échelle peut démontrer une excellente validité des réponses de Mathieu au questionnaire, ce qui est favorable pour l'interprétation des résultats obtenus.

Nicolas. Nicolas a obtenu un résultat de 23 points au pré-test, soit 1 point de plus que Mathieu. Ce score est à plus d'un écart type au-dessus de la moyenne, ce qui est conforme au niveau d'anxiété élevé que possèdent les jeunes ayant un diagnostic de trouble anxieux. Par la suite, on remarque que l'adolescent a obtenu un score de 18 points au post-test. Avec ce score, le niveau d'anxiété de Nicolas a diminué de 5 points, c'est-à-dire de presque un écart type, ce qui peut être considéré comme une diminution cliniquement significative. Malgré cette diminution, Nicolas présente tout de même un niveau clinique d'anxiété, celui-ci se situant au-delà du point de coupure. Finalement, n'étant pas représenté dans la figure 4, le patient a obtenu un score de 3/9 points à l'échelle de mensonge au pré-test ainsi qu'un score

de 0/9 point à cette même échelle au post-test. Le score de 3/9 peut semer un doute sur la validité des réponses du participant au questionnaire pré-test. Toutefois, ces scores peu élevés obtenus à l'échelle de mensonge sont tout de même favorables pour l'interprétation des résultats du questionnaire.

En ce qui concerne l'évaluation du niveau d'anxiété ainsi que l'évaluation des comportements d'évitement des deux participants lors des séances d'exposition pour les mesures répétées, la *Grille d'auto-observations de mes peurs* ainsi que le *Questionnaire d'évaluation des comportements d'évitement des peurs* dans le journal de bord des sujets n'ont pas été remplis par ceux-ci tel que prévu. La faible motivation de Mathieu et Nicolas à remplir ces instruments de mesure ainsi que le trouble d'apprentissage manifesté par le deuxième patient a nécessité certaines adaptations dans leur passation. À toutes les séances d'exposition, l'animatrice a demandé à haute voix aux participants leur niveau d'anxiété sur le thermomètre de 0 à 10 avant, pendant et après l'exposition ainsi que leurs comportements d'évitement effectués. Toutes les réponses obtenues des participants ont été inscrites par l'animatrice dans son journal de bord dans le *Questionnaire d'évaluation du niveau d'anxiété et des comportements d'évitement des peurs*. De son côté, l'animatrice n'a pas rempli ce dernier questionnaire pour le niveau d'anxiété et pour les comportements d'évitement des participants dans son journal de bord étant donné que leurs scores et leurs comportements mentionnés correspondaient à ce que l'animatrice avait observé durant les séances.

Mathieu. La figure 5 présente le niveau d'anxiété de Mathieu avant, pendant et après l'exposition in vivo en milieu scolaire. Selon le *Questionnaire d'évaluation du niveau d'anxiété et des comportements d'évitement des peurs*, voici les résultats du niveau d'anxiété de l'adolescent sur le thermomètre de 0 à 10 avant, pendant et après les séances d'exposition. Ces résultats sont présentés à la figure 5.

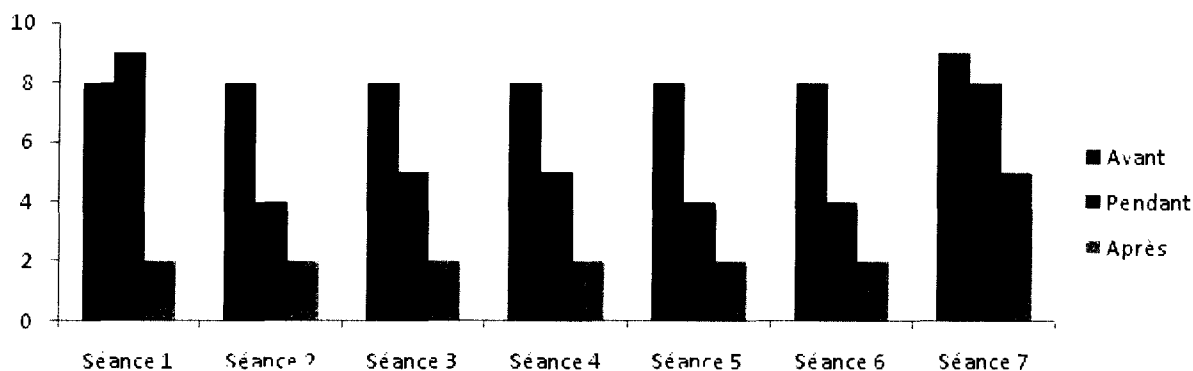


Figure 5. Niveau d'anxiété de Mathieu avant, pendant et après l'exposition in vivo

On remarque que le haut niveau d'anxiété de Mathieu avant l'exposition est pratiquement demeuré le même durant l'ensemble des séances d'exposition. Ensuite, son niveau d'anxiété pendant l'exposition a diminué de 5 points entre la première et la deuxième séance et s'est maintenu par la suite. Aucune autre diminution significative ne s'est produite pendant l'exposition, même qu'on remarque une légère augmentation du niveau d'anxiété de l'adolescent en milieu de programme ainsi qu'une autre grande augmentation à la dernière séance. Par la suite, le bas niveau d'anxiété de Mathieu après l'exposition est resté constant, sauf à la dernière séance où il a plus que doublé. Avec l'ensemble des scores élevés à la dernière séance, on constate que l'adolescent était en état de crise au moment de cette exposition. Bref, on remarque seulement un changement favorable entre la première et la deuxième séance qui se rapproche de l'atteinte de l'objectif général du programme, soit la diminution du niveau d'anxiété du patient. De plus, on ne constate aucune diminution du niveau d'anxiété de Mathieu avant l'exposition au fil des séances, donc les résultats sont mitigés et ne permettent pas d'affirmer l'atteinte de cet objectif.

Pour les comportements d'évitement de Mathieu lors des séances d'exposition, l'animatrice a noté qu'il a réussi à compléter son exposition cinq fois sur les sept séances. Les expositions réussies peuvent être considérées comme étant des progrès non négligeables étant donné que Mathieu évitait l'école depuis quelques mois. Les deux échecs en lien avec son exposition ont été répertoriés à la quatrième et à la septième séance. Le comportement principal observé à la quatrième séance d'exposition a été un absentéisme scolaire. Une fois rendu à l'école, l'adolescent est retourné chez lui à pied pour éviter d'aller en classe. Ensuite, les comportements principaux observés à la septième séance d'exposition ont été de rester dans le corridor à l'extérieur de la classe, de faire des menaces suicidaires ainsi qu'un retour à la maison en après-midi. Ces deux séances qui se sont terminées prématurément à cause des comportements d'évitement de Mathieu concordent avec la faible qualité de sa participation présentée dans la mise en œuvre du programme précédemment. Bref, les absentéismes scolaires et les comportements inadaptes de Mathieu ne permettent pas de conclure à l'atteinte du quatrième objectif proximal du programme, soit la diminution des comportements d'évitement associés à une situation anxiogène.

Nicolas. La figure 6 présente le niveau d'anxiété de Nicolas avant, pendant et après l'exposition in vivo en milieu hospitalier. Selon le *Questionnaire d'évaluation du niveau d'anxiété et des comportements d'évitement des peurs*, voici les résultats du niveau d'anxiété de l'adolescent sur le thermomètre de 0 à 10 avant, pendant et après les séances d'exposition. Ces résultats sont présentés à la figure 6.

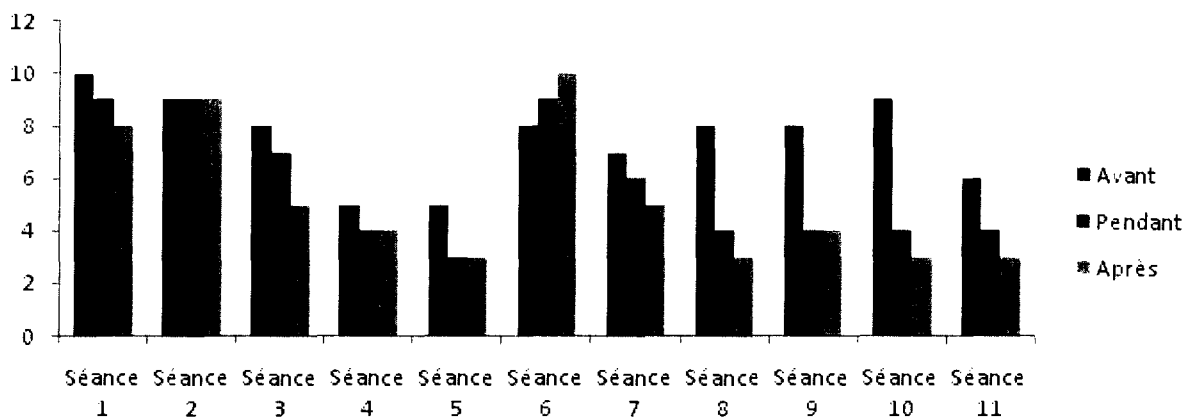


Figure 6. Niveau d'anxiété de Nicolas avant, pendant et après l'exposition in vivo

On constate une diminution de moitié du niveau d'anxiété de Nicolas avant, pendant et après l'exposition entre la première et la cinquième séance inclusivement. À la sixième séance, on remarque une augmentation significative de plus de la moitié du niveau d'anxiété du participant pendant et après l'exposition comparativement aux deux séances précédentes. Cette grande augmentation fait référence à l'évènement significatif négatif aux ateliers manuels décrit précédemment dans l'évaluation formelle de la mise en œuvre du programme. De la septième séance jusqu'à la fin du programme, on constate un haut niveau d'anxiété constant chez Nicolas avant l'exposition. Ensuite, entre la septième et la huitième séance, on constate une diminution de deux points de son niveau d'anxiété pendant et après l'exposition, ce qui est non négligeable dans l'atteinte de l'objectif général. Finalement, on remarque un niveau d'anxiété moyen chez Nicolas pendant et après l'exposition entre la huitième et la onzième séance inclusivement.

Pour les comportements d'évitement de Nicolas lors des séances d'exposition, l'animatrice a noté qu'il a réussi à compléter son exposition quatre fois sur les onze séances et a partiellement réussi à affronter ses peurs à trois reprises. Globalement, dans plus de la moitié des séances, l'animatrice a jugé favorablement l'exposition du patient. Ensuite, l'animatrice a observé que, quatre fois sur les onze séances, l'adolescent n'a pas réussi à compléter son exposition. Les quatre échecs en lien avec l'exposition de Nicolas ont été répertoriés à la deuxième, sixième, neuvième ainsi qu'à la dixième séance. Ses principaux comportements observés lors de ces séances d'exposition ont été de se cacher le visage avec ses deux mains, ses bras, ses jambes lorsqu'il était assis, avec ses vêtements ainsi qu'avec le miroir qui était utilisé comme moyen de mise en relation. Finalement, à la fin de la sixième séance, Nicolas a donné un coup de coude dans le ventre à la psychoéducatrice et lui a crié des insultes en lien avec ses interventions insistantes et trop rigides face à l'exposition qu'il devait réaliser.

La connaissance de stratégies de gestion des symptômes anxieux

La connaissance de stratégies de gestion des symptômes anxieux des deux patients a été évaluée par le *Questionnaire d'évaluation de la connaissance de stratégies de gestion des symptômes anxieux* en pré-test et en post-test. Plus précisément, ce questionnaire auto-rapporté mesure l'utilisation de stratégies de gestion des symptômes anxieux, l'efficacité de la ou des stratégies utilisées et, finalement, la connaissance d'autres stratégies de ce genre.

Mathieu. Au post-test, Mathieu n'a pas rempli le *Questionnaire d'évaluation de la connaissance de stratégies de gestion des symptômes anxieux* étant donné qu'il a obtenu son congé définitif de l'hôpital avant la fin du programme d'intervention. Il a donc été impossible pour l'animatrice de lui administrer ce questionnaire. Au pré-test, l'adolescent a inscrit qu'il n'utilisait aucun moyen pour se détendre lorsqu'il se sentait anxieux, mais qu'il connaissait l'hypnose comme moyen de détente.

Nicolas. Au pré-test du *Questionnaire d'évaluation de la connaissance de stratégies de gestion des symptômes anxieux*, Nicolas a inscrit qu'il utilisait quatre moyens pour se détendre, soient prendre de grandes respirations, penser à d'autres choses, prendre l'air dehors et aller à la toilette. Il a mentionné que ses moyens utilisés l'aidaient «parfois» à le détendre. L'adolescent a également inscrit qu'il connaissait un autre moyen pour se détendre lorsqu'il est anxieux, soit le recours à la chirurgie plastique pour faire disparaître sa cicatrice. Par contre, Nicolas a mentionné que ce moyen n'était pas faisable, parce qu'aucun professionnel ne veut l'orienter vers cette solution.

Au post-test, Nicolas a seulement répondu à la première question du *Questionnaire d'évaluation de la connaissance de stratégies de gestion des symptômes anxieux*. Comparativement aux résultats obtenus au pré-test, l'adolescent a inscrit qu'il utilisait seulement qu'un moyen de plus pour se détendre, soit prendre des «pastilles contre le stress».

L'identification des pensées catastrophiques

Mathieu et Nicolas devaient indiquer les PC qu'ils ont eues en tête dans leur journal de bord lors de leur exposition. Par contre, aucune *Grille d'auto-observation de mes peurs* n'a été remplie dans les journaux de bord des participants. L'évaluation de la capacité d'identification des PC des sujets lors des séances d'exposition a été faite par l'animatrice en recueillant les données sous forme d'entrevue avec les

adolescents. Une fois les PC des sujets rapportées, l'animatrice les a inscrites dans son journal de bord. L'identification des PC de Mathieu et Nicolas est répertoriée en annexe XI.

Mathieu. Dans l'annexe XI, on remarque que Mathieu a été capable d'énumérer cinq PC après sa première séance d'exposition avec l'aide de l'animatrice. Ensuite, après la deuxième séance d'exposition, le patient a été capable d'énumérer de nouvelles PC qui l'ont rendu anxieux, comme la peur que les autres élèves n'aient pas son linge et qu'ils ne le trouvent pas beau. Outre la même PC de Mathieu qui revient à chaque séance d'exposition, soit la peur du jugement négatif des autres élèves concernant sa reprise d'année scolaire, d'autres PC ont été identifiées au fil des séances. Aussi, plus les séances avançaient, moins le patient avait besoin d'aide pour identifier ses pensées.

Nicolas. Dans l'annexe XI, on remarque une augmentation graduelle dans le nombre de PC présentes chez Nicolas de la première séance d'exposition jusqu'à la septième séance. Ensuite, malgré qu'il n'y ait pas eu une autre augmentation en terme de nombre de PC après la septième séance d'exposition, le patient a été capable d'identifier de nouvelles pensées qui sont d'une grande importance pour lui. Ces pensées concernent sa rechute («J'ai peur que vous me trouviez laid maintenant que vous avez vu mon visage.») et son seul moyen pour s'en sortir (la chirurgie plastique). Finalement, tout au long des séances d'exposition, le patient avait besoin d'aide pour identifier ses pensées, c'est-à-dire que l'aide de l'animatrice n'a pas diminuée lors de chaque séance.

