

Université de Montréal

Détective Cognitivo : Intervention cognitive-comportementale
destinée à des enfants de 9 à 12 ans présentant une symptomatologie anxieuse

par

Marie-Julie Rosso

École de psychoéducation

Faculté des arts et des sciences

Rapport d'analyse d'intervention présenté à la Faculté des études supérieures

en vue de l'obtention du grade de

Maîtrise ès sciences (M.Sc.) en Psychoéducation

Août 2011

© Marie-Julie Rosso, 2011

*Merci du fond du cœur à Johanne Dagenais qui, avec sa douceur et sa force tranquille,
a été une merveilleuse accompagnatrice au cours de ces deux années;*

*Merci à Sylvie Messier, Martine Lefebvre et Jeanie Lajoie qui n'ont pas hésité à sauter
à pieds joints dans cette aventure et même, à en assurer la continuité;*

*Merci à Guy Bibeau et Aline Robert pour avoir cru en moi, m'avoir fait confiance et
avoir tout fait pour faciliter la mise en œuvre du projet;*

*Merci aux enfants qui ont eu le courage d'affronter leur anxiété et aux parents qui
ont su les accompagner, sans vous ce rapport n'existerait pas;*

*Merci à Louise Jacques, Louise Lamarre et Marc Lemieux pour vos conseils toujours
bienvenus et nos discussions de bureau;*

*Merci à Jean-Sébastien Fallu et Lina Bergeron pour les conseils, les explications
toujours claires et le calme rassurant;*

*Et finalement, un merci tout particulier à ma famille, mes amis, mes collègues et mon
amoureux pour le support inconditionnel et les encouragements de tous les instants!*

Sommaire

Le présent rapport d'intervention se penche sur le phénomène de l'anxiété chez les enfants. La première partie présente la recension des écrits au sujet de cette problématique, puis un programme d'intervention baptisé Détective Cognitivo est élaboré à la lumière des connaissances scientifiques actuelles. L'intervention, de nature cognitive-comportementale, s'inspire des programmes *FRIENDS* et *Coping Cat* qui ont démontré leur efficacité. Elle s'est tenue dans un Centre local de services communautaires (CLSC) du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Laval et comprenait neuf séances. Détective Cognitivo est une intervention bimodale qui comporte un volet pour les enfants âgés de 9 à 12 ans ainsi qu'un volet parental. Ainsi, six enfants âgés de 9 et 10 ans ont pris part à Détective Cognitivo ainsi qu'au moins l'un de leurs parents. Le volet destiné à ceux-ci comprenait quatre séances qui se tenaient parallèlement à celles des enfants. L'objectif général proximal du volet des enfants visait à augmenter leur compétence à réagir lors d'une situation anxiogène. Quant au volet parental, il cherchait à augmenter la compétence des parents à aider leur enfant lors d'une situation anxiogène. Il était attendu que l'atteinte de ces objectifs favorise l'atteinte de l'objectif intermédiaire de l'intervention, soit diminuer le niveau d'anxiété global des enfants. Un effet collatéral était également anticipé, soit la diminution de leurs symptômes dépressifs. Cinq composantes de la mise en œuvre de l'intervention ont été évaluées, les résultats traduisant entre autres une conformité très satisfaisante entre ce qui avait été prévu et ce qui a été appliqué, une excellente qualité de participation des sujets et une très bonne qualité de mise en application. L'évaluation des effets a été réalisée par le biais d'un protocole à cas unique de type ABA, à l'exception de l'objectif intermédiaire qui a été évalué par un protocole de type ABCDA à changement de critères. En dépit de certaines considérations méthodologiques qui limitent la validité des résultats, il apparaît que l'objectif du volet des enfants a été atteint partiellement. En ce qui concerne le volet des parents, les résultats diffèrent en fonction de l'instrument d'évaluation, ce qui ne permet pas de statuer clairement sur l'atteinte de l'objectif. Les résultats suggèrent également que les objectifs intermédiaire et collatéral de l'intervention ont été atteints au moins partiellement, mais ils doivent être interprétés avec prudence étant donné certaines sources d'invalidité interne non contrôlées et autres limites méthodologiques. Finalement, malgré certaines lacunes, Détective Cognitivo est somme toute une intervention qui s'est avérée très pertinente et qui sera reconduite dans le milieu d'implantation par les acteurs qui demeurent en place.

Table des matières

Sommaire.....	iii
Liste des annexes.....	vi
Liste des tableaux.....	viii
Liste des figures.....	ix
Introduction.....	1
Chapitre 1 : Contexte théorique	2
1.1 Description de la problématique	2
1.1.1 Prévalence.....	3
1.1.2 Conséquences sur la vie de l'enfant	4
1.1.3 Étiologie des troubles anxieux.....	5
1.1.4 Chaîne prédictive de l'anxiété	12
1.2 Interventions déjà expérimentées	13
1.3 Intervention proposée.....	15
1.3.1 Place de l'intervention dans la chaîne prédictive	15
1.3.2 Choix de l'intervention.....	16
1.3.3 Pertinence de l'intervention.....	17
Chapitre 2 : Méthodologie	18
2.1 Description	18
2.1.1 Les sujets et leur recrutement	18
2.1.2 Le but et les objectifs.....	19
2.1.3 Les animateurs.....	20
2.1.4 Le programme et le contenu	20
2.1.5 Les moyens de mise en relation.....	21
2.1.6 Le contexte spatial	22
2.1.7 Le contexte temporel et le dosage de l'intervention.....	22
2.1.8 Le code et les procédures	23
2.1.9 Le système de responsabilités	24
2.1.10 Le système de reconnaissance	25
2.1.11 Stratégies de transfert et de généralisation	25
2.2 Évaluation de la mise en œuvre	25
2.3 Évaluation des effets	28
2.3.1 Objectif général proximal du volet des enfants	29
2.3.2 Objectif général proximal du volet des parents.....	30
2.3.3 Objectif intermédiaire.....	31
2.3.4 Objectif collatéral	32

Chapitre 3 : Résultats	33
3.1 Évaluation de la mise en œuvre	33
3.1.1 Comparaison entre le prévu et le vécu pour le volet des enfants	33
3.1.2 Analyse des composantes de l'implantation du volet des enfants.....	36
3.1.3 Comparaison entre le prévu et le vécu pour le volet des parents	39
3.1.4 Analyse des composantes de l'implantation du volet des parents.....	40
3.1.5 Jugement global sur la conformité de l'intervention	43
3.1.6 Implications possibles pour l'évaluation des effets.....	45
3.2 Évaluation des effets	46
3.2.1 Objectif général proximal du volet des enfants	46
3.2.2 Objectif général proximal du volet des parents	49
3.2.3 Objectif intermédiaire.....	57
3.2.4 Objectif collatéral	62
3.2.5 Liens entre les résultats des enfants et des parents.....	63
Chapitre 4 : Discussion	64
4.1 Jugement sur l'atteinte des objectifs	64
4.1.1 Objectif général proximal du volet des enfants	64
4.1.2 Objectif général proximal du volet des parents	64
4.1.3 Objectif intermédiaire.....	66
4.1.4 Objectif collatéral	67
4.1.5 Liens entre l'atteinte des objectifs des enfants et des parents	67
4.2 Liens entre les résultats et les composantes de l'intervention.....	68
4.3 Liens entre les résultats et le contexte théorique.....	71
4.4 Avantages et limites de l'intervention et du devis d'évaluation	72
Conclusion	76
Références	78
Annexes	x

Liste des annexes

Annexe I. Schéma de la chaîne prédictive de l'anxiété.....	x
Annexe II. Recension des programmes d'intervention auprès des enfants de 6 à 16 ans aux prises avec un trouble anxieux.....	xi
Annexe III. Contenu et moyens de gestion des apprentissages des séances.....	xvi
Annexe IV. Évaluation de la conformité : Liste à cocher.....	xix
Annexe V. Évaluation de l'exposition : Liste de présences.....	xx
Annexe VI. Évaluation de la qualité de la participation : Grille d'observation.....	xxi
Annexe VII. Évaluation de la qualité de la mise en application : Questionnaire d'appréciation version participants.....	xxii
Annexe VIII. Évaluation de la qualité de la mise en application : Questionnaire d'appréciation version co-animatrice.....	xxiii
Annexe IX. Évaluation des débordements du programme : Autres formes de suivis possibles.....	xxiv
Annexe X. Évaluation des débordements du programme : Changements environnementaux.....	xxv
Annexe XI. Évaluation de la mise en œuvre de Détective Cognitivo.....	xxvi
Annexe XII. Journal de bord de l'enfant.....	xxvii
Annexe XIII. Séances d'exposition : Grille d'observation à remplir par le parent.....	xxx
Annexe XIV. Moyens utilisés par l'enfant pour gérer son anxiété : Questionnaire qualitatif maison.....	xxxii
Annexe XV. Journal de bord du parent.....	xxxiii
Annexe XVI. EMBU : version parent.....	xxxiiii
Annexe XVII. EMBU : version enfant.....	xxxv
Annexe XVIII. Impacts du programme chez le parent : Questionnaire qualitatif maison.....	xxxviii
Annexe XIX. Échelle d'anxiété manifeste pour enfants.....	xxxix
Annexe XX. Inventaire des peurs de l'enfant.....	xli
Annexe XXI. Impacts du programme chez l'enfant : Questionnaire qualitatif maison version enfant.....	xliv

Annexe XXII. Impacts du programme chez l'enfant : Questionnaire qualitatif maison version parent.....	xliv
Annexe XXIII. Inventaire de dépression pour enfants.....	xlvi
Annexe XXIV. Évaluation des effets de Détective Cognitivo.....	1

Liste des tableaux

Tableau 1. Contenu des séances de Détective Cognitivo selon les deux volets.....	21
Tableau 2 : Code et procédures de Détective Cognitivo.....	23
Tableau 3. Profil des enfants ayant pris part à Détective Cognitivo.....	34
Tableau 4. Comparaison entre le temps prévu et le temps accordé pour chacune des composantes – volet des enfants.....	36
Tableau 5. Exposition et qualité moyenne de la participation des enfants.....	37
Tableau 6. Comparaison entre le temps prévu et le temps accordé pour chacune des composantes – volet des parents.....	41
Tableau 7. Pourcentage d'exposition des mères à Détective Cognitivo.....	41
Tableau 8. Qualité moyenne de la participation des mères.....	42
Tableau 9. Résultats qualitatifs pour l'objectif général proximal du volet des enfants.....	49
Tableau 10. Résultats au questionnaire d'évaluation qualitative des effets pour le volet des parents.....	57
Tableau 11. Résultats au questionnaire d'évaluation qualitative des effets pour le volet des enfants.....	61

Liste des figures

Figure 1. Pourcentage d'utilisation des techniques lors d'une situation anxiogène.....	47
Figure 2. Fréquence de l'émission d'encouragements.....	50
Figure 3. Fréquence d'utilisation du renforcement positif.....	51
Figure 4. Fréquence d'utilisation de l'ignorance intentionnelle.....	52
Figure 5. Fréquence d'émission des comportements parentaux pouvant alimenter l'anxiété de l'enfant.....	53
Figure 6. Scores des mères à la sous-échelle « contrôle/surprotection ».....	54
Figure 7. Scores des enfants à la sous-échelle « contrôle/surprotection ».....	54
Figure 8. Scores des mères à la sous-échelle « chaleur émotionnelle ».....	54
Figure 9. Scores des enfants à la sous-échelle « chaleur émotionnelle ».....	54
Figure 10. Scores des mères à la sous-échelle « rejet ».....	55
Figure 11. Scores des enfants à la sous-échelle « rejet ».....	55
Figure 12. Scores des mères à la sous-échelle « comportements anxieux ».....	56
Figure 13. Scores des enfants à la sous-échelle « comportements anxieux ».....	56
Figure 14. Niveaux d'anxiété globaux des enfants.....	58
Figure 15. Scores à l'Échelle d'anxiété manifeste pour enfants.....	59
Figure 16. Scores à l'Inventaire des peurs de l'enfant.....	60
Figure 17. Scores à l'Inventaire de dépression pour enfants.....	62

Introduction

La psychoéducation est une discipline qui vise à rétablir l'équilibre et l'autonomie chez des sujets aux prises avec des difficultés d'adaptation (Gendreau, 2001). Le présent document traite justement d'un projet d'intervention psychoéducative, Détective Cognitivo, élaboré dans le but d'éviter le maintien et la généralisation de l'anxiété chez des enfants de 9 à 12 ans. Dans ce rapport d'intervention, il est d'abord question du contexte théorique entourant le phénomène de l'anxiété. La problématique est décrite en fonction de ses caractéristiques, des données épidémiologiques et des conséquences qui en résultent dans la vie d'un enfant qui la ressent. Des hypothèses étiologiques ainsi que la chaîne prédictive de l'anxiété sont également présentées. Une recension des principales interventions en regard de l'anxiété existant à ce jour est exposée, puis le programme proposé est introduit. Le deuxième chapitre traite de la méthodologie concernant Détective Cognitivo. L'élaboration du projet d'intervention est tout d'abord détaillée en fonction des dix composantes du modèle structural psychoéducatif. Les modalités de l'évaluation de la mise en œuvre et des effets de Détective Cognitivo sont ensuite présentées. Dans le chapitre trois, on rapporte les résultats liés à ces deux aspects. Finalement, la lecture du dernier chapitre permet de poser un jugement sur l'atteinte des objectifs, de faire des liens entre les résultats, les composantes de l'intervention et le contexte théorique ainsi que de se pencher sur les avantages et limites de l'intervention et du devis d'évaluation.

Chapitre 1 : Contexte théorique

1.1 Description de la problématique

L'anxiété, la peur et l'angoisse sont des réactions universelles qui ont contribué à l'évolution et la préservation de l'homme en lui servant de signal d'alarme pour le prévenir d'un danger imminent. Les peurs font d'ailleurs partie du développement normal de l'humain, les jeunes enfants craignant souvent le noir et les adolescents redoutant l'évaluation sociale de leurs pairs (Dumas, 2007). Toutefois, elles s'affaiblissent au fur et à mesure que l'enfant vieillit et disparaissent généralement d'elles-mêmes avec le temps. Les peurs deviennent pathologiques quand elles sont disproportionnées par rapport à la cause et nuisent au fonctionnement quotidien de l'enfant (Turgeon & Brousseau, 2000). À ce moment, elles sont souvent incontrôlables et persistantes en plus d'engendrer des comportements d'évitement ou de fuite chez l'enfant qui s'assure ainsi de ne pas être confronté à ce qui le rend anxieux. Ces éléments caractérisent le trouble anxieux, soient des sentiments intenses et persistants d'anxiété qui provoquent une détresse extrême. Bien que cette détresse ne soit pas due à un danger réel ou imminent, elle est difficilement contrôlable par la volonté de l'enfant ou les gestes rassurants et les appels à la raison de son entourage (Dumas, 2007).

En fonction de l'approche catégorielle, l'American Psychiatric Association (2004) distingue sept types de troubles anxieux. L'anxiété de séparation consiste en une peur excessive de l'enfant d'être séparé de ses parents, la phobie spécifique est caractérisée par la peur intense et persistante d'une situation ou d'un objet alors que la phobie sociale est la peur prononcée et persistante pour l'adolescent de se retrouver dans des situations où il pourrait être observé attentivement et évalué négativement. Le trouble obsessionnel-compulsif se caractérise par des obsessions causant de l'anxiété et/ou des compulsions visant à réduire l'angoisse, tandis que le trouble panique entraîne des attaques de panique récurrentes et inattendues jumelées à la crainte persistante d'avoir une nouvelle attaque. L'anxiété généralisée, quant à elle, se traduit par des préoccupations excessives durant de longues périodes par rapport à des situations improbables. Finalement, l'état de stress post-traumatique implique des souvenirs répétitifs d'un événement traumatique passé engendrant une détresse significative et l'évitement des stimuli associés. Le simple fait de présenter ces symptômes ne garantit pas un diagnostic de trouble anxieux, ils doivent également perdurer dans le temps et altérer le fonctionnement de l'individu. Par contre, les troubles anxieux ainsi catégorisés manquent de validité scientifique car les critères diagnostiques se recoupent et on constate une forte comorbidité des troubles anxieux entre eux et avec les troubles de l'humeur (Albano, Chorpita & Barlow, 2003).

Les troubles anxieux peuvent donc également être considérés selon une approche dimensionnelle, c'est-à-dire en mesurant leurs manifestations sur un continuum de fréquence et d'intensité (Dumas, 2007). Ces manifestations sont observables au sein de plusieurs sphères du développement de l'enfant. Au plan comportemental, elles se traduisent entre autres par de l'hypervigilance, des tremblements, des compulsions ou des comportements d'évitement. Elles s'accompagnent par des réactions physiologiques telles que l'augmentation des rythmes cardiaque et respiratoire, des palpitations, des nausées et une transpiration abondante. Au plan cognitif, l'enfant anxieux estime le danger de façon irréaliste, entretient des pensées irrationnelles ou des ruminations en plus de la possibilité d'avoir des obsessions. Finalement, la sphère affective de l'enfant est marquée par des inquiétudes, de l'irritabilité, de la nervosité ou de la panique. Ces diverses manifestations amènent un degré de détresse plus ou moins grand chez l'enfant dépendamment de leur fréquence et de leur intensité (Dumas, 2007).

1.1.1 Prévalence

Les troubles anxieux représentent l'une des psychopathologies développementales les plus répandues chez les enfants et les adolescents (Dumas, 2007). Bien que les manifestations anxieuses puissent s'inscrire sur un continuum de fréquence et d'intensité, la plupart des statistiques disponibles quant à la prévalence sont de nature catégorielle. Elles font donc état des enfants pour qui un trouble anxieux a été diagnostiqué. Toutefois, à titre indicatif, les problèmes d'anxiété représentent 19% des demandes de services reçues par l'équipe santé mentale jeunesse du CSSS de Laval, qu'ils soient diagnostiqués ou non. Il s'agit de la problématique la plus rencontrée par les intervenants de cette équipe (Bibeau, 2009). En ce qui concerne les données catégorielles, les problèmes d'anxiété les plus fréquents sont les phobies spécifiques, l'anxiété de séparation et l'anxiété généralisée avec des prévalences respectives entre 5 et 10% dans divers pays occidentaux (Bergeron, Valla & Gauthier, 2007; Turgeon & Brousseau, 2000). Au Québec, on évalue que la prévalence des troubles anxieux en général se situe entre 5,8% et 17,5% pour les enfants de 6 à 14 ans en fonction des critères du DSM-III-R et d'instruments de mesure administrés à l'enfant et son parent. Il existe toutefois un écart important en fonction des sources d'information, le parent ayant tendance à rapporter davantage de symptômes anxieux chez son enfant que ne le reconnaît ce dernier (Breton et al., 1999). Par ailleurs, la prévalence globale des troubles anxieux serait deux fois plus importante chez les filles que les garçons (Dumas, 2007) indépendamment de leur groupe d'âge (Bergeron et al., 2007), à l'exception du trouble obsessionnel-compulsif et de la phobie sociale qui toucheraient autant de garçons sinon plus que de filles (Dumas, 2007). Certains troubles, par exemple l'anxiété de séparation, sont davantage

diagnostiqués à l'enfance qu'à l'adolescence. La phobie sociale, quant à elle, rencontre plutôt les critères diagnostiques au début de l'adolescence (Dumas, 2007; Last, Perrin, Hersen & Kazdin, 1992). En ce qui concerne les autres troubles, les auteurs se contredisent à savoir s'ils sont plus fréquents à l'enfance ou à l'adolescence. Toutefois, le passage de l'enfance à l'adolescence et l'entrée au secondaire constituent des événements pouvant être anxiogènes. Certains auteurs observent que les diagnostics de troubles anxieux augmentent significativement lorsque l'enfant atteint l'âge de 11 ans (Bergeron et al., 2007). La prochaine section aborde les conséquences qu'engendre l'anxiété dans la vie d'un enfant, qu'elle rencontre les critères diagnostiques ou s'inscrive plutôt sur un continuum de fréquence et d'intensité.

1.1.2 Conséquences sur la vie de l'enfant

L'anxiété entraîne des conséquences dans plusieurs sphères du fonctionnement adaptatif de l'enfant (Bergeron et al., 2007). Elle peut interférer avec ses performances scolaires et intellectuelles puisqu'il paraîtra avoir moins de potentiel simplement parce qu'il est dans une situation anxiogène, par exemple un exposé oral. En ce sens, l'anxiété peut contribuer à des difficultés d'apprentissage et des retards scolaires (Van Ameringen, Mancini & Farvolden, 2003). Éventuellement, cela peut mener refus ou au décrochage scolaire (Dumas, 2007). L'enfant aux prises avec un trouble anxieux craint souvent les situations sociales et peut être porté à les éviter. Au fil du temps, cela peut influencer négativement ses compétences sociales et lui rendre la tâche plus difficile pour s'intégrer dans un groupe de pairs, générant ainsi de l'isolement social (Benjamin, Costello & Warren, 1990). Cela peut aussi l'amener à présenter une faible estime de soi et à ressentir des sentiments de découragement et de désespoir lorsqu'il attribue ses difficultés à un manque de compétence ou une faiblesse de caractère (Strauss & Last, 1993). Par ailleurs, les enfants anxieux ont souvent une compréhension moins développée de la façon dont ils peuvent cacher ou modifier leurs émotions afin de mieux les contrôler (Southam-Gerow & Kendall, 2000). Il est à noter que plus le trouble anxieux se développe à un âge précoce chez l'enfant, plus il a tendance à se maintenir dans le temps et à engendrer des conséquences importantes (Dumas, 2007). En effet, un nombre important de manifestations anxieuses pendant l'enfance prédit un risque élevé de développer un trouble anxieux à l'adolescence ou l'âge adulte (Goodwin, Fergusson & Horwood, 2004). À ce moment, le trouble anxieux entraîne fréquemment des problèmes d'adaptation personnels et professionnels, par exemple la consommation abusive de tabac, d'alcool ou d'autres drogues (Woodward & Ferguson, 2001).

En plus de vivre de l'anxiété, un enfant aux prises avec cette problématique est à risque d'expérimenter d'autres difficultés d'adaptation en raison de l'importante comorbidité des symptômes anxieux avec d'autres troubles. Tout d'abord, les troubles anxieux sont très comorbides entre eux: deux enfants sur trois aux prises avec un tel diagnostic en obtiendront un deuxième, voire même un troisième (Last et al., 1992). Par exemple, les phobies spécifiques, l'anxiété de séparation et la phobie sociale sont des troubles primaires, mais le trouble obsessionnel-compulsif et l'anxiété généralisée y sont souvent secondaires. Par ailleurs, les attaques de panique sont comorbides avec tous les types de troubles anxieux (Bergeron et al., 2007; Turgeon & Brousseau, 2000). Outre la comorbidité au sein des troubles anxieux, ceux-ci sont fréquemment associés aux troubles dépressifs, aux troubles du comportement, au déficit de l'attention avec hyperactivité et à l'abus de substance à l'adolescence (Biederman et al., 1997; Last et al., 1992; Turgeon & Brousseau, 2000).

1.1.3 Étiologie des troubles anxieux

Jusqu'à récemment, la plupart des théories cherchant à expliquer l'apparition des troubles anxieux chez les enfants découlaient des théories explicatives de l'anxiété adulte (Vasey & Dadds, 2001). Diverses approches tentant de comprendre l'origine des troubles anxieux sont détaillées ci-dessous.

1.1.3.1 Perspective psychodynamique

Selon Freud, l'anxiété est le résultat d'un compromis qui doit être fait entre les pulsions de désir et les mécanismes de défense de la personne (Milrod, Busch, Cooper & Shapiro, 1997). Toutefois, des théories plus contemporaines mettent l'accent sur des conséquences d'événements ou de traits de personnalité prémorbides antécédents au trouble anxieux. Par exemple, la perte ou le rejet d'objets sécurisants, tels des parents qui encouragent l'enfant à développer son autonomie, augmente le niveau d'anxiété de ce dernier (Milrod et al., 1997).

1.1.3.2 Perspective biologique

Selon cette approche, le trouble anxieux survient lors d'un dérèglement biochimique combiné à des prédispositions génétiques. Les tenants de cette perspective ont aussi mis de l'avant une dysfonction corticale de la neurotransmission et des systèmes noradrénergique ou sérotoninergique (Dummit III & Klein, 1994).

1.1.3.3 Perspective de l'apprentissage

Le modèle à deux facteurs de Mowrer (1960) stipule que l'anxiété tirerait son origine du conditionnement classique, alors que l'évitement et le fait de maintenir la problématique seraient dus au conditionnement opérant.

1.1.3.4 Perspective cognitive

En fonction de cette approche, le trouble anxieux est généré par la peur d'avoir peur. L'individu anticipe de vivre de l'anxiété et entretient par le fait même des pensées irrationnelles quant à une situation dans laquelle aucun danger n'est imminent (Turgeon & Brousseau, 2000). Il attribue à tort certaines sensations physiques, telle l'augmentation de ses rythmes cardiaque et respiratoire, au déclenchement prochain d'un épisode anxieux (Nevid, Greene, Johnson & Taylor, 2005).

1.1.3.5 Perspective de la psychopathologie développementale

Étant donné la complexité du développement humain, plusieurs chercheurs accordent beaucoup de crédibilité à l'approche de la psychopathologie développementale (Vasey & Dadds, 2001). Selon cette approche, l'influence mutuelle, dynamique et transactionnelle de facteurs de risque et de protection agit sur la trajectoire développementale d'un individu. Ce sont les interactions entre ces facteurs qui augmentent ou diminuent la probabilité de développer une psychopathologie. Cette dernière se développerait lorsque le niveau de stress généré par les interactions entre les différents facteurs est supérieur à la capacité d'adaptation de l'enfant (Cicchetti, 2006). Dans le cas de l'anxiété, la perspective de la psychopathologie développementale semble la plus pertinente pour tenter d'en expliquer l'étiologie puisqu'il s'agit de l'approche la plus complète et intégrative. Cette approche tient compte des facteurs de risque, de protection, de maintien et d'amélioration en lien avec les troubles anxieux. Elle propose en fait un modèle transactionnel dans lequel le trouble anxieux serait l'aboutissement d'un ensemble d'interactions entre les caractéristiques individuelles et familiales de l'enfant. Par exemple, le modèle théorique intégré de Barlow illustre certaines interactions entre les différents facteurs de risque individuels de l'enfant. Ce modèle stipule que l'anxiété est le résultat de l'interaction entre les vulnérabilités biologiques, les événements de vie négatifs et les vulnérabilités psychologiques d'un individu. Autrement dit, un enfant réactif aux situations nouvelles et stressantes et ayant un sens limité du contrôle personnel ainsi qu'une propension à percevoir les événements comme étant catastrophiques est plus à risque de développer une symptomatologie anxieuse (Barlow, 2004). Le modèle tripartite de Clark abonde dans le même sens en mettant en évidence les interactions de trois

dimensions psychologiques de l'individu. Un enfant démontrant à la fois une sensibilité importante aux événements négatifs et une hyperactivité physiologique a plus de chances de développer un trouble anxieux. Le jumelage d'une sensibilité aux événements négatifs ainsi que d'un faible niveau d'affectivité positive est lié au développement des troubles dépressifs (Clark & Watson, 1991). Étant donné la pertinence de la perspective de la psychopathologie développementale dans l'étiologie des troubles anxieux, les différents facteurs de risque, de protection, de maintien et d'amélioration que les chercheurs jugent impliqués sont détaillés ci-après.