L'identification des pensées aidantes

L'évaluation des PA de Mathieu et Nicolas a été faite de la même façon que celle des PC, c'est-à-dire sous forme d'entrevue avec les adolescents. L'identification des PA des deux patients est répertoriée en annexe XII.

Mathieu. Dans l'annexe XII, on remarque que Mathieu a réussi à identifier trois PA à la deuxième séance d'exposition. Ces trois pensées font référence à la première séance qui consistait à rencontrer la directrice de l'école pour sa réintégration scolaire ainsi que pour faire une demi-journée d'exposition en classe. Ses pensées l'ont aidé à affronter sa deuxième séance d'exposition. Malgré que Mathieu ait été capable d'identifier ces trois pensées et qu'il ait compris leur utilité lors de son exposition in vivo, aucune

autre pensée de ce genre n'a été identifiée à la suite de la deuxième séance, ce qui n'est pas favorable à l'atteinte de cet objectif proximal.

Nicolas. Dans l'annexe XII, on remarque que Nicolas a verbalisé seulement qu'une PA durant la totalité des séances d'exposition du programme d'intervention *Super Héros!*, soit : «Je vais faire des efforts juste pour vous deux, pour vous montrer mon visage.». On peut considérer cette pensée d'aidante étant donné qu'elle est encourageante pour le patient. Par contre, théoriquement cette pensée ne fait pas nécessairement référence à un changement cognitif souhaité. Dans son cas, une vraie PA aurait pu être : «J'ai une cicatrice dans le milieu de mon front, mais elle est très petite, donc les gens ne la verront pas nécessairement si je découvre mon visage.».

Discussion

Cette dernière section du rapport débute avec une discussion sur le jugement de l'atteinte des objectifs du programme d'intervention *Super Héros!*. Ensuite, une discussion suivra concernant les liens qui existent entre les résultats et les composantes de l'intervention ainsi que le contexte théorique. Aussi, les avantages et les limites de l'intervention seront discutés. Finalement, des recommandations seront proposées pour une future implantation du programme en milieu hospitalier.

Jugement sur l'atteinte des objectifs du programme

Objectif général

L'objectif général du programme d'intervention *Super Héros!* consistait à réduire le niveau d'anxiété des participants. L'appréciation de l'atteinte de cet objectif s'effectuait à partir de l'*Échelle révisée d'anxiété manifeste pour enfant* en pré-test et en post-test ainsi qu'avec le *Questionnaire d'évaluation du niveau d'anxiété et des comportements d'évitement des peurs* avec des mesures répétées. Ces mesures étaient auto-rapportées par les adolescents et concernaient leur niveau d'anxiété sur le thermomètre de 0 à 10 avant, pendant et après les séances d'exposition in vivo. Il sera difficile de savoir si l'objectif général du programme a été atteint ou non en lien avec les mesures répétées du niveau d'anxiété des participants étant donné qu'aucun niveau de base à cet effet n'a été établi avant l'implantation du programme d'intervention.

Mathieu. Pour l'instrument standardisé, il est impossible de conclure que l'objectif général a été atteint puisque le patient l'a complété au pré-test seulement. Il est donc impossible de faire une comparaison entre les résultats obtenus en pré-test et en post-test.

En ce qui concerne les mesures répétées, on remarque un seul changement du niveau d'anxiété de Mathieu qui se rapproche de l'atteinte de l'objectif général du programme d'intervention, soit une diminution du niveau d'anxiété de près de la moitié entre la première et la deuxième séance pendant l'exposition. Malgré cette diminution considérable en début d'exposition, cette tendance souhaitée ne s'est pas maintenue au fil des séances. Ensuite, on constate un haut niveau d'anxiété avant l'exposition qui est demeuré le même durant les six premières séances, ce qui peut nous laisser croire que l'intervention n'a pas eu les effets souhaités. Pour terminer, on remarque une grande augmentation du niveau d'anxiété de Mathieu à la dernière séance, ce qui va à l'encontre de l'objectif général du programme. En se basant sur

les mesures répétées obtenues, on pourrait croire que l'objectif général du programme n'a pas été atteint chez Mathieu.

Nicolas. Pour l'instrument standardisé, il peut être possible de conclure que l'objectif général du programme a été atteint par Nicolas. Comparativement au score du pré-test, le patient a obtenu une diminution de 5 points au post-test, c'est-à-dire de presque un écart type, ce qui peut être considéré comme un effet cliniquement significatif du programme. Aussi, cette diminution est d'autant plus importante étant donné qu'on observe une désirabilité sociale de l'adolescent au pré-test mais pas au post-test. Par contre, malgré cette diminution significative, Nicolas demeure tout de même avec un niveau d'anxiété élevé qui s'avère cliniquement problématique selon les normes de l'instrument de mesure utilisé.

En ce qui concerne les mesures répétées qui étaient auto-rapportées par Nicolas, on observe une diminution de moitié de son niveau d'anxiété avant, pendant et après l'exposition entre la première et la cinquième séance inclusivement, ce qui est non négligeable dans l'atteinte de l'objectif général du programme considérant la chronicité de son trouble anxieux. En tenant compte de cette diminution, on peut croire que les premières séances d'exposition pourraient avoir eu des effets positifs sur l'anxiété de Nicolas. Par contre, à la sixième séance, on observe une augmentation significative de plus de la moitié du niveau d'anxiété de l'adolescent pendant et après l'exposition comparativement aux deux séances précédentes. De plus, après la sixième séance, on constate un niveau d'anxiété élevé avant l'exposition, ce qui va à l'encontre des résultats souhaités par le programme d'intervention. Ce niveau d'anxiété élevé avant les séances peut nous laisser croire que l'évènement vécu à la sixième séance est venu affecter négativement les pensées anxieuses et l'estime de soi de l'adolescent. On peut donc sous-entendre que la généralisation des acquis des premières séances d'exposition du programme est facilement ébranlable par des évènements contextuels. L'ensemble de ces résultats ne permet pas de conclure à l'atteinte de l'objectif général.

Objectifs proximaux

Le premier objectif proximal du programme d'intervention *Super Héros!* visait l'augmentation de la connaissance de stratégies de gestion des symptômes anxieux des jeunes ciblés. L'appréciation de l'atteinte de cet objectif s'effectuait à partir du *Questionnaire d'évaluation de la connaissance de stratégies de gestion des symptômes anxieux* au pré-test et au post-test pour Mathieu et Nicolas.

Mathieu. Il est impossible de conclure que le premier objectif proximal du programme d'intervention a été atteint étant donné que le patient a seulement rempli le questionnaire au pré-test. Il est donc impossible de faire une comparaison entre les résultats obtenus en pré-test et en post-test.

Nicolas. Il est impossible de conclure dans son ensemble l'atteinte du premier objectif proximal du programme d'intervention puisque Nicolas n'a pas rempli les deux dernières questions du questionnaire au post-test. Outre ces manquements, si l'on compare les résultats du pré-test et du post-test pour la première question du questionnaire, on s'aperçoit que Nicolas utilisait seulement un moyen de plus pour se détendre, soit la prise de «pastille contre le stress». Malgré que ce dernier moyen augmente le nombre de stratégies de gestion des symptômes anxieux au post-test, il ne correspond pas aux moyens enseignés par l'animatrice lors de l'implantation du programme d'intervention, par exemple l'écoute de musique, la relaxation musculaire ou l'exercice physique. Par contre, Nicolas a tout de même mentionné au post-test qu'il utilisait les grandes respirations comme moyen pour se détendre, ce qui pourrait faire référence à la respiration abdominale qui a été enseignée durant le programme.

Le deuxième objectif proximal du programme d'intervention *Super Héros!* visait l'augmentation de la capacité d'identifier les PC présentes lors d'une situation anxiogène. Globalement, les mesures auto-rapportées par les deux patients permettent d'affirmer que cet objectif a été atteint dans les deux cas.

Mathieu. Après sa première séance d'exposition, Mathieu a été capable d'identifier cinq PC. Ensuite, il a été capable d'identifier de nouvelles PC qui le rendaient anxieux lors des autres séances d'exposition, ce qui est favorable à l'atteinte de l'objectif. De plus, l'animatrice a noté que plus les séances avançaient, plus l'adolescent était capable d'énumérer ses pensées aisément, ce qui va également dans le sens de l'atteinte de cet objectif.

Nicolas. Malgré que l'animatrice a noté que Nicolas avait autant besoin d'aide au début du programme qu'à la fin pour identifier ses PC présentes lors d'une situation anxiogène, on remarque une augmentation graduelle dans le nombre de pensée identifiée ainsi que dans la profondeur de leur contenu. Ces améliorations ont contribué à l'atteinte du deuxième objectif proximal du programme d'intervention.

Le troisième objectif proximal du programme d'intervention *Super Héros!* visait l'augmentation de la capacité d'identifier les PA présentes lors d'une situation anxiogène. Globalement, les mesures auto-rapportées par les deux patients permettent d'affirmer que cet objectif a été partiellement atteint chez Mathieu et non atteint chez Nicolas.

Mathieu. Comparativement à la première séance, Mathieu a été capable d'identifier trois PA qui l'ont aidé à faire diminuer son anxiété lors de sa deuxième exposition, ce qui est une amélioration considérable pour l'atteinte de cet objectif proximal. Outre l'identification de ces pensées, l'animatrice a noté que le patient avait bien compris leur utilité. Par contre, même si le patient avait compris l'utilité de ces pensées, il n'a pas réussi à en identifier de nouvelles pour ses autres peurs présentes au fil des séances d'exposition. Les PA identifiées par Mathieu à la deuxième séance d'exposition font surtout référence à des éléments extérieurs à lui. Il a donc été impossible pour le patient d'identifier des PA en lien avec ses peurs concernant ses propres caractéristiques personnelles, dont sa beauté physique, par exemple : «Même s'il est vrai que je ne suis pas le garçon le plus musclé de l'école, je serai tout de même capable de me trouver une amoureuse».

Nicolas. Nicolas a été capable d'identifier seulement une PA lors de la troisième séance d'exposition, soit : « Je vais faire des efforts juste pour vous deux.». Comme mentionnée dans la section évaluation des effets de ce rapport, malgré qu'elle soit rassurante, cette phrase ne peut être considérée comme étant un changement de pensée ou une PA proprement dite. Durant la totalité du programme d'intervention, Nicolas a été incapable d'identifier des PA reliées à ses peurs. L'objectif d'augmenter la capacité à identifier des PA lors d'une situation anxiogène n'a donc pas été atteint par Nicolas.

Le quatrième objectif proximal du programme d'intervention *Super Héros!* visait la diminution des comportements d'évitement associés à une situation anxiogène. Avec les résultats obtenus au *Questionnaire d'évaluation du niveau d'anxiété et des comportements d'évitement* qui ont été notés dans le journal de bord de l'animatrice, on peut affirmer une atteinte partielle de l'objectif pour les deux patients.

Mathieu. Lors des sept séances d'exposition, Mathieu a réussi à s'exposer à ses peurs cinq fois de façon acceptable et adéquate, ce qui est favorable à l'atteinte de cet objectif. Malgré que le patient ait manifesté certains comportements d'évitement à intensité élevée, par exemple le retour à la maison sans le consentement de l'animatrice et les menaces suicidaires à la dernière séance d'exposition, il a été capable d'affronter ses peurs à plusieurs reprises durant l'implantation du programme d'intervention. De plus, considérant que Mathieu était hospitalisé depuis un mois et demi et qu'il avait cessé complètement d'aller à l'école depuis quelques mois avant son hospitalisation, on peut dire que les résultats obtenus sont favorables à l'atteinte de l'objectif. On peut donc affirmer qu'il y a eu une diminution des comportements d'évitement de l'adolescent et un début de mobilisation progressive vers un retour à l'école. Par contre, on ne peut pas affirmer qu'il y a eu une généralisation des résultats souhaités.

Nicolas. Nicolas a réussi à affronter ses peurs quelques fois en début de programme, ce qui est non négligeable dans l'atteinte de l'objectif. Malgré qu'il n'y ait eu aucune donnée objective de prise sur les comportements d'évitement de l'adolescent avant l'implantation du programme d'intervention, on pouvait observer quotidiennement Nicolas qui se cachait le visage continuellement de toute sorte de façon à l'unité de pédopsychiatrie. La première fois que l'animatrice a pu voir le visage du patient, ce fut lors de la première séance d'exposition. Considérant la chronicité de son trouble, la diminution modeste de ses comportements d'évitement peut être reconnue comme étant un progrès significatif. Cette diminution observée lors des premières séances d'exposition au programme ne s'est pas généralisée dans aucun autre contexte de vie de l'adolescent.

Finalement, malgré qu'ils n'ont pas été des objectifs officiels du programme d'intervention *Super Héros!* et qu'ils n'ont pas été évalués de façon objective par l'animatrice, l'identification et la démystification des sensations physiques reliées à l'anxiété des participants ont été bien comprises par ceux-ci. L'animatrice a observé que Mathieu et Nicolas étaient très attentifs à son enseignement lorsqu'elle parlait des sensations physiques désagréables que l'anxiété pouvait leur procurer. De plus, à la fin du programme, les patients étaient capables d'énumérer toutes les sensations physiques qu'ils ressentaient lorsqu'ils étaient confrontés à une situation anxiogène, ce qui leur était impossible à faire en début de programme. Ensuite, lors de l'enseignement de la démystification des sensations physiques liées à l'anxiété, les patients posaient plus de questions à l'animatrice comparativement à l'enseignement des PA. Mathieu posait des questions sur ses maux de ventre avant d'aller à l'école et Nicolas questionnait

l'animatrice sur sa transpiration excessive ainsi que sur ses douleurs musculaires. Les réponses aux questions ont pu les rassurer et leur faire prendre conscience que leur anxiété était probablement la cause de leurs divers malaises physiques. Bref, selon les observations de l'animatrice, on peut croire que les participants ont bénéficié de l'enseignement sur les sensations physiques durant le programme.

En somme, le jugement sur l'atteinte des objectifs du programme d'intervention *Super Héros!* est mitigé. Certains objectifs ont été atteints alors que d'autres ne l'ont pas été. En lien avec les séances d'exposition, on remarque chez Mathieu et Nicolas une tendance à la diminution du niveau d'anxiété ainsi que des comportements d'évitement qui ne se sont toutefois pas généralisés jusqu'à la fin du programme. Ensuite, l'augmentation de l'identification des PC chez les deux patients a été bien réussie. Par contre, ce même objectif pour les PA n'a pas été atteint. Aussi, l'augmentation de la connaissance de stratégies de gestion des symptômes anxieux reste à être travaillée par les participants et investiguée davantage par l'animatrice. De plus, l'enseignement sur les sensations physiques semble avoir eu un effet positif auprès de Mathieu et Nicolas, malgré qu'il n'ait pas été évalué. Finalement, considérant l'intensité, la fréquence et la chronicité des troubles anxieux des patients, les résultats favorables obtenus au programme sont non négligeables et méritent d'être mis de l'avant.

Liens entre les résultats et les composantes de l'intervention

Lors de l'implantation du programme d'intervention *Super Héros!*, le volet parent(s) a été conforme à ce qui avait été planifié. La collaboration des parents avec l'animatrice a pu permettre aux deux adolescents d'avoir un meilleur encadrement à domicile, particulièrement pour Nicolas. Comme mentionné précédemment, Nicolas était en centre de jour à l'unité de pédopsychiatrie, c'est-à-dire qu'à chaque fin de journée, du lundi au vendredi, il retournait à domicile pour y passer la soirée et la nuit. La bonne compréhension des deux parents sur l'importance de la fréquentation en milieu hospitalier de leur adolescent a pu leur permettre d'établir une discipline rigoureuse pour mobiliser leur fils à se rendre à l'unité tous les matins. Nicolas a été présent à toutes les séances du programme d'intervention. En ce sens, l'encadrement des parents a permis de réduire le taux d'absentéisme aux séances ce qui a été favorable pour l'atteinte des objectifs du programme.

Lors de l'implantation du programme d'intervention *Super Héros!* plusieurs composantes du volet enfant/adolescent ont subi des modifications ayant pu affecter les résultats de façon positive ou négative. La majorité des modifications des composantes du programme ont été effectuées pour répondre aux nombreuses demandes du milieu, c'est-à-dire pour adapter les modalités d'intervention en fonction, plus particulièrement, des exigences du médecin traitant ainsi que des éducateurs responsables des patients. De plus, certaines modifications ont été faites pour répondre aux besoins individuels de chacun des patients afin d'augmenter leur taux de réussite dans l'atteinte des différents objectifs du programme.

Plusieurs modifications aux composantes du programme d'intervention ont pu affecter les résultats de façon positive, dont les adaptations qui ont été faites pour augmenter et/ou maintenir un niveau acceptable de motivation des participants, pour créer un lien de confiance avec eux, pour mieux les encadrer lors de leur exposition, pour leur donner rapidement des moyens afin de faciliter leur exposition ainsi que pour éviter une augmentation de leur niveau d'anxiété. Comme la motivation des participants peut être centrale pour la réussite des interventions, l'animatrice s'y est ajustée en début de programme. Étant donné que le programme d'intervention *Super Héros!* avait été prescrit aux adolescents par leur médecin et qu'ils étaient parfois démotivés à y participer, l'animatrice a fait quelques changements à son programme. Au lieu d'avoir été faites de façon manuscrite, les activités pratiques ont été réalisées à haute voix. De cette façon, les efforts à faire des adolescents étaient réduits au maximum. D'ailleurs, ce changement a été grandement apprécié par Nicolas qui avait de la difficulté à écrire à cause de son trouble d'apprentissage. De plus, l'utilisation de ce procédé a permis d'éviter qu'il se retrouve face à un échec dès le début du programme. Les échecs sont à éviter tout au long du programme d'intervention étant donné qu'ils peuvent faire diminuer la motivation des patients, ce qui n'est pas souhaitable. Ensuite, comme autre changement fait pour améliorer ou maintenir un niveau de motivation acceptable chez les participants, l'animatrice a décidé de ne pas leur faire remplir leur journal de bord, ce qui demandait un investissement motivationnel considérable. Certaines informations de leur journal de bord ont été récupérées par l'animatrice à haute voix.

Outre la motivation des adolescents, la création d'un lien de confiance est elle aussi essentielle pour la réussite des interventions. L'ajout de la présence des éducateurs responsables des participants lors de la présentation du programme d'intervention a permis de faire une transmission du lien de confiance entre les adolescents et l'animatrice, particulièrement avec Mathieu. Avant la présentation du programme, l'animatrice avait eu peu d'opportunité de créer un lien significatif avec lui. La présence de son éducateur a permis de faciliter la communication étant donné que Mathieu était craintif face aux demandes de

l'animatrice. La signature de son contrat d'engagement a été facilitée par la présence de son éducateur. Ensuite, concernant Nicolas, l'animatrice avait déjà établi un lien de confiance avec lui étant donné qu'il avait été hospitalisé à l'unité quelques mois auparavant. Par contre, l'ajout de son éducateur responsable durant les premières séances du programme a facilité la consolidation de ce lien, mais a aussi aidé l'animatrice à savoir comment intervenir avec lui lorsqu'il manifestait ses nombreux comportements d'évitement. Après avoir observé les interventions de l'éducateur envers les comportements de Nicolas, l'animatrice s'est sentie plus en confiance pour intervenir avec ce dernier. Cela a pu avoir eu un impact positif sur la qualité de l'animation de la stagiaire au programme.

Malgré que la qualité de l'animation n'ait pas fait l'objet d'une évaluation objective dans ce projet, elle est tout de même importante à considérer dans les résultats obtenus à l'implantation du programme. En observant l'éducateur de Nicolas lors des premières séances du programme, l'animatrice s'est aperçue que l'approche à utiliser étant la plus susceptible de donner les meilleurs résultats pour faire l'animation des séances d'exposition était une approche directive plutôt que semi-directive. Ce changement d'approche était nécessaire à l'atteinte des objectifs du programme étant donné que l'anxiété des participants était très intense et chronique. Parce que Mathieu et Nicolas manifestaient plusieurs comportements d'évitement lors des séances d'exposition, l'animatrice devait être plus rigide dans ses directives afin qu'ils affrontent leurs peurs et qu'ils réduisent, par le fait même, leur niveau d'anxiété.

Outre le changement d'approche pour faciliter l'exposition des participants, un autre changement dans les composantes du programme a été fait par l'animatrice, soit le devancement de la séance sur les stratégies de gestion des symptômes anxieux. Étant donné que les séances d'exposition ont été animées dès le début du programme avec les deux participants, l'animatrice a décidé de leur enseigner le plus rapidement possible les stratégies de gestion des symptômes anxieux. De cette façon, les adolescents ont pu utiliser les stratégies qu'ils s'étaient appropriées pour se faciliter la tâche lors de leur exposition. Sans ce changement, l'affrontement des peurs aurait été encore plus difficile pour eux, ce qui aurait pu mener à un plus grand manque de collaboration de leur part, donc à un congé définitif de l'hôpital plus rapide, ce qui n'aurait pas été souhaitable pour les jeunes et pour le programme d'intervention. De plus, sans stratégie concrète de gestion des symptômes anxieux, les adolescents auraient vécu une plus grande détresse psychologique lors de leur exposition surtout si l'on considère qu'elle a été faite de façon drastique, plus particulièrement pour Nicolas.

Finalement, comme dernier changement ayant pu avoir un effet positif sur Mathieu, l'animatrice a décidé de ne pas animer les exercices pratiques avec lui lorsqu'il était anxieux dans le trajet de transport avant d'arriver à l'école. Pour se calmer dans la camionnette, le patient avait adopté l'écoute de musique comme stratégie de gestion de son anxiété. Étant donné qu'il utilisait un moyen approprié pour gérer son anxiété de façon autonome, l'animatrice s'est abstenue dans l'animation des exercices pratiques prévus à ce moment-là. De plus, elle a pris cette décision parce qu'elle ne voulait pas que l'anxiété de Mathieu se maintienne ou augmente en discutant ou en mettant l'accent sur ses sensations physiques désagréables ressenties.

Malgré les efforts de jugement clinique de l'animatrice dans le changement de certaines composantes du programme d'intervention pour favoriser l'atteinte des objectifs, certaines modifications des composantes ont pu faire en sorte d'obtenir des résultats qui sont neutres ou qui ne vont pas dans le sens souhaité. La plus importante modification au programme qui a pu avoir des effets néfastes sur l'ensemble des objectifs du programme a été le commencement de l'exposition in vivo en début de programme alors que son animation avait été planifiée en fin de programme. Habituellement, l'exposition est faite à la fin des programmes de TCC, car cela donne le temps au thérapeute d'expliquer aux patients de façon détaillée les objectifs de cette technique, ses différentes étapes, ses composantes et de bien situer celle-ci dans l'ensemble du traitement (Chaloult *et al.*, 2008). De plus, généralement lorsque les patients manifestent une grande anxiété anticipatoire face à l'exposition, ce qui a été le cas avec les deux participants au programme, le thérapeute doit enseigner préalablement des stratégies de gestion des symptômes anxieux pour faciliter cette exposition. Dans le cadre de ce projet, certaines stratégies ont été enseignées aux jeunes, mais elles ont été vues très rapidement et peu de temps de pratique leur ont été alloués. La faible généralisation des acquis de ces stratégies, comme la respiration abdominale et la relaxation musculaire, a aidé les jeunes modestement à réduire leur niveau d'anxiété avant et pendant l'exposition.

En plus du commencement de l'exposition en début de programme, Nicolas a dû faire son exposition simultanément avec les séances théoriques. Ce changement de conformité au programme a certainement influencé négativement l'atteinte de deux objectifs proximaux du programme, dont l'augmentation de la connaissance de stratégies de gestion des symptômes anxieux ainsi que l'augmentation de la capacité à identifier les PA d'une situation anxiogène. À cause de l'intensité et de la chronicité de son anxiété, Nicolas voulait éviter de faire son exposition, donc il manifestait de nombreux comportements d'évitement durant les séances. La gestion de ces comportements a demandé plus de

temps à l'animatrice, ce qui en laissait moins à l'enseignement de la théorie sur l'anxiété. La faible compréhension des concepts théoriques et le peu de pratique des stratégies de gestion des symptômes anxieux sont objectivement observables dans les résultats obtenus au programme. Dans un autre ordre d'idée, les séances du programme ont pu être perçues comme déplaisantes par Nicolas. Cette association négative aux séances a pu être causée par l'exposition demandée systématiquement par l'animatrice à chaque semaine. Cela a pu engendrer ou maintenir un niveau d'anxiété élevé chez l'adolescent avant d'entrer dans le bureau avec la stagiaire à partir de la moitié du programme ainsi qu'une diminution de la qualité de sa participation au même moment.

L'évaluation de la différenciation du programme d'intervention *Super Héros!* a révélé plusieurs informations pertinentes qui pourraient expliquer les résultats obtenus souhaités par le programme pour les deux participants. Plusieurs interventions externes au programme ont été effectuées par certains membres de l'équipe multidisciplinaire qui ont pu influencer les participants, dont les suivis individuels faits par le pédopsychiatre, les éducateurs responsables ainsi que les suivis familiaux faits par la travailleuse sociale. Plus particulièrement, l'évaluation de la différenciation a révélé une prise de médication par Nicolas durant le programme. Le commencement de la prise des anxiolytiques concorde avec la diminution du niveau d'anxiété de l'adolescent entre la deuxième et la cinquième séance d'exposition. De plus, au même moment, la gradation de posologie pourrait avoir eu un effet positif sur son niveau d'anxiété. D'autant plus qu'aucune mesure de niveau de base a été prise pour le niveau d'anxiété de Nicolas, il est difficilement prouvable que la réduction du niveau d'anxiété soit uniquement due aux interventions du programme. Ensuite, la prise de médication pourrait également avoir eu un effet positif sur la réduction du niveau d'anxiété au post-test de l'*Échelle révisée d'anxiété manifeste pour enfant*. Par contre, malgré la prise continue d'anxiolytiques chez l'adolescent durant la totalité du programme, on observe tout de même des fluctuations de son niveau d'anxiété à partir de la sixième séance d'exposition. Cela peut laisser croire que le niveau d'anxiété de Nicolas n'est pas seulement influencé par sa médication, car s'il en était ainsi, il se serait maintenu à un faible niveau d'anxiété.

Liens entre les résultats et le contexte théorique

En ce qui concerne les résultats obtenus par les deux participants lors de l'implantation du programme d'intervention *Super Héros!*, ils peuvent s'expliquer de différentes manières en lien avec le contexte théorique de ce projet, soient avec la chronicité de leur trouble, leur participation à la TCC, leur comorbidité avec d'autres symptômes ou troubles ainsi qu'avec les facteurs de maintien de leur anxiété.

La chronicité des troubles anxieux. Mathieu et Nicolas avaient un diagnostic de phobie sociale et manifestaient un refus scolaire catégorique. N'étant pas un diagnostic en soi, la phobie scolaire est souvent liée à la phobie sociale (Marra *et al.*, 1997). La littérature scientifique estime que 5% des consultations en milieu pédopsychiatrique font référence à la phobie scolaire, ce qui est un pourcentage considérable (Marra *et al.*, 1997). Généralement, les adolescents ayant un diagnostic de phobie sociale sont très soucieux du regard des personnes qui les entourent, car ils ont peur d'agir de façon inappropriée et d'être jugés négativement par celles-ci. Ces jeunes essaient donc d'éviter le plus possible les situations sociales. Dans les cas les plus sévères où une intervention hospitalière est nécessaire, comme pour Mathieu et Nicolas, les jeunes évitent toutes les situations sociales pour ne pas vivre la grande détresse que leur anxiété occasionne, par exemple le milieu scolaire. Plus les situations anxiogènes sont évitées, plus les peurs et les angoisses des jeunes prennent de l'ampleur. Plus les peurs sont intenses et fréquentes, plus on observe habituellement une rupture de fonctionnement quotidien. Lorsque le trouble anxieux est chronique et tarde à être traité, il est plus difficilement curable, ce qui pourrait expliquer en partie les résultats non favorables à l'implantation du programme d'intervention. Finalement, c'est pour que les participants retrouvent un fonctionnement adaptatif normal qu'il était primordial d'intervenir le plus rapidement possible auprès de Mathieu et Nicolas en leur imposant le programme *Super Héros!*.

La thérapie cognitive-comportementale. La majorité des programmes d'intervention curatifs pour les enfants et les adolescents ayant un ou des troubles anxieux diagnostiqués sont basés sur l'approche cognitive-comportementale qui constitue la forme d'intervention dont l'efficacité a été la plus documentée jusqu'à présent (Chaloult *et al.*, 2008). Les interventions de cette approche comprennent particulièrement la restructuration cognitive ainsi que l'exposition in vivo qui ont été utilisées comme interventions dans le programme *Super Héros!*. En premier lieu, la restructuration cognitive n'a pas donné les résultats escomptés avec Mathieu et Nicolas. Ces résultats non favorables à l'atteinte des objectifs du programme sont probablement dus à un manque de pratique des adolescents aux changements de leurs PC en PA. Comparativement au programme d'intervention *Super Actif!* et *Coping Cat*, le programme *Super Héros!* comprend une seule séance théorique qui est accordée à l'explication ainsi qu'à la pratique de la restructuration cognitive, ce qui semble insuffisant pour des adolescents ayant un trouble anxieux chronique qui nécessite des interventions de troisième ligne.