1.1.3.5.1 Facteurs de risque

Un facteur de risque est défini comme étant une variable de nature individuelle, familiale ou environnementale qui augmente ou réduit la probabilité de développer un trouble anxieux (Vasey & Dadds, 2001). Dans le cadre de la présente recension des écrits, des facteurs de risque de nature individuelle et familiale favorisant une symptomatologie anxieuse ont été identifiés.

1.1.3.5.1.1 Facteurs individuels

a) Tempérament de l'enfant

L'inhibition comportementale chez un enfant augmente de façon significative le risque qu'il développe une symptomatologie anxieuse. Les enfants naissant avec un tempérament inhibé ont généralement de la difficulté à tolérer la nouveauté et y réagissent en pleurant. Ils ressentent d'intenses sentiments de peur et de gêne en plus de manifester une importante activité motrice. L'inhibition comportementale amène ces enfants à peu explorer leur environnement et à éviter les contacts avec les gens qu'ils ne connaissent pas. Des études longitudinales ont démontré que les enfants au comportement inhibé ont deux fois plus de chances de développer un trouble anxieux. Toutefois, l'inhibition comportementale prédit le développement de l'anxiété à condition d'être jumelée à d'autres facteurs de risque, tel qu'élaboré plus loin. Plus l'inhibition comportementale est importante à l'enfance, plus elle risque d'être stable dans le temps (Biederman et al., 1993; Kagan, Reznick & Snidman, 1988).

b) Sexe de l'enfant

Le sexe de l'enfant est un facteur pouvant influencer le développement d'un trouble anxieux puisque le fait d'être une fille double la probabilité d'en souffrir (Dumas, 2007).

c) Facteurs génétiques

La littérature rapporte que le parent peut transmettre génétiquement une vulnérabilité affective et tempéramentale à son enfant. Ce dernier n'hérite pas d'un trouble anxieux en soi, mais plutôt d'une tendance à réagir de manière anxieuse (Eley et al., 2003). Certains gènes favoriseraient aussi l'apparition de caractéristiques tempéramentales prédisposant à une symptomatologie anxieuse (Smoller et al., 2005).

d) Facteurs neurophysiologiques

Certaines structures cérébrales sont associées au développement de l'anxiété. L'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien (HPA), le système limbique et le cortex préfrontal constituent le système d'activation ou d'inhibition comportementale de l'humain. L'anxiété résulterait de l'hyperactivité de ces structures due au dysfonctionnement de neurotransmetteurs et d'hormones, par exemple la norépinéphrine (Thomas & De Bellis, 2004).

e) Facteurs cognitifs

Les enfants qui ont tendance à interpréter des scénarios ambigus de façon catastrophique et à croire qu'ils sont menaçants pour lui sont davantage à risque de développer un trouble anxieux (Barrett, Rapee, Dadds & Ryan, 1996). Dans le même ordre d'idées, un enfant confronté de manière répétée à des situations pour lesquelles il pense avoir un contrôle limité ou inadéquat a tendance à développer des symptômes anxieux (Albano et al., 2003).

f) Facteurs scolaires

Le fait d'avoir redoublé une année scolaire ou de faire partie d'un programme spécialisé pour troubles d'apprentissage, émotionnels ou du comportement augmente la probabilité d'apparition de manifestations anxieuses (Velez, Johnson & Cohen, 1989).

g) Événements de vie stressants

Parmi les facteurs de risque individuels, on retrouve aussi l'expérience en bas âge d'événements pénibles ou traumatiques. De tels événements peuvent déstabiliser le système d'inhibition comportementale et ainsi prédisposer l'enfant à devenir anxieux (Last et al., 1992). La présence d'une maladie physique chronique chez l'enfant ou un membre de sa famille constitue un exemple (Bergeron et al., 2007).

1.1.3.5.1.2 Facteurs familiaux

a) Facteurs propres aux parents

La présence de troubles anxieux chez les parents, particulièrement la mère, constitue un facteur de risque important (Beidel & Turner, 1997). Tel que mentionné précédemment, cela peut être dû à une transmission génétique de la vulnérabilité, mais aussi à certaines pratiques parentales augmentant l'anxiété de l'enfant. L'enfant peut également imiter les symptômes anxieux de son parent (Dadds, Barrett, Rapee & Ryan, 1996). Un enfant ayant un parent dont le niveau d'éducation est faible (Velez et al., 1989), une mère monoparentale (Kasen, Cohen, Brook & Hartmark, 1996), une mère lui ayant donné naissance à l'adolescence ou une famille de faible statut socio-économique (Goodman et al., 1998) est plus à risque de développer une symptomatologie anxieuse. Il en va de même pour un enfant qui serait témoin de disputes fréquentes entre ses parents, ceux-ci affichant un faible niveau d'affectivité dans le couple (Bergeron et al., 2007; Goodman et al., 1998).

b) Relation parent-enfant

Un attachement dysfonctionnel entre la mère et l'enfant augmente la probabilité pour ce dernier d'avoir un diagnostic de trouble anxieux. Lorsque la mère n'est pas en mesure d'assurer la base sûre et sécurisante dont l'enfant a besoin, celui-ci est peu porté à explorer son environnement puisqu'il craint que sa mère ne soit plus disponible ensuite. L'inhibition comportementale chez l'enfant, dont il a été discuté plus tôt, est liée au développement d'un attachement insécure entre sa mère et lui (Manassis & Bradley, 1994). Ayant un enfant au tempérament difficile et pleurant beaucoup, la mère est moins portée à aller vers lui, le rassurer et le sécuriser (Provost & LaFrenière, 1991; Turgeon & Brousseau, 2000). Conséquemment, la présence d'affectivité négative chez la mère est liée au développement d'une symptomatologie anxieuse chez son enfant (Hudson & Rapee, 2001).

c) Pratiques parentales

Un enfant dont les parents adoptent une fréquence élevée de comportements punitifs, abusent de lui physiquement (Bergeron et al., 2007) ou ne l'encadrent pas suffisamment (Goodman et al., 1998) a plus de chances de développer un trouble anxieux. C'est également le cas pour un enfant dont le parent est surprotecteur. En effet, ce type de parent a tendance à croire que son enfant n'est pas en mesure de faire face à des situations ambiguës, ce qui l'amène à se sur-impliquer auprès de lui et à faire les choses à sa place (Rapee, 1997). Ces pratiques augmentent la vulnérabilité de l'enfant à l'anxiété puisqu'il

perçoit que comme son parent intervient, il y a réellement une menace à laquelle il ne peut faire face par lui-même, diminuant ainsi son niveau de contrôle sur la situation (Hudson & Rapee, 2001; Hudson & Rapee, 2002).

1.1.3.5.2 Facteurs de protection

Les facteurs de protection modèrent la relation entre un ou plusieurs facteurs de risque et le développement du trouble anxieux, diminuant ainsi sa probabilité d'apparition. Il ne s'agit pas simplement de l'inverse d'un facteur de risque (Dumas, 2007). Les facteurs de protection peuvent également modérer la relation entre les symptômes anxieux d'un enfant et leur maintien ou leur aggravation. Être porté à explorer son environnement et de nouvelles situations (Caspi, Henry, McGee, Moffitt & Silva, 1995; Compas, 1987), posséder un bon sentiment de contrôle et de bonnes stratégies de résolution de problèmes constituent des exemples de facteurs modérant l'impact de l'anxiété dans la vie de l'enfant (Compas, 1987). En effet, les stratégies de résolution de problèmes adéquates permettent à l'enfant d'introduire de la flexibilité dans son mode de pensée. Lorsqu'il est confronté à une situation anxiogène, il est plus en mesure de l'analyser sous plusieurs angles et risquera moins de la percevoir comme n'étant que menaçante pour lui. De telles stratégies de résolution de problèmes sont liées au sentiment de contrôle de l'enfant par une relation réciproque (Compas, 1995). Plus l'enfant perçoit qu'il a du contrôle sur une situation anxiogène, plus il a tendance à utiliser des stratégies de résolution de problèmes adéquates pour y faire face. De l'autre côté, s'efforcer d'utiliser des stratégies de résolution de problèmes adéquates développe le sentiment de contrôle de l'enfant s'il constate qu'elles ont eu de l'impact. Cette relation réciproque entre la résolution de problème adéquate et un bon sentiment de contrôle a un effet protecteur modérateur sur le lien entre les facteurs de risque et le développement de l'anxiété (Compas, 1995).

1.1.3.5.3 Facteurs de maintien

Les facteurs de maintien contribuent à la persistance du trouble dans le temps et ce, malgré l'interaction entre les facteurs de risque ou de protection. Il peut s'agir des mêmes facteurs de risque associés au développement du trouble ou de facteurs proximaux ayant fait leur apparition au fil du temps (Vasey & Dadds, 2001). Les comportements d'évitement, caractérisant une progression biphasique de l'anxiété, en constituent un bon exemple. L'enfant adopte un comportement d'évitement car il craint une situation et ne veut pas y être confronté, mais au fil du temps sa crainte se transforme en la peur d'avoir peur. C'est cette anticipation anxieuse qui contribue au maintien et à la

généralisation des troubles anxieux (Mouren-Siméoni, Vila & Vera, 1993). Certaines pratiques parentales contribuent également à la persistance de la symptomatologie anxieuse, en plus d'en constituer l'un des facteurs de risque. Un parent surprotecteur a tendance à proposer des stratégies d'évitement à son enfant ou à l'encourager à en adopter, ce qui accentue le développement d'un style cognitif anxieux chez l'enfant (Barrett, Rapee, et al., 1996; Rapee, 1997). Il s'agit donc d'un facteur venant modérer la relation entre l'anxiété de l'enfant et le maintien du trouble à long terme.

Des facteurs cognitifs contribuent aussi au maintien des troubles anxieux dans le temps. Par exemple, les enfants qui ont l'impression de ne pas avoir de contrôle sur les événements qui les rendent anxieux et sur les réactions qui en résultent vivent encore plus d'anxiété (Weems, Silverman, Rapee & Pina, 2003). Dans le même ordre d'idées, les enfants possédant un faible sentiment d'auto-efficacité ont plus de chances de voir leur anxiété se maintenir dans le temps (Vasey & Dadds, 2001). En plus d'être un facteur de risque, les distorsions cognitives de l'enfant peuvent aussi représenter un facteur de maintien. Dans le cas où il interprète les événements de manière catastrophique et surestime les probabilités d'apparition ainsi que les conséquences d'une situation, l'enfant peut par la suite avoir tendance à adopter des comportements d'évitement qui contribuent au maintien de l'anxiété (Barrett, Rapee, et al, 1996). Cette façon d'envisager les événements de façon catastrophique est caractéristique des enfants qui possèdent un style cognitif maladaptatif en regard de l'imminence (Adler & Strunk, 2009). Ces enfants ont tendance à percevoir que des événements menaçants vont survenir de façon imminente et vont aller en s'intensifiant. Il a été démontré que le fait de posséder un style cognitif maladaptatif en regard de l'imminence agit en tant que modérateur de la relation entre l'anxiété de l'enfant et son maintien ou sa généralisation car cela accentue les symptômes d'anxiété et augmente les probabilités d'apparition d'un trouble (Adler & Strunk, 2009).

1.1.3.5.4 Facteurs d'amélioration

Les facteurs d'amélioration permettent de diminuer la symptomatologie anxieuse de l'enfant (Vasey & Dadds, 2001). Les interventions de nature cognitive-comportementale en constituent de bons exemples puisqu'elles visent à modifier les facteurs de risque proximaux ou encore les facteurs contribuant au maintien du trouble anxieux dans le temps. Par le biais de la restructuration cognitive et de l'apprentissage de stratégies de résolution de problèmes, elles ciblent les cognitions erronées de l'enfant et les remplacent par de nouvelles plus appropriées. L'exposition graduelle imagée et *in vivo* permet à l'enfant d'opter pour des comportements autres que l'évitement et adresse l'anticipation anxieuse (Barlow, 2004). Le travail effectué auprès des parents est un autre exemple de facteur

d'amélioration puisqu'il vise à modifier certaines pratiques parentales. Il aide également le parent à comprendre le phénomène de l'anxiété et la manière dont il peut accompagner son enfant à travers cela. À la lumière de la littérature scientifique, il semble indiqué et pertinent de viser ces cibles d'intervention et de travailler de pair avec l'enfant et son parent.

1.1.4 Chaîne prédictive de l'anxiété

Tel que mentionné précédemment, un facteur de risque à lui seul ne peut être responsable du développement d'un trouble anxieux. Il s'agirait davantage d'un ensemble d'interactions entre les différents facteurs de risque, de protection, de maintien et d'amélioration qui contribuent au développement et à la persistance des symptômes anxieux. Conséquemment, la chaîne prédictive de l'anxiété comprend les différents facteurs impliqués dans son apparition et illustre leurs interactions, tel que représentée par un schéma à l'Annexe 1.

Certaines interactions entre différents facteurs de risque individuels de l'enfant ont déjà été décrites plus haut par le biais du modèle théorique intégré de Barlow et du modèle tripartite de Clark. D'autres interactions surviennent également entre les facteurs de risque individuels et familiaux de l'enfant. Par exemple, l'interaction entre le tempérament inhibé de l'enfant et le fait que sa mère fasse preuve d'affectivité négative à son endroit peut mener au développement d'un style parental rejetant ou contrôlant. Un attachement de type insécure pourrait caractériser sa relation avec son enfant et celui-ci serait d'autant plus à risque de développer un trouble anxieux (Manassis & Bradley, 1994). L'influence mutuelle du tempérament inhibé de l'enfant et de la surprotection parentale augmente aussi la probabilité de développer un trouble anxieux. Un enfant au tempérament inhibé réagira en pleurant face aux situations nouvelles et tentera de les éviter. Si son parent tend à le surprotéger et à encourager ses comportements d'évitement, l'enfant intériorisera qu'il y a réellement lieu d'avoir peur. Ainsi, son sentiment d'avoir un contrôle limité sur son environnement s'accroîtra et sa tendance à envisager des scénarios de catastrophe se renforcera. La présence d'un trouble anxieux chez le parent complexifie encore plus la situation s'il opte lui-même pour des stratégies d'évitement et que son enfant l'imité.

En somme, la chaîne prédictive illustre que les différentes interactions au sein des facteurs de risque individuels de l'enfant et entre ces derniers et les facteurs familiaux augmentent ou diminuent la probabilité de développer une symptomatologie anxieuse. Une fois développée, l'interaction entre les différents facteurs de maintien et d'amélioration favorise ou non la persistance et la généralisation du trouble anxieux.

1.2 Interventions déjà expérimentées

Plusieurs interventions de différentes orientations thérapeutiques existent à ce jour dans le but de traiter l'anxiété. À titre d'exemple, les tenants de la psychanalyse proposent la psychothérapie psychodynamique focalisée sur le trouble panique (Milrod et al., 1997). Cette psychothérapie vise à mettre en évidence la signification inconsciente des symptômes anxieux en amenant le patient à formuler diverses interprétations des conflits qui ont mené à l'apparition du trouble. La thérapie peut se poursuivre jusqu'à une durée d'un an et réserve une place importante à la thématique de la séparation (Milrod, 1997). Peu d'études se sont toutefois penchées sur l'efficacité de cette technique (Currat & Despland, 2004), mis à part une étude menée par la conceptrice de la thérapie qui obtenait des résultats concluants (Milrod et al., 2001). Par ailleurs, d'autres thérapeutes proposent la désensibilisation par mouvements oculaires comme traitement au trouble de stress post-traumatique. Cette technique consiste à demander au patient de se remémorer l'événement traumatique pendant que le thérapeute produit une stimulation sensorielle devant les yeux du patient. Ce dernier est alors appelé à suivre des yeux le mouvement produit. Cette stimulation se répercuterait dans le cerveau, faisant en sorte que les événements traumatiques perdraient de leur intensité (Davidson & Parker, 2001). Toutefois, il est difficile d'identifier les mécanismes en cause, et cette technique ne semble pas plus efficace que n'importe quelle autre. Dans les faits, l'intégration des mouvements oculaires ne serait pas nécessaire pour mener à bien la thérapie (Davidson & Parker, 2001).

Très brièvement, mentionnons que la pharmacothérapie peut également être utilisée pour traiter l'anxiété, mais souvent parallèlement à une psychothérapie. Parmi les médicaments les plus fréquemment prescrits se retrouvent les benzodiazépines (ex : Valium et Rivotril) qui agissent sur le récepteur GABA, le principal neurotransmetteur inhibiteur du système nerveux central. Ce sont toutefois les inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine (ISRS) qui constituent le traitement de choix pour l'anxiété car ils engendrent moins d'effets secondaires que les benzodiazépines. Parmi les ISRS les plus connus se retrouvent les Zoloft, Paxil, Prozac et Celexa (Gendreau & Ravacley, 2007).

Les thérapies les plus efficaces pour les jeunes présentant des problèmes d'anxiété découlent toutefois de l'approche cognitive-comportementale (Albano & Kendall, 2002). Cette approche considère que la peur et l'anxiété sont des réactions normales à la base, mais devenues pathologiques à cause de certaines cognitions qu'entretient l'enfant. Elle vise à modifier les comportements et les cognitions liées à l'anxiété. Les thérapies cognitive-comportementales s'assurent donc de couvrir cinq volets, soit l'information éducative, l'entraînement à la gestion des sensations somatiques, la

restructuration cognitive, l'exposition imagée et *in vivo* ainsi que la généralisation des acquis et la prévention de rechute (Albano & Kendall, 2002; Ginsburg & Newman Kingery, 2007; Turgeon, Brousseau & Denis, 2007). La thérapie cognitive-comportementale s'attarde aux relations entre les pensées, les sentiments et les comportements en plus d'enseigner des stratégies de résolution de problèmes et des techniques de relaxation (Kendall, Gosch, Furr & Sood, 2008). L'Annexe II présente des programmes d'intervention démontrés efficaces qui s'appuient tous sur cette approche. Ils ciblent des enfants âgés de 6 à 16 ans, certains offrant un format individuel, d'autres un format de groupe. Il s'agit de programmes d'intervention ciblée, c'est-à-dire qu'ils s'adressent à des enfants déjà aux prises avec des symptômes anxieux. Toutefois, la plus récente édition du programme *FRIENDS for children*, rebaptisée *FRIENDS for life* (Barrett, 2004), peut également être utilisée sous forme de prévention universelle, par exemple en l'offrant à tous les enfants d'une même classe en milieu scolaire.

Le contenu de tous les programmes qui figurent à l'Annexe II est sensiblement le même puisqu'il découle de l'approche cognitive-comportementale. Il est à noter que le programme *Coping Cat* fait office de pionner dans le domaine. Il a été adapté en Australie, engendrant le *Coping Koala* dont les auteurs ont par la suite créé une version de groupe (*Coping Koala Group*). C'est du *Coping Koala Group* que d'autres auteurs se sont inspirés pour élaborer *FRIENDS*. *Coping Cat* a également fait l'objet d'une adaptation de groupe canadienne (*Coping Bear*) et québécoise (Super l'Écureuil). Ainsi, les différences entre ces programmes se situent davantage au niveau des sujets et du format de l'intervention plutôt que dans le contenu. Alors que le *Coping Cat* s'adresse à l'enfant seulement et ne prévoit que quelques rencontres épisodiques avec les parents, le *Coping Koala + Family anxiety management* introduit une composante de thérapie familiale au *Coping Koala*. Quant à *FRIENDS* et Super l'Écureuil, ils prévoient un volet pour l'enfant et un autre pour ses parents, ceux-ci étant donc pleinement impliqués dans l'intervention et appelés à jouer un rôle de co-thérapeute auprès de leur jeune. Étant donné que l'un des facteurs de maintien du trouble anxieux chez l'enfant concerne la surprotection parentale, il semble pertinent de prévoir un volet parental au sein d'un programme afin de le rendre plus efficace. Les résultats proximaux et distaux du *Coping Koala + Family anxiety management* vont en ce sens puisque les symptômes anxieux diminuent de façon plus importante chez les enfants ayant pris part aux deux volets.

Le programme *FRIENDS* se démarque par le fait qu'il comprend deux sessions de relance, ce qui contribue au maintien et à la généralisation des acquis (Eyberg, Edwards, Boggs & Foote, 1998). Par ailleurs, des auteurs ont évalué la validité sociale de ce programme en demandant aux enfants et leurs

parents de remplir des questionnaires quant à leur appréciation. Ils en ressortent très satisfaits et le recommanderaient à d'autres (Barrett, Shortt, Fox & Wescombe, 2001). Bien que l'Annexe II démontre que l'efficacité des résultats est semblable tant pour les programmes offrant un format individuel qu'un format de groupe, les interventions de groupe sont plus efficaces puisqu'elles permettent de rejoindre un plus grand nombre d'enfants en économisant des ressources (Mendlowitz et al., 1999). On remarque également que les programmes offrant un moins grand nombre de séances sont aussi efficaces que ceux qui en comportent davantage, ce qui influence encore une fois l'efficacité. Si l'on tient compte de cette variable, le programme *FRIENDS* semble plus indiqué que *Coping Cat*. Toutefois, *FRIENDS* comporte également certaines limites, entre autres le peu d'attention qu'il accorde à l'explication du phénomène de l'anxiété et à l'exposition graduée, éléments qui constituent pourtant des composantes centrales des thérapies cognitives-comportementales. Il semble donc avantageux d'ajouter à *FRIENDS* ces composantes dont *Coping Cat* traite en profondeur. En somme, les programmes qui ont fait leurs preuves dans le traitement de l'anxiété découlent de l'approche cognitive-comportementale (Albano & Kendall, 2002). Les programmes *Coping Cat* et *FRIENDS* font office de pionniers dans le domaine et il semble que le fait d'allier certaines de leurs caractéristiques augmente tant l'efficacité que l'efficacité d'une intervention visant à diminuer les symptômes anxieux d'un enfant.

1.3 Intervention proposée

À la lumière de tous les éléments présentés plus haut, le programme d'intervention élaboré dans le présent travail, Détective Cognitivo, a pour but d'éviter le maintien et la généralisation de l'anxiété chez des enfants de 9 à 12 ans. Pour ce faire, il semble nécessaire de travailler plus étroitement avec les facteurs de risque proximaux des troubles anxieux, c'est-à-dire ceux qui les maintiennent, et favoriser l'apparition ou le développement des facteurs de protection.

1.3.1 Place de l'intervention dans la chaîne prédictive

L'intervention proposée cible les facteurs de maintien de l'anxiété, soient la surprotection parentale, le faible sentiment de contrôle de l'enfant sur son environnement, son faible sentiment d'auto-efficacité, ses distorsions cognitives et ses comportements d'évitement. Il est pertinent d'agir sur ces facteurs puisque cela permet de diminuer les risques que l'anxiété de l'enfant devienne plus importante et se généralise, évitant ainsi diverses conséquences à long terme telles que l'isolement social ou le décrochage scolaire. Il est plus facile d'intervenir sur les facteurs de maintien que sur les facteurs de risque en tant que tel puisque ces derniers comportent des composantes biologiques et

sociodémographiques sur lesquelles il est difficile d'avoir de l'influence. D'ailleurs, les programmes *FRIENDS* et *Coping Cat* ciblent eux aussi les facteurs proximaux dans le cadre de leur intervention.

1.3.2 Choix de l'intervention

L'intervention proposée, baptisée Détective Cognitivo, prend la forme de séances de groupe comprenant six enfants ainsi que d'un autre groupe constitué d'au moins un des parents de l'enfant. Toutefois, l'accent est mis davantage sur le volet des enfants avec neuf séances d'intervention, comparativement à quatre rencontres pour le volet parental. Détective Cognitivo s'inspire majoritairement du contenu du programme *FRIENDS*, mais certains éléments du programme *Coping Cat* ont également été retenus. Ces programmes ont été choisis car leur efficacité a été démontrée auprès de diverses populations et dans plusieurs contextes (Kendall, 1994; Kendall et al., 1997; Kendall et al., 2004; Kendall & Southam-Gerow, 1996; Shortt, Barrett & Fox, 2001). La majorité du contenu de Détective Cognitivo s'inspire de *FRIENDS* puisque les activités sont prévues pour un groupe de participants et non en fonction d'un format individuel comme c'est le cas pour *Coping Cat*. Toutefois, *Coping Cat* accorde beaucoup de temps à l'explication du phénomène de l'anxiété et à l'exposition graduée, contrairement à *FRIENDS* qui effleure plutôt ces aspects. Dans le cadre de Détective Cognitivo, ces composantes ont été retenues puisqu'elles sont centrales aux thérapies cognitives-comportementales traitant l'anxiété (Turgeon et al., 2007). Par ailleurs, la troisième séance de *FRIENDS* a été retranchée car elle traite de la communication, ce qui est moins central dans la chaîne prédictive de l'anxiété. Il est vrai que, tel que mentionné précédemment, les manifestations anxieuses peuvent altérer les compétences sociales des enfants (Benjamin et al., 1990) et donc possiblement leur aptitude à communiquer. Toutefois, plusieurs activités au fil des séances de Détective Cognitivo permettent aux participants de travailler cet aspect, rendant ainsi moins pertinent le fait d'y consacrer une séance entière alors qu'il ne s'agit pas d'un élément central de la chaîne prédictive. Ainsi, Détective Cognitivo contient une séance de moins que *FRIENDS*. Certaines activités comprenant des jeux de mots ont aussi été adaptées puisqu'elles perdaient leur sens une fois traduites en français. D'autres éléments ont été ajoutés par l'étudiante de maîtrise, par exemple l'idée de montrer l'extrait d'un film de super héros dans lequel le personnage vit de l'anxiété afin de normaliser ce sentiment et d'illustrer que tout le monde peut le ressentir. Finalement, les devoirs à faire à la maison entre chacune des séances ont été modifiés pour que l'enfant puisse mettre en pratique l'exposition graduée à ce moment. Il aurait effectivement été difficile de le faire au cours des rencontres, comme c'est le cas dans *Coping Cat*, à cause du format de groupe qui a été privilégié pour la présente intervention. Le

programme Super l'Écureuil procède d'ailleurs de cette façon, pour les mêmes raisons, et obtient tout de même des résultats satisfaisants tel qu'élaboré dans l'Annexe II.