En deuxième lieu, l'exposition in vivo, qui est considérée comme étant la meilleure intervention pour faire disparaître ou réduire le niveau d'anxiété d'une personne anxieuse (Chaloult *et al.*, 2008),

faisait partie, elle aussi, du programme *Super Héros!*. La moitié du programme étant consacré à cette intervention qui a eu des résultats positifs considérables en lien avec la mobilisation des patients vers un meilleur fonctionnement adaptatif ainsi qu'avec la diminution de leur niveau d'anxiété et de leurs comportements d'évitement. Par contre, étant donné la chronicité de leur anxiété, il aurait été profitable pour les patients de s'exposer encore plus à leur situation anxiogène sur une plus longue période de temps (quelques semaines de plus) afin de consolider davantage leurs acquis et de les généraliser à d'autres contextes de vie.

On sait que l'anxiété mobilise tout l'organisme au niveau affectif, physique, cognitif ainsi qu'au niveau des comportements de la personne (Ladouceur *et al.*, 1999). Étant donné que l'exposition de Nicolas a été faite simultanément avec les séances théoriques, il était très peu disponible à tous les niveaux pour comprendre, apprendre et pour retenir les différents concepts enseignés par l'animatrice, comme les stratégies de gestion des symptômes anxieux ainsi que les changements de pensées. Malgré l'aide offerte, lorsque Nicolas exposait son visage à l'animatrice, toute son énergie était donc concentrée pour combattre ses peurs et non pas pour apprendre des concepts théoriques sur l'anxiété. On peut donc croire que cette caractéristique de l'anxiété a pu influencer négativement l'atteinte de deux objectifs proximaux du programme pour Nicolas, soient l'augmentation de la connaissance de stratégies de gestion des symptômes anxieux et l'augmentation de la capacité d'identification des PA d'une situation anxiogène.

La comorbidité des troubles anxieux. Avec les études scientifiques qui ont été faites sur les adolescents ayant un problème de santé mentale, on sait maintenant qu'ils sont plus à risque d'en développer un deuxième (Dumas, 2007). Les troubles anxieux ne font pas exception à la règle en ce qui concerne la comorbidité (Turgeon & Gendreau, 2007). Dans le cadre de ce projet, Mathieu présentait des symptômes dépressifs et Nicolas avait un trouble d'apprentissage.

On sait que les troubles anxieux et la dépression sont intimement liés (Albano *et al.*, 2003; Costello *et al.*, 2003). Effectivement, Mathieu a été hospitalisé pour une dépression majeure au départ. Par contre, après l'avoir observé et évalué dans différents contextes de vie à l'unité de pédopsychiatrie, l'équipe multidisciplinaire a changé d'avis. Mathieu présentait plutôt des symptômes dépressifs et anxieux et, finalement, il a été diagnostiqué ayant une phobie sociale. Après un mois d'hospitalisation, l'équipe s'est rendu compte que le patient amplifiait volontairement ses symptômes dépressifs pour paraître plus malade qu'il ne l'était en réalité, afin de demeurer à l'hôpital. Malgré que son anxiété pouvait lui causer beaucoup tristesse en lien avec son isolement social, Mathieu n'était pas en dépression. De cette

façon, il a pu éviter l'école et son milieu familial pour un certain temps. Le patient se sentait mieux à l'hôpital qu'à son domicile ce qui peut être considéré comme étant un effet iatrogène de l'hospitalisation. L'accentuation des symptômes dépressifs et anxieux de Mathieu a pu avoir des répercussions négatives importantes dans l'atteinte des objectifs du programme d'intervention *Super Héros!*. Dans sa façon de faire et de penser, Mathieu ne devait jamais laisser paraître que son état s'améliorait ou qu'il allait bien, parce qu'il voulait éviter d'avoir son congé définitif de l'hôpital. On peut croire que son niveau d'anxiété est resté sensiblement le même durant l'implantation du programme à cause de cette attitude. De plus, lors de la dernière séance d'exposition, on peut croire que Mathieu a fait des menaces suicidaires afin d'inquiéter les membres de l'équipe en lien avec son état pour faire durer son hospitalisation. L'ensemble des données recueillis par l'animatrice a pu être teinté de cette attitude, ce qui est indésirable dans l'atteinte des objectifs du programme d'intervention.

Ensuite, on sait que d'autres troubles comorbides moins fréquents que les troubles de l'humeur peuvent être associés aux troubles anxieux (Eisen *et al.*, 2007; Turgeon & Gendreau, 2007). En plus de sa phobie sociale, Nicolas avait un trouble d'apprentissage. Ce trouble est habituellement décrit comme étant un dysfonctionnement dans le processus d'acquisition de connaissance (ACTA, 2011). L'animatrice a remarqué de nombreuses lacunes dans l'écriture de l'adolescent sur les questionnaires d'évaluation. De plus, son trouble d'apprentissage a certainement eu des répercussions indésirables dans l'atteinte de l'objectif général et des objectifs proximaux du programme, particulièrement à l'augmentation de la connaissance de stratégies de gestion des symptômes anxieux ainsi qu'à l'augmentation de la capacité d'identification des PA. Par conséquent, Nicolas a éprouvé plus de difficultés à appliquer les concepts enseignés afin de diminuer son niveau d'anxiété.

Les facteurs de maintien de l'anxiété. Outre la grande comorbidité présente chez les jeunes ayant des problèmes de santé mentale, il y a les facteurs de maintien de l'anxiété qui peuvent complexifier l'intervention curative. Pour Mathieu et Nicolas, certains facteurs de maintien de l'anxiété peuvent être considérés comme déterminants dans les résultats obtenus, particulièrement au niveau de leurs distorsions cognitives.

Dans le cas de Mathieu, il avait des processus cognitifs erronés en lien avec son hospitalisation à l'unité de pédopsychiatrie et en lien avec le jugement négatif de ses pairs à l'école. Il se peut que durant le programme, l'adolescent ne voulût pas faire d'effort pour changer ses distorsions cognitives face à son milieu scolaire puisqu'il voulait continuer à l'éviter afin de poursuivre son hospitalisation. La faible

augmentation d'identification des PA de Mathieu pourrait être due à cette explication. De plus, comme autre facteur de maintien de son anxiété, mentionnons le divorce récent de ses parents qui fait partie des événements de vie stressants. Cet événement qui est hors du contrôle de Mathieu a pu lui procurer un sentiment d'impuissance face à la situation, ce qui a pu faire augmenter et/ou maintenir son anxiété. Finalement, l'ambiance familiale désagréable présente à la maison a pu maintenir les comportements d'évitement du patient à l'école afin de poursuivre son hospitalisation, ce qui pouvait l'empêcher de retourner à domicile.

Dans le cas de Nicolas, le facteur de maintien le plus important de son anxiété était la présence de ses distorsions cognitives chroniques envers lui-même et autrui. Ses pensées erronées engendraient chez lui des comportements inadaptés. Ces comportements engendraient à leur tour chez Nicolas une rupture de fonctionnement qui était présente même à l'hôpital, soit le visage caché en tout temps. L'interprétation erronée et négative qu'utilisait l'adolescent pour se comprendre lui-même et pour comprendre son environnement maintenait ou faisait augmenter son anxiété dépendamment des situations. À cause de ses pensées extrêmement difficiles à changer, Nicolas vivait un grand sentiment d'impuissance face à son état qu'il jugeait «médiocre». Les résultats obtenus qui vont à l'encontre des objectifs du programme ont sûrement été influencés par ses pensées chronicisées, particulièrement en ce qui concerne l'identification des PA. Nicolas ne voulait changer aucune de ses pensées erronées, car il les croyait réelles. Il avait une rigidité de pensée qui se manifestait en essayant de convaincre l'animatrice qu'il avait raison sur tout, essentiellement sur l'ampleur de sa cicatrice et sur les répercussions qu'elle pouvait avoir chez autrui. Après avoir réussi les séances d'exposition en début de programme, c'est-à-dire après avoir montré son visage aux personnes responsables de l'animation du programme, Nicolas a manifesté une escalade de pensées erronées. À la sixième séance d'exposition, l'adolescent mentionnait qu'il ne pouvait plus montrer son visage aux autres personnes puisqu'elles l'avaient déjà vu et qu'elles croiraient maintenant qu'il avait raison, donc «qu'il était vraiment laid». La mauvaise interprétation de son environnement a été observée lorsque la psychoéducatrice lui a lancé des objets sur la tête. À partir de cet événement, l'adolescent s'identifiait comme étant «un bon à rien» et «un monstre», étant donné qu'il avait été agressif physiquement envers cette dernière. Ces faits sont sûrement en cause dans le niveau élevé d'anxiété que ressentait Nicolas avant l'exposition après la sixième séance.

Avantages et limites de l'intervention

Le programme d'intervention *Super Héros!* comporte plusieurs avantages et limites qui seront brièvement abordés dans la section suivante. De plus, certaines recommandations d'intervention et d'évaluation seront mentionnées pour une future implantation du programme en lien avec ses limites.

Avantages

Le programme *Super Héros!* comprend des avantages distincts qui méritent d'être mentionnés. Pour débiter, le programme est innovateur pour l'unité de pédopsychiatrie. Malgré qu'il y ait une clinique spécialisée des troubles anxieux à l'Hôpital Sainte-Justine, l'unité de pédopsychiatrie reçoit chaque année plusieurs demandes de services pour des jeunes ayant un trouble anxieux. Même si les professionnels de ce milieu utilisent la thérapie comportementale, comme l'exposition in vivo ou en imagination, aucun programme curatif de TCC complet n'était mis en place à l'unité pour traiter les enfants et les adolescents ayant une telle problématique. Le programme *Super Héros!* a donc permis de faire des interventions basées sur une approche qui a démontré empiriquement son efficacité à maintes reprises auprès de cette clientèle (Chaloult *et al.*, 2008). En ce sens, le programme a permis d'animer concrètement la restructuration cognitive auprès des jeunes en utilisant du matériel déjà préparé qui est présenté en partie en annexe XIII. Le programme répond conséquemment à deux besoins primordiaux du personnel hospitalier, soient de baser leurs interventions sur les meilleures pratiques scientifiques ainsi que d'avoir des moyens de mise en relation concrets (programme/matériel) pour traiter leurs patients.

Étant un programme de TCC, *Super Héros!* a utilisé l'exposition in vivo pour désensibiliser les patients à leurs peurs. Il y a approximativement 50% du programme qui est dédié à cette intervention ce qui est très avantageux puisque, selon Louis Chaloult (2008), c'est le meilleur moyen pour obtenir de bons résultats à court et à long terme avec les personnes anxieuses. Étant en rupture de fonctionnement, les patients vivant avec un trouble anxieux sont constamment en évitement avec leur environnement. L'exposition permet donc de mobiliser ces derniers afin qu'ils puissent constater par eux-mêmes plusieurs choses, dont qu'il est impossible de mourir d'anxiété, que les sensations physiques désagréables finissent par diminuer voir même disparaître, etc. Ces constatations leur permettent donc de se confronter à leurs distorsions cognitives, ce qui peut être encourageant et motivant pour eux. Bref, une exposition bien faite est un élément clef qui permet de faire vivre des réussites aux patients et qui favorise l'atteinte des objectifs du programme.

Comme autres avantages, le programme a répondu à certains besoins et caractéristiques d'une clientèle étant en service de troisième ligne. *Super Héros!* est un programme curatif individualisé, ce qui permet d'intervenir de façon personnalisée et de tenir compte des forces et limites de chacun des adolescents. Cela donne habituellement de meilleurs résultats avec une clientèle en rupture de fonctionnement (Turgeon & Gendreau, 2007).

Ensuite, il y a un aspect de la sélection des sujets qui peut être avantageux pour l'intervention, soit l'acceptation des patients ayant recours à la médication. La combinaison de la pharmacothérapie et de la psychothérapie est à privilégier avec les cas les plus gravement atteints (Borgeat & Zullino, 2004). Cette combinaison donne souvent de bons résultats étant donné que généralement la prise d'anxiolytique rend les patients davantage disponibles physiquement et cognitivement pour participer et pour intégrer les concepts théoriques enseignés lors de la psychothérapie (Berthiaume, 2009).

Par la suite, comme autres avantages pour la clientèle de troisième ligne, le programme d'intervention *Super Héros!* est polyvalent, c'est-à-dire qu'il a pu être animé auprès de patients utilisant des services différents de l'unité, soient en étant hospitalisé ou en centre de jour. Cette polyvalence permet donc d'offrir des services de traitement à un bassin de population plus grand, ce qui est souhaitable sachant que les troubles anxieux chez les enfants et les adolescents sont les troubles mentaux ayant la plus grande prévalence (Rapee *et al.*, 2000). De plus, en utilisant une perspective écosystémique, l'intervention du programme est avantagée étant donné que les patients ont pu profiter d'un encadrement à l'hôpital, en milieu scolaire ainsi qu'à domicile, ce qui fait généralement augmenter les chances de réussites des programmes d'intervention curatifs (Berthiaume, 2009). Aussi, comme autre atout, le programme a été créé et animé en fonction du milieu de vie de l'unité de pédopsychiatrie. Avec ses exercices pratiques, le programme utilise le milieu de vie dans le vécu éducatif partagé avec les patients pour faire ses interventions et ainsi favoriser une généralisation des acquis, ce qui est souhaitable pour des adolescents ayant une phobie sociale.

Finalement, le programme d'intervention *Super Héros!* est un avantage pour l'avancement et la visibilité de la profession. Ce programme est un exemple concret de l'apport professionnel d'un psychoéducateur (future psychoéducatrice) dans une équipe multidisciplinaire en milieu hospitalier. Plus précisément, ce projet est une démonstration complète des nombreuses compétences qu'un psychoéducateur possède, par exemple planifier, créer, implanter et évaluer un programme d'intervention ainsi que l'adapter aux divers besoins d'un milieu et d'une clientèle spécifique. Ces

aptitudes démontrent l'importance de la contribution de la psychoéducation au sein des équipes de santé mentale enfance et jeunesse (OPPQ, 2011).

Limites

Malgré que le programme d'intervention *Super Héros!* comporte plusieurs avantages, il contient certaines limites qui doivent être mentionnées dans le but de faire principalement quelques recommandations et changements pour une future implantation. Les limites prépondérantes du programme se situent au niveau de sa méthodologie et de ses résultats.

Méthodologie. Le programme d'intervention comporte deux limites importantes qui se retrouvent dans sa composante «Programme et contenu». Étant donné que l'ensemble de la littérature scientifique rapporte que la participation des parents au programme d'intervention est avantageuse pour les enfants et les adolescents ayant un trouble anxieux (Barrett, Duffy, Dadds, & Rapee, 2001), *Super Héros!* a été conçu avec un volet parent(s). Par contre, il serait préférable pour une future implantation de développer davantage ce volet vu qu'il contient seulement que deux séances avec les parents. En les impliquant davantage dans le programme, les parents pourront faire des apprentissages plus approfondis quant aux causes et aux manifestations de l'anxiété de leur enfant, aux différentes stratégies de gestion de l'anxiété, aux modifications de leurs pratiques parentales, comme leur surprotection, leur renforcement des comportements d'évitement de leur enfant, etc. (Berthiaume *et al.*, 2007), ce qui pourrait permettre l'optimisation des bénéfices de l'intervention (Turgeon & Gendreau, 2007). De plus, le volet parent(s) devrait être développé en collaboration avec les travailleurs sociaux de l'unité de pédopsychiatrie afin de poursuivre l'intervention multidisciplinaire qui donne habituellement de bons résultats.

Comme deuxième limite se trouvant dans la composante «Programme et contenu», le programme d'intervention consacre une seule séance théorique à la restructuration cognitive ainsi qu'aux stratégies de gestion des symptômes anxieux, ce qui est insuffisant pour des adolescents ayant un trouble anxieux. Il serait préférable de dédier plus de temps à la restructuration cognitive, car, pour plusieurs, les concepts théoriques qui y sont rattachés peuvent être ardues à comprendre et les changements de pensées difficilement applicables lors de l'exposition. De plus, les distorsions cognitives sont un principal facteur de maintien de l'anxiété, donc il mérite d'être travaillé méticuleusement afin de faire réduire le niveau d'anxiété des participants. Comme la restructuration cognitive, plus de temps dans le programme devrait être accordé aux stratégies de gestion des symptômes anxieux. En ce sens, les participants pourraient

bénéficier d'une plus longue période de temps avec l'animatrice pour apprendre et pratiquer ces stratégies. Les heures de pratique supplémentaire des patients pourraient leur permettre de développer une meilleure capacité à ressentir les bienfaits de la relaxation musculaire et de la respiration abdominale, ce qui pourrait les motiver davantage à pratiquer et appliquer ces stratégies lorsqu'ils sont anxieux. L'application de ces recommandations pour une future implantation du programme pourra probablement améliorer l'atteinte des deux objectifs qui y sont reliés.

En étant toujours dans les limites de la méthodologie du programme d'intervention *Super Héros!*, l'évaluation de sa mise en œuvre pourrait être améliorée lors d'une future implantation. Malgré la bonne volonté inhérente de la stagiaire face à l'animation de son programme d'intervention, la composante de la «Qualité de l'animation» pourrait être ajoutée dans l'évaluation de sa mise en œuvre. Il est important d'évaluer objectivement cette composante étant donné qu'elle peut influencer positivement ou négativement les résultats au programme (Vitaro, 2010).

Les dernières limites concernant la méthodologie du programme d'intervention sont attribuables à l'évaluation des effets. Tout d'abord, les devis utilisés dans le programme peuvent être remis en question. Un devis pré-test et post-test a été utilisé pour évaluer le niveau d'anxiété des participants ainsi que pour leur connaissance de stratégies de gestion des symptômes anxieux. Ensuite, un devis à mesures répétées a été utilisé pour évaluer le niveau d'anxiété des participants, l'identification de leurs PC et de leurs PA ainsi que pour évaluer leurs comportements d'évitement. Dans une future implantation, un devis de type expérimental serait à privilégier afin d'avoir un meilleur contrôle sur les différentes sources d'invalidité interne et sur les effets qui sont directement liés au programme d'intervention. De plus, la prise d'un niveau de base pour chacun des participants sera essentielle lors d'une future implantation du programme afin de bien connaître leur état (les comportements, le niveau d'anxiété, etc.) avant de mettre en place l'intervention. Cela pourra permettre d'être plus objectif dans l'interprétation des résultats obtenus au programme et de faciliter les conclusions quant à l'atteinte de ses objectifs (Christensen, 2007). Finalement, comme autres limites identifiables à l'évaluation des effets du programme, on constate un seul instrument de mesure (*l'Échelle révisée d'anxiété manifeste pour enfant*) et une seule source (auto-rapportée) pour l'évaluation du niveau d'anxiété des participants en pré-test et en post-test, ce qui peut paraître comme étant un manque de rigueur scientifique (Vitaro, 2010). Ces limites sont également observables avec certaines mesures répétées, ce qui est non souhaitable. À l'avenir, il sera important de porter une attention particulière au nombre de mesure et de source valide et disponible afin de les exploiter au maximum. Par contre, il est important de tenir compte de la motivation et des caractéristiques

spécifiques des sujets dans l'attribution d'un grand nombre d'instruments de mesure pour éviter certains désavantages qui pourraient survenir, par exemple une démotivation et/ou un désintéressement des jeunes face au programme.

Résultats. Le programme d'intervention *Super Héros!* comporte quatre limites importantes au niveau de ses résultats. Les trois premières se trouvent dans l'évaluation de la mise en œuvre et la dernière dans l'évaluation des effets. Comme mentionné précédemment, le volet enfant/adolescent a subi plusieurs changements au cours de l'implantation du programme particulièrement en lien avec la composante «Conformité du programme et du contenu».

Premièrement, il y a eu peu d'animation d'exercices pratiques faits à l'extérieur des séances dans le vécu éducatif partagé avec Mathieu et Nicolas. Cela peut être considéré comme un désavantage au programme, car ces exercices ont été conçus pour réviser et pratiquer, avec l'animatrice dans divers contextes de vie à l'unité de pédopsychiatrie, les concepts théoriques ainsi que les stratégies de gestion des symptômes anxieux enseignés. Ce manquement a probablement contribué à l'absence de généralisation des résultats des participants.

Deuxièmement, le changement de conformité au programme en lien avec les séances d'exposition qui ont été faites en alternance ou simultanément avec les séances théoriques a été une limite majeure dans l'atteinte des objectifs pour les deux participants. Malgré que l'exposition précipitée ait pu mobiliser rapidement les jeunes dans le processus de traitement hospitalier, cette modification du programme a été un inconvénient ayant eu possiblement des répercussions nuisibles à l'atteinte des objectifs. Dans tous les programmes de TCC, les concepts théoriques (l'anxiété normale versus l'anxiété anormale, les émotions, les sensations physiques, le modèle tripartite de l'anxiété, etc.) ainsi que les stratégies de gestion des symptômes anxieux (la relaxation musculaire, la respiration abdominale, etc.) sont enseignés avant l'exposition (Barrett *et al.*, 2000; Berthiaume *et al.*, 2007; Kendall & Hedtke, 2006). Il y a effectivement un sens logique à suivre dans cet enseignement. La succession d'apprentissages doit se faire avant l'exposition des participants pour qu'ils puissent mieux comprendre l'ensemble de leur anxiété ainsi qu'apprendre et pratiquer les stratégies de gestion des symptômes anxieux. En ce sens, les adolescents peuvent s'appuyer sur leurs nouvelles connaissances pour faire diminuer leur détresse physique et psychologique afin de faciliter l'affrontement de leurs peurs (Turgeon, 2010). Les habiletés acquises avant l'exposition leurs permettent donc d'être indépendants face aux personnes de leur entourage pour se rassurer (Kendall & Suveg, 2006), ce qui ne s'est pas fait ressentir nécessairement lors de chacune des

expositions de Mathieu et Nicolas. Lors d'une prochaine implantation du programme, l'exposition des participants devra se faire idéalement en fin de programme, comme ce qui avait été planifié au départ dans *Super Héros!*. Par contre, des moyens devront être mis en place pour adapter le programme aux contraintes temporelles de l'unité de pédopsychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine. Par exemple, l'animation des séances théoriques devrait débiter dès que le diagnostic du jeune est posé afin d'éviter ces contraintes qui pourraient perturber potentiellement l'atteinte des objectifs.

Ensuite, une autre limite du programme d'intervention a été constatée en lien avec les résultats de la composante «Différentiation» dans l'évaluation de sa mise en œuvre. Les résultats à cette composante démontrent qu'il y a eu des éléments de débordement au programme, comme la médication des jeunes ainsi que leurs suivis individuels avec leur pédopsychiatre, leur éducateur responsable et leur travailleuse sociale, ce qui a pu influencer les manifestations de leur anxiété. À cet égard, il est difficile de conclure les réels effets du programme sachant que les participants ont bénéficié de plusieurs interventions externes à celui-ci. Le jugement clinique et l'évaluation de la différenciation au programme sont à poursuivre dans une prochaine implantation.

Finalement, la dernière limite du programme *Super Héros!* se trouve dans l'évaluation des effets de la section résultats de ce projet. Malgré la planification rigoureuse de l'évaluation des effets du niveau d'anxiété des sujets au programme, certaines mesures répétées ont été prises dans des contextes différents pour Nicolas, soient aux ateliers manuels lors de la sixième séance ainsi que dans divers bureaux de l'unité de pédopsychiatrie. Habituellement, toutes les mesures répétées au fil du temps doivent être prises au même moment et endroit, bref dans les mêmes conditions durant la totalité du programme (Ladouceur, & Bégin, 1986). Ceci permet d'éviter le manque de précision et de rigueur méthodologique dans l'établissement de la relation causale entre l'intervention et les résultats obtenus (Flay *et al.*, 2005).

Conclusion

Le but de ce rapport d'intervention était de présenter la planification, l'implantation et l'évaluation du programme d'intervention *Super Héros!* qui a été mis en place à l'unité de pédopsychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine. Ce programme de TCC étant basé sur les programmes *Super Actif!* et *Coping Cat* avait pour but de favoriser le fonctionnement adaptatif des jeunes ayant un trouble anxieux. L'objectif général de ce programme était de réduire le niveau d'anxiété des jeunes ciblés. Plus particulièrement, il visait une augmentation de la connaissance de stratégies de gestion des symptômes anxieux, de la capacité à identifier les PC et PA d'une situation anxiogène ainsi qu'une diminution des comportements d'évitement des participants. L'évaluation de la mise en œuvre du programme a révélé que le volet parent(s) a été implanté comme prévu et que le volet enfant/adolescent a subi plusieurs modifications au niveau de ses composantes comparativement à ce qui devait être fait. Ces modifications ont été mise en place pour répondre aux besoins individuels des patients ainsi qu'à ceux du milieu hospitalier. De son côté, l'évaluation des effets du programme a permis de constater certaines réductions du niveau d'anxiété des deux patients, une augmentation d'identification des PC ainsi qu'une diminution des comportements d'évitement. Par contre, peu de résultats favorables ont été constatés pour l'augmentation de la connaissance de stratégies de gestion des symptômes anxieux ainsi que pour l'identification des PA. Il est essentiel de tenir compte des limites de l'implantation du programme dans l'interprétation des résultats, comme sa différenciation, son manque de conformité ainsi que l'évaluation des effets avec les devis utilisés (pré-test/post-test & mesures répétées) qui ne permet de contrôler aucun des facteurs d'invalidité interne. Malgré certains résultats aux objectifs peu concluants, *Super Héros!* semble avoir été bénéfique en lien avec l'identification et la démystification des sensations physiques reliées à l'anxiété des sujets. Toutefois, cette hypothèse ne peut être confirmée puisqu'elle n'a pas été évaluée dans le cadre du programme d'intervention. Finalement, l'implantation d'un tel programme curatif en milieu hospitalier comporte ses avantages et ses limites, ce qui devrait être pris en considération lors d'une future implantation.

Références

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment : A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- Albano, A.M., Chorpita, B.R., & Barlow, D.H. (2003). Childhood anxiety disorders. *Child psychopathology*. (2^e éd.). 279-329. New York : Guilford Press.
- American Psychiatric Association DSM-IV-TR. *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles mentaux*. (2000). 4^e éd. Texte révisé, traduction française de J.D. Guelfi *et al.*, Masson, Paris, 2003.
- Anderson, J.C. (1994). *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents*. Epidemiological issues. New York : Plenum.
- Association canadienne des troubles d'apprentissage (ACTA). (2011). *Définition nationale des troubles d'apprentissage*. Repéré dans <http://www.ldac-acta.ca/fr/En-savoir-plus/ld-definies/definition-nationale-des-troubles-dapprentissage.html>.
- Barrett, P.M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 64, 333 – 342.
- Barrett, P.M., Duffy, A.L., Dadds, M.R., & Rapee, R.M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children : long-term (6-year) follow up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 135-141.
- Barrett, P.M., Lowry-Webster, H., & Turner, C. (2000 a, b, c, d, e, f). *FRIENDS program for children: Manuels*, Brisbane: Australian Academic Press.
- Barrett, P.M., Rapee, R. M., Dadds, M. R., & Ryan, S. M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 187-203.
- Berthiaume, C. (2009). Les troubles anxieux chez les enfants et les adolescents : Thérapie spécifique selon le trouble. *Communication livrée dans le cadre d'une formation en pédopsychiatrie pour le personnel de CLSC. Clinique d'intervention des troubles anxieux (CITA). Hôpital Rivière-des-Prairies, Montréal, Qc, Canada*.
- Berthiaume, C. (2009). Les troubles anxieux chez les enfants et les adolescents : Manifestations spécifiques et pistes d'intervention. *Communication livrée dans le cadre d'une formation en pédopsychiatrie pour le personnel de CLSC. Clinique d'intervention des troubles anxieux (CITA). Hôpital Rivière-des-Prairies, Montréal, Qc, Canada*.
- Berthiaume, C., Lafrance, V., Turgeon, L., Brousseau, L., & Marchand, A. (2003). Programme de traitement du trouble de stress post-traumatique chez les enfants âgés entre 8 et 12 ans : *Programme Super l'Écureuil contre le TSPT*. Document inédit. Centre de recherche Fernand-Séguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Berthiaume, C., Verreault, M., & Racicot, G. (2007). *Programme Super Actif!* Intervention auprès des jeunes présentant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité et un trouble anxieux. Document inédit. Programme de pédopsychiatrie, Hôpital Rivière-des-Prairies.
- Bezchlibnyk-Butler, K.Z. & Virani, A.S. (2007). *Clinical Handbook of Psychotropic Drugs for Children and Adolescents* (2^e éd.). Washington : Hogrefe & Huber Publishers.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Marris, A., Moore, P., Garcia, J., Ablon, *et al.* (1997). Panic disorder and agoraphobia in consecutively referred children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 214-223.
- Borgeat, F., & Zullino, D. (2004). Quelques questions fréquentes ou non résolues concernant l'anxiété et les troubles anxieux. *Revue Santé mentale au Québec*, 29, 9-22.
- Bouchard, S., Gervais, J., & Gagné, N. (2003). *Évaluation d'un programme de prévention des troubles d'anxiété pour les enfants de 9 à 12 ans. Les trucs de Dominique. Rapport de recherche* : Université du Québec en Outaouais et Centre Hospitalier Pierre-Janet.

- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss : Separation*. New York : Basic Books.
- Breton, J.-J., Bergeron, L., Valla, J.-P., Berthiaume, C., Gaudet, N., Lambert, J., et al. (1997). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans 1992. Vol. 2 : Prévalence des troubles mentaux*. Montréal, Canada : Hôpital Rivières-des-Prairies et Santé Québec.
- Cartwright-Hatton, S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C., & Harrington, R. (2004). Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology, 43*, 421-436.
- Cassidy, J., & Berlin, L.J. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment : Theory and research. *Child Development, 65*, 971-991.
- Chaloult, L., Ngo, T.-L., Goulet, J., & Cousineau, P. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale théorie et pratique*. Montréal. Chenelière Éducation.
- Chorpita, B.F., & Barlow, D.H. (1998). The development of anxiety : The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin, 124*, 3-21.
- Christensen, L.B. (2007). *Experimental methodology*. (10^e éd.). Boston : Pearson.
- Cobham, V. E., Dadds, R., & Spence, S. H. (1998). The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 893-905.
- Compton, S.N., March, J.S., Brent, D., Albano, A.M., Weersing, V.R., & Curry, J. (2004). Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Anxiety and Depressive Disorders in Children and Adolescents : An Evidence-Based Medicine Review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*, 930-959.
- Costello, E.J., & Angold, A. (1995). *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York : Guilford.
- Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry, 60*, 837-844.
- Cowan, P.A., Cohn, D.A., Pape-Cowan, C.P., & Pearson, J.L. (1996). Parent's attachment histories and children's externalizing and internalizing behaviors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 53-63.
- Dane, V., A., & Schneider, H.B. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention : Are implementation effects out of control? *Clinical Psychology Review, 18*, 23-45.
- Deater-Deckard, K. (2001). Annotation : Recent research examining the role of peer relationships in the development of psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*, 565-579.
- Dumas, J. (2007). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. (3^e éd.). Bruxelles. Les Éditions De Boeck Université.
- Dumas, J. (2008). *L'enfant anxieux : Comprendre la peur de la peur et redonner courage*. (2^e éd.). Bruxelles. Les Éditions De Boeck Université.
- Dumas, J., & Lafrenière, P.J. (1993). Mother-child relationships as sources of support or stress : A comparison of competent, normative, aggressive and anxious dyads. *Child development, 64*, 1732-1754.
- Eisen, A.R., & Engler, L.B. (2006). *Helping Your Child Overcome Separation Anxiety or School Refusal : A Step-by-step Guide for Parents*. Oakland. CA : New Harbinger Publications.
- Eisen, A.R., Schaefer, C.E., & Barlow, D.H. (2007). *Separation anxiety in children and adolescents: An individualized approach to assessment and treatment*. New York : The Guilford Press.
- Eley, T.C., & Gregory, A.M. (2004). *Behavioral genetics : Anxiety disorders in children and adolescents* (2^e éd.). 71-97. New York : Guilford Press.
- Essau, C.A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of specific phobia in adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology, 29*, 221-231.

- Essau, C.A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders, 14*, 263-279.
- Flay, B.R., Biglan, A., Boruch, F.R., Castro, G.F., Gottfredson, D., Kellam, S., et al. (2005). Standards of evidence : Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science, 6*, 151-175.
- Fortin, M-F., Côté, J., & Fillion, F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal. Chenelière Éducation.
- Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Montréal : Sciences et Culture.
- Greca, A.M., & Harrison, H. M. (2005). Adolescent peer relations, friendships, and romantic relationships : Do they predict social anxiety and depression? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34*, 1, 49-61.
- Gresham, F.M., Gansle, K.A., Noell, G.H., Cohen, S., & Rosenblum, S. (1993). Treatment integrity of school-based behavioral intervention studies : 1980-1990. *School Psychology Review, 22*, 254-272.
- Guehl, M.C. (2003). *Pratiques en psychothérapie : l'enfant anxieux, dépistage et soins*. Paris. Masson.
- Habimana, E., Éthier, S.L., Petot, D., & Tousignant, M. (1999). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Approche intégrative*. Montréal. Gaëtan Morin Éditeur.
- Hirshfeld, D.R., Biederman, J., Brody, L., Faraone, S.V., & Rosenbaum, J.F. (1997). Associations between expressed emotion and child behavioral inhibition and psychopathology : A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 205-213.
- Hopfer, D.J., & Hazard, V.A. (2008). *Guide des médicaments*. (3^e éd.). Québec. Les Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.
- Kagan, J. (1994). On the nature of emotion. The development of emotion regulation : Biological and behavioral considerations. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59*, 2-3.
- Kagan, J. (1997). Temperament and the reactions to unfamiliarity. *Child Development, 68*, 139-143.
- Kendall, P.C. (1994). Treating anxiety disorders in children : results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 100-110.
- Kendall, P.C., Flannery-Schroeder, E.C., Panichelli-Mindel, S.M., Southam-Gerow, M.A., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders : A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 366-380.
- Kendall, P.C., & Hedtke, K.A. (2006). *Coping Cat : Cognitive-Behavioral Therapy for Anxious Children : Thérapiste Manuel*. (3^e éd.). Workbook Publishing.
- Kendall, P.C., Kane, M., Howard, B., & Siqueland, L. (1990). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children : Treatment manual*.
- Kendall, P.C., & Suveg, C. (2006). Treating anxiety disorders in youth (2006). In P.C. Kendall (Ed.), *Child & adolescent therapy. Cognitive-behavioral procedures* (3rd ed.) (pp. 243-296). New York : Guilford.
- Ladouceur, R., & Bégin, G. (1986). *Protocoles de recherche en sciences appliquées et fondamentales*. Saint-Hyacinthe : Édisem.
- Ladouceur, R., Marchand, A., & Boisvert, J.M. (1999). *Les troubles anxieux : Approche cognitive et comportementale*. Montréal. Les Éditions Gaëtan Morin.
- Last, C.G., Perrin, S., Hersen, M., & Kazdin, A.E. (1992). DSM-III-R anxiety disorders in children : Sociodemographic and clinical characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*, 1070-1076.
- Leblanc, V., Turgeon, L., Vitaro, F., Marchand, A., & Brousseau, L. (2000). The effects of family based treatment for childhood anxiety on parenting. Communication soumise pour le Congrès de l'Association for Advancement of Behavior Therapy (AABT), New Orleans.

- Manassis, K., Mendlowitz, S.L., Scapillato, D., Avery, D., Fiksenbaum, L., Freire, M., *et al.* (2002). Group and individual cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders. A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1423-1430.
- Marra, D., Garel, P., & Legendre, C. (1997). Phobie scolaire et troubles de l'anxiété en milieu scolaire. *Revue PRISME*, 7, 572-582.
- Matos, M., Calmeiro, L., & Fonseca, D. (2009). Effet de l'activité physique sur l'anxiété et la dépression. *La Presse Médicale*, 38, 1-24.
- Messer, S.C., & Beidel, D.C. (1994). Psychosocial correlates of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 975-983.
- Murphy, M. (2011). *Illustrations super héros*. Répéré dans <http://www.istockphoto.com/MarkM73>.
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ). (2011). *Guide de pratique : Le psychoéducateur en santé mentale jeunesse*. Montréal.
- Pederson, D.R., & Moran, G. (1996). Expressions of the attachment relationship outside of the strange situation. *Child Development*, 67, 915-927.
- Rapee, R.M., Wignall, A., Hudson, J.L., & Schiering, C.A. (2000). *Treating Anxious Children and Adolescents : An Evidence-Based Approach*. Oakland, CA : New Harbinger.
- Renou, M. (2005). *Psychoéducation une conception une méthode*. Montréal. Béliveau Éditeur.
- Reynolds, C.R., & Richmond, B.O. (1978). What I Think and Feel : A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 271-280.
- Rivard, V., & Bouchard, S. (2005). *Recherche psychosociale*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Rosenbaum, J.F., Biederman, J., & Bolduc, E.A. (1993). Behavioral inhibition in childhood : A risk factor for anxiety disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 2-16.
- Rosenbaum, J.F., Biederman, J., Hirshfeld, D.R., Bolduc, E.A., Faraone, S.V., Kagan, J., *et al.* (1991). Further evidence of an association between behavioral inhibition and anxiety disorders : Results from a family study of children from a non-clinical sample. *Journal of Psychiatric Research*, 25, 49-65.
- Rosenstein, D.S., & Horowitz, H.A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 244-253.
- Shaffer, D.R., Wood, E., & Willoughby, T. (2005). *Developmental Psychology Childhood and Adolescence*. (2^e éd.). Thomson Nelson Edition.
- Shortt, A.L., Barrett, P.M., & Fox, T.L. (2001). Evaluating the FRIENDS Program: A Cognitive-Behavioral Group Treatment for Anxious Children and Their Parents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 525-535.
- Silverman, W.K., Kurtines, W.M., Ginsburg, G.S., Weems, C.F., Lumpkin, P.W., & Carmichael, D.H. (1999). Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavioral therapy : A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 995-1003.
- Storch, E.A., & Masia-Warner, C. (2004). The relationship of peer victimization to social anxiety and loneliness in adolescent females. *Journal of adolescence*, 27, 351-362.
- Strauss, C.C., Lease, C.A., Kazdin, A.E., Dulcan, M.K., & Last, C.G. (1989). Multimethod assessment of the social competence of children with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 184-189.
- Tarquinio, C. (2007). La thérapie EMDR : Dans la prise en charge du traumatisme psychique. *Revue francophone du stress et du trauma*, 7, 107-120.
- Trudeau, L.P., Le Blanc, M., & Bernier, M. (2008). *Approche cognitive comportementale : L'activité d'apprentissage de moyens et d'habiletés pour la gestion du stress*. (2^e éd.). Boscoville 2000.
- Turgeon, L. (1998). *Traduction et adaptation du Revised Children's Manifest Anxiety Scale*. Document inédit. Centre de recherche Fernand-Séguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine.

- Turgeon, L. (2010). *Manuel du participant : Évaluation et traitement des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents*. Intervention et troubles intériorisés. PSE 6306, École de psychoéducation, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal.
- Turgeon, L., & Brousseau, L. (1999). *Programme Super L'écureuil* : Intervention précoce auprès de jeunes présentant des problèmes d'anxiété. Document inédit. Diagnostic Interview Schedule
- Turgeon, L., & Chartrand, É. (2003). Psychometric properties of the French-Canadian version of the State-Trait Anxiety Inventory for Children. *Educational and Psychological Measurement*, 63, 172-181.
- Turgeon, L., & Chartrand, É. (2003). Reliability and validity of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale in a French-Canadian sample. *Psychological Assessment*, 15, 378-383.
- Turgeon, L., & Gendreau, P. (2007). *Troubles du développement psychologique et des apprentissages, les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent*. Marseille. Les Éditions Solal.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., & Wolff, P.L. (1996). Is behavioral inhibition related to the anxiety disorders? *Clinical Psychology Review*, 16, 157-172.
- Vasey, M.W., & Dadds, M.R. (2001). *The developmental Psychopathology of Anxiety*. New York. NY : Oxford University Press.
- Verrault, M., Berthiaume, C., & Turgeon, L. (2005). *Programme Super Actif! Manuel du thérapeute parents*. Programme de pédopsychiatrie. Hôpital Rivière-des-Prairies. Montréal.
- Vitaro, F. (2010). Mise en œuvre (implantation) d'une intervention. *Communication livrée dans le cadre du cours Méthodologie de la recherche évaluative, PSE 6575, École de psychoéducation, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal*.
- Vitaro, F. (2010). Instruments de mesure pour évaluer les variables dépendantes. *Communication livrée dans le cadre du cours Méthodologie de la recherche évaluative, PSE 6575, École de psychoéducation, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal*.
- Vitaro, F., & Gagnon, C. (2000). *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents : Tome 1 : Les problèmes internalisés*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Warren, S.L., Huston, L., Egeland, B., & Sroufe, L.A. (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 637-644.
- Wewetzer, C., Jans, T., Muller, B., Neudorfl, A., Bucherl, U., Remschmidt, H., et al. (2001). Long-term outcome and prognosis of obsessive-compulsive disorder with onset in childhood or adolescence. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10, 37-46.
- Whitaker, A., Johnson, J., Shaffer, D., Rapoport, J.L., Kalikow, K., Walsh, B.T., et al. (1990). Uncommon troubles in young people : Prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a nonreferred adolescent population. *Archives of General Psychiatry*, 47, 487-496.
- Workman, L., & Reader, W. (2007). *Psychologie évolutionniste Une introduction*. (1^{ère} éd.). Bruxelles. Éditions de Boeck Université.

Annexes

Annexe I : Contenu du programme d'intervention Super Héros!

Contenu du programme *Super Héros!*

Séance #

Volet Enfant/Adolescent

Volet Parent(s)

1

- Introduction et présentation du programme.
- Explication du fonctionnement des séances.
- Remise du coffre à outils.
- Présentation du Super Héros et de son acrostiche.
- Explication et signature du contrat d'engagement.
- Explication de l'anxiété normale vs anormale.
- Définition de l'anxiété (le modèle tripartite de l'anxiété).
- ✓ Liste de mes peurs et cotation avec thermomètre.
- Lors d'une situation anxiogène ou lorsque le participant est anxieux, faire le lien entre les trois composantes du modèle tripartite de l'anxiété.

- Présentation du programme d'intervention *Super Héros!* aux parents.
- Signature du consentement parental.
- Période de questions.

2

- Identification des émotions et des sensations physiques liées à celles-ci.
 - Démystification des sensations physiques.
 - ✓ Les sensations physiques de *Super Héros!*
 - ✓ Les sensations physiques du participant.
 - Lors d'une situation anxiogène ou lorsque le participant est anxieux, lui refléter ou lui faire nommer ses sensations physiques.
-

-Enseignement de la respiration abdominale.

✓ Application de la respiration abdominale.

3

✓ Autres stratégies de gestion des symptômes anxieux.

- Lors d'une situation anxiogène ou lorsque le participant est anxieux, pratiquer la respiration abdominale ou un autre moyen de gestion des symptômes anxieux (à la préférence du participant).

-Expliquer et faire la distinction entre les pensées catastrophiques (PC) et les pensées aidantes (PA).

4

✓ Reprendre la liste des peurs et trouver les PC et les PA pour chacune d'elles.

- Restructuration cognitive lors d'une situation anxiogène ou lorsque le participant est anxieux. Changer les PC en PA.

-Faire le lien entre l'évitement et le maintien de l'anxiété.

-Introduction à l'exposition graduée.

-Explication des moyens pour faciliter les exercices d'exposition graduée.