1.3.3 Pertinence de l'intervention

Détective Cognitivo est une intervention qui s'avère pertinente tant au niveau du contenant que du contenu. Tout d'abord, un format de groupe est tout à fait indiqué puisque, tel que mentionné plus tôt, des auteurs ont démontré que les résultats obtenus sont aussi efficaces que ceux d'une intervention individuelle, le rendant ainsi plus efficient (Mendlowitz et al., 1999). En effet, l'intervention est moins coûteuse puisqu'elle permet de répondre aux besoins d'un plus grand nombre de jeunes dans le même laps de temps. Par ailleurs, il est très pertinent d'inclure un volet parental à l'intervention puisque les enfants ayant suivi un programme semblable voient leur anxiété diminuer davantage que ceux qui ont suivi une intervention comprenant seulement un volet pour enfants (Barrett, Dadds, et al., 1996). Cela s'explique entre autres par le fait qu'un des principaux facteurs du maintien de l'anxiété chez les enfants est caractérisé par certaines pratiques parentales inadéquates, dont la surprotection (Barrett, Rapee, et al., 1996; Rapee, 1997). Finalement, le choix de faire une intervention visant à éviter la généralisation et le maintien de l'anxiété chez des enfants de 9 à 12 ans est pertinent pour le CSSS de Laval puisque tel que mentionné précédemment, la problématique de l'anxiété représente 19% des cas suivis par l'équipe santé mentale jeunesse. Aucune autre problématique n'est représentée par un pourcentage plus élevé, ce qui fait de l'anxiété le phénomène le plus fréquemment rencontré par les intervenants de cette équipe (Bibeau, 2009). Malgré cela, aucune intervention ciblée pour cette problématique n'existe jusqu'à maintenant au CSSS de Laval.

Chapitre 2 : Méthodologie

2.1 Description

2.1.1 Les sujets et leur recrutement

Détective Cognitivo a été mené auprès d'enfants de 9 à 12 ans manifestant des symptômes anxieux et d'au moins un de leurs parents. Toutefois, les symptômes anxieux ne devaient pas découler d'une autre problématique qui aurait été plus prépondérante mais entraînerait de l'anxiété chez l'enfant. Les enfants retenus ne devaient pas afficher de problèmes de comportement importants ou de retards intellectuels sans quoi l'intervention aurait risqué de ne pas répondre adéquatement à leurs besoins. Les intervenants désireux de référer des enfants avaient préalablement été mis au courant de ces critères d'exclusion, permettant ainsi de s'assurer que les participants soient bien sélectionnés. Le groupe d'âge de 9 à 12 ans a été ciblé car il s'agit d'une période de transition à plusieurs niveaux, par exemple le passage de l'enfance à l'adolescence et du primaire au secondaire. Ces événements peuvent constituer des sources d'anxiété pour les enfants et certains auteurs observent d'ailleurs que les diagnostics de troubles anxieux augmentent significativement au sein du groupe d'âge de 11 ans (Bergeron et al., 2007). De plus, les enfants de 9 à 12 ans ont atteint le stade des opérations concrètes, c'est-à-dire qu'ils sont en mesure de s'ouvrir à l'opinion des autres et d'opérer en pensée sur la réalité des objets concrets et manipulables (Larivée, 2007; Le Blanc, Dionne, Grégoire & Trudeau-Le Blanc, 2002). On peut donc penser que leurs capacités cognitives, attentionnelles et de raisonnement sont assez aiguisées pour leur permettre de suivre le programme tel qu'il est conçu.

Un nombre maximal de six participants semblait raisonnable pour une première implantation du programme étant donné l'importante prise d'observations individualisées nécessaire à l'évaluation de la mise en œuvre et des effets. Il était aussi supposé qu'un trop grand groupe aurait contribué à accentuer l'anxiété des participants pour qui le simple fait d'assister à la séance pouvait représenter un défi. De plus, les programmes de groupe reconnus efficaces dans la littérature scientifique interviennent auprès de cinq à huit enfants à la fois (Shortt et al., 2001; Turgeon et al., 2007). Détective Cognitivo s'adressait tant aux garçons qu'aux filles, mais ces dernières ont finalement été beaucoup plus nombreuses au sein du groupe, ce qui est cohérent avec le fait que la prévalence globale des troubles anxieux est plus importante chez elles (Bergeron et al., 2007). La mixité dans un groupe d'enfants âgés de 9 à 12 ans n'a pas été identifiée comme étant problématique dans la recension des écrits effectuée.

Afin de recruter les participants, un appel à tous a été lancé aux intervenants du CSSS de Laval pour qu'ils repèrent dans leur charge de cas des enfants manifestant des signes d'anxiété. Bien que les programmes *FRIENDS* et *Coping Cat* ciblent seulement des enfants présentant un diagnostic d'anxiété de séparation, d'anxiété généralisée ou de phobie sociale, il apparaissait difficile de procéder ainsi dans le cadre de Détective Cognitivo compte tenu qu'une minorité de jeunes suivis par le CSSS de Laval possède un diagnostic de trouble anxieux. Une approche de type dimensionnelle a donc été privilégiée pour le recrutement. Les enfants référés ont eu à compléter l'Échelle d'anxiété manifeste pour enfants (Turgeon, 1998 in Turgeon & Chartrand, 2003) ainsi que l'Inventaire de dépression pour enfants (Saint-Laurent, 1990). Afin d'être retenus, les enfants ne devaient pas présenter des symptômes dépressifs plus importants que leurs symptômes anxieux. Une fois ce critère exclu, les six enfants obtenant le score le plus élevé à l'Échelle d'anxiété manifeste ont été retenus. À titre indicatif, le seuil clinique de cet instrument correspond à un score de 18, mais étant donné l'approche dimensionnelle du recrutement, les enfants ne devaient pas nécessairement obtenir un score égal ou supérieur à 18 pour être retenus. Étant donné que le CSSS de Laval offre un service de première ligne, les enfants retenus ne présentaient pas des symptômes anxieux altérant leur fonctionnement de façon extrême, sans quoi ils auraient été référés en pédopsychiatrie afin de recevoir des services de deuxième ou troisième ligne.

2.1.2 *Le but et les objectifs*

Le but de Détective Cognitivo, soit l'objectif distal, consistait à éviter le maintien et la généralisation de l'anxiété chez les enfants et donc à diminuer la probabilité qu'ils obtiennent un diagnostic de trouble anxieux. L'objectif intermédiaire, quant à lui, consistait à diminuer le niveau d'anxiété global chez des enfants de 9 à 12 ans. Pour y arriver, deux objectifs généraux proximaux ont été formulés, soit un pour l'enfant et l'autre pour son parent, desquels découlent des objectifs spécifiques.

- 1) Augmenter la compétence de l'enfant à réagir adéquatement lors d'une situation anxigène.
 - a) Lors d'une situation anxigène, l'enfant identifie ses réactions physiologiques.
 - b) Lors d'une situation anxigène, l'enfant utilise la technique de respiration abdominale et/ou de relaxation musculaire.
 - c) Lors d'une situation anxigène, l'enfant identifie sa pensée automatique.
 - d) Lors d'une situation anxigène, l'enfant utilise le raisonnement du détective.
 - e) Lors d'une situation anxigène, l'enfant remplace sa pensée automatique par une pensée réaliste.
 - f) L'enfant effectue au moins deux pratiques d'exposition in vivo par semaine avec son parent.

- 2) Augmenter la compétence du parent à aider son enfant lors d'une situation anxiogène.
 - a) Lorsque son enfant émet un comportement d'évitement, le parent l'encourage à affronter la situation anxiogène.
 - b) Lorsque son enfant utilise des outils pour affronter une situation qui le rend anxieux, le parent le renforce positivement.
 - c) Lorsque son enfant insiste pour que son parent fasse les choses avec lui ou à sa place, ce dernier utilise l'ignorance intentionnelle.
 - d) Lorsque son enfant vit une situation anxiogène, le parent évite de lui faire part de ses propres peurs ou inquiétudes.

Un objectif collatéral a également été formulé sachant que l'anxiété et les symptômes dépressifs sont fréquemment comorbides. Il était donc attendu que Détective Cognitivo contribue également à diminuer les symptômes dépressifs des enfants.

2.1.3 *Les animateurs*

L'animation du groupe d'enfants a été réalisée par l'étudiante à la maîtrise en psychoéducation qui a également conçu le programme, assistée par une psychologue de l'équipe santé mentale jeunesse du CSSS de Laval. L'animation du groupe de parents a été menée à bien par une travailleuse sociale de la même équipe, assistée de sa stagiaire. Ces collaboratrices détenaient une expérience considérable auprès des enfants et des adolescents présentant des problèmes de santé mentale ainsi qu'auprès des parents. Elles possédaient des qualités importantes pour travailler auprès d'enfants anxieux, par exemple faire preuve de considération pour le rythme d'apprentissage et d'appropriation des objectifs qui peut varier selon les participants en fonction de l'anxiété vécue. Elles possédaient aussi des connaissances en lien avec la thérapie cognitive-comportementale et les techniques d'exposition graduée en plus d'une expérience non négligeable en animation de groupe.

2.1.4 *Le programme et le contenu*

Une séance type du volet enfants de Détective Cognitivo prenait la forme suivante : bref retour sur la séance précédente et le devoir, attribution des points, présentation du thème de la rencontre, activités, retour sur la rencontre, évaluation de la participation, possibilité d'achat de récompenses et explication du devoir. Quant à la séance type du volet parental, elle comportait une période initiale de questions suivie de la présentation du thème de la rencontre, les activités prévues et un retour sur la séance. Le Tableau 1 présente le contenu abordé lors de chacune des séances des deux volets, mais l'Annexe III en traite plus en profondeur.

Tableau 1

Contenu des séances de Détective Cognitivo selon les deux volets

Séance	Contenu
Enfants 1	Prise de contact et introduction au programme
Enfants 2	Émotions de base, sensations physiques, définir l'anxiété
Enfants 3	Sensations physiques engendrées pas l'anxiété
Enfants 4	Respiration diaphragmatique et relaxation musculaire
Enfants 5	Pensées automatiques et pensées réalistes
Enfants 6	Raisonnement du détective et combattre l'évitement
Enfants 7	Résolution de problèmes et renforcement positif
Enfants 8	Estime de soi et perception de contrôle
Enfants 9	Révision, consolidation des acquis, reconnaissance et renforcement
Parents 1	Prise de contact et introduction au programme
Parents 2	Renforcer son enfant et lui servir de modèle
Parents 3	Gestion des comportements indésirables de l'enfant
Parents 4	Révision, consolidation des acquis et renforcement

2.1.5 Les moyens de mise en relation

2.1.5.1 Stratégies de gestion des apprentissages

Afin de gérer les apprentissages des participants, Détective Cognitivo a principalement utilisé une stratégie de type semi-directif, c'est-à-dire que les animatrices leur ont apporté du support tout en suscitant grandement leur participation. Une certaine progression a été favorisée à cet effet, c'est-à-dire que les animatrices ont pris plus de place durant les premières séances, puis sollicité davantage la participation des sujets au fil des semaines. Il s'agit d'une intervention reposant sur le principe du « faire avec », mais tendant de plus en plus vers le « faire-faire » en fonction des capacités des participants (Grégoire, 2008). Détective Cognitivo était conçu pour s'articuler autour d'une approche tantôt ludique, tantôt didactique. Effectivement, les participants devaient prendre part à de petits exercices et activités, mais le contenu était un peu plus théorique à certains moments. Ces périodes n'étaient toutefois pas été caractérisées par de l'enseignement magistral, mais plutôt axées sur un mode

de discussion interactif puisque les sujets étaient appelés à participer en amenant des éléments de réponse. Il était supposé que de cette façon, l'intérêt et la motivation des participants soient plus faciles à maintenir (Pain, 2006). Les moyens utilisés afin de gérer les apprentissages des participants sont présentés en détails en fonction du contenu pour chacune des séances à l'Annexe III. Brièvement, ils consistaient en des discussions interactives, des mises en situation, des jeux de rôle, des tempêtes d'idées, du modelage, la création et la présentation d'un spectacle, des quizz et diverses activités interactives ou figurant dans le cahier du participant.

2.1.5.2 Stratégies de gestion des comportements

Quelques stratégies avaient été planifiées afin de réagir dans le cas où certains participants n'auraient pas respecté pas le code et les procédures. En ce qui concerne les enfants, ils recevaient d'abord des avertissements verbaux en cas de dérogation aux règles, mais ce de manière individuelle afin de ne pas les cibler devant tout le groupe. Si cela s'avérait insuffisant, des techniques comme l'intervention par signe (geste non-verbal pour signifier à un participant que l'on désire qu'il cesse un comportement), l'humour ou encore le toucher de l'épaule pouvaient être utilisées. Quant au groupe des parents, il était attendu qu'il y ait peu de dérogation aux règlements puisqu'il s'agit d'adultes volontaires. Un rappel verbal et l'utilisation de l'humour pouvaient toutefois être utilisés en cas de besoin.

2.1.6 *Le contexte spatial*

Les groupes d'enfants et de parents se tenaient dans deux salles distinctes du CLSC Ste-Rose à Laval. Les pièces comprenaient toutes deux des tables, des chaises, un grand tableau ainsi que toutes les fonctionnalités technologiques nécessaires au branchement d'un téléviseur, d'un ordinateur ou d'un projecteur. Les participants étaient assis autour d'une table ronde, assurant ainsi un bon visuel et une certaine convivialité. Le CLSC de Ste-Rose est situé dans le nord de la ville et est bien connu dans le quartier. Les familles recrutées étaient pour la plupart desservies par ce CLSC, ce qui signifie que leur lieu de résidence était à proximité.

2.1.7 *Le contexte temporel et le dosage de l'intervention*

Le programme dans son ensemble s'est déroulé sur 14 semaines. Les trois premières ont servi à prendre la mesure du niveau de base des objectifs spécifiques tandis que les trois dernières ont été consacrées à la prise des mesures post-test. Les semaines intermédiaires ont servi à l'application de

l'intervention en soi. Les rencontres pour le groupe des enfants étaient d'une durée de 75 minutes et ont eu lieu à neuf reprises de façon hebdomadaire. Les rencontres pour le groupe de parents, également d'une durée de 75 minutes, ont eu lieu à quatre reprises en même temps que l'intervention pour les enfants, soit lors des première, quatrième, sixième et neuvième rencontres.

2.1.8 *Le code et les procédures*

L'établissement de balises et de normes est nécessaire puisque ces dernières guident les conduites des individus et leur permettent de vivre des relations harmonieuses au cours de l'intervention (Gendreau, 2001). Dans le groupe des enfants, étant donné leur jeune âge, il était primordial que les animateurs précisent des règles claires à respecter dès le départ. Ces règlements, basés sur des valeurs de respect et d'ouverture, étaient affichés sur un carton et placés bien en vue dans le local. En ce qui concerne le groupe de parents, il était attendu que leur participation soit volontaire et qu'ils possèdent la maturité nécessaire au bon fonctionnement des rencontres. Certains aspects importants, tels que la ponctualité et la confidentialité, ont toutefois été évoqués lors de la première séance. Le Tableau 2 présente les différents éléments du code et des procédures.

Tableau 2

Code et procédures de Détective Cognitivo

Code	Procédures
1. Les participants se respectent les uns les autres.	1.1. Les participants sont ponctuels ou n'oublient pas d'aviser d'une absence. 1.2. Les participants respectent le droit de parole. 1.3. Les participants respectent la confidentialité des propos échangés. 1.4. Les participants sont respectueux dans les paroles adressées aux autres. 1.5. Les participants respectent leurs propres limites.
2. Les participants sont ouverts aux opinions des autres.	2.1. Les participants tiennent compte des idées des autres pour prendre les décisions. 2.2. Les participants acceptent les désaccords qui se présentent dans les discussions.
3. Les sujets participent activement aux rencontres.	3.1. Les participants partagent leurs idées au reste du groupe. 3.2. Les participants fournissent des efforts lors des exercices pratiques (incluant à la maison) ou des travaux en équipe.

En cas de non-respect du code ou des procédures, les animatrices ont utilisé les stratégies décrites dans la section « gestion des comportements » du présent travail. Dans le volet des enfants, le vocabulaire a été modifié afin que le carton affiché en avant du local soit plus adapté à l'âge des participants. Par exemple, on pouvait lire « J'arrive à l'heure » plutôt que « Les participants sont ponctuels ».

2.1.9 *Le système de responsabilités*

Avant le début de l'intervention, l'étudiante de maîtrise a créé des contacts avec les différents partenaires et le chef de service de l'équipe santé mentale jeunesse afin qu'ils soient en accord avec l'intervention et la connaissent bien. Ensuite, elle a obtenu l'autorisation des parents pour que leur enfant participe au programme et pour s'assurer qu'ils soient eux-mêmes disponibles à prendre part à certaines rencontres. Suite à cela, elle s'est rendue dans les familles afin de procéder au recrutement et aux procédures de pré-test auprès des participants. Avant chacune des séances, les animatrices devaient préparer le local et s'assurer d'avoir tout le matériel nécessaire. Bien entendu, elles étaient responsables de l'animation des rencontres. Elles ont veillé à soutenir les participants en leur donnant des conseils, des suggestions et de la rétroaction verbale. Elles se sont assurées de la participation de tous et ont fait en sorte que règne une atmosphère de respect et de coopération entre les sujets. Cela revient à dire qu'elles ont veillé au respect du code et des procédures. Après les séances, elles devaient ranger le matériel et laisser les locaux dans le même état qu'elles les avaient trouvés. Elles étaient également responsables des observations nécessaires à l'évaluation de la mise en œuvre de Détective Cognitivo. Finalement, après le programme, l'étudiante de maîtrise était responsable de l'administration des instruments nécessaires à l'évaluation de la mise en œuvre et des effets.

Afin de favoriser l'autonomie des participants et les amener à s'approprier leurs objectifs, il est pertinent de leur attribuer une tâche ou un rôle. De cette manière, ils participent activement et peuvent se sentir utiles et valorisés en plus de réaliser des apprentissages au cours de la séance (Gendreau, 2001). Ces responsabilités doivent être choisies en fonction du niveau de développement des participants et de leurs capacités. Ainsi, au fil des séances, une participation plus importante des sujets a été sollicitée. Il était attendu des enfants et de leurs parents qu'ils prennent part activement aux ateliers et effectuent les activités à faire à la maison entre chacune des rencontres. Ils avaient aussi la responsabilité de se conformer au code et aux procédures.

2.1.10 Le système de reconnaissance

La reconnaissance consiste à souligner aux participants leurs progrès face aux objectifs qu'ils ont à atteindre (Gendreau, 2001). Dans le cadre de Détective Cognitivo, elle a entre autres pris la forme de renforcement positif, tant verbal que non-verbal, exprimé de façon continue au cours de toutes les séances. Les animatrices s'assuraient d'encourager et de féliciter les enfants pour leur participation, leur attitude et leurs comportements. La reconnaissance positive de la part du groupe de pairs et du participant lui-même a également été encouragée, c'est-à-dire que chacun était appelé à identifier ses bons coups et à souligner ceux des autres. Il était également attendu que les discussions informelles entre les participants constituent une forme d'encouragement puisqu'ils pouvaient ainsi constater qu'ils n'étaient pas les seuls à vivre leur situation. Des reconnaissances matérielles étaient également prévues pour les enfants puisqu'ils récoltaient des points s'ils avaient complété leur journal de bord et leur devoir à la maison, puis pouvaient s'acheter une récompense à chaque accumulation de 15 points. Des points bonis étaient également distribués au cours des séances, par exemple pour la participation ou la réponse adéquate à une question. Finalement, une partie de la dernière séance était dédiée à un gala méritas lors duquel chacun des participants recevait un diplôme et une mention spéciale.

2.1.11 Stratégies de transfert et de généralisation

Afin de promouvoir le transfert et la généralisation des apprentissages réalisés au cours des séances, certains moyens étaient prévus. Tout d'abord, le fait que les animatrices amènent les participants à prendre conscience de leurs progrès les a aidés à se situer et à réaliser les apprentissages effectués. Autant les enfants que leurs parents ont aussi été encouragés à se faire part mutuellement de leurs commentaires, ce qui peut favoriser le transfert des connaissances de l'un à l'autre. Par ailleurs, les devoirs à réaliser à la maison entre chacune des rencontres ont permis aux enfants de se remémorer les notions apprises et de les expérimenter dans un contexte différent. Les exercices d'exposition graduée en constituent un très bon exemple. La dernière séance du programme, destinée à la prévention de la rechute, a aussi rempli cette fonction. Elle a encouragé les participants à généraliser leurs acquis au maximum de situations possible dans leur vie, à ne pas se décourager si jamais des situations anxiogènes surviennent à nouveau et dans de tels cas, à utiliser les outils appris ou chercher de l'aide.

2.2 Évaluation de la mise en œuvre

L'évaluation de la mise en œuvre d'un programme consiste à en vérifier l'intégrité, c'est-à-dire s'assurer qu'il correspond bien à ce qui était planifié au départ (Vitaro, 2000). Il s'agit d'un élément

très important puisque la qualité de la mise en œuvre joue le rôle d'une variable modératrice de l'efficacité du programme. Par exemple, si les résultats d'une intervention sont peu concluants mais que certaines conditions d'application n'ont pas été respectées, il est possible qu'ils soient attribuables à une mauvaise mise en œuvre plutôt qu'à l'inefficacité du programme en soi (Vitaro, 2000). Dans le même ordre d'idées, l'obtention de très bons résultats pourrait ne pas être attribuable au programme en soi si ce dernier n'a pas été appliqué tel que planifié.

Dane et Schneider (1998) ont identifié cinq dimensions caractérisant la qualité de l'implantation d'une intervention, soient la conformité du programme, le degré d'exposition des participants à l'intervention, la qualité de leur participation, la qualité de la mise en application ainsi que les débordements du programme. La conformité du programme signifie entre autres que l'intervention a été appliquée dans l'ensemble, c'est-à-dire que tous les thèmes ont été abordés et que tous les moyens proposés ont été utilisés. La notion de conformité réfère également au respect du temps prévu pour chacune des phases d'un programme d'intervention. Il importe donc de bien connaître le programme afin de l'appliquer dans son intégralité (Vitaro, 2000). Le degré d'exposition des participants au programme se traduit par le nombre de séances auxquelles ils ont assisté ou encore la durée de chacune des phases du déroulement (Vitaro, 2000). La qualité de la participation des sujets réfère à leur niveau d'attention, leur fréquence d'émission de comportements perturbateurs et l'assiduité dans les devoirs. La qualité de la mise en application de l'intervention réfère aux caractéristiques de l'animateur. Son enthousiasme, sa préparation et sa capacité d'adaptation en constituent des exemples pertinents (Vitaro, 2000). Cette composante comprend également les conditions de réalisation de l'intervention, par exemple le contexte spatial dans lequel elle prend place. Finalement, les débordements du programme font référence aux autres activités auxquelles assistent les participants qui pourraient influencer les résultats de l'intervention en cours (Vitaro, 2000). Dans le cadre de *Détective Cognitivo*, les cinq composantes de la mise en œuvre ont été évaluées et les procédures mises en place pour ce faire furent les mêmes pour les volets enfants et parents.

En ce qui concerne la conformité du programme, Dane et Schneider (1998) rappellent qu'il est important de la favoriser en disposant d'un manuel de procédures ainsi qu'en formant et supervisant adéquatement les animateurs. Ces éléments s'avéraient très pertinents dans le cadre de la présente intervention puisque l'étudiante de maîtrise qui a conçu le programme a animé seulement le volet enfants; laissant l'animation du volet parents à une autre intervenante. Il était donc primordial que l'animatrice du volet parents dispose d'un manuel de procédures détaillé et rencontre l'étudiante de

maîtrise à plusieurs reprises afin d'être bien formée avant le début de l'animation. En cours d'administration, il lui a été possible de prendre part à des rencontres de supervision afin de mettre en place des ajustements, toujours dans le but d'assurer une bonne conformité du programme. Dans le même ordre d'idées, comme une co-animatrice était présente dans le volet enfants, il était important qu'elle connaisse bien le programme ainsi que les tâches auxquelles elle était attitrée en se référant au manuel de procédures et en recevant une formation de l'étudiante de maîtrise. Afin de procéder à l'évaluation de la conformité du programme, la co-animatrice devait remplir une liste à cocher (Annexe IV) à la fin de chacune des séances en notant le temps accordé à l'animation de chacune des phases de la rencontre. Cela permettait de vérifier si tous les thèmes avaient été abordés et si l'animatrice avait respecté les délais prescrits.

Afin d'obtenir de l'information concernant le degré d'exposition des participants, l'animatrice prenait les présences à toutes les rencontres afin de vérifier si tous les sujets avaient été exposés au programme. Si un participant arrivait en retard, un espace était réservé sur la feuille (Annexe V) afin que l'animatrice note son heure d'arrivée. Ainsi, il était possible de déterminer quelle proportion de la séance avait été manquée et à quelles phases cela correspondait.

Afin d'évaluer la qualité de la participation des enfants, une grille d'observation (Annexe VI) était remplie à la fin de chaque rencontre par l'animatrice et la co-animatrice. L'attention, la participation, les comportements perturbateurs ainsi que la réalisation ou non du devoir et des mesures répétées étaient pris en compte. Le fait que les deux animatrices remplissent la grille en augmentait la fidélité puisque si elles constataient toutes deux la même chose, il était plausible que l'observation soit juste. La même grille d'observation a été utilisée pour évaluer la qualité de la participation des parents, mais elle était remplie seulement par l'animatrice du volet parental.

Quant à la qualité de la mise en application de Détective Cognitivo, elle a été évaluée par le biais d'un questionnaire d'appréciation que devaient remplir les participants (Annexe VII) et la co-animatrice pour le volet des enfants (Annexe VIII) à la fin de chacune des rencontres. Ce questionnaire évaluait le dynamisme de l'animatrice ainsi que la clarté de ses explications.

Finalement, les débordements du programme ont été évalués par le biais d'un questionnaire maison (Annexe IX) qui était administré au tout début et à la fin de l'intervention. Ce questionnaire visait à savoir si l'enfant était médicamenté et si ce dernier et/ou son parent prenaient part à tout autre suivi ou activité dans le but de diminuer le niveau d'anxiété global de l'enfant. Le fait d'administrer à nouveau

le questionnaire à la fin de l'intervention a permis de savoir si l'enfant et/ou son parent avaient pris part à de nouvelles activités en même temps que l'administration du programme et si le statut de médication de l'enfant avait changé. Si tel était le cas, un espace était réservé afin que le parent note à quel moment ce suivi parallèle a débuté. Lors du post-test, le parent devait également répondre à un autre questionnaire maison (Annexe X) dans le but d'identifier si des changements importants étaient survenus dans la vie de l'enfant au cours de l'intervention, par exemple le divorce de ses parents ou le décès d'un proche. De tels événements pourraient expliquer que le niveau d'anxiété global de l'enfant n'ait pas diminué après avoir pris part au programme. Les composantes évaluées ainsi que les procédures pour le faire sont résumées dans l'Annexe XI.