-Explication des récompenses pour les étapes accomplies de l'escalier.

5

✓ Fabrication de l'escalier d'exposition.

- Lors d'une situation anxiogène ou lorsque le participant est anxieux, lui refléter ou lui faire nommer ses sensations physiques. Ensuite, changer les PC en PA et application d'une stratégie de gestion des symptômes anxieux (à la préférence du participant, ex. : écouter de la musique apaisante). Finalement, faire le lien entre les trois composantes du modèle tripartite de l'anxiété.
-

-
- 6 -Application de l'escalier d'exposition.
 ✓ Ajustement de l'escalier si nécessaire.
-

- 7 -Application de l'escalier d'exposition.
 ✓ Ajustement de l'escalier si nécessaire.
-

- 8 -Application de l'escalier d'exposition.
 ✓ Ajustement de l'escalier si nécessaire.
-

- 9 -Application de l'escalier d'exposition.
 ✓ Ajustement de l'escalier si nécessaire.
-

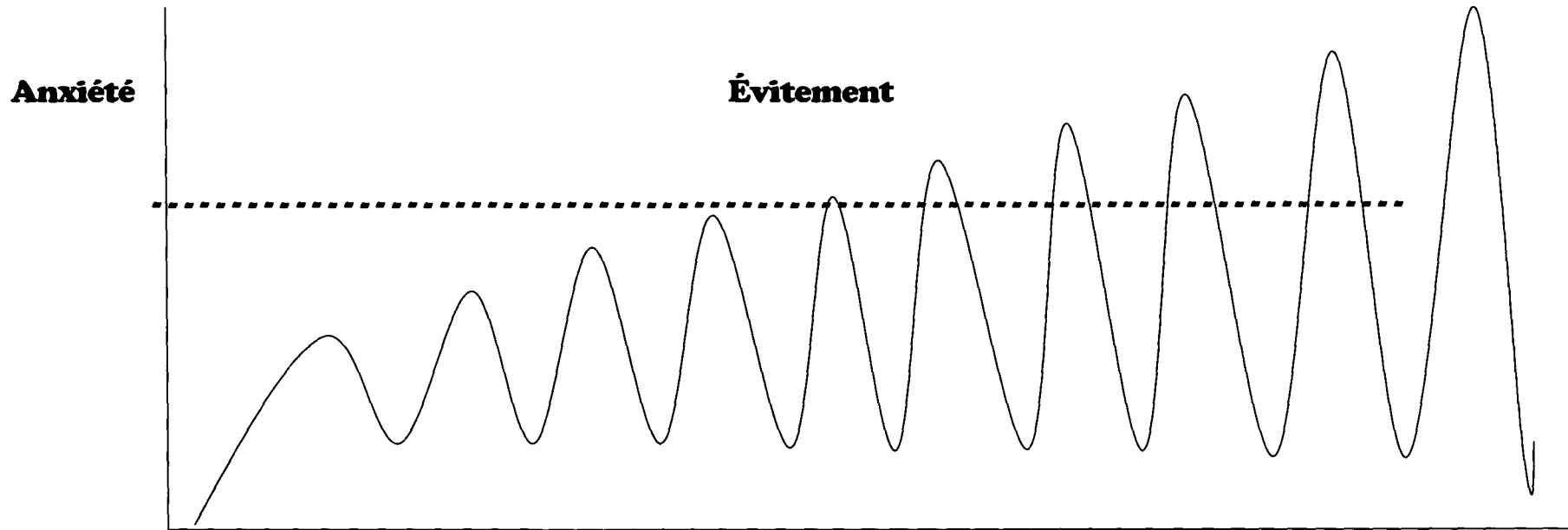
- 10 ✓ Jeu de société portant sur l'ensemble des concepts théoriques et pratiques du programme. -Retour sur le programme et sur les stratégies de gestion des symptômes anxieux qui ont démontré le plus d'efficacité avec le participant.
- Remerciements et remise du certificat de congratulation.
- Remerciements et période de questions.
-

Légende :

- ✓ = Activité(s) pratique(s) faite durant les séances.
 ➤ = Exercice(s) pratique(s) fait à l'extérieur des séances dans le vécu éducatif partagé avec l'animatrice.

Annexe II : Graphique de l'évitement

Lorsque je suis anxieux(se), j'évite la situation qui me fait peur.



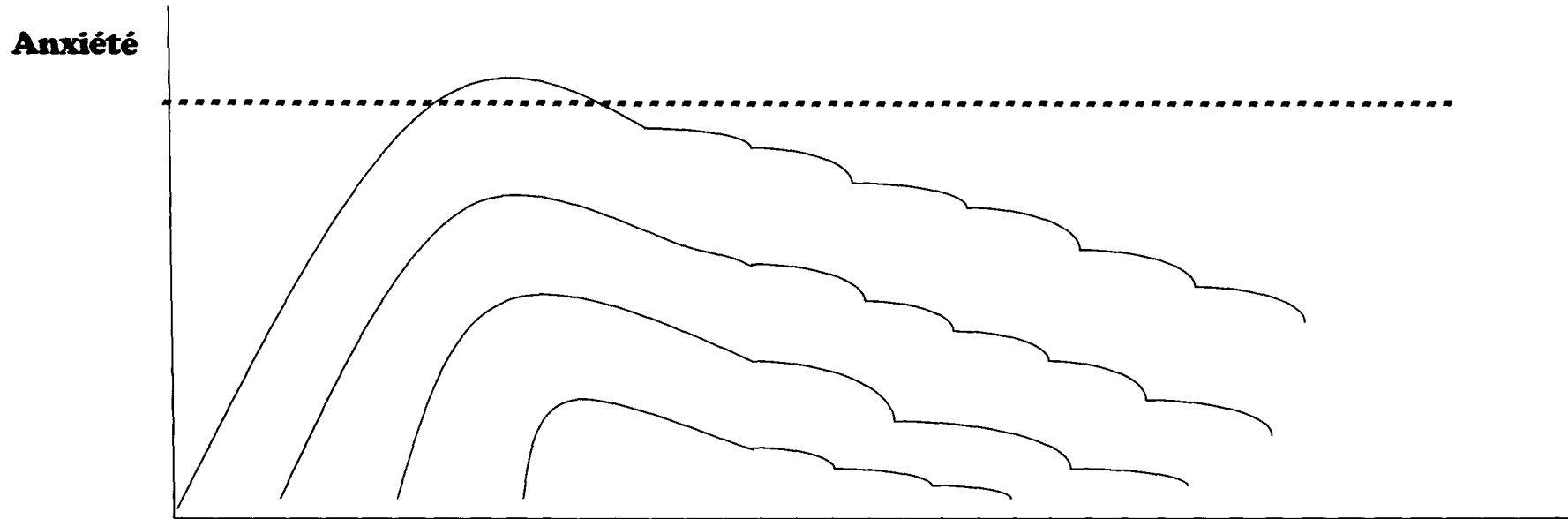
Voici ce qui arrive quand tu évites la situation/la chose/la personne qui te fait peur :

- **Ton anxiété diminue parce que tu es loin de ce qui te fait peur.**
- **Quand tu es confronté à nouveau à ce qui te fait peur, tu as tendance à éviter ou à te sauver encore parce que ça fait diminuer ton anxiété.**
- **Ton anxiété continue de grandir à chaque fois. Plus tu évites, plus tu as peur.**

☺ ***Pour que ton anxiété disparaisse, tu dois affronter ta peur!***

Annexe III : Graphique de l'exposition

Lorsque tu affrontes ta peur (exposition)



Voici ce qui arrive quand tu affrontes ta peur :

- **La première fois que tu affrontes ta peur, l'anxiété monte rapidement. Ton défi est de tolérer ton anxiété qui est plus grande qu'à l'habitude.**
 - **Ensuite, l'anxiété se stabilise et redescend d'elle-même. Donc, tu te sens de mieux en mieux.**
 - **Avec la pratique, ton anxiété monte moins haut et redescend plus vite. Ta peur et ton anxiété diminuent jusqu'à disparaître.**
- ☺ ***Plus vite tu affrontes ta peur, plus vite elle disparaîtra!***

Annexe IV : Contrat d'engagement au programme d'intervention Super Héros!

Contrat d'engagement au programme *Super Héros!*

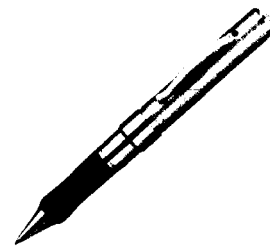
Moi (prénom et nom), _____, je m'engage à participer au programme d'intervention *Super Héros!* du début à la fin.

Pour me sentir mieux dans ma peau (être moins anxieux(se)), je m'engage à :

- Améliorer mes connaissances sur des activités de détente (stratégies de gestion des symptômes anxieux).
- Faire face aux situations, aux choses et/ou aux personnes qui me font peur, m'inquiètent ou me rendent anxieux(se).

Signature du participant : _____ Date (J/M/A): ____ / ____ / ____

Signature l'animatrice : _____ Date (J/M/A): ____ / ____ / ____



Annexe V : Questionnaire sur la différenciation

Questionnaire sur la différenciation (débordement) du programme d'intervention *Super Héros!*

Prénom et nom de votre enfant/adolescent : _____

Prénom et nom du parent ou du tuteur légal : _____

Date d'aujourd'hui (J/M/A): ____/____/____

1- Lorsque vous et votre enfant/adolescent avez participé au programme d'intervention *Super Héros!* du _____ au _____ (dates), avez-vous bénéficié d'autres services à l'extérieur de l'unité de pédopsychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine avant, pendant et/ou après l'implantation de ce programme?

2- Si oui, veuillez cocher le ou les services reçus et indiquer la date de commencement du ou des services ainsi que la date de la fin de ce ou ces services :

- | | Date de commencement / Date de la fin |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Suivi en psychiatrie | _____ / _____ |
| <input type="checkbox"/> Suivi en psychologie | _____ / _____ |
| <input type="checkbox"/> Suivi par un éducateur spécialisé ou un travailleur social | _____ / _____ |
| <input type="checkbox"/> Suivi par un psychoéducateur | _____ / _____ |
| <input type="checkbox"/> Participation à un ou plusieurs autres programmes d'intervention | _____ / _____ |
| <input type="checkbox"/> Prise de médication | _____ / _____ |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) | _____ / _____ |

Commentaire(s) :

Annexe VI : Journal de bord de l'animatrice

JOURNAL DE BORD DE L'ANIMATRICE



(Murphy, 2011)

PRÉNOM ET NOM DE L'ANIMATRICE :

PRÉNOM ET NOM DU PARTICIPANT :

Grille d'évaluation de la durée des séances et des présences du participant au programme d'intervention *Super Héros!*

Séance #	Date (J/M/A)	Durée (minutes)	Commentaires	Présences A=Absent(e) R=En retard P=Présent(e)	Commentaires
1.					
2.					
3.					

Séance #	Date (J/M/A)	Durée (minutes)	Commentaires	Présences A=Absent(e) R=En retard P=Présent(e)	Commentaires
4.					
5.					
6.					

Séance #	Date (J/M/A)	Durée (minutes)	Commentaires	Présences A=Absent(e) R=En retard P=Présent(e)	Commentaires
7.					
8.					
9.					
+ ou - 10.					

Grille d'observation pour l'évaluation de la qualité de la participation du participant au programme d'intervention

Super Héros!

Prénom et nom du participant : _____

1- Le participant apporte son cartable.										
2- Le participant répond aux questions qui lui sont posées.										
3- Le participant pose des questions.										
4- Le participant fait des efforts lors de la réalisation des exercices pratiques.										
5- Le participant fait des efforts lors de l'exposition graduée.										
6- Le participant est concentré durant la séance.										
7- Le participant écoute lorsqu'une personne lui parle.										

Légende : 0 = Tout à fait en désaccord, 1 = Plutôt en désaccord, 2 = Plutôt en accord, 3 = Tout à fait en accord et NA = Non Applicable

Commentaire(s) : _____

Grille d'évaluation de la conformité du programme d'intervention *Super Héros!*

Légende : C = Complété PC = Partiellement Complété NC = Non Complété

Séances	Contenu du programme d'intervention				
	C PC NC	Enfant/Adolescent	C PC NC	Parent(s)	Commentaire(s)
1	_____	-Introduction et présentation du programme.	_____	-Présentation du programme d'intervention <i>Super Héros!</i> .	
	_____	-Explication du fonctionnement des séances.	_____	Signature du consentement parental.	
	_____	-Remise du coffre à outils.	_____	-Période de questions.	
	_____	-Présentation du Super Héros et de son acrostiche.			
	_____	-Explication et signature du contrat d'engagement.			
	_____	-Explication de l'anxiété normale vs anormale.			
	_____	-Définition de l'anxiété (le modèle tripartite de l'anxiété).			
	_____	Liste de mes peurs et cotation avec le thermomètre.			
_____	Lors d'une situation anxiogène ou lorsque le participant est anxieux, faire le lien entre les trois composantes du modèle tripartite de l'anxiété.				

2	<p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p>	<p>-Identification des émotions et des sensations physiques liées à celles-ci.</p> <p>-Démystification des sensations physiques.</p> <p>Les sensations physiques de Super Héros!</p> <p>Les sensations physiques du participant.</p> <p>Lors d'une situation anxiogène ou lorsque le participant est anxieux, lui refléter ou lui faire nommer ses sensations physiques.</p>			
3	<p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p>	<p>-Enseignement de la respiration abdominale.</p> <p>Application de la respiration abdominale.</p> <p>Autres stratégies de gestion des symptômes anxieux.</p> <p>Lors d'une situation anxiogène ou lorsque le participant est anxieux, pratiquer la respiration abdominale ou un autre moyen de gestion des symptômes anxieux (à la préférence du participant).</p>			

4	<p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p>	<p>-Expliquer et faire la distinction entre les pensées catastrophiques (PC) et les pensées aidantes (PA).</p> <p>Reprendre la liste des peurs et trouver les PC et les PA pour chacune d'elles.</p> <p>Restructuration cognitive lors d'une situation anxiogène ou lorsque le participant est anxieux. Changer les PC en PA.</p>			
5	<p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p>	<p>-Faire le lien entre l'évitement et le maintien de l'anxiété.</p> <p>-Introduction à l'exposition graduée.</p> <p>-Explication des moyens pour faciliter les exercices d'exposition graduée.</p> <p>-Explication des récompenses pour les étapes accomplies de l'escalier.</p> <p>Fabrication de l'escalier d'exposition.</p>			

		Lors d'une situation anxieuse ou lorsque le participant est anxieux, lui refléter ou lui faire nommer ses sensations physiques. Ensuite, changer les PC en PA et application d'une stratégie de gestion des symptômes anxieux (à la préférence du participant, ex. : écouter de la musique apaisante). Finalement, faire le lien entre les trois composantes du modèle tripartite de l'anxiété.			
6		-Application de l'escalier d'exposition. Ajustement de l'escalier si nécessaire.			
7		-Application de l'escalier d'exposition. Ajustement de l'escalier si nécessaire.			
8		-Application de l'escalier d'exposition. Ajustement de l'escalier si nécessaire.			
9		-Application de l'escalier d'exposition. Ajustement de l'escalier si nécessaire.			
+ ou - 10		Jeu de société portant sur l'ensemble des concepts théoriques et pratiques du programme. -Remerciements et remise du certificat de congratulation.		-Retour sur le programme et sur les stratégies de gestion de l'anxiété qui se sont démontrées les plus efficaces avec le participant. -Remerciements et période de questions.	