2.3 *Évaluation des effets*

En raison du petit nombre de participants et des ressources limitées concernant l'implantation de Détective Cognitivo, le type de devis d'évaluation qui contrôle le plus de sources d'invalidité interne possible est un protocole à cas unique. Ce genre de devis consiste à comparer les comportements des participants à ceux qu'ils affichaient avant l'intervention (Ladouceur & Bégin, 1986). Il existe divers types de protocoles à cas uniques, soient ceux basés sur le retrait ou l'inversion de traitement (ABA), les niveaux de bases multiples, l'alternance de traitements et le changement de critères. L'évaluation des effets de Détective Cognitivo s'est faite par le biais d'un protocole ABA, à l'exception de l'objectif intermédiaire qui a été évalué par un protocole de type ABCDA à changement de critères. Ce type de protocole consiste à établir d'abord un niveau de base stable (A), à introduire ensuite l'intervention comprenant des critères de performance dont le niveau d'exigence augmente au fur et à mesure qu'ils sont atteints (BCD), puis à retirer l'intervention après un certain laps de temps pour revenir aux conditions de départ (A) (Ladouceur & Bégin, 1986). Un protocole ABCDA permet de contrôler davantage les sources d'invalidité interne qu'un simple protocole ABA puisqu'une relation plus forte peut être établie entre l'intervention et les effets lorsque le comportement se modifie au même rythme que les objectifs fixés (Ladouceur & Bégin, 1986). Dans le cadre d'un protocole ABA, il est impossible d'affirmer que la relation entre les effets obtenus lors de la phase B et le programme est de nature causale. En effet, même si les mesures répétées redeviennent stables lorsque l'intervention se termine et que l'on revient aux conditions de départ, les effets pourraient relever d'autres facteurs, par exemple l'opération de mesure (Ladouceur & Bégin, 1986).

Afin d'établir un niveau de base représentatif des comportements du sujet, il est préférable d'attendre que les mesures soient stables avant d'introduire l'intervention, sans quoi les résultats

peuvent être dus au patron de comportement normal du participant plutôt qu'à l'intervention en soi (Ladouceur & Bégin, 1986). Étant donné le délai restreint de l'implantation de Détective Cognitivo, la mesure du niveau de base s'est faite pendant trois semaines seulement et ce, même si une stabilité n'a pas nécessairement été atteinte. L'implantation de l'intervention a pris la forme de neuf séances entre lesquelles des mesures répétées ont continué d'être prises, puis elle a été retirée et les mêmes mesures se sont poursuivies pour trois autres semaines, caractérisant le retour aux conditions de départ.

En plus des mesures répétées, des mesures pré-test/post-test prenant la forme d'instruments standardisés et de questionnaires qualitatifs maison ont été utilisées pour mesurer les effets de Détective Cognitivo. Même si ce type de mesure ne permet pas de tirer des conclusions aussi solides que les mesures répétées, il a été utilisé dans certains cas afin d'éviter la source d'invalidité d'effet de mesure et alléger les tâches hebdomadaires des participants. La passation de ces instruments a eu lieu en deux temps tant pour le pré-test (recrutement et première semaine) que pour le post-test (treizième et quatorzième semaines) afin d'alléger la tâche des participants. L'évaluation de l'atteinte de chacun des objectifs est présentée en détails ci-dessous. Leur ordre de présentation tient compte du fait qu'en théorie, on doit d'abord atteindre les objectifs proximaux afin d'augmenter les probabilités de l'atteinte de l'objectif intermédiaire, ce qui risque finalement d'engendrer des effets collatéraux (Vitaro, 2000).

2.3.1 Objectif général proximal du volet des enfants

2.3.1.1 Évaluation quantitative

L'objectif général proximal pour l'enfant consistait à augmenter sa compétence à réagir adéquatement lors d'une situation anxiogène. Afin d'en vérifier l'atteinte, les objectifs spécifiques s'y rattachant ont été évalués quantitativement par le biais de mesures répétées. En effet, l'enfant devait remplir un journal de bord (Annexe XII) deux fois par semaine, lequel comprenait entre autres une question visant à indiquer s'il mettait en application les ingrédients actifs de Détective Cognitivo lors d'une situation anxiogène au fur et à mesure qu'ils étaient abordés. Ainsi, au cours de la sixième semaine, l'enfant devait noter s'il avait identifié une sensation physiologique ressentie à cause de l'anxiété. Au cours de la septième semaine, il devait aussi noter s'il avait utilisé une technique de détente pour tenter de diminuer son anxiété et la pensée automatique alimentant ce sentiment au cours de la huitième semaine. Au cours de la neuvième semaine, l'enfant devait indiquer s'il avait utilisé le raisonnement du détective pour modifier sa pensée automatique ainsi que rapporter s'il avait remplacé cette dernière par une pensée réaliste. En plus de cela, l'enfant devait noter s'il avait fait ses deux

exercices d'exposition au cours de la dixième semaine. Ces prises de mesure ont permis d'obtenir le pourcentage d'utilisation des techniques apprises pour chacun des enfants. Afin de calculer ce pourcentage, le nombre de fois où l'enfant reconnaissait avoir utilisé une technique de Détective Cognitivo au moment où il vivait une situation anxiogène a été divisé par le nombre de semaines où il aurait été en mesure de le faire puisque le concept avait été abordé lors de la dernière séance à laquelle l'enfant avait assisté. Dans le but de varier les sources d'évaluation, le parent devait aussi remplir une grille d'observation (Annexe XIII) lors des séances d'exposition qu'il effectuait avec son enfant afin de noter si ce dernier mettait en application les outils appris.

2.3.1.2 Évaluation qualitative

Toujours dans le but d'évaluer l'atteinte de l'objectif général proximal du volet des enfants, il était nécessaire de vérifier leurs connaissances de base par rapport à la gestion de l'anxiété. Pour ce faire, un questionnaire qualitatif maison (Annexe XIV) a été administré à l'enfant au pré-test pour savoir quels trucs il utilise lors d'un événement anxiogène. Le même questionnaire lui a été administré à nouveau au post-test afin de voir s'il utilisait de nouvelles stratégies et si elles correspondaient à celles qui lui avaient été enseignées dans le cadre de Détective Cognitivo.

2.3.2 *Objectif général proximal du volet des parents*

2.3.2.1 Évaluation quantitative

L'évaluation quantitative de l'objectif général proximal pour les parents, soit augmenter leur compétence à aider leur enfant lors d'une situation anxiogène, s'est faite par le biais de mesures répétées et pré-test/post-test. Concernant les mesures répétées, le parent devait remplir chaque semaine un journal de bord (Annexe XV) afin de noter la fréquence hebdomadaire à laquelle il avait encouragé son enfant à affronter une situation anxiogène, l'avait renforcé positivement après qu'il l'ait fait, utilisé l'ignorance intentionnelle lorsque l'enfant lui demandait de faire quelque chose d'anxiogène à sa place, adopté des comportements alimentant l'anxiété de son enfant et utilisé des techniques de renforcement négatif. Par ailleurs, lors de la première semaine du pré-test, le parent a rempli l'Egna Minnen Beträfande Uppfostran (EMBU) (Perris, Jacobsson, Lindstrom, von Knorring & Perris, 1980) (Annexe XVI). Afin de varier les sources d'évaluation, l'enfant devait également répondre au même questionnaire, version enfants (Annexe XVII). À la dernière semaine du post-test, l'enfant et le parent ont rempli à nouveau ce questionnaire et la comparaison entre les résultats obtenus et ceux du pré-test a permis de vérifier si ce dernier était en mesure de mieux réagir face à l'anxiété de son enfant. Les

caractéristiques psychométriques de l'EMBU ne sont pas encore disponibles car l'instrument est en présentement en cours de validation au sein d'une population québécoise.

2.3.2.2 Évaluation qualitative

Lors de la dernière semaine du post-test, le parent devait remplir un questionnaire qualitatif maison visant à obtenir sa perception des impacts de Détective Cognitivo et à vérifier s'il se sentait plus outillé pour aider son enfant en cas de situation anxiogène (Annexe XVIII).

2.3.3 *Objectif intermédiaire*

2.3.3.1 Évaluation quantitative

Afin d'évaluer quantitativement si le niveau d'anxiété global de l'enfant avait diminué après sa participation au programme, des mesures répétées et pré-test/post-test ont été utilisées. En ce qui concerne les mesures répétées, l'enfant devait indiquer dans son journal de bord (Annexe XII) l'intensité de son anxiété sur échelle de 1 à 10 lors de deux situations anxiogènes durant la semaine. Lors des trois premières semaines, ces mesures répétées ont rendu possible l'établissement d'un niveau de base, puis leur analyse subséquente a permis de vérifier si le niveau d'anxiété ressenti par l'enfant diminuait au fil des semaines. En ce qui concerne les critères de performance, il est normalement nécessaire de s'assurer que le participant a atteint celui qui était précédemment fixé avant de passer au suivant qui est plus exigeant (Ladouceur & Bégin, 1986). Toutefois, faute de temps et en lien avec le fait que six participants prenaient part simultanément au programme dans chacun des volets, le changement de critère a été fixé en fonction des nouveaux ingrédients actifs de Détective Cognitivo présentés au fil des séances même si tous les participants n'avaient pas totalement rempli le critère précédent. Il était donc attendu que le niveau d'anxiété des enfants diminue davantage au cours des septième, neuvième et dixième semaines puisque c'est à ces moments que les ingrédients actifs les plus importants étaient abordés. En guise de mesures pré-test/post-test, l'enfant devait remplir l'Échelle d'anxiété manifeste pour enfants (Turgeon, 1998 in Turgeon & Chartrand, 2003) (Annexe XIX) et l'Inventaire des peurs de l'enfant (Turgeon, 1998 in Turgeon, Chartrand & Brousseau, 2005) (Annexe XX).

2.3.3.2 Évaluation qualitative

Lors de la dernière semaine du post-test, un questionnaire qualitatif (Annexe XXI) a été remis à l'enfant afin qu'il détaille de quelle façon Détective Cognitivo a eu un impact sur sa vie et s'il a

l'impression que son niveau d'anxiété général a diminué depuis sa participation au programme. Afin de varier les sources d'évaluation, le même questionnaire comportait une version parent (Annexe XXII) afin que ce dernier explique de quelle façon il a eu l'impression que l'intervention a amené des changements dans la vie de son enfant.

2.3.4 *Objectif collatéral*

Afin d'évaluer si la participation des enfants à Détective Cognitivo avait contribué à diminuer leurs symptômes dépressifs, une évaluation quantitative a été réalisée par le biais de mesures pré-test/post-test. Lors de son recrutement, l'enfant a rempli l'Inventaire de dépression pour enfants (Saint-Laurent, 1990) (Annexe XXIII) afin de s'assurer que des symptômes dépressifs ne soient pas plus importants que des symptômes anxieux. Ce résultat a servi de mesure au pré-test, puis l'enfant a rempli à nouveau ce questionnaire à la dernière semaine du post-test afin de voir si son score avait diminué et par le fait même, ses symptômes dépressifs.

L'Annexe XXIV présente les modalités d'évaluation des différents objectifs.

Chapitre 3 : Résultats

3.1 Évaluation de la mise en œuvre

Afin de rapporter et commenter les résultats de l'évaluation de la mise en œuvre de Détective Cognitivo, les disparités qui ont pu se présenter entre ce qui avait été prévu et ce qui a été appliqué concernant les composantes du modèle structural sont d'abord relevées. Les résultats de l'évaluation des cinq composantes formelles de la mise en œuvre sont rapportés, tant pour le volet des enfants que celui des parents. Finalement, un jugement global à propos de la conformité de l'intervention est émis et les implications possibles à l'égard de l'évaluation des effets de Détective Cognitivo sont présentées.

3.1.1 Comparaison entre le prévu et le vécu pour le volet des enfants

3.1.1.1 Les sujets et leur recrutement

Tel que planifié, Détective Cognitivo a été mené auprès d'un groupe de six enfants de 9 à 12 ans. Au départ, 22 enfants ont été référés par divers intervenants du CSSS de Laval. Après avoir discuté avec ces derniers de la problématique de l'enfant qu'ils référaient, 13 d'entre eux ont été retenus. Il a été convenu d'éliminer les neuf autres enfants soit parce que le besoin n'était plus actuel ou parce que le degré de sévérité de l'anxiété était trop important et que l'enfant bénéficiait déjà d'une intervention plus spécialisée de façon individuelle. Après avoir contacté les parents des 13 enfants par téléphone, des rencontres ont été prévues avec 10 d'entre eux. Les trois autres ont choisi de se désister car l'horaire ou les modalités ne leur convenaient pas. Parmi les 10 enfants rencontrés, cinq filles et un garçon ont été choisis pour participer au groupe puisque leurs symptômes d'anxiété s'avéraient assez importants et qu'ils remplissaient tous les critères d'inclusion. Le Tableau 3 présente le profil des participants retenus ainsi que les scores obtenus au pré-test pour l'Échelle d'anxiété manifeste pour enfants (RCMAS) et l'Inventaire de dépression pour enfants (IDE) qui ont permis de les sélectionner.

Il ressort du Tableau 3 que les participants étaient tous très rapprochés en âge, ce qui facilitait l'animation puisqu'ils présentaient des habiletés cognitives et des intérêts comparables. Un seul des six enfants portait un diagnostic de trouble anxieux, mais la moitié d'entre eux était aux prises avec un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité en plus de leurs symptômes anxieux. Ce constat est cohérent avec les publications de plusieurs auteurs qui ont observé que l'anxiété est fréquemment associée à cette problématique (Biederman et al., 1997; Last et al., 1992; Turgeon & Brousseau, 2000). La participante E a été retenue malgré ses résultats peu élevés au RCMAS car il est apparu probable

Tableau 3

Profil des enfants ayant pris part à Détective Cognitivo

Participant	Âge	Sexe	Score au RCMAS	Score à l'IDE	Impact des symptômes anxieux dans le quotidien	Diagnostic
V	10	F	22	18	Anxiété de performance Anxiété face à la nouveauté Peur excessive des araignées et de la noirceur Peur excessive qu'il arrive malheur à ses parents	Aucun
M	10	F	20	28	Anxiété marquée au moment du coucher Rigidité excessive dans les routines Peur irrationnelle d'aller à la toilette dans les endroits publics	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité Syndrome de Gilles de la Tourette Trouble d'anxiété généralisée
J	10	M	20	14	Peur excessive du noir et des voleurs Anxiété marquée au moment du coucher	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité
K	10	F	18	18	Anxiété face à la tâche à l'école Anxiété face à la nouveauté	Aucun
E	9	F	5	8	Anxiété face à la nouveauté Rigidité dans les routines Besoin incontrôlable de vérifier si toutes les portes sont barrées Compulsions (ex : classer parfaitement les produits dans la salle de bain.)	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité
A	10	F	18	14	Anxiété marquée au moment du coucher Peur excessive des araignées, du feu, des ascenseurs et des ponts	Aucun

que ses résultats ne traduisent pas la réalité étant donné son score élevé (8) à l'échelle de mensonge. L'intervenante référente et la maman de E rapportaient qu'elle est peu consciente de ses symptômes et

nie être anxieuse lorsqu'on lui reflète. Il a donc tout de même été convenu qu'elle soit sélectionnée malgré ses faibles scores étant donné l'impact de ses symptômes anxieux au quotidien, tel que présenté dans le Tableau 3. De plus, E était d'accord avec le fait de prendre part au programme et il semblait souhaitable qu'elle fasse la connaissance d'autres enfants vivant une expérience semblable à la sienne. Finalement, les scores obtenus à l'IDE permettent de constater que la participante M éprouvait des symptômes dépressifs de façon plus marquée que les autres enfants en plus de son diagnostic de trouble anxieux.

3.1.1.2 Les moyens de gestion des apprentissages

Après les deux premières séances de Détective Cognitivo, des changements ont été apportés aux moyens de gestion des apprentissages prévus. Même s'ils étaient variés et ne consistaient pas majoritairement en de l'enseignement magistral, ils prenaient principalement la forme de discussions interactives entre les enfants et les animatrices. Ces dernières ont rapidement constaté qu'en raison de l'âge des enfants et du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité de trois d'entre eux, les moyens de gestion des apprentissages prévus n'étaient pas adaptés à leurs besoins. Il était difficile pour les enfants de soutenir leur attention au cours des discussions interactives et ils ne semblaient pas assimiler le contenu de façon aussi efficace que lors de jeux ou activités dynamiques. L'animatrice et la co-animatrice se sont donc consultées et ont planifié d'autres moyens de gestion des apprentissages pour les séances à venir. Le programme et le contenu n'ont pas du tout été modifiés, c'est plutôt la façon de les amener qui l'a été. Par exemple, plutôt que de présenter des images aux enfants, ceux-ci devaient d'abord effectuer une chasse au trésor dans le local pour trouver les images en question avant de les regarder par la suite. Dans le même ordre d'idées, un jeu de marelle, des concours de rapidité ou encore des jeux grandeur nature ont été introduits pour varier les stratégies de gestion des apprentissages. Il a été constaté que suite à l'introduction de ces moyens, l'attention des participants était davantage soutenue et la rétention des informations semblait facilitée.

En ce qui concerne les composantes du but et des objectifs, des animateurs, du programme et du contenu, des moyens de gestion des comportements, du contexte spatial, du contexte temporel, du code et des procédures, du système de responsabilités, du système de reconnaissance ainsi que des mécanismes de transfert et de généralisation, aucun changement n'a dû être apporté par rapport à ce qui avait été initialement planifié.

3.1.2 Analyse des composantes de l'implantation du volet des enfants

3.1.2.1 La conformité

La conformité d'un programme réfère au fait que tous les thèmes prévus ont été abordés dans le respect du temps imparti initialement. Cette composante a été évaluée par le biais d'une liste à cocher. Au cours de chacune des séances, la co-animatrice remplissait cette liste afin de noter le temps réellement accordé à l'animation des thèmes de la rencontre. La compilation de ces données a permis de calculer combien de temps d'animation a été alloué à chacune des quatre composantes majeures de Détective Cognitivo, soient la normalisation du sentiment anxieux, les sensations physiologiques, les pensées et les comportements. Les neuf séances planifiées ont toutes eu lieu et ont débuté à l'heure convenue. Le Tableau 4 permet de comparer le temps initialement prévu pour chacune des composantes avec le temps qui y a réellement été accordé.

Tableau 4

Comparaison entre le temps prévu et le temps accordé pour chacune des composantes – volet des enfants

	Normalisation de l'anxiété	Sensations physiologiques	Pensées	Comportements
Temps prévu (min)	35	120	125	130
Temps accordé (min)	37	117	149	120

Le temps prévu a été bien respecté en ce qui concerne trois des quatre composantes majeures du programme. Il a toutefois été nécessaire de s'attarder un peu plus longuement à la composante des pensées, possiblement parce que les concepts qui y étaient reliés sont les plus abstraits.

3.1.2.2 L'exposition

Afin de vérifier dans quelle mesure les participants ont été exposés à Détective Cognitivo, une prise de présences était effectuée au début de chacune des séances. La compilation de ces données permet de constater qu'aucun participant n'a abandonné le programme et qu'aucun d'entre eux n'est arrivé en retard lors des séances auxquelles ils ont assisté. Finalement, trois des six participants ont assisté à toutes les séances et ont donc été exposés à 100% du contenu, deux d'entre eux ont été absents

à une occasion, obtenant ainsi un pourcentage d'exposition de 89% au programme, et un participant a raté deux séances, étant donc exposé à 78% du contenu total. Il est important de souligner que deux participants ont été absents en même temps lors de la sixième séance. Cette rencontre était très importante en regard du contenu de Détective Cognitivo puisque les concepts de restructuration cognitive et d'exposition graduée y étaient abordés. Les deux enfants absents ont toutefois pu bénéficier d'explications supplémentaires lors de la séance suivante. Le Tableau 5 permet entre autres d'associer les degrés d'exposition aux enfants concernés.

3.1.2.3 La qualité de la participation

Afin d'évaluer la qualité de la participation des enfants, une grille d'observation était remplie à la fin de chaque rencontre par l'animatrice et la co-animatrice. Le Tableau 5 permet de constater si les enfants étaient attentifs, participatifs, s'ils adoptaient des comportements perturbateurs ainsi que s'ils avaient complété leur devoir et leurs mesures répétées.

Tableau 5

Exposition et qualité moyenne de la participation des enfants

Participant	V	M	J	K	E	A
Exposition (%)	100	100	78	89	89	100
Est attentif (0-1-2-3)*	2,9	2,4	2,6	2,4	2,8	3
Participe lorsque demandé (0-1-2-3)	3	2,8	2,7	2,5	2,6	3
Adopte des comportements perturbateurs (0-1-2-3)	0,2	0,9	0,7	1,4	0	0,4
Devoirs complétés (%)	100	100	100	75	75	89
Mesures répétées complétées (%)	86	93	50	71	86	100

* : 0 = pas du tout; 1= peu; 2 = moyennement; 3 = beaucoup

Ces résultats permettent de constater que les enfants ont démontré des niveaux d'attention et de participation assez élevés tout au long des rencontres, en plus de faire preuve de très peu de

comportements perturbateurs. Par ailleurs, un accord inter-juges a été calculé en fonction de la perception de la qualité de la participation des enfants selon l'animatrice et la co-animatrice. Le coefficient de Kappa obtenu en comparant les réponses moyennes des évaluatrices après chacune des séances est d'une valeur de 0,60, ce qui est considéré comme un bon accord inter-juges. On remarque également que le participant J a été absent à deux reprises et qu'il a négligé la moitié de ses mesures répétées, mais son attention et son intérêt pour le programme se sont tout de même maintenus au fil des rencontres. On peut donc supposer que ces manquements étaient davantage dus à des circonstances extérieures, telles que décrites dans la section consacrée aux débordements du programme, plutôt qu'à une forme de désinvestissement.

3.1.2.4 La qualité de la mise en application

Afin d'évaluer le dynamisme et la clarté des explications de l'animatrice, les enfants et la co-animatrice devaient remplir un questionnaire d'appréciation à la fin de chacune des rencontres. La compilation des résultats permet d'obtenir un score global moyen de 3,8 concernant le dynamisme de l'animatrice (1= presque jamais; 2= parfois; 3= souvent; 4= presque toujours) et de 3,8 également concernant la clarté de ses explications (1= pas du tout claires; 2= un peu claires; 3= assez claires; 4= très claires). Il est à noter que les cotations étaient constantes d'une semaine à l'autre, c'est-à-dire qu'il n'y avait pas de différences marquées entre les séances au point de vue du dynamisme de l'animation et de la clarté des explications. Dans le calcul des résultats, les cotations de la co-animatrice ont compté pour la moitié, l'autre moitié étant constituée de la moyenne des cotations des six participants. Cette façon de calculer les résultats a été retenue puisqu'il était supposé que la co-animatrice soit davantage objective et plus à l'affût des éléments à observer. Il s'est finalement avéré que les scores moyens arrondis des participants ont concordé dans 100% des cas avec ceux de la co-animatrice.

3.1.2.5 Les débordements du programme

Tel que mentionné précédemment, deux questionnaires maison ont été élaborés afin d'identifier d'éventuelles interventions concurrentes susceptibles d'influencer les résultats obtenus. Le premier questionnaire, administré au pré-test et au post-test, visait à déterminer si l'enfant était médicamenté et s'il prenait part à une autre forme de suivi en dehors de Détective Cognitivo. En administrant à nouveau le même questionnaire après le programme, il a été possible de déterminer si le statut ou le type de médication de l'enfant avait changé et s'il avait débuté une intervention parallèle en cours de route. Quant au deuxième questionnaire maison, il a été administré au post-test seulement et cherchait à

savoir si des changements importants étaient survenus dans la vie de l'enfant au cours de l'intervention, ce qui aurait pu influencer son niveau d'anxiété. Les résultats ci-dessous concernent les enfants pour lesquels des éléments significatifs doivent être rapportés en fonction de ces aspects.

Au cours du programme, la participante M a commencé à prendre de la mélatonine, ce qui entraîné une amélioration de la qualité de son sommeil. Le participant J a débuté une prise de Ritalin dans le but d'atténuer ses symptômes de TDAH. En ce qui concerne les interventions parallèles à Détective Cognitivo, M a poursuivi le suivi auquel elle participait auparavant avec une ergothérapeute de l'équipe santé mentale jeunesse du CLSC, dans le but de rendre plus efficaces les routines du coucher. La participante A a aussi maintenu le suivi familial auquel elle participait avec une travailleuse sociale du CLSC. Finalement, trois des six enfants ont vécu des événements anxigènes au cours du programme. J a changé d'école afin d'intégrer une classe spéciale apportant du soutien aux enfants souffrant de TDAH. Sa maman a rapporté que cet événement avait significativement augmenté son niveau d'anxiété et il a même raté une séance de Détective Cognitivo parce qu'il se sentait trop stressé pour le lendemain, jour où il intégrait sa nouvelle classe. Selon la mère de E, sa fille a vécu deux événements ayant contribué à augmenter son niveau d'anxiété au cours de sa participation au programme, soient le décès de son arrière-grand-père et le retour de sa sœur aînée à la maison suite à un placement de quelques mois en centre jeunesse. Finalement, la situation familiale de la participante A s'est détériorée chez sa mère au cours des semaines de Détective Cognitivo et elle est allée vivre chez son père pour quelques temps, ce qui a rendu impossible la réalisation du dernier post-test. Sa mère n'a donc pas été en mesure de remplir le deuxième questionnaire maison visant à déterminer si des événements avaient pu survenir au cours de l'intervention et contribué à augmenter le niveau d'anxiété de l'enfant. On peut toutefois supposer que les difficultés familiales importantes de A au cours de l'intervention ont pu être anxigènes pour elle.

3.1.3 Comparaison entre le prévu et le vécu pour le volet des parents

3.1.3.1 Les sujets et leur recrutement

Les participants du volet parental de Détective Cognitivo étaient bien sûr les parents des enfants sélectionnés. Étant donné que tous les pères n'étaient pas présents, il a été décidé pour les fins de l'évaluation du programme de retenir seulement les réponses et résultats des mères.

3.1.3.2 Le programme et le contenu

Le volet parental de Détective Cognitivo avait surtout été conçu dans un but informatif, c'est-à-dire que les séances consistaient majoritairement à communiquer aux parents ce qui était abordé dans le volet des enfants et à discuter des pratiques parentales adéquates pour réagir à l'anxiété de son enfant. Après la première séance, l'animatrice du volet parental a toutefois réalisé que les parents souhaitaient vraiment profiter des rencontres pour échanger entre eux sur leur expérience en lien avec le fait d'avoir un enfant anxieux. Ils désiraient utiliser les séances pour s'apporter du support mutuel et discuter des trucs qu'ils utilisent et qui semblent fonctionner. L'animatrice du volet parental et l'étudiante de maîtrise qui a conçu l'intervention se sont donc rencontrées afin de modifier le contenu des séances, c'est-à-dire comprimer davantage les points d'information, aller seulement à l'essentiel et utiliser le temps restant pour des échanges supervisés par l'animatrice.

3.1.3.3 Les stratégies de gestion des apprentissages

Toujours dans le but de répondre au besoin exprimé par les mères d'avoir davantage d'échanges entre elles, il a été convenu de transformer la plupart des moments de présentation magistrale en des discussions interactives. Par exemple, plutôt que de présenter directement le concept de renforcement positif, il était demandé aux parents d'expliquer d'abord ce qu'ils en comprenaient et de quelle façon ils l'appliquaient dans le quotidien avec leur enfant, ce qui favorisait les échanges entre eux.

En ce qui concerne les composantes du but et des objectifs, des animateurs, des moyens de gestion des comportements, du contexte spatial, du contexte temporel, du code et des procédures, du système de responsabilités, du système de reconnaissance ainsi que des mécanismes de transfert et de généralisation, aucun changement n'a été apporté par rapport à ce qui était prévu.

3.1.4 *Analyse des composantes de l'implantation du volet des parents*

3.1.4.1 La conformité

Le même mécanisme que pour le volet des enfants était prévu pour évaluer si tous les thèmes planifiés avaient été abordés dans les délais prescrits au cours des séances parentales. L'animatrice devait donc remplir une liste à cocher en identifiant combien de temps elle avait consacré à chacune des phases d'une séance. Il a ainsi été possible de calculer combien de temps d'animation a été alloué aux trois composantes majeures du volet parental de Détective Cognitivo, soient la normalisation du sentiment anxieux, la transmission de l'information pour que le parent soit au courant de ce que son

enfant apprend afin d'être en mesure de l'accompagner ainsi que l'apprentissage de pratiques parentales appropriées pour négocier avec l'anxiété de son enfant. La compilation des données permet de constater que les quatre séances planifiées ont toutes eu lieu et ont débuté à l'heure convenue. Le Tableau 6 permet ensuite de comparer le temps initialement prévu pour chacune des composantes avec le temps qui y a réellement été accordé.

Tableau 6

Comparaison entre le temps prévu et le temps accordé pour chacune des composantes – volet des parents

	Normalisation de l'anxiété	Contenu abordé avec l'enfant	Pratiques parentales	Échanges entre parents
Temps prévu (min)	20	100	60	40
Temps accordé (min)	25	85	40	75

Le Tableau 6 démontre que plus de temps que prévu a été alloué aux échanges entre les parents au détriment du temps consacré aux apprentissages des enfants et aux pratiques parentales appropriées.

3.1.4.2 L'exposition

Une prise de présences était effectuée au début de chacune des rencontres afin de déterminer le niveau d'exposition des parents à Détective Cognitivo. Tout comme pour les enfants, aucune mère n'a abandonné le programme en cours de route, et aucune d'entre elles n'est arrivée en retard lors des séances. Par contre, certaines d'entre elles se sont absentes lors de certaines séances, tel que rapporté dans le Tableau 7.

Tableau 7

Pourcentage d'exposition des mères à Détective Cognitivo

Mère de	V	M	J	K	E	A
Exposition (%)	75*	100	75	50**	75	100

Dans le Tableau 7, l'astérisque simple signifie que la mère de V a raté une rencontre, mais que son père y a assisté à la place, sa conjointe ayant tout de même pu avoir accès au matériel et obtenir un

compte-rendu de la rencontre. Dans le même ordre d'idées, l'astérisque double signifie que la mère de K a été absente à deux rencontres, mais que son conjoint était présent à sa place à l'une d'entre elles seulement. Les mères de J et E ont toutes deux été absentes à une rencontre, mais leur conjoint n'était pas présent non plus.

3.1.4.3 La qualité de la participation

Afin d'évaluer la qualité de la participation des mères, une grille d'observation était remplie à la fin de chaque rencontre par l'animatrice du volet parental. Le Tableau 8 permet d'identifier dans quelle mesure les participants étaient attentifs, s'ils participaient lorsque demandé et s'ils avaient complété leurs mesures répétées. Contrairement aux enfants, la composante des comportements perturbateurs n'est pas rapportée étant donné qu'aucun parent n'en a adopté.

Tableau 8

Qualité moyenne de la participation des mères

Mère de	V	M	J	K	E	A
Est attentif(ive) (0-1-2-3)*	3	3	3	2,5	3	3
Participe lorsque demandé (0-1-2-3)	3	3	3	3	3	3
Mesures répétées complétées (%)	100	100	43	21	100	100

* : 0 = pas du tout; 1= peu; 2 = moyennement; 3 = beaucoup

Le Tableau 8 permet de constater que l'attention et la participation des mères étaient de grande qualité. De plus, la plupart d'entre elles ont complété toutes leurs mesures répétées. Le faible pourcentage de la maman de K à ce niveau s'explique par le fait que c'est son conjoint qui a rempli les mesures répétées à plusieurs occasions. Quant à la mère de J, elle a égaré plusieurs feuilles ce qui explique les données manquantes.

3.1.4.4 La qualité de la mise en application

Afin d'évaluer le dynamisme et la clarté des explications de l'animatrice, les mères devaient remplir un questionnaire d'appréciation à la fin de chacune des rencontres. La compilation des résultats

permet d'obtenir un score global moyen de 3,8 concernant le dynamisme de l'animatrice (1= faible; 2= acceptable; 3= bien; 4= très bien) et de 3,8 également concernant la clarté de ses explications (1= pas du tout claires; 2= un peu claires; 3= assez claires; 4= très claires). Il ressort de ces résultats que les mères ont apprécié le dynamisme et la clarté des explications de l'animatrice et ce, semaine après semaine puisque les cotations sont demeurées constantes de la première à la quatrième séance.

3.1.4.5 Les débordements du programme

Les mêmes mécanismes que pour les enfants étaient prévus afin d'identifier si les mères avaient pris part à un autre suivi que l'intervention en cours et si elles avaient vécu des événements anxiogènes durant le programme. Les éléments significatifs concernant ces aspects sont rapportés ici. La mère de M a poursuivi son suivi régulier avec une ergothérapeute du CLSC afin de faciliter les routines du coucher de sa fille. La mère de E a maintenu un suivi psychologique amorcé quelques mois avant le début du programme et rapporte que cela l'aide à contrôler sa propre anxiété, ce qui peut se répercuter sur les symptômes anxieux de sa fille. La mère de A a poursuivi son suivi familial régulier avec une travailleuse sociale du CLSC. En ce qui concerne de possibles événements anxiogènes, la mère de E reconnaît que le retour de sa fille aînée à la maison suite à un placement en centre jeunesse l'a rendue moins disponible pour les besoins du reste de la famille. Finalement, bien qu'elle ne l'ait pas mentionné comme tel, on peut supposer que les difficultés importantes qui sont survenues dans la famille de A ont pu être anxiogènes pour sa mère également.

3.1.5 Jugement global sur la conformité de l'intervention

À la lumière de la compilation des résultats de l'évaluation de la mise en œuvre de Détective Cognitivo, il apparaît d'abord que les composantes du modèle structural ont pratiquement toutes été appliquées comme elles avaient été planifiées. Seuls certains ajustements au niveau des stratégies de gestion des apprentissages ont été apportés dans les deux volets, ainsi que davantage d'espace à l'échange entre les mères dans le volet parental. On peut conclure qu'il y a eu très peu de disparité entre le prévu et le vécu lors du déroulement de Détective Cognitivo. Cette forte concordance s'explique entre autres par le fait que l'équipe santé mentale jeunesse du CSSS de Laval a offert beaucoup de support du début à la fin du programme, permettant à l'étudiante de maîtrise de respecter les délais prévus et de ne rencontrer aucun anicroche durant la réalisation du projet. Par ailleurs, les séances avaient été soigneusement préparées à l'avance et leur déroulement était clair, en particulier pour le volet des enfants, ce qui a facilité le respect de la conformité.

Dans un autre ordre d'idée, l'évaluation de la mise en œuvre de Détective Cognitivo permet de constater que les enfants comme les mères ont démontré des niveaux d'attention et de participation soutenus, en plus de faire preuve de très peu de comportements perturbateurs. À cet effet, très peu de variation a été observée que ce soit entre les séances ou entre les participants eux-mêmes, c'est-à-dire que la qualité demeurait la même pour chacun des participants d'une séance à l'autre, à l'exception de ce qui concerne l'assiduité de la remise des mesures répétées. La très bonne qualité de participation des enfants et leur mère s'illustre également par les taux d'absentéisme relativement faibles et le fait qu'il n'y ait eu aucun abandon en cours de route. On peut penser que cela n'est pas étranger à la façon dont ils ont été recrutés, c'est-à-dire qu'ils correspondaient tout à fait aux critères d'inclusion du programme et démontraient un niveau de motivation élevé pour en faire partie. En effet, étant donné le nombre élevé de références reçues de la part des intervenants du CSSS de Laval, il a été possible d'effectuer une sélection fidèle à ce qui était prévu et souhaité. En ce sens, il est plausible que les participants étaient déjà favorablement disposés à prendre part à l'intervention, ce qui a transparu dans la qualité de leur présence semaine après semaine.

En ce qui concerne la qualité de la mise en application du programme, les résultats sont également constants et assez élevés. Encore une fois, peu de variation est constatée entre les participants et entre les séances, c'est-à-dire que les enfants comme les mères jugeaient les animatrices dynamiques et claires d'une semaine à l'autre. Le fait que l'animatrice principale du volet des enfants était également l'étudiante de maîtrise qui a conçu le programme a probablement influencé positivement les résultats puisqu'elle connaissait bien le contenu et qu'elle démontrait un niveau de motivation élevé par rapport à la réalisation du projet. Quant à l'animatrice du volet parental, elle possédait une vaste expérience d'animation de groupes de ce genre et démontrait aussi beaucoup d'intérêt et de motivation pour Détective Cognitivo. On peut penser que le fait que les animatrices étaient motivées et dynamiques a également pu influencer positivement la qualité de la participation des enfants et des mères.

C'est en ce qui concerne les débordements du programme que les participants diffèrent le plus entre eux. En effet, certains participants n'ont pris part à aucune intervention parallèlement à Détective Cognitivo et n'ont vécu aucun changement dans leur vie, contrairement à d'autres qui ont continué de prendre part à un suivi déjà existant, ont connu un changement de médication ou ont été confrontés à des événements anxiogènes.

Étant donné la caractéristique bimodale de Détective Cognitivo, il est intéressant de considérer l'évaluation de mise en œuvre sous l'angle des dyades mères-enfants. En ce qui concerne les

pourcentages d'exposition, ils sont assez similaires pour l'enfant et sa mère. Les différences sont dues au fait que l'enfant était présent, mais que le père remplaçait la mère à la séance, ou au fait que l'enfant était absent lors d'une soirée où il n'y avait pas de rencontre parentale. Quant à la qualité de la participation, même si les résultats sont très élevés de façon générale, il appert que les taux les plus faibles concordent dans les deux volets, c'est-à-dire que ce sont les dyades mère-enfant J et K qui étaient un peu moins attentives et qui ont omis de remettre le plus grand nombre de mesures répétées. Finalement, il y a évidemment une grande concordance entre l'enfant et la mère en ce qui concerne les débordements du programme, puisque des impacts rejaillissent sur l'un lorsque l'autre vit un événement anxiogène ou prend part à un suivi concurrent.

3.1.6 Implications possibles pour l'évaluation des effets

Étant donné le niveau de concordance assez élevé entre la planification des composantes du modèle structural et la façon dont elles ont été appliquées dans le cadre de Détective Cognitivo, il est plus facile de s'attendre à ce que les effets observés découlent de l'intervention en soi. En effet, si la mise en application avait été complètement différente de ce qui était planifié initialement, il serait difficile d'attribuer les effets au programme puisque celui-ci n'aurait pas été respecté. Par contre, d'autres variables peuvent entrer en jeu et expliquer certains effets sans qu'ils découlent du programme en soi. Par exemple, le fait d'avoir pu effectuer une sélection très rigoureuse des participants crée un biais favorable puisque ceux-ci étaient motivés, attentifs et dynamiques. On peut penser que si les participants avaient été plus dissipés, ils auraient moins adhéré au programme ou s'y seraient moins investis, ce qui pourrait transparaître dans l'évaluation des effets. D'ailleurs, étant donné que certains participants ont rempli peu de mesures répétées, il sera plus difficile de tirer des conclusions solides suite à l'analyse de leurs données puisque l'on devra davantage se fier aux instruments administrés au pré-test et au post-test. Le taux d'exposition des participants au programme peut également influencer l'évaluation des effets puisque deux d'entre eux, ainsi que leur mère, ont été absents au cours d'une même rencontre qui comprenait des éléments importants du programme. Il s'agissait d'une séance centrale qui abordait la restructuration cognitive et l'exposition graduée, deux éléments au cœur des objectifs visés par le volet des enfants. Si les résultats des participants ayant raté cette séance s'avèrent peu convaincants, cela pourrait être attribuable au fait qu'ils n'ont pas pris part à cette séance cruciale plutôt qu'à l'inefficacité du programme. Il est toutefois important de mentionner que ces participants ont tout de même été exposés à ces concepts, mais dans une moindre mesure, puisque l'on y revenait dans les séances subséquentes auxquelles ils ont assisté.

Enfin, les débordements du programme risquent d'influencer significativement les effets de Détective Cognitivo pour certains participants. Les enfants qui ont vécu des changements environnementaux importants au cours de l'intervention, tels qu'un changement d'école ou des difficultés familiales importantes, pourraient obtenir des niveaux d'anxiété plus élevés suite à ces événements. Cela pourrait laisser croire que le programme n'a pas été bénéfique pour eux alors que des effets positifs auraient peut-être été observés s'ils n'avaient pas vécu de tels événements. Le cas contraire pourrait s'appliquer pour la participante qui a poursuivi ses rencontres avec une ergothérapeute pour faciliter les routines du coucher. De plus, elle a commencé à prendre de la mélatonine au cours de Détective Cognitivo, ce qui a amélioré son sommeil. S'il s'avère que son niveau d'anxiété diminue au moment du coucher, il sera difficile de l'attribuer au programme en soi puisque cela pourrait simplement être dû au suivi parallèle et à l'ajout de médication.

3.2 *Évaluation des effets*

Afin de rapporter les résultats de l'évaluation des effets, il est pertinent de rappeler que Détective Cognitivo visait dans un premier temps à augmenter la compétence des enfants à réagir lors d'une situation anxiogène. De façon parallèle, l'intervention visait à augmenter la compétence des parents à aider leur enfant lors d'une situation anxiogène. Il était supposé que l'atteinte de ces objectifs favorise la diminution du niveau d'anxiété global de l'enfant, ce qui risquerait d'entraîner par la suite une diminution de leurs symptômes dépressifs.

3.2.1 *Objectif général proximal du volet des enfants*

3.2.1.1 Résultats quantitatifs

Tel qu'élaboré dans la section méthodologique pour l'évaluation des effets, la vérification quantitative de l'atteinte de l'objectif général proximal du volet des enfants, soit augmenter leur compétence à réagir adéquatement lors d'une situation anxiogène, s'est faite par l'obtention du pourcentage d'utilisation des techniques apprises. Les résultats sont rapportés dans la Figure 1 pour chacun des enfants.

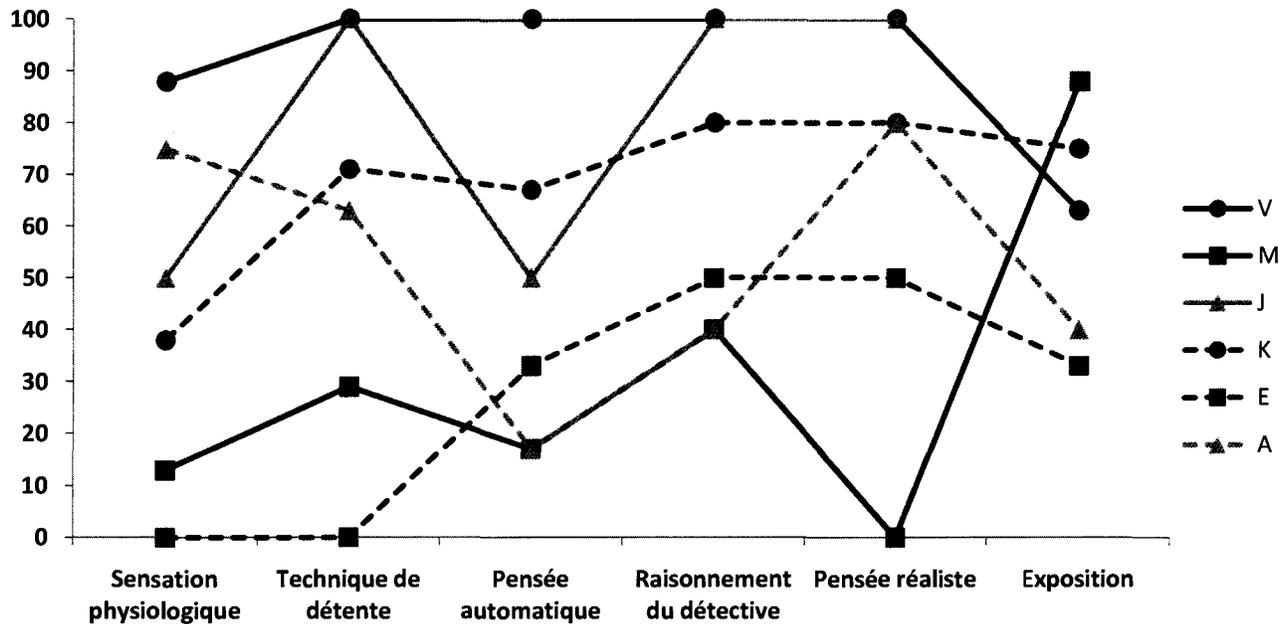


Figure 1. Pourcentage d'utilisation des techniques lors d'une situation anxiogène

Il se dégage de la Figure 1 que c'est V qui a généralement le plus mis en application les ingrédients actifs appris lors des séances de Détective Cognitivo. Son utilisation la plus faible concerne l'exposition, ce qui impliquait aussi la participation de sa mère. Il s'agit de la situation inverse pour M, c'est-à-dire qu'elle met peu en application les trucs appris à l'exception des séances d'exposition qui ne dépendaient pas d'elle seulement. Pour K et E, on remarque qu'elles ont davantage mis en application les concepts appris plus tard dans le déroulement des séances. Le pourcentage d'utilisation demeure tout de même assez faible pour E. Les résultats de A sont empreints d'une grande variabilité, c'est-à-dire que certaines techniques semblaient plus faciles à appliquer que d'autres. Les résultats de J sont également assez variables, mais on ne peut pas en tirer de conclusion parce qu'il a omis de remettre son journal de bord à plusieurs reprises. Il n'a d'ailleurs consigné aucune donnée en lien avec les séances d'exposition. On remarque également beaucoup de variabilité dans les résultats entre les enfants, ce qui rend difficile l'interprétation d'une tendance générale. Les résultats dans leur globalité suggèrent plutôt qu'il n'y a pas de notion qui a été plus ou moins comprise qu'une autre et que les participants appliquaient à différents degrés chacune des techniques. Il est toutefois possible de dire que la majorité des enfants utilise les techniques apprises dans plus de 50% du temps, à l'exception de M et E pour qui les pourcentages sont plus faibles. En fait, la seule technique que M rapporte utiliser fréquemment est l'exposition, ce qui ne dépend pas d'elle uniquement mais implique également la participation de ses parents. Le raisonnement du détective ressort comme étant l'ingrédient actif qui a le plus été mis en application avec des pourcentages variant entre 40 et 100% du temps selon les enfants.

Étant donné que la Figure 1 reflète le pourcentage moyen de l'utilisation des ingrédients actifs après qu'ils aient été introduits, elle ne permet pas d'apprécier les variations au fil des semaines selon les mesures répétées. L'analyse des données brutes permet toutefois de constater qu'il y a très peu de variabilité pour V entre les semaines puisqu'elle affirme presque toujours mettre en application les notions apprises. Lors des premières semaines, M rapportait utiliser davantage les concepts appris que lors de la deuxième moitié du programme, alors que c'est l'inverse pour A. Quant à K et E, leur taux d'utilisation des techniques varie de semaine en semaine. Étant donné le petit nombre de données disponibles pour J, il est également difficile de se prononcer quant à une éventuelle tendance dans ses réponses. Il n'est donc pas possible de dégager une tendance générale des réponses des participants.

Afin de bénéficier d'une deuxième source d'information, il était demandé aux parents d'identifier si leur enfant utilisait les ingrédients actifs du programme lorsqu'ils effectuaient ensemble les séances d'exposition. Malheureusement, la majorité des parents a omis de remplir ou remettre la plupart des feuilles prévues à cet effet, à l'exception des mères de V et M, ce qui ne permet pas de se prononcer sur la cohérence générale entre les réponses de l'enfant et celles du parent. Par contre, en ce qui concerne V, sa mère avait tendance à identifier moins fréquemment que sa fille que cette dernière utilisait les ingrédients actifs, alors que c'est l'inverse pour la mère de M.

3.2.1.2 Résultats qualitatifs

L'atteinte de l'objectif général proximal du volet des enfants était également évaluée par le biais d'un questionnaire qualitatif maison visant à identifier les trucs utilisés par l'enfant au moment d'une situation anxiogène. Le Tableau 9 présente les résultats pour chacun des enfants au pré-test et au post-test.

On constate une variabilité au pré-test dans les réponses des enfants puisqu'ils rapportaient chacun des trucs qui leur étaient propres pour les aider à gérer leur anxiété. À l'exception de K et E, tous les enfants avaient mentionné que le fait de respirer les aidait, mais la façon dont il le décrivait ne correspondait pas à la technique de respiration abdominale. Ainsi, aucun enfant ne mettait déjà en application les ingrédients actifs de Détective Cognitivo avant de prendre part au programme. Au post-test, on constate beaucoup plus d'uniformité dans les réponses des enfants, la tendance générale traduisant qu'ils rapportent tous mettre en application les respirations apprises. À l'exception de K et E, ils rapportent également utiliser la relaxation musculaire. Par contre, il n'y a que la participante A qui

Tableau 9

Résultats qualitatifs pour l'objectif général proximal du volet des enfants

Répondant	Pré-test	Post-test
V	Prendre un toutou Aller voir mes parents Respirer plusieurs fois	Les respirations La relaxation musculaire
M	Tenir la main de mes parents Respirer trois fois	Les respirations La relaxation musculaire
J	Vérifier s'il y a du danger Prendre trois grandes respirations	Les respirations La relaxation musculaire
K	Parler avec ma mère	Les respirations, yoga, basketball
E	Fermer la porte Appeler maman Penser à des belles choses	Les respirations
A	S'approcher d'un adulte Prendre des grandes respirations par la bouche	Les respirations et la relaxation musculaire Porter attention aux signes physiques ressentis Porter attention aux pensées

se réfère aux ingrédients actifs liés aux cognitions. Finalement, les enfants n'ont identifié au post-test aucun autre truc que ceux appris dans le cadre de Détective Cognitivo à l'exception de K qui rapporte aussi que le yoga et le basketball l'aident à calmer son anxiété.

3.2.2 Objectif général proximal du volet des parents

3.2.2.1 Résultats quantitatifs

L'évaluation quantitative de l'objectif général proximal pour les parents, soit augmenter leur compétence à aider leur enfant lors d'une situation anxiogène, a été réalisée par le biais de mesures répétées et pré-test/post-test. En ce qui concerne les mesures répétées, la mère devait remplir un questionnaire maison à toutes les semaines afin de noter la fréquence à laquelle elle avait encouragé son enfant à affronter une situation anxiogène, l'avait renforcé positivement après qu'il l'ait fait, utilisé l'ignorance intentionnelle lorsque l'enfant lui demandait de faire quelque chose d'anxiogène à sa place, adopté des comportements alimentant l'anxiété de son enfant et utilisé des techniques de renforcement négatif. Les Figures 2 à 5 présentent les scores obtenus chaque semaine pour chacune des sous-échelles. Toutefois, celle du renforcement négatif n'est pas rapportée puisque les mères ont invariablement répondu « jamais » au fil des semaines. Il est à noter que les résultats des mères de J et

K ne peuvent pas être pris en compte pour les quatre figures qui suivent étant donné le très petit nombre de mesures répétées qu'elles ont remis, d'autant plus qu'elles l'ont fait durant les premières semaines de l'intervention seulement.

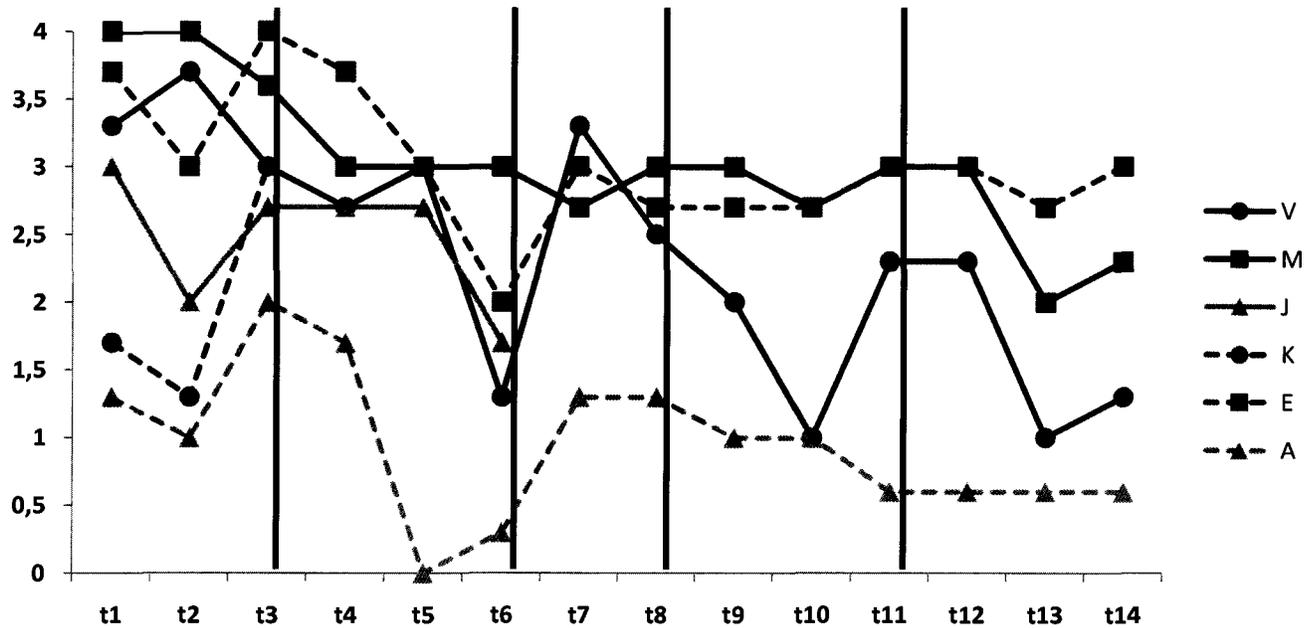


Figure 2. Fréquence de l'émission d'encouragements

t1 à t3 : pré-test et établissement du niveau de base ; t6 : concepts d'encouragements et de renforcement positif ; t8 : concepts de l'ignorance intentionnelle et des comportements alimentant l'anxiété de l'enfant ; t11 : fin de l'intervention ; t12 à t14 : post-test et retour aux conditions de départ.

La Figure 2 illustre une diminution générale importante des encouragements lors des premières semaines suivant le début de l'intervention. Après que ce concept ait été abordé à la fin de la sixième semaine, on remarque que les mères de V, E et A l'utilisent davantage, mais leur fréquence d'utilisation diminue à nouveau par la suite. Au post-test, les mères rapportent émettre des encouragements moins fréquemment qu'au pré-test, mais à des fréquences d'utilisation qui varient considérablement en fonction de chacune d'elles. Il est à noter que c'est la mère de A qui était la moins portée à encourager sa fille pour qu'elle affronte une situation anxiogène, alors que la mère de E était généralement la plus portée à le faire.

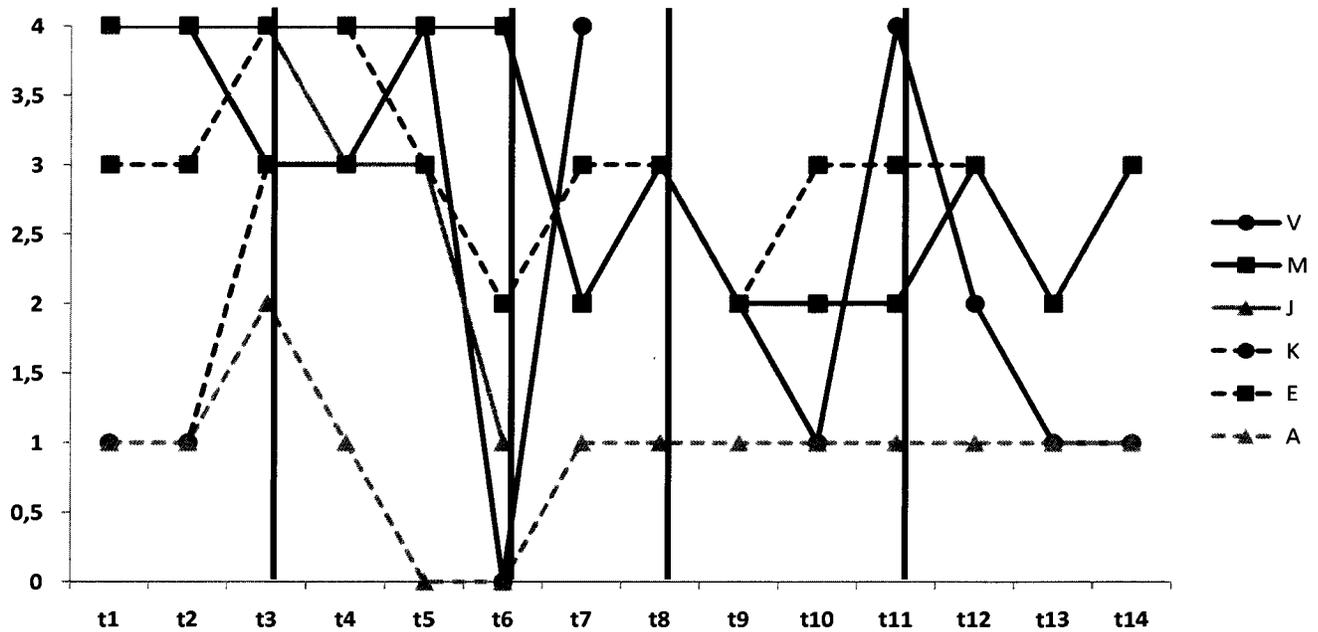


Figure 3. Fréquence d'utilisation du renforcement positif

t1 à t3 : pré-test et établissement du niveau de base ; t6 : concepts d'encouragements et de renforcement positif ; t8 : concepts de l'ignorance intentionnelle et des comportements alimentant l'anxiété de l'enfant ; t11 : fin de l'intervention ; t12 à t14 : post-test et retour aux conditions de départ.

La Figure 3 illustre qu'en général, les mères ne sont pas plus portées à renforcer positivement leur enfant après avoir pris part au programme. On remarque aussi que hormis la mère de M, leur fréquence d'utilisation de cette technique augmente après la sixième semaine, ce qui correspond au moment où le concept de renforcement positif a été présenté. Toutefois, la fréquence d'utilisation ne continue pas d'augmenter par la suite. Il est à noter que les résultats de la mère de V sont empreints d'une grande variabilité. Par ailleurs, on constate que la mère de A se démarque des autres puisqu'elle est la moins portée à renforcer positivement son enfant au fil des semaines, alors que la mère de E est encore une fois celle qui le fait généralement le plus.

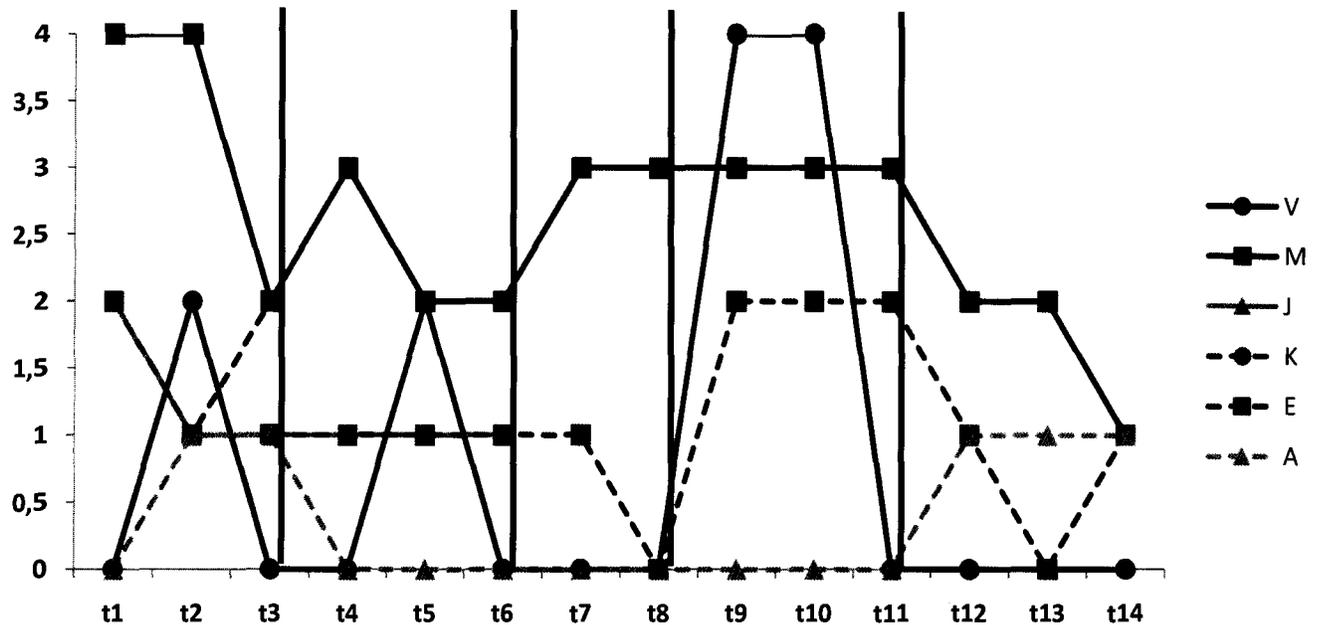


Figure 4. Fréquence d'utilisation de l'ignorance intentionnelle

t1 à t3 : pré-test et établissement du niveau de base ; t6 : concepts d'encouragements et de renforcement positif ; t8 : concepts de l'ignorance intentionnelle et des comportements alimentant l'anxiété de l'enfant ; t11 : fin de l'intervention ; t12 à t14 : post-test et retour aux conditions de départ.

Il ressort de la Figure 4 une variabilité importante entre les mères concernant leur fréquence d'utilisation de l'ignorance intentionnelle. En général, on constate toutefois qu'elles ont moins tendance à l'utiliser après avoir pris part à l'intervention. On remarque qu'après la huitième semaine, moment où ce concept a été introduit, la mère de V rapporte l'utiliser beaucoup plus. Toutefois, il faut nuancer ce résultat compte tenu de la grande variabilité de ses réponses au fil des semaines. On remarque d'ailleurs que sa fréquence d'utilisation de l'ignorance intentionnelle diminue drastiquement par la suite. Le même scénario se produit pour la mère de E, mais avec une plus faible intensité. En ce qui concerne les mères de M et A, l'introduction de ce concept à la fin de la huitième semaine ne semble pas avoir d'impact sur leur fréquence d'utilisation. Ces deux dernières sont respectivement celles qui utilisent le plus et le moins cette technique.

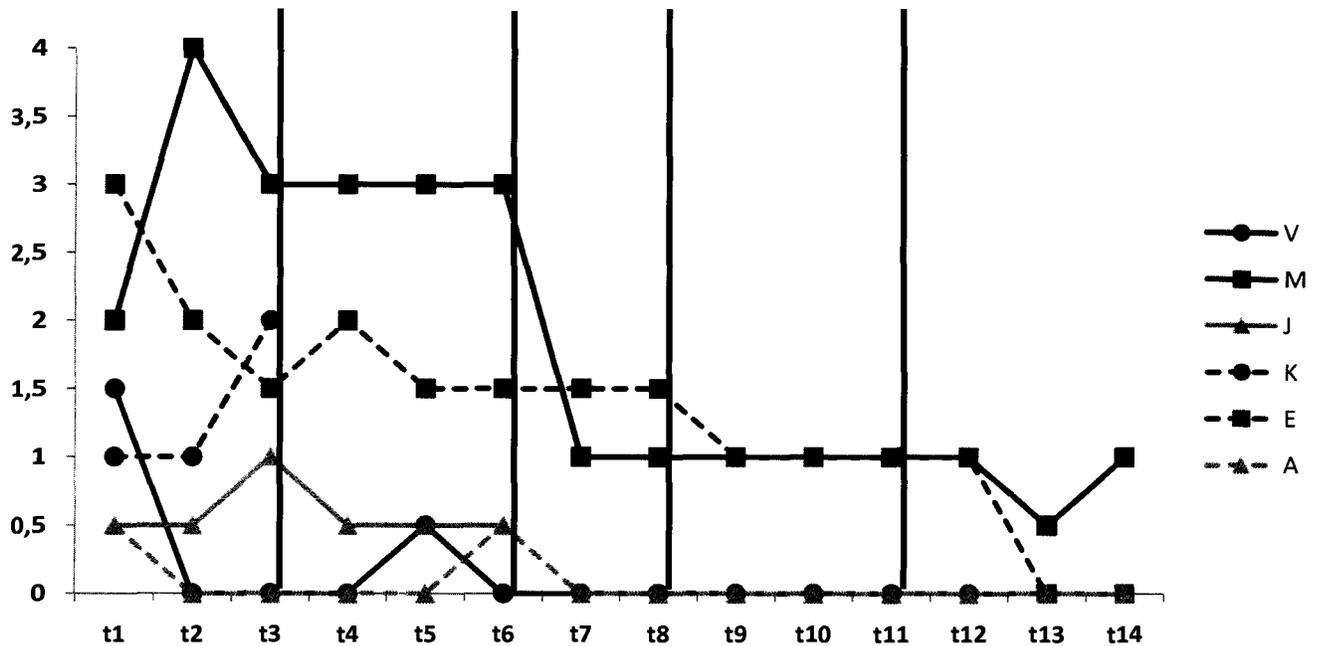


Figure 5. Fréquence d'émission des comportements parentaux pouvant alimenter l'anxiété de l'enfant
 t1 à t3 : pré-test et établissement du niveau de base ; t6 : concepts d'encouragements et de renforcement positif ; t8 : concepts de l'ignorance intentionnelle et des comportements alimentant l'anxiété de l'enfant ; t11 : fin de l'intervention ; t12 à t14 : post-test et retour aux conditions de départ.

La Figure 5 permet de constater que règle générale, les mères de V, M et E diminuent leur fréquence de comportements pouvant alimenter l'anxiété de l'enfant au fil des semaines, alors que la mère de A se maintient à une basse fréquence du début à la fin. Ainsi, la tendance générale qui se dégage suggère que moins de comportements parentaux alimentant l'anxiété de l'enfant sont émis à la fin du programme qu'au début. On note d'ailleurs une stabilisation générale de la fréquence d'émission de ce type de comportements après la huitième semaine, ce qui correspond au moment où ce concept a été introduit. Les diminutions les plus importantes surviennent toutefois lors des premières semaines de l'intervention, donc avant qu'il en soit discuté avec les mères.

Toujours dans le but d'évaluer l'atteinte de l'objectif général proximal pour les parents, les mères devaient compléter l'EMBU en pré-test/post-test afin d'évaluer les aspects de contrôle/surprotection, chaleur émotionnelle, rejet et comportements anxieux dans la relation avec leur enfant. Afin d'augmenter la validité, les enfants devaient également en compléter une version, ce qui permet de vérifier la cohérence des réponses. Les Figures 6 à 13 présentent les résultats obtenus au pré-test et au post-test pour les mères et les enfants en fonction des quatre sous-échelles de l'instrument. Il est à noter

que A n'a pas pu compléter la version des enfants de l'EMBU étant donné que la deuxième rencontre post-test n'a pas eu lieu avec elle.

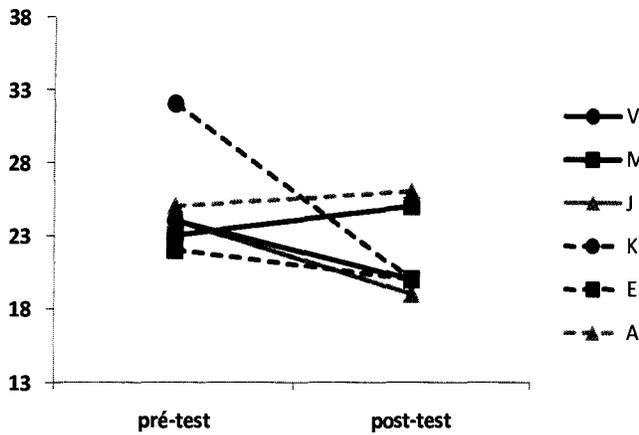


Figure 6 : Scores des mères à la sous-échelle « contrôle/surprotection »

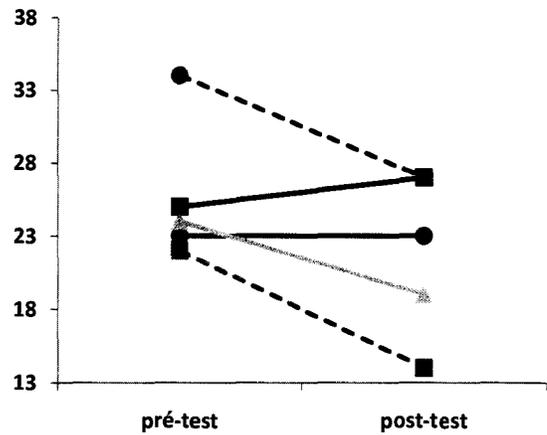


Figure 7 : Scores des enfants à la sous-échelle « contrôle/surprotection »

La Figure 6 illustre que les mères de V, J, K et E adoptent moins de comportements parentaux associés au contrôle et à la surprotection après avoir pris part au programme. Ce n'est toutefois pas le cas pour les mères de M et A. Les résultats présentés dans la Figure 7 suggèrent une cohérence générale importante entre les réponses des mères et des enfants, les différences se situant surtout dans l'intensité du changement. Par exemple, E perçoit la diminution des comportements parentaux de contrôle/surprotection comme étant plus marquée et plus importante que ne le juge sa mère, alors que l'inverse s'applique pour K. D'ailleurs, le score de la mère de K ne se démarque plus de celui des autres parents au post-test et ce selon les deux versions de l'EMBU.

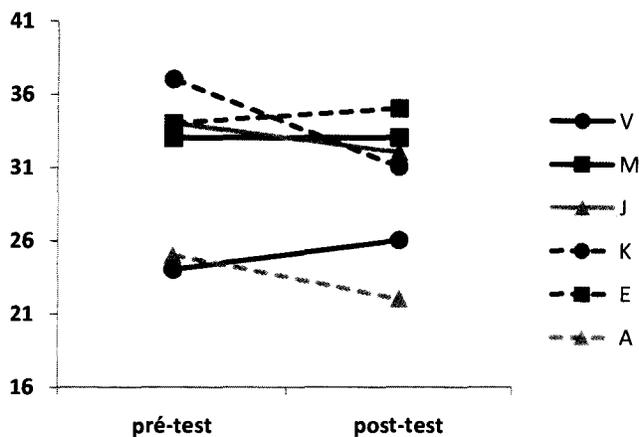


Figure 8 : Scores des mères à la sous-échelle « chaleur émotionnelle »

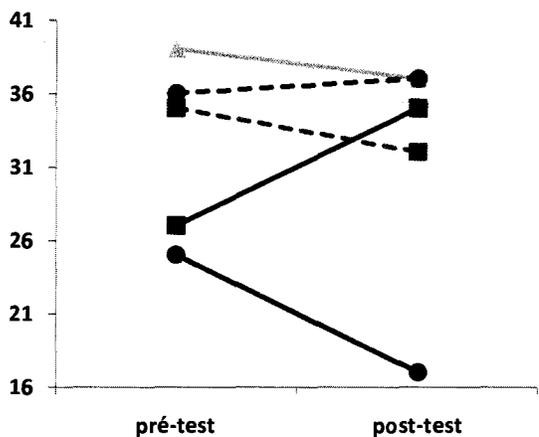


Figure 9 : Scores des enfants à la sous-échelle « chaleur émotionnelle »

Il se dégage de la Figure 8 que les mères de M, J, K et A ont l'impression d'être moins chaleureuses avec leur fille suite au programme, ce qui ne correspond pas à ce qui était attendu. Les mères de V et E ont l'impression d'être plus chaleureuses qu'avant leur participation à l'intervention, mais leur fille n'abonde pas dans le même sens dans la version des enfants de l'EMBU. La différence est d'ailleurs très marquée pour V, tel qu'illustré dans la Figure 9. Les réponses des enfants ne sont pas cohérentes avec celles de leur mère, à l'exception de J. On remarque qu'au pré-test et au post-test, les scores pour les mères de V et A sont plus faibles que ceux des autres parents. Au pré-test, M avait l'impression que sa mère était peu chaleureuse avec elle, mais le score augmente de façon importante au post-test et ne se démarque plus de ceux que la majorité des enfants a attribué.

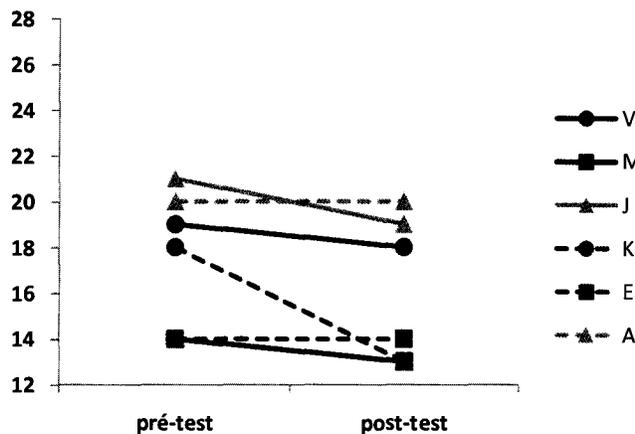


Figure 10 : Scores des mères à la sous-échelle « rejet »

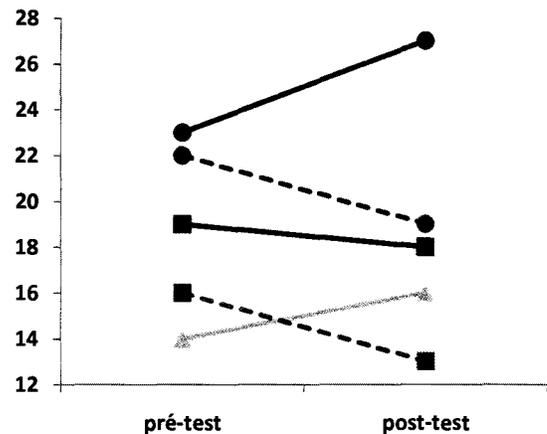


Figure 11 : Scores des enfants à la sous-échelle « rejet »

La Figure 10 suggère que les mères de V, M, J et K ont l'impression d'adopter moins de comportements liés au rejet après avoir pris part au programme. La différence est plus marquée pour la mère de K dont le score diminue de 5 points, alors que celui des autres mères varie peu entre le pré-test et le post-test. Le score demeure toutefois inchangé pour la maman de E alors qu'il augmente d'un seul point pour celle de A. La Figure 11 permet de constater qu'il y a peu de cohérence entre les réponses des mères et celles des enfants. La différence est prononcée dans le cas de V qui perçoit une augmentation importante des comportements associés au rejet pour sa mère entre le pré-test et le post-test, son score se démarquant désormais largement de ceux des autres. Cela est d'ailleurs cohérent avec la diminution importante qu'elle a rapportée au niveau de la chaleur émotionnelle.

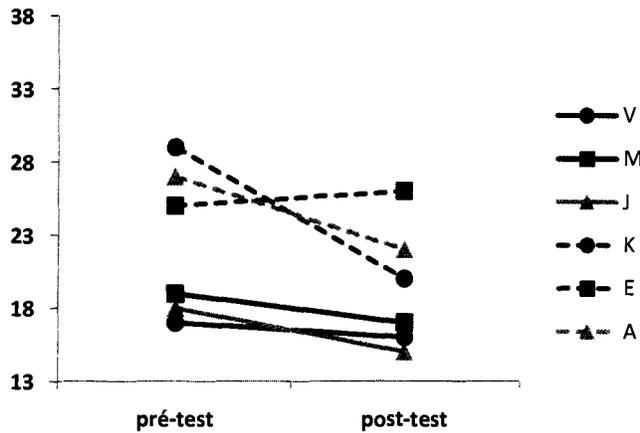


Figure 12 : Scores des mères à la sous-échelle « comportements anxieux »

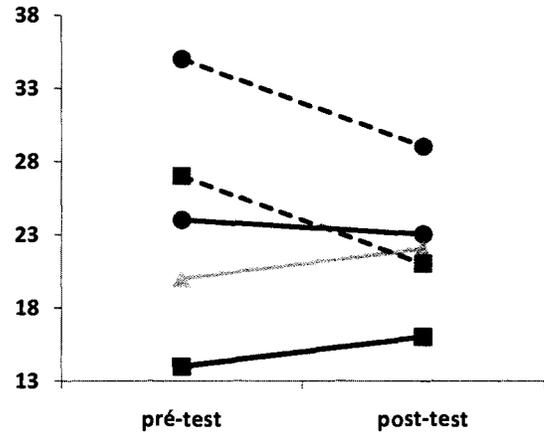


Figure 13 : Scores des enfants à la sous-échelle « comportements anxieux »

Il ressort de la Figure 12 que toutes les mères rapportent adopter moins de comportements anxieux après avoir pris part à l'intervention à l'exception de la mère de E pour qui le score augmente légèrement. La diminution est plus marquée dans le cas de la mère de K. En ce qui concerne la version des enfants, la Figure 13 illustre que leurs réponses sont peu cohérentes avec celles de leur mère. Il est à noter que les scores attribués par K tant au pré-test qu'au post-test sont plus élevés que ceux des autres enfants, mais tout comme sa mère elle rapporte une diminution importante des comportements parentaux alimentant l'anxiété entre les deux temps de mesure.

3.2.2.2 Résultats qualitatifs

Au post-test, les mères devaient compléter un questionnaire qualitatif maison visant à savoir si leur participation à Détective Cognitivo avait amené des changements dans leur vie et si elles avaient l'impression d'être davantage outillées qu'auparavant pour aider l'enfant à gérer son anxiété. Le Tableau 10 résume les résultats. On remarque très peu de variabilité dans les réponses des mères puisqu'elles ont toutes le sentiment d'être davantage outillées grâce à Détective Cognitivo et rapportent que la vie à la maison est plus facile qu'auparavant. Les données sont manquantes pour la mère de A puisque la deuxième rencontre post-test n'a pas eu lieu avec elle.

Tableau 10

Résultats au questionnaire d'évaluation qualitative des effets pour le volet des parents

Répondant : mère de	Changements dans la vie de parent	Sentiment d'être mieux outillée
V	Plus facile d'aider sa fille à essayer de se calmer.	Oui
M	Plus facile d'aider sa fille lorsqu'elle est anxieuse.	Oui
J	Plus détendue le soir sachant que son garçon dormira bien.	Oui, grâce aux trucs des pensées automatiques et des respirations.
K	Nuits plus faciles, moins de plaintes de maux de ventre de la part de sa fille.	Oui, beaucoup.
E	Moins de crises à régler.	Oui, à cause d'une meilleure compréhension du phénomène de l'anxiété.

3.2.3 *Objectif intermédiaire*

3.2.3.1 Résultats quantitatifs

L'évaluation quantitative de l'objectif intermédiaire de l'intervention, soit diminuer le niveau d'anxiété global de l'enfant, s'est faite par le biais de mesures répétées et pré-test/post-test. Tel que mentionné dans la section méthodologique de l'évaluation des effets concernant les mesures répétées, les enfants devaient identifier chaque semaine deux situations anxiogènes vécues et mesurer l'intensité du sentiment anxieux sur une échelle de 1 à 10. La moyenne hebdomadaire du niveau d'anxiété ressenti a été calculée pour chacun des enfants et rapportée dans la Figure 14.

Selon le principe du protocole ABCDA, la période t1 à t3 consistait à établir le niveau de base de l'anxiété des enfants avant qu'ils ne reçoivent l'intervention. Malheureusement, on constate beaucoup de variabilité dans les scores des participants, en plus du fait que V et J ont omis de remplir leur journal de bord à une reprise lors de cette période. Il n'est donc pas possible d'établir un niveau de base pour la majorité des enfants, à l'exception de E dont les niveaux d'anxiété sont demeurés relativement faibles, et de V qui à l'inverse présentait des niveaux d'anxiété assez élevés.

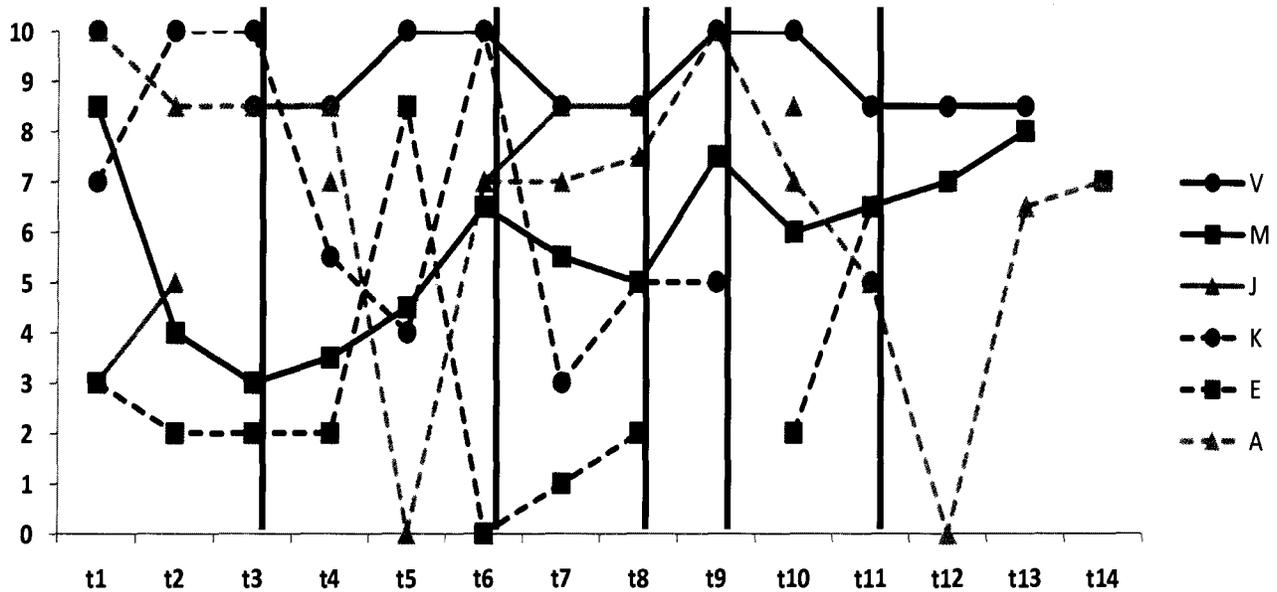


Figure 14. Niveaux d'anxiété globaux des enfants

t1 à t3 : pré-test et établissement du niveau de base ; t6 : techniques de détente ; t8 : raisonnement du détective ; t9 : séances d'exposition ; t11 : fin de l'intervention ; t12 à t14 : post-test et retour aux conditions de départ.

Après la fin de la troisième semaine, moment de l'introduction de l'intervention, on constate encore une fois une grande variabilité dans les niveaux d'anxiété rapportés par les enfants. Il n'est donc pas possible de déterminer si le début de Détective Cognitivo a eu une influence sur le niveau d'anxiété des enfants. Par le fait même, il n'est pas possible de dégager une tendance générale dans l'évolution des résultats. À titre exploratoire, il est intéressant de constater qu'au fil des semaines, les niveaux d'anxiété de A, E et K varient énormément, descendant parfois jusqu'à zéro ce qui signifie qu'aucune situation anxiogène n'a été vécue au cours de la semaine. En ce qui concerne V, les niveaux d'anxiété demeurent relativement élevés tout au long de l'intervention. La participante M semble ressentir des niveaux d'anxiété de plus en plus élevés semaine après semaine. Finalement, les niveaux d'anxiété de J tendent également à augmenter progressivement, mais il est difficile d'en tirer des conclusions étant donné le grand nombre de données manquantes dans son cas.

Le retour aux conditions de départ, après la fin de Détective Cognitivo, coïncide avec une augmentation marquée du niveau d'anxiété de A, une légère augmentation pour M et une stabilité pour V et E. Les données sont manquantes pour J et K. On ne peut pas tirer de conclusion de ces résultats étant donné l'importante variabilité antérieure et le fait que certaines données soient également manquantes pour ces participants. Selon le principe du protocole à changement de critères, il était attendu qu'une baisse plus marquée des niveaux d'anxiété survienne après les sixième, huitième et

neuvième semaines puisque c'est à ce moment que les ingrédients actifs les plus importants étaient abordés. Dans le cas de J et K, l'absence de plusieurs données ne permet pas de se prononcer à cet effet. En ce qui concerne V, M et E, les résultats ne vont pas dans le même sens que la tendance souhaitée. Finalement, les niveaux d'anxiété de la participante A augmentent après la septième semaine, mais diminuent ensuite progressivement jusqu'au début du post-test après quoi ils augmentent à nouveau. Il est toutefois difficile d'associer ces résultats aux effets des ingrédients actifs et du retrait de l'intervention étant donné l'importante variabilité de ses données précédentes.

L'atteinte de l'objectif intermédiaire de Détective Cognitivo était également évaluée quantitativement par des mesures pré-test/post-test. Les Figures 15 et 16 présentent respectivement les scores obtenus à l'Échelle d'anxiété manifeste pour enfants et à l'Inventaire des peurs de l'enfant.

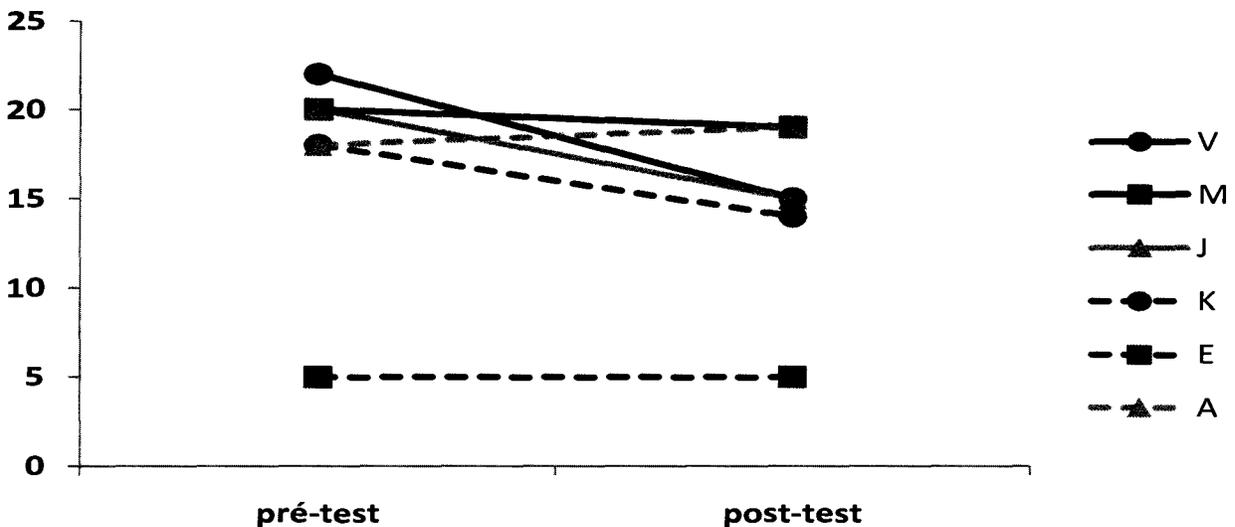


Figure 15. Scores à l'Échelle d'anxiété manifeste pour enfants

La Figure 15 illustre que les scores de V, J et K ont diminué de façon considérable entre le pré-test et le post-test alors qu'il a diminué d'un point seulement pour M, est resté stable pour E et a augmenté d'un point pour A. La tendance générale illustre donc qu'après avoir pris part au programme, les niveaux d'anxiété des enfants se situent dans un intervalle de scores ayant diminués ou demeurés assez stables. La moyenne d'un échantillon normatif pour l'Échelle d'anxiété manifeste pour enfants correspond à un score de 11 avec un écart type de 6, le seuil clinique se situant à 18 (Turgeon & Chartrand, 2003). Au pré-test, tous les participants à l'exception de E se situaient au niveau du seuil clinique ou davantage, et leur score excédait la moyenne d'au moins un écart-type, presque deux pour V. Au post-test, les scores de V, J et K se situent sous le seuil clinique et à moins d'un écart-type de la

moyenne, alors que celui de E est resté stable à un écart-type sous la moyenne. En ce qui concerne M et A, leur score au post-test demeure légèrement au-dessus du seuil clinique et à un peu plus d'un écart-type de la moyenne.

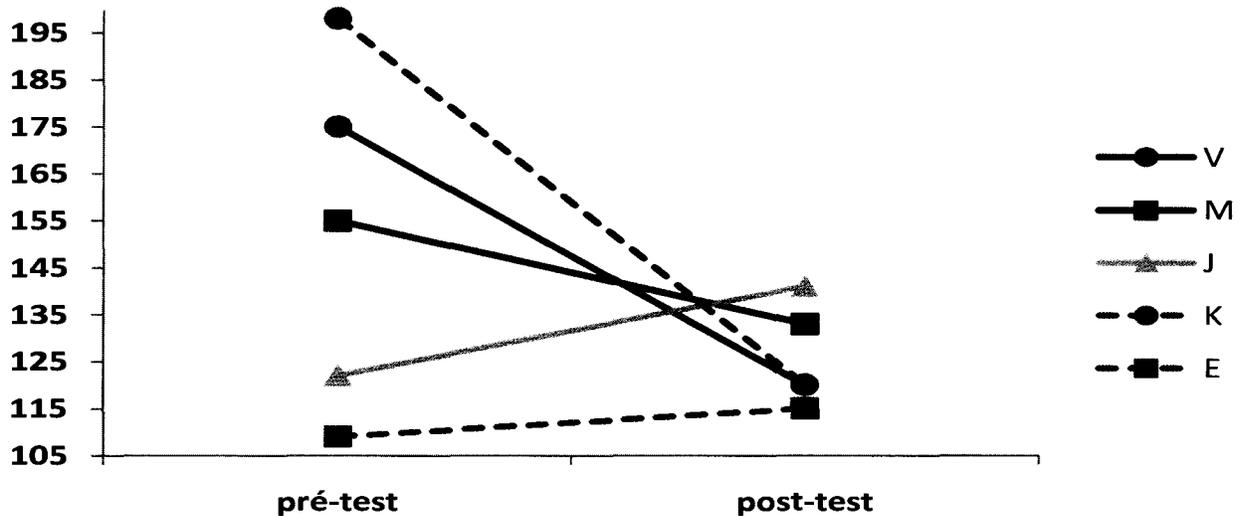


Figure 16. Scores à l'Inventaire des peurs de l'enfant

La Figure 16 illustre qu'après avoir pris part à Détective Cognitivo, les résultats des enfants à l'Inventaire des peurs se situent dans un intervalle de scores ayant diminués ou demeurés assez stables, à l'exception de J pour qui le score a augmenté modérément. Au sein d'une population normative, le score total moyen obtenu à cet instrument est de 146 pour les filles (écart-type de 27) et 125 pour les garçons (écart-type de 28). Le seuil clinique se situe à 180 pour les filles et 150 pour les garçons. La Figure 16 permet de constater qu'au pré-test, le score de K excédait le seuil clinique de 18 points et se situait à deux écarts-types au-dessus de la moyenne, alors que celui de V se situait à un écart-type au-dessus de la moyenne, tout juste sous le seuil clinique. Les résultats de M et J correspondaient à la moyenne alors que celui de E se situait à plus d'un écart-type sous la moyenne. Au post-test, aucun enfant n'atteint le seuil clinique de l'instrument et on remarque une diminution marquée des scores de V et K qui se situent désormais toutes deux à un écart-type sous la moyenne. Le score de K a donc diminué de trois écarts-types entre le pré-test et le post-test. Le score de M a légèrement diminué, se situant désormais à un demi écart-type sous la moyenne, alors que celui de E a légèrement augmenté mais la situe tout de même à un écart-type sous la moyenne. En ce qui concerne J, son score a augmenté de 19 points entre les deux temps de mesure, ce qui le place à un demi-écart-type au-dessus de la moyenne; 9 points seulement sous le seuil clinique de l'instrument. Les résultats ne sont pas

disponibles pour A car la dernière rencontre du post-test n'a jamais eu lieu avec elle compte tenu de sa situation familiale.

3.2.3.2 Résultats qualitatifs

Lors de la dernière rencontre post-test, il a été demandé aux enfants s'ils avaient l'impression que Détective Cognitivo avait amené des changements dans leur vie et si leur niveau d'anxiété en général avait diminué depuis qu'ils avaient pris part au programme. Afin d'augmenter la validité du questionnaire, les mêmes questions ont été posées aux parents dans le but de savoir s'ils avaient l'impression que Détective Cognitivo avait fait une différence dans la vie de leur enfant. Les résultats sont rapportés dans le Tableau 11.

Tableau 11

Résultats au questionnaire d'évaluation qualitative des effets pour le volet des enfants

Répondant	Changements au quotidien	Diminution du niveau d'anxiété
V Mère	Moins de stress Meilleure gestion de l'anxiété	Oui Dans certains contextes oui, d'autres non.
M Mère	Non Meilleure gestion de l'anxiété	Non Oui, beaucoup
J Mère	Plus facile de se calmer et de ne pas s'inquiéter Routines du coucher plus faciles	Oui Oui
K Mère	Utilisation des nouveaux trucs Beaucoup moins de maux de ventre Normalisation de l'anxiété (a réalisé qu'elle n'est pas la seule à en vivre.)	Oui Oui
E Mère	Non Meilleure compréhension et conscientisation de l'anxiété	Non Oui

En fonction du Tableau 11, V, J et K ont l'impression que leur participation à Détective Cognitivo a engendré des changements dans leur vie et les a aidé à diminuer leur niveau d'anxiété. Les participantes M et E ne rapportent toutefois aucun effet suite à l'intervention. Les données sont manquantes pour A étant donné que la deuxième rencontre du post-test n'a pas eu lieu avec elle. Il est à noter que de leur côté, toutes les mères ont l'impression que l'intervention a amené des changements positifs dans la vie de leur enfant et que leur niveau d'anxiété a diminué après y avoir pris part.

3.2.4 Objectif collatéral

L'évaluation de l'objectif collatéral de Détective Cognitivo, soit diminuer les symptômes dépressifs des enfants, a été réalisée quantitativement par le biais d'une mesure pré-test/post-test. La Figure 17 présente les scores obtenus à l'Inventaire de dépression pour enfants.

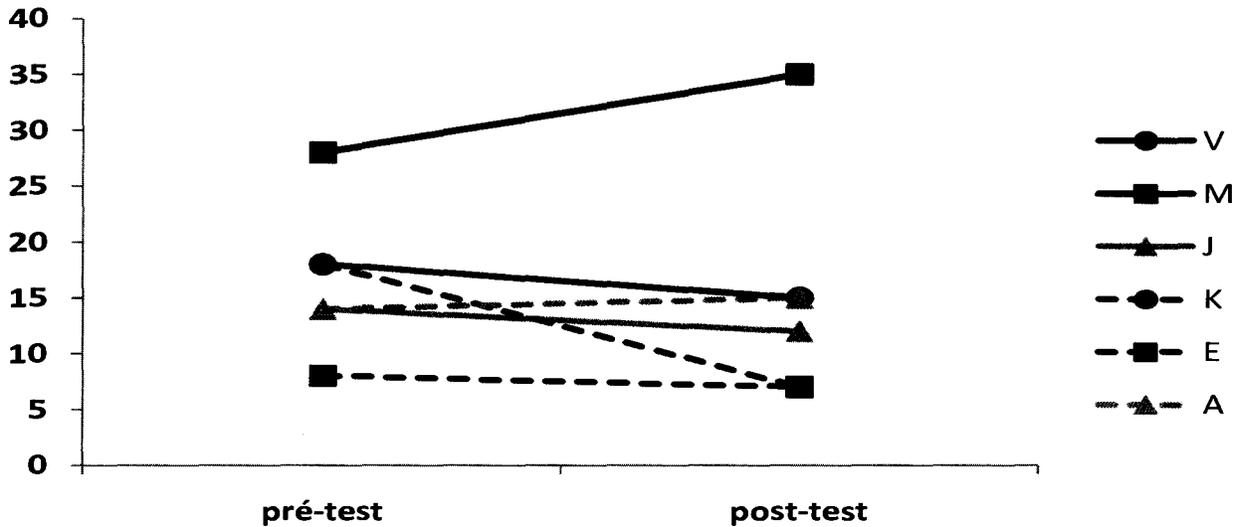


Figure 17. Scores à l'Inventaire de dépression pour enfants

La Figure 17 illustre qu'après avoir pris part à l'intervention, les affects dépressifs des enfants se situent dans un intervalle de scores ayant diminués ou demeurés assez stables, à l'exception de la participante M. Au sein d'une population normative, le score total moyen obtenu à l'Inventaire de dépression pour enfants est d'une valeur de 9 avec un écart-type de 6, le seuil clinique de l'instrument se situant à 17 (90^e percentile). La Figure 17 permet de constater que la participante M se démarque largement des autres enfants, tant au pré-test qu'au post-test. Déjà au premier temps de mesure, son score se situait à trois écarts-types de la moyenne et excédait le seuil clinique de 11 points. Son score a augmenté de 7 points après avoir pris part à l'intervention, la situant désormais à un peu plus de 4 écarts-types au-dessus de la moyenne. Il existe beaucoup moins de variabilité dans les scores des autres enfants. Au pré-test, V et K dépassaient toutes deux le seuil clinique d'un point alors que les scores de J et A se situaient à un écart-type au-dessus de la moyenne mais n'atteignaient pas le seuil clinique. Quant au score de E, il correspondait à la moyenne. Au post-test, seule la participante M se situe au-dessus du seuil clinique. La diminution la marquée est survenue pour K dont le score au post-test est deux points sous la moyenne, tout comme celui de E. Quant aux scores de V et A, ils se situent à un écart-type au-dessus de la moyenne alors que celui de J a légèrement diminué et correspond maintenant à un demi écart-type au-dessus de la moyenne.

3.2.5 *Liens entre les résultats des enfants et des parents*

Étant donné la caractéristique bimodale de Détective Cognitivo, il est intéressant de considérer les résultats des enfants en fonction de ceux de leurs mères. Les participantes K et V sont celles qui rapportent généralement avoir le plus mis en application les techniques apprises et dont le niveau d'anxiété diminue le plus après l'intervention. En ce qui concerne K, les résultats de sa mère à l'EMBU suggèrent qu'elle utilise des stratégies plus adaptées pour aider sa fille à affronter une situation anxiogène. Les réponses de la mère de V vont dans le même sens, mais les résultats de sa fille ne sont pas cohérents avec les siens dans la version des enfants de l'EMBU. Ainsi, la mère de V rapporte être plus outillée pour aider sa fille lors d'une situation anxiogène, mais celle-ci a l'impression que sa mère est beaucoup moins chaleureuse avec elle après l'intervention et fait preuve de beaucoup plus de rejet à son endroit.

L'intervention semble avoir eu peu d'effets pour les participantes E et M. Les résultats obtenus aux mesures répétées remplies par la mère de E suggèrent qu'elle est plus outillée pour aider sa fille à affronter une situation anxiogène qu'avant, mais cette dernière ne rapporte pas pour autant mettre plus en pratique les techniques apprises et il ne semble pas y avoir d'impact sur son niveau d'anxiété. En ce qui concerne la mère de M, ses résultats sont mitigés puisqu'à certains égards elle se sent plus outillée pour aider sa fille, alors que cela ne transparaît pas pour d'autres aspects. En parallèle, M rapporte de faibles pourcentages d'utilisation des techniques apprises et une légère augmentation de son niveau d'anxiété.

En fonction des résultats obtenus à l'EMBU, il semble que la relation entre J et sa mère soit caractérisée par une diminution des comportements liés à la surprotection, au rejet et à l'anxiété de la mère, mais également par une moins grande chaleur émotionnelle après l'intervention. Les réponses de J à la version des enfants ne sont toutefois pas toutes cohérentes avec celles de sa mère. Il est donc difficile de statuer quant au fait que la mère de J se sente plus outillée ou non pour l'aider à affronter une situation anxiogène, bien que J rapporte des pourcentages satisfaisants au niveau de l'utilisation des techniques apprises et une diminution de son niveau d'anxiété.

Finalement, la participante A rapporte utiliser les techniques apprises de façon variable et son niveau d'anxiété augmente légèrement suite à l'intervention. De façon générale, les résultats obtenus pour sa mère aux mesures répétées et à l'EMBU traduisent le fait qu'elle n'est pas plus outillée pour aider sa fille lors d'une situation anxiogène après avoir pris part à l'intervention.

Chapitre 4 : Discussion

4.1 Jugement sur l'atteinte des objectifs

4.1.1 Objectif général proximal du volet des enfants

L'objectif général proximal du volet des enfants visait à augmenter leur compétence à réagir adéquatement lors d'une situation anxiogène. L'évaluation quantitative des effets suggère que cet objectif a été atteint partiellement puisque quatre enfants sur six utilisent les techniques apprises dans plus de 50% du temps lorsqu'ils expérimentent une situation anxiogène. Le fait que les résultats n'aillent pas dans le même sens pour les deux autres participants peut s'expliquer par certaines caractéristiques personnelles comme il en sera discuté plus loin. Ainsi, l'absence d'effets dans leur cas n'est pas nécessairement liée à un manque d'efficacité de l'intervention. Il était toutefois attendu que les participants maintiennent leur utilisation des techniques semaine après semaine une fois qu'elles avaient été apprises. Les résultats démontrent plutôt que les techniques utilisées sont assez variables en fonction des participants et même de semaine en semaine pour chacun des enfants. Cette variabilité peut s'expliquer par le fait que certains participants étaient plus à l'aise avec les techniques se rapportant à la composante physiologique de l'anxiété que celles en lien avec la composante cognitive. L'évaluation qualitative de l'objectif général proximal du volet des enfants suggère qu'il a été atteint. Au post-test, tous les participants ciblent des techniques apprises dans le cadre de Détective Cognitivo lorsqu'on leur demande les trucs qu'ils utilisent pour calmer leur anxiété, ce qui n'était pas le cas au pré-test.

4.1.2 Objectif général proximal du volet des parents

L'objectif général proximal du volet des parents consistait à augmenter leur compétence à aider l'enfant lors d'une situation anxiogène. L'évaluation quantitative des effets par le biais des mesures répétées suggère qu'il n'a pas été atteint puisque des résultats allant dans le même sens que la tendance souhaitée sont observés pour un seul des cinq objectifs spécifiques. En effet, les mères ne sont pas plus portées à encourager leur enfant, utiliser des techniques de renforcement positif et pratiquer l'ignorance intentionnelle après avoir pris part à Détective Cognitivo. Même si la fréquence d'utilisation de ces techniques augmente pour la majorité des mères après que les concepts leur aient été présentés, elle ne se maintient pas et diminue à nouveau dans les semaines subséquentes. L'intervention n'a pas non plus contribué à diminuer l'utilisation des techniques de renforcement négatif puisqu'il s'est avéré qu'aucune mère ne le faisait avant d'y prendre part. On peut donc penser que cet objectif spécifique

n'était pas pertinent pour ces participants. Les résultats suggèrent par ailleurs que les mères ont moins tendance à adopter des comportements susceptibles d'alimenter l'anxiété de leur enfant après avoir pris part au programme, ce qui correspond à ce qui était attendu. Il est toutefois difficile d'attribuer ces effets à l'intervention en soi puisque même si on note une stabilisation générale de la fréquence d'émission de ce type de comportements après que ce concept ait été abordé avec les mères, les diminutions les plus marquées surviennent au cours des semaines précédentes. On peut supposer que le simple fait d'avoir rencontré d'autres parents d'enfants aux prises avec de l'anxiété et d'avoir pu normaliser leur vécu a permis aux mères de diminuer leur fréquence d'émission de ce type de comportements.

Les résultats présentés ci-haut suggèrent donc que l'objectif général proximal du volet des parents n'a pas été atteint, mais méritent d'être nuancés. Tout d'abord, seuls les résultats de quatre mères sur six ont pu être interprétés étant donné le très petit nombre de mesures répétées remises par les deux autres. De plus, les résultats de l'une de quatre mères restantes sont empreints d'une variabilité importante semaine après semaine pour chacun des objectifs spécifiques, ce qui ne permet pas d'en tirer des conclusions valides. Par ailleurs, le fait que les résultats aillent à l'encontre de la tendance souhaitée pour les objectifs concernant l'émission d'encouragements, le renforcement positif et l'utilisation de l'ignorance intentionnelle ne signifie pas nécessairement que le programme est inefficace. La diminution de la fréquence d'émission de ces comportements pourrait simplement s'expliquer par le fait que l'enfant vive de moins en moins de situations anxiogènes au fil de sa participation au programme, et donc que sa mère ait moins besoin d'avoir recours aux techniques apprises. La façon dont les mesures répétées ont été conçues ne permet pas de statuer sur ce point, comme il le sera élaboré dans la partie « Avantages et limites de l'intervention et du devis d'évaluation » de la présente section.

L'objectif général proximal du volet des parents était aussi évalué quantitativement par l'EMBU en pré-test/post-test. Contrairement à l'évaluation par le biais des mesures répétées, les résultats suggèrent que l'objectif a été atteint partiellement puisque la majorité des mères rapporte adopter moins de comportements associés au contrôle et à la surprotection, au rejet ou à l'anxiété après avoir pris part à l'intervention. Toutefois, la majorité des mères a l'impression de faire preuve de moins de chaleur émotionnelle suite au programme, ce qui ne s'inscrit pas dans la tendance souhaitée. Ce dernier résultat pourrait encore une fois être en lien avec le fait que l'enfant a de moins en moins besoin d'être rassuré à mesure qu'il apprend des techniques efficaces à utiliser lui-même lors d'une situation anxiogène, ce

qui pourrait donner l'impression à sa mère d'être moins chaleureuse avec lui. Même si ces résultats sont plus encourageants que ceux des mesures répétées, ils doivent être interprétés avec prudence. De façon générale, on dénote très peu de cohérence entre les réponses des mères et des enfants selon les deux versions de l'EMBU. Cela limite la validité des résultats des mères puisque les enfants rapportent souvent des tendances inverses à celles identifiées par leur mère. Il est aussi possible que les mères aient été influencées par la désirabilité sociale en choisissant des réponses allant dans le même sens que les objectifs à atteindre dans le cadre de Détective Cognitivo. Finalement, l'utilisation de mesures pré-test/post-test seulement ne permet pas de tirer des conclusions aussi valides que lorsque des mesures répétées sont utilisées. En effet, le devis d'évaluation devient un protocole pré-test et post-test à groupe unique, ce qui ne contrôle aucune source d'invalidité interne (Ladouceur & Bégin, 1986).

De façon générale, on remarque que les réponses des mères aux mesures répétées sont cohérentes avec celles de l'EMBU. Par exemple, les mères qui rapportaient le plus encourager leur enfant et utiliser le renforcement positif lorsqu'il affrontait une peur sont également celles qui obtiennent le score le plus élevé à la sous-échelle de la chaleur émotionnelle et le plus faible à celle du rejet. Cela augmente la validité de leurs réponses puisqu'elles ont répondu dans le même sens aux deux questionnaires. Finalement, l'évaluation qualitative de l'objectif général proximal du volet des parents suggère qu'il a été atteint puisque toutes les mères rapportent se sentir mieux outillées pour aider leur enfant lors d'une situation anxiogène après avoir pris part au programme.

4.1.3 *Objectif intermédiaire*

L'objectif intermédiaire de Détective Cognitivo consistait à diminuer le niveau d'anxiété global des enfants. Les résultats obtenus suite à l'évaluation quantitative par le biais des mesures répétées ne permettent pas de tirer de conclusion valide par rapport à l'efficacité de l'intervention parce qu'ils sont très variables selon les participants et en fonction des semaines. Il n'a pas été possible d'établir un niveau de base quant à l'intensité de l'anxiété des enfants et celle-ci n'a pas diminué progressivement suite à l'introduction des ingrédients actifs du programme comme cela était souhaité. La variabilité importante dans les niveaux d'anxiété des participants peut être liée au fait que l'instrument de mesure était mal conçu, comme il le sera élaboré dans la section « Avantages et limites de l'intervention et du devis d'évaluation », plutôt qu'à l'inefficacité réelle du programme.

Les résultats de l'évaluation quantitative par le biais des mesures pré-test/post-test suggère que l'objectif intermédiaire a été partiellement atteint puisque les scores de la majorité des participants

diminuent au RCMAS et à l'Inventaire des peurs de l'enfant après avoir pris part à l'intervention. De plus, seuls deux enfants atteignent encore le seuil clinique du RCMAS après l'intervention, alors qu'aucun d'entre eux n'atteint celui de l'Inventaire des peurs. Certaines caractéristiques personnelles peuvent avoir influencé les résultats des participants pour lesquels les scores n'ont pas diminué, comme il en sera discuté plus loin. Finalement, les résultats de l'évaluation qualitative suggèrent que l'objectif intermédiaire a été partiellement atteint puisque trois des cinq participants qui ont répondu rapportent que leur niveau d'anxiété a diminué après avoir pris part à Détective Cognitivo. Quant à leur mère, elles ont toutes l'impression que le programme a eu des impacts positifs dans la vie de leur enfant. Il faut toutefois utiliser ces résultats prudemment puisque les réponses des participants pourraient avoir été influencées par la désirabilité sociale.

4.1.4 *Objectif collatéral*

L'objectif collatéral de Détective Cognitivo consistait à diminuer les symptômes dépressifs des enfants. Les résultats suggèrent qu'il a été partiellement atteint puisque les affects dépressifs sont moins importants pour quatre des six enfants après avoir pris part à l'intervention. De plus, trois enfants sur six obtenaient un score supérieur au seuil clinique de l'Inventaire de dépression pour enfants au pré-test alors qu'il n'en reste plus qu'un seul au post-test. Concernant les deux enfants pour lesquels les affects dépressifs ont augmenté, certaines caractéristiques personnelles peuvent avoir influencé les résultats, comme il le sera détaillé plus bas. Ainsi, le fait que leur score n'ait pas diminué pourrait être dû à ces caractéristiques plutôt qu'à l'inefficacité de l'intervention. Même si les résultats dans leur globalité laissent croire que Détective Cognitivo a permis de diminuer les affects dépressifs des enfants, il faut faire preuve de prudence en regard de cette interprétation. Le fait d'avoir évalué cet objectif uniquement par le biais de mesures pré-test/post-test limite la validité des résultats puisque les sources d'invalidité interne ne sont pas contrôlées.

4.1.5 *Liens entre l'atteinte des objectifs des enfants et des parents*

En fonction de la caractéristique bimodale de Détective Cognitivo, il était attendu que les enfants dont les mères étaient davantage outillées pour les aider à affronter une situation anxiogène soient ceux qui mettent le plus en application les techniques apprises et dont le niveau d'anxiété global diminue le plus après l'intervention. Il n'est pas possible de tirer de conclusion valide à cet effet en fonction des résultats obtenus puisque la tendance se confirme pour certaines dyades, s'infirme pour d'autres et n'est pas claire pour d'autres. Dans tous les cas, trop de variables entrent en jeu pour que l'on puisse

établir un lien de causalité entre le degré d'atteinte des objectifs du parent et celui de l'enfant. Tel que mentionné précédemment, les résultats des enfants comme ceux des parents doivent être interprétés avec prudence étant donné les faiblesses dans la conception des mesures répétées. De par la nature du devis, les résultats obtenus par des mesures pré-test/post-test ne constituent pas un gage de validité, surtout quand les répondants à deux versions démontrent peu de cohérence comme c'est le cas pour l'EMBU. Ainsi, les résultats des enfants et des parents doivent être traités avec d'autant plus de prudence lorsqu'on tente de les relier. Finalement, des caractéristiques propres aux sujets de chacune des dyades peuvent également expliquer la confirmation ou l'infirmité de la tendance attendue comme il le sera élaboré dans la section suivante.

4.2 *Liens entre les résultats et les composantes de l'intervention*

Tel que mentionné dans la section portant sur les résultats de l'évaluation de la mise en œuvre, il y a très peu de disparité entre ce qui était prévu et ce qui a été vécu dans l'application de Détective Cognitivo. Par contre, les résultats d'une intervention peuvent aussi être influencés par ses composantes. Les paragraphes qui suivent se penchent sur celles qui sont susceptibles d'avoir eu un impact sur les effets de Détective Cognitivo, soient les caractéristiques des sujets, le dosage de l'intervention ainsi que les stratégies de transfert et de généralisation.

Certaines caractéristiques personnelles des sujets ainsi que la façon dont ils ont été recrutés peuvent avoir eu un impact sur les effets du programme. Le fait d'avoir effectué une sélection très rigoureuse des participants, en s'assurant qu'ils correspondaient aux critères d'inclusion du programme et qu'ils étaient motivés à y prendre part, a créé un biais favorable à l'obtention de résultats allant dans le même sens que la tendance souhaitée. Les résultats obtenus démontrent d'ailleurs que deux des participants pour lesquels les objectifs ont le moins été atteints sont ceux qui ne remplissaient pas tout à fait ces critères. Par exemple, la participante M présentait des affects dépressifs importants avant le début de l'intervention. Il a été convenu de la sélectionner quand même étant donné qu'elle affichait également des symptômes anxieux importants, étant la seule participante à présenter un diagnostic de trouble anxieux. Ses parents avaient aussi l'impression que l'anxiété était plus problématique que les affects dépressifs dans son quotidien. Il s'est finalement avéré que M a été l'une des participantes qui rapportait le moins utiliser les techniques apprises dans le cadre du programme. Après l'intervention, son score au RCMAS dépassait toujours le seuil clinique malgré une légère diminution et elle n'avait pas l'impression que Détective Cognitivo avait contribué à diminuer son niveau d'anxiété générale. Parallèlement à cela, son score à l'Inventaire de dépression a augmenté de façon importante entre le

pré-test et le post-test. On peut donc penser que les affects dépressifs étaient trop importants dans son cas, ce qui la rendait moins disponible pour réaliser les apprentissages relatifs à la gestion de ses symptômes anxieux. Il est également possible qu'elle possède un faible sentiment d'auto-efficacité, ce qui aurait pu l'amener à sous-estimer sa capacité à utiliser les techniques apprises. La perception de la mère de M va dans le sens de cette hypothèse puisqu'elle a l'impression que Détective Cognitivo a effectivement entraîné une diminution du niveau d'anxiété générale de sa fille.

Dans le même ordre d'idées, la participante E avait obtenu un score très peu élevé au RCMAS en pré-test. Elle avait tout de même été sélectionnée puisque son score à l'échelle de mensonge était élevé et qu'elle était connue pour nier ses symptômes anxieux en tentant de les justifier par autre chose. L'analyse de ses résultats démontre finalement qu'elle a très peu mis en pratique les techniques apprises, que son score est demeuré inchangé au RCMAS après l'intervention et qu'elle n'a pas l'impression que Détective Cognitivo a contribué à diminuer son niveau d'anxiété générale, contrairement à la perception de sa mère. Ainsi, Détective Cognitivo semble plus efficace auprès des enfants qui ne présentent pas d'affects dépressifs importants, qui reconnaissent être aux prises avec des symptômes anxieux et qui sont motivés à prendre part à l'intervention.

Logiquement, il était attendu que les enfants les plus attentifs, participatifs et assidus dans leurs devoirs et mesures répétées soient également ceux dont le niveau d'anxiété diminue le plus après l'intervention. Les résultats de l'évaluation de la mise en œuvre ne vont pas dans le même sens que cette hypothèse puisque les deux participantes dont le niveau d'anxiété a le plus diminué ne sont pas celles qui obtiennent les meilleurs résultats au niveau de ces éléments. L'une d'elles est même l'enfant qui affichait le plus de comportements perturbateurs et qui était la moins attentive et participative. Même si elle affichait les plus faibles scores, la qualité de sa participation et de son attention était tout de même bonne, ce qui peut expliquer qu'elle ait tout de même bien adhéré à l'intervention. Au niveau de l'exposition, les enfants qui ont assisté à toutes les rencontres ne sont pas nécessairement ceux pour qui le programme a été le plus efficace. L'une des deux participantes qui rapportait le plus utiliser les techniques apprises a même été absente lors d'une séance très importante dans le déroulement du programme puisque c'est à ce moment que le raisonnement du détective et le principe de l'exposition graduée étaient abordés. On peut penser que le fait que les notions aient été reprises en individuel et en groupe lors des séances subséquentes a suffi à l'acquisition de ces concepts.

Les changements ayant pu survenir dans la vie des participants en cours de route représentent un autre aspect de la mise en œuvre dont il faut tenir compte dans l'interprétation des résultats. En effet,

même si la participante A remplissait tous les critères d'inclusion et qu'elle a obtenu les meilleurs résultats au niveau de la qualité de la participation, son score augmente d'un point au RCMAS entre le pré-test et le post-test, ce qui laisse croire que Détective Cognitivo n'a pas contribué à diminuer son niveau d'anxiété global. Par contre, l'analyse de ses mesures répétées nous indique qu'elle utilisait fréquemment des techniques de détente et était capable d'identifier sa pensée réaliste lors d'une situation anxiogène. Il est donc possible que l'augmentation de son score au RCMAS en post-test relève des difficultés familiales importantes vécues au moment de la passation plutôt qu'à un manque d'impact de l'intervention. Lorsqu'on se penche sur les résultats obtenus par la mère de A, on constate de façon générale qu'elle ne se sent pas plus outillée qu'avant l'intervention pour aider sa fille à affronter une situation anxiogène. Ce constat peut s'expliquer par la confirmation de la tendance attendue, soit que le fait de ne pas atteindre les objectifs pour le parent nuirait à l'atteinte des objectifs pour l'enfant. On peut toutefois penser aussi que même si la mère de A avait rapporté être plus outillée après le programme, cela ne se serait pas répercuté dans l'atteinte des objectifs de sa fille puisqu'elle aurait été trop envahie par ses difficultés familiales. On peut d'ailleurs supposer si la mère de A n'a pas rapporté mettre en pratique les techniques suggérées pour aider sa fille, c'est parce qu'elle n'était pas disponible pour intégrer ces apprentissages étant donné le climat familial tendu dans lequel elle était plongée elle aussi. Toujours en regard des débordements du programme, V et K ne rapportent aucune intervention concurrente ou changement environnemental important, tout comme leur mère. Ce sont ces deux participantes pour qui l'intervention semble avoir engendré les effets les plus significatifs.

Outre les aspects propres aux participants, le dosage de l'intervention a également pu avoir des répercussions sur les résultats. En effet, étant donné la formule de groupe et les délais restreints imposés par le programme universitaire, il n'était pas possible de respecter le rythme d'apprentissage de chacun des participants. Par exemple, même si un enfant ne mettait pas en pratique régulièrement les techniques de détente lors d'une situation anxiogène, il apprenait tout de même les techniques de restructuration cognitive lors des séances suivantes. Le fait de ne pas avoir respecté le rythme de chacun a probablement contribué à la grande variabilité des pourcentages d'utilisation des techniques apprises en fonction des participants et des semaines.

Finalement, les stratégies employées pour favoriser le transfert et la généralisation des acquis ont probablement influencé les résultats de l'intervention. Toujours à cause de la formule de groupe privilégiée, les sessions d'exposition graduée devaient se faire à la maison entre les séances et étaient menées par la mère qui y avait préalablement été formée dans le volet parental. En analysant les

mesures répétées, on réalise qu'elle a été appliquée de façon inégale pour chacun des participants. Sachant que l'exposition graduée est l'une des composantes les plus efficaces des thérapies cognitives-comportementales pour la généralisation des acquis (Albano & Kendall, 2002; Ginsburg & Newman Kingery, 2007), des effets plus importants auraient peut-être été observés si on avait pris le temps de traiter cet aspect de façon individuelle avec chacun des participants plutôt que de leur demander de s'y attarder par eux-mêmes entre les séances.

4.3 *Liens entre les résultats et le contexte théorique*

Les résultats obtenus dans le cadre de Détective Cognitivo peuvent être interprétés en fonction de certains éléments recensés dans la littérature scientifique. Tout d'abord, il est reconnu que la présence d'un trouble anxieux chez le parent, particulièrement la mère, augmente les probabilités que l'enfant développe une symptomatologie anxieuse (Beidel & Turner, 1997). Tel que mentionné précédemment, cela s'explique entre autres par certaines pratiques parentales augmentant l'anxiété de l'enfant (Dadds et al., 1996). Dans le cadre de Détective Cognitivo, on cherchait à modifier les facteurs de risque proximaux contribuant à maintenir l'anxiété de l'enfant. Ainsi, le volet parental de l'intervention visait à modifier certaines pratiques parentales telles que la surprotection, l'encouragement de l'évitement ou la transmission des sentiments anxieux du parent à l'enfant. Même si ces cibles d'intervention sont très pertinentes, on peut penser que l'intervention aurait eu plus d'impact si on avait également adressé la symptomatologie anxieuse du parent lui-même, soit un facteur de risque plus distal. En effet, il a été constaté dans les séances parentales que la totalité des mères étaient elles-mêmes passablement anxieuses. Il est possible qu'elles n'aient pas été en mesure d'intégrer l'usage des pratiques parentales plus adéquates par manque de disponibilité en raison de leurs propres symptômes anxieux. Même dans le cas où les mères semblent plus outillées après avoir pris part au programme, on constate que l'effet ne se ressent pas nécessairement dans le niveau d'anxiété de l'enfant. Outre certains facteurs explicatifs déjà avancés plus tôt, on peut penser que ce manque d'impact relève du fait que même mieux outillées, les mères continuent d'être aux prises avec une symptomatologie anxieuse de leur côté. Au fil des séances du volet parental, elles ont d'ailleurs nommé que les rencontres étaient trop informatives et qu'elles souhaitaient avoir plus de temps pour ventiler et échanger entre elles. En somme, il est possible que si l'intervention avait prévu d'aborder des techniques pour diminuer la symptomatologie anxieuse des mères elles-mêmes en plus de leur transmettre de l'information sur les pratiques parentales adéquates à adopter, une diminution plus importante aurait pu être observée dans le niveau d'anxiété global des enfants.

Dans la littérature scientifique, la thérapie cognitive-comportementale est reconnue pour être l'une des méthodes les plus efficaces pour le traitement de l'anxiété (Albano & Kendall, 2002). Il est donc probable que le choix de cette approche théorique pour Détective Cognitivo ait contribué à l'atteinte ou l'atteinte partielle de certains objectifs. La thérapie cognitive-comportementale s'attarde aux relations entre les pensées, les sentiments et les comportements en plus d'enseigner des stratégies de résolution de problèmes et des techniques de relaxation (Kendall et al., 2008). Les programmes *Coping Cat* et *FRIENDS*, desquels s'inspire Détective Cognitivo, s'assurent que les enfants comprennent bien que trois composantes sont reliées dans l'anxiété, soient les sensations physiologiques, les pensées et les comportements (Kendall et al., 1997; Shortt et al., 2001). En ce sens, il était attendu que les enfants qui utilisent le plus les trois types de techniques associées à ces composantes (détente, restructuration cognitive et exposition graduée) soient ceux dont le niveau d'anxiété diminue le plus. En effet, une fois détendu, l'enfant est plus disponible pour pratiquer la restructuration cognitive. Il peut ensuite mettre en pratique ces nouvelles habiletés dans une situation réellement anxiogène. Les résultats obtenus dans le cadre de Détective Cognitivo vont dans ce sens puisque les deux participantes dont les scores ont le plus diminué au RCMAS et à l'Inventaire de dépression pour enfants sont également celles qui, de façon générale, rapportaient les pourcentages les plus élevés concernant l'utilisation des techniques de détente et de restructuration cognitive. Ce sont également celles qui rapportaient avoir effectué le plus d'exercices d'exposition *in vivo* avec leurs parents, ce qui est reconnu comme étant une technique centrale dans le traitement de l'anxiété (Albano & Kendall, 2002).

4.4 Avantages et limites de l'intervention et du devis d'évaluation

Détective Cognitivo est une intervention qui comporte plusieurs avantages. Tout d'abord, elle répond à un besoin réel puisque comme mentionné plus tôt, l'anxiété est la problématique la plus fréquente au sein de la clientèle de l'équipe santé mentale jeunesse. Le programme qui a été élaboré s'inspire des meilleures pratiques puisqu'il est basé sur les programmes *FRIENDS* et *Coping Cat* qui sont tous deux de nature cognitive-comportementale. Les objectifs de Détective Cognitivo se sont également avérés pertinents, de même que les modifications des stratégies de gestion des apprentissages. Il est probable que le fait d'avoir ajusté ces dernières aux caractéristiques des participants a permis de composer avec le fait que trois d'entre eux possédaient un diagnostic de TDAH. L'adoption de stratégies plus dynamiques visant entre autres à faire bouger les enfants les a probablement aidés à maintenir leur attention. Cela a possiblement aussi fait en sorte qu'ils se sont davantage impliqués dans l'intervention et contribué au développement d'une relation positive entre les

animatrices et les participants. Ceux-ci ont d'ailleurs nommé à plusieurs reprises qu'ils aimaient les rencontres et avaient hâte à la suivante.

Un autre avantage de Détective Cognitivo repose dans la caractéristique bimodale de l'intervention. Il est effectivement pertinent d'impliquer les parents dans une intervention visant à diminuer les symptômes anxieux des enfants étant donné les pratiques parentales qui constituent un facteur de risque important dans le maintien de l'anxiété. Finalement, la formule de groupe de l'intervention est avantageuse puisqu'en plus d'être efficiente, elle permet aux participants de normaliser leur vécu et de réaliser qu'ils ne sont pas les seuls aux prises avec leur problématique. Détective Cognitivo offre un bon rapport coûts-bénéfices puisqu'il nécessite peu de ressources matérielles et monétaires. Malgré le fait que plusieurs éléments limitent la validité des résultats, tel qu'élaboré plus tôt, il apparaît tout de même que le programme a engendré des effets positifs pour les participants. Détective Cognitivo sera donc reconduit dans le milieu malgré la fin du stage de l'étudiante de maîtrise puisque la co-animatrice du volet des enfants et l'animatrice du volet parental se sont approprié le programme et en assureront la continuité.

Détective Cognitivo comporte toutefois certaines limites. Par exemple, il aurait été pertinent que l'intervention comporte des sessions de relance afin de favoriser le maintien des acquis des participants. Étant donné que l'objectif distal de Détective Cognitivo vise à éviter le maintien et la généralisation de l'anxiété chez les enfants, il est utopique de penser qu'une seule intervention de neuf séances puisse à elle seule y parvenir. Bien que la caractéristique bimodale de Détective Cognitivo constitue un avantage, le volet des parents gagnerait à être bonifié afin de comprendre un plus grand nombre de rencontres. Cela permettrait aux parents de partager davantage leur expérience entre eux et de ventiler à propos des difficultés rencontrées avec leur enfant. Il s'agissait d'ailleurs de l'un des besoins identifiés par les parents suite au programme.

Tout comme l'intervention, le devis d'évaluation comporte aussi des avantages et des limites. Tout d'abord, le choix de bonifier le protocole à cas unique ABA par un protocole ABCDA à changement de critères pour mesurer l'objectif intermédiaire était pertinent puisque davantage de sources d'invalidité interne étaient ainsi contrôlées. Malheureusement, la façon dont les mesures répétées ont été conçues n'a pas permis de tirer des conclusions valides quant à la diminution du niveau d'anxiété global des enfants. En effet, il leur était demandé de noter chaque semaine deux situations dans lesquelles ils avaient ressenti de l'anxiété en indiquant le niveau de 1 à 10. Cette façon de faire a engendré une variabilité très importante dans les résultats pour chacun des enfants puisqu'ils rapportaient souvent des

situations différentes chaque semaine. Par exemple, une semaine l'enfant pouvait avoir été anxieux à 8/10 en raison d'un examen, puis à 3/10 la semaine suivante parce qu'il faisait noir dans sa chambre au moment de dormir. Il n'a donc pas été possible d'établir un niveau de base ou de suivre l'évolution de chacun des enfants au fil de l'intervention. Lors du recrutement, il aurait plutôt fallu demander aux enfants de cibler une situation leur causant souvent de l'anxiété, par exemple le moment du coucher, et comparer l'évolution du niveau d'anxiété au fil des semaines. Le fait que la même situation soit rapportée à chaque semaine aurait permis d'avoir une même base de comparaison. De plus, en demandant simplement à l'enfant de noter le niveau d'anxiété ressenti lors de la situation, on ne sait pas s'il s'agit de l'intensité associée au début ou à la fin de l'épisode anxieux. Ainsi, un enfant peut rapporter un niveau d'anxiété élevé au fil des semaines, mais réussir à le faire diminuer plus rapidement qu'auparavant grâce aux techniques apprises. La façon dont les mesures répétées étaient conçues ne permet pas d'obtenir cette information. Il aurait simplement suffi d'ajouter une question afin de demander à l'enfant quel était son niveau d'anxiété à la fin de la situation et combien de temps elle avait duré afin de pouvoir suivre l'évolution au fil des semaines.

Les mesures répétées visant à évaluer l'objectif général proximal du volet des parents comportent également une lacune importante. En effet, il a été omis de demander à la mère à combien de reprises son enfant avait vécu des situations anxiogènes au cours de la semaine. Il n'est donc pas possible de savoir si la diminution générale des fréquences de l'émission d'encouragements, de l'utilisation du renforcement positif et de l'ignorance intentionnelle est réelle, ou simplement due au fait que l'enfant vive moins d'anxiété au fil des semaines. En ce qui concerne l'objectif collatéral de Détective Cognitivo, seule une prise de mesure pré-test/post-test a été effectuée. Afin d'augmenter la validité des résultats, il aurait suffi d'ajouter une question aux mesures répétées visant à savoir combien de fois l'enfant s'était senti triste durant la semaine. Cela aurait toutefois eu le désavantage d'alourdir l'instrument.

Le fait que les mesures répétées aient été mal conçues dans les deux volets limite grandement la validité du devis d'évaluation puisque l'on peut seulement se référer aux mesures pré-test/post-test pour évaluer les résultats. Aucune source d'invalidité interne n'est ainsi contrôlée et il n'est pas possible de suivre l'évolution des participants au fil des semaines. Heureusement, la très grande majorité des instruments utilisés en pré-test/post-test étaient validés et standardisés, ce qui augmente la fiabilité des résultats obtenus. Il n'y a que l'EMBU pour lequel les caractéristiques psychométriques n'étaient pas encore disponibles à cet effet puisque le questionnaire est présentement en cours de

validation. Quant aux questionnaires qualitatifs maison, ils se sont avérés pertinents, faciles à utiliser et ont permis d'obtenir des résultats éclairants. Par contre, les instruments de mesure étaient très nombreux et la passation représentait une lourde tâche pour les participants, tant en pré-test/post-test qu'au niveau des mesures répétées. Cela peut entre autres expliquer pourquoi certains participants ont obtenu de faibles pourcentages concernant la remise des mesures répétées. Finalement, étant donné que Détective Cognitivo sera reconduit, il serait intéressant d'évaluer les effets de l'intervention après que toutes les améliorations suggérées aient été apportées. Le groupe sera élargi à huit participants, alors il serait peut-être même possible d'utiliser un protocole pré-test et post-test avec groupe témoin afin d'évaluer les résultats, ce qui contrôlerait toutes les sources d'invalidité interne (Ladouceur & Bégin, 1986).

Conclusion

Le présent rapport présentait un programme d'intervention de nature cognitive-comportementale visant à éviter le maintien et la généralisation de l'anxiété chez des enfants de 9 à 12 ans. L'intervention, baptisée Détective Cognitivo, comprenait neuf séances et a été implantée dans un CLSC du CSSS de Laval. Elle s'inspirait de *FRIENDS* et *Coping Cat*, deux programmes ayant fait leurs preuves dans le traitement de l'anxiété. Étant donné la caractéristique bimodale du programme, six enfants âgés de 9 et 10 ans ont pris part à l'intervention ainsi qu'au moins l'un de leurs parents. Le volet parental consistait à quatre séances parallèles à celles des enfants.

Dans le présent rapport d'intervention, une revue de la littérature scientifique a d'abord été effectuée afin de dégager le contexte théorique de l'anxiété. Une recension des programmes déjà existants en regard de l'anxiété a été conduite, puis le programme implanté a été introduit. La lecture de la section méthodologique a ensuite permis d'illustrer Détective Cognitivo en fonction des composantes du modèle structural psychoéducatif et d'identifier les mécanismes prévus pour les évaluations de la mise en œuvre et des effets de l'intervention. Le troisième chapitre rapportait d'ailleurs les résultats de ces évaluations. Il en est ressorti que la conformité concernant la mise en œuvre de Détective Cognitivo était très satisfaisante, que la qualité de la participation des enfants comme des parents était excellente, de même que la mise en application de l'intervention. L'évaluation des effets pour les objectifs généraux proximaux a été réalisée par un protocole à cas unique de type ABA. Les résultats obtenus pour le volet des enfants suggéraient qu'ils étaient plus outillés pour affronter une situation anxiogène qu'avant l'intervention. Des divergences en fonction des instruments de mesure n'ont pas permis de tirer de conclusion claire concernant l'atteinte de l'objectif du volet parental. L'objectif intermédiaire, évalué par un protocole de type ABCDA à changement de critères, a été partiellement atteint, de même que l'objectif collatéral. Ces résultats doivent toutefois être nuancés et utilisés avec prudence étant donné certaines caractéristiques personnelles des participants ayant pu les influencer et diverses lacunes au plan méthodologique.

Finalement, la lecture du dernier chapitre de ce rapport a permis de poser un jugement éclairé sur l'atteinte des objectifs en regard des composantes de l'intervention et du contexte théorique. Les avantages et limites de Détective Cognitivo et du devis d'évaluation ont aussi été soulevés, ce qui