Différenciation (débordement) du programme d'intervention *Super Héros!*

Date d'aujourd'hui (J/M/A) : ____/____/____ Avant l'intervention / Séance # ____ / Après l'intervention

Cochez le ou les services que le ou les parents et/ou l'enfant/adolescent ont reçus à l'intérieur de l'unité de pédopsychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine avant, pendant et/ou après l'implantation du programme d'intervention Super Héros! :

Inscrire la date de commencement et la date de fin du ou des services :

Enfant/Adolescent ou Parent Date de commencement / Date de fin

- Suivi en psychiatrie _____ / _____
- Suivi en psychologie (évaluation psychologique) _____ / _____
- Suivi par un travailleur social _____ / _____
- Suivi par un psychoéducateur, éducateur spécialisé, etc. _____ / _____
- Participation à un ou plusieurs autres programmes d'intervention _____ / _____

Prise de médication

Nom : _____ Posologie : _____ / _____

Nom : _____ Posologie : _____ / _____

Nom : _____ Posologie : _____ / _____

Nom : _____ Posologie : _____ / _____

Nom : _____ Posologie : _____ / _____

Autre(s) _____ / _____

Commentaire(s) :

Annexe VII : Journal de bord du participant

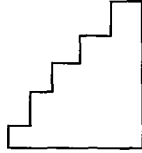

JOURNAL DE BORD DU PARTICIPANT



(Murphy, 2011)

PRÉNOM ET NOM DU PARTICIPANT : _____

Questionnaire d'évaluation des comportements d'évitement des peurs lors de l'application de l'escalier d'exposition du programme d'intervention *Super Héros!*

Séance # Date (J/M/A)	Étape de l'escalier (la situation) 	Aujourd'hui, j'ai réussi à affronter l'étape de mon escalier (la situation) qui me rend anxieux(se). Encerle le chiffre qui correspond le mieux à ta situation.	Quel(s) comportement(s) as-tu fait aujourd'hui lors de la réalisation de l'étape de ton escalier? 
		0 = Tout à fait en désaccord 1 = Plutôt en désaccord = 3 = Tout à fait en accord	
		0 = Tout à fait en désaccord 1 = Plutôt en désaccord = 3 = Tout à fait en accord	
		0 = Tout à fait en désaccord 1 = Plutôt en désaccord = 3 = Tout à fait en accord	
		0 = Tout à fait en désaccord 1 = Plutôt en désaccord = 3 = Tout à fait en accord	
		0 = Tout à fait en désaccord 1 = Plutôt en désaccord = 3 = Tout à fait en accord	
		0 = Tout à fait en désaccord 1 = Plutôt en désaccord = 3 = Tout à fait en accord	

*Annexe VIII : Questionnaire d'évaluation sur le point de vue du participant
au programme d'intervention Super Héros!*

**Questionnaire d'évaluation sur le point de vue du participant du programme
d'intervention *Super Héros!***

1- Est-ce que tu recommanderais le programme d'intervention *Super Héros!* à d'autres personnes anxieuses? Si oui ou non, explique-moi pour quelles raisons?

2- Selon toi, quelles sont les forces et/ou les faiblesses du programme d'intervention *Super Héros!*?

3- Est-ce qu'il y a certains aspects de ton anxiété qui ont changés après avoir suivi le programme d'intervention *Super Héros!* ?

Merci de ta participation!



Annexe IX : L'Échelle révisée d'anxiété manifeste pour enfants

Échelle d'anxiété manifeste pour enfants

DIRECTIVES

Lis chaque question attentivement. Encerle ensuite le mot oui si tu penses que c'est vrai pour toi. Encerle le mot non si tu penses que ce n'est pas vrai pour toi. Si il y a des mots que tu ne comprends pas, n'hésite pas à demander des explications.

- | | | | |
|-----|---|-----|-----|
| 1. | J'ai de la difficulté à me décider. | OUI | NON |
| 2. | Je deviens nerveux-se quand les choses ne vont pas comme je le voudrais. | OUI | NON |
| 3. | Les autres ont l'air d'avoir plus de facilité que moi à faire les choses. | OUI | NON |
| 4. | J'aime tout le monde que je connais. | OUI | NON |
| 5. | Il m'arrive souvent d'avoir de la difficulté à retrouver mon souffle. | OUI | NON |
| 6. | Je m'inquiète la plupart du temps. | OUI | NON |
| 7. | J'ai peur de plusieurs choses. | OUI | NON |
| 8. | Je suis toujours gentil-le. | OUI | NON |
| 9. | Je me fâche facilement. | OUI | NON |
| 10. | Je m'inquiète à propos de ce que mes parents vont me dire. | OUI | NON |
| 11. | J'ai l'impression que les autres n'aiment pas la façon dont je fais les choses. | OUI | NON |
| 12. | J'ai toujours des bonnes manières. | OUI | NON |
| 13. | J'ai de la difficulté à m'endormir le soir. | OUI | NON |
| 14. | Je m'inquiète de ce que les gens pensent de moi. | OUI | NON |
| 15. | Je me sens seul-e même quand il y a des gens avec moi. | OUI | NON |

- | | | | |
|-----|---|-----|-----|
| 16. | Je suis toujours aimable. | OUI | NON |
| 17. | Il m'arrive souvent d'avoir mal au ventre. | OUI | NON |
| 18. | Je me sens facilement blessé-e dans mes sentiments. | OUI | NON |
| 19. | J'ai les mains moites (en sueur). | OUI | NON |
| 20. | Je suis toujours gentil-le avec tout le monde. | OUI | NON |
| 21. | Je suis souvent fatigué-e. | OUI | NON |
| 22. | Je m'inquiète de ce qui va arriver. | OUI | NON |
| 23. | Les autres enfants sont plus heureux que moi. | OUI | NON |
| 24. | Je dis toujours la vérité. | OUI | NON |
| 25. | Je fais des mauvais rêves. | OUI | NON |
| 26. | Je suis facilement blessé-e quand on m'embête trop. | OUI | NON |
| 27. | J'ai l'impression que quelqu'un va me dire que je ne fais pas les choses comme il faut. | OUI | NON |
| 28. | Je ne me fâche jamais. | OUI | NON |
| 29. | Il m'arrive parfois de me réveiller effrayé-e. | OUI | NON |
| 30. | Je m'inquiète quand je me couche le soir. | OUI | NON |
| 31. | J'ai de la difficulté à me concentrer sur mes travaux scolaires. | OUI | NON |
| 32. | Je ne dis jamais des choses que je ne devrais pas dire. | OUI | NON |
| 33. | Je bouge beaucoup sur ma chaise. | OUI | NON |
| 34. | Je suis nerveux-euse. | OUI | NON |
| 35. | Plusieurs personnes sont contre moi. | OUI | NON |
| 36. | Je ne mens jamais. | OUI | NON |
| 37. | Je m'inquiète souvent à propos de mauvaises choses qui pourraient m'arriver. | OUI | NON |

*Annexe X : Questionnaire d'évaluation de la connaissance de stratégies de gestion des
symptômes anxieux du programme d'intervention Super Héros!*

Questionnaire d'évaluation de la connaissance de stratégies de gestion des symptômes anxieux du programme d'intervention *Super Héros!*

Prénom et nom du participant : _____ Pré-test / Post-test

1- Lorsque tu es anxieux(se), nerveux(se) ou stressé(e) utilises-tu des moyens pour te détendre (ex. : prendre des grandes respirations)? Si oui, quels sont-ils?

2- Le ou les moyens que tu utilises lorsque tu es anxieux(se), nerveux(se) ou stressé(e) t'aident-ils à te détendre? Encerle le choix de ta réponse.



Jamais

Parfois

Souvent

Toujours

3- Connais-tu d'autres moyens que tu pourrais utiliser pour te détendre lorsque tu es anxieux(se), nerveux(se) ou stressé(e)? Si oui, quels sont-ils?



Merci de ta participation!

*Annexe XI : Pensées catastrophiques des participants lors des séances d'exposition
du programme d'intervention Super Héros!*

**Pensées catastrophiques (PC) des participants lors des séances d'exposition
du programme d'intervention *Super Héros!***

Séances d'exposition	Mathieu	Nicolas
1.	<p>A) «J'avais peur que la directrice ne veule plus me reprendre à l'école.»</p> <p>B) «J'avais peur que mes amis me posent plein de questions pour savoir où j'étais pendant tout ce temps.»</p> <p>C) «J'avais peur que le monde de secondaire III de ma classe me trouve poche vu que je suis supposé être en secondaire IV.»</p> <p>D) «J'avais peur de me retrouver dans les mêmes cours que mon frère plus jeune.»</p> <p>E) «J'avais peur de dîner tout seul.»</p>	<p>A) «J'ai peur que vous voyez ma cicatrice et que vous me trouviez laid.»</p>
2.	<p>F) «J'avais peur de ce que le monde va penser de moi avec mon linge.»</p> <p>G) «J'avais peur que le monde ne me trouve pas beau.»</p> <p>H) «J'avais peur que les filles ne me trouvent pas assez musclé pour sortir avec elles.»</p> <p>I) «J'avais peur que le monde rit de moi, parce que j'ai l'air d'une grande échalote en arrière de la classe.»</p> <p>C)</p>	<p>B) «J'ai peur que l'éclairage néon de cette pièce change la perception que vous allez avoir de ma cicatrice.»</p> <p>A)</p>
3.	C), F), G), H) & I)	A) & B)
4.	<p>J) «J'avais peur de passer toute une journée complète à l'école, car je ne sais pas comment ça allait se passer.»</p> <p>C), F), G), H) & I)</p>	A) & B)
5.	<p>K) «Je pense toujours aux mêmes affaires quand je vais à l'école. C'est toujours les mêmes pensées qui reviennent.»</p> <p>C), F), G), H) & I)</p>	<p>C) «J'ai peur quand tu t'approches trop près de moi, parce que je ne veux pas que tu vois ma cicatrice de proche.»</p> <p>D) «J'ai peur que tu regardes mon visage, parce que tu vas me trouver laid.»</p> <p>A) & B)</p>

C), F), G), H), I), J) & K)

6.		E) «J'avais peur de montrer mon visage aux autres patients, à la psychoéducatrice et à l'infirmière parce qu'ils n'ont jamais vu mon visage et qu'ils m'auraient trouvé laid.» F) «Je ressemble à Harry Potter avec ma cicatrice.» G) «Je déteste la psychoéducatrice, alors je ne ferai pas ce qu'elle me demande pour lui faire plaisir.» H) «Je suis un monstre, je suis laid.»
7.	D/M	A), B) & D)
8.	N/A	I) «J'ai peur que vous me trouvez laid maintenant que vous avez vu mon visage.» A), B), C) & D)
9.	N/A	J) «Je vais rester laid comme ça toute ma vie.» K) «Le seul moyen pour m'en sortir est la chirurgie plastique et ça ne fonctionnera pas parce que vous ne voulez pas me laisser faire.» A) & I)
10.	N/A	L) «J'ai toujours les mêmes pensées qui reviennent lorsque je suis devant les autres.»
11.	N/A	A), B), C), D) & I)

Légende :

D/M = Donnée(s) manquante(s)

N/A = Non applicable

*Annexe XII : Pensées aidantes des participants lors des séances d'exposition
du programme d'intervention Super Héros!*

**Pensées aidantes (PA) des participants lors des séances d'exposition
du programme d'intervention *Super Héros!***

Séances d'exposition	Mathieu	Nicolas
1.	Aucune pensée aidante.	Aucune pensée aidante.
2.	A) «Je ne suis pas dans les mêmes cours que mon frère plus jeune.» B) «Mes amis ne me poseront pas plein de questions, parce que je les ai vus la semaine passée.» C) «La directrice m'a repris à l'école.»	Aucune pensée aidante.
3.	Aucune pensée aidante.	A) «Je vais faire des efforts juste pour vous deux pour vous montrez mon visage.»
4.	Aucune pensée aidante.	Aucune pensée aidante.
5.	Aucune pensée aidante.	Aucune pensée aidante.
6.	Aucune pensée aidante.	Aucune pensée aidante.
7.	Aucune pensée aidante.	Aucune pensée aidante.
8.	N/A	Aucune pensée aidante.
9.	N/A	Aucune pensée aidante.
10.	N/A	Aucune pensée aidante.
11.	N/A	Aucune pensée aidante.

Légende :

N/A = Non applicable

*Annexe XIII : Exemples d'activités pratiques
(Restructuration cognitive)*

Les pensées catastrophiques (PC) et les pensées aidantes (PA) de Super Héros!

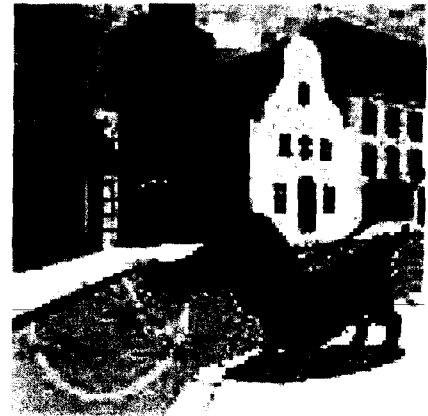
Super Héros rencontre un chien. Il y a deux bulles de pensées au-dessus de sa tête. Dans une des bulles, il y a une pensée qui montre que Super Héros a peur et est anxieux (PC) et, dans l'autre bulle, il y a une pensée qui aide Super Héros à surmonter sa peur du chien.

Pensées catastrophiques (PC)

C'est sûr que le chien de mon ami(e) va me mordre. Il est méchant et il a de grosses dents.

Pensées aidantes (PA)

Il a peu de chance que le chien me morde. Il est calme et mon ami m'a dit que son chien était gentil avec les gens.



(Murphy, 2011)

Activité pratique : Les pensées catastrophiques

(PC) et les pensées aidantes (PA)

Super Héros est en train de faire une marche dans son quartier et, tout à coup, il se met à pleuvoir. Ensuite, il voit un gros éclair dans le ciel.

Imagine et inscris deux pensées différentes (PC et PA) que Super Héros pourrait avoir en lien avec cette situation.

Pensée catastrophique

Pensée aidante



(Murphy, 2011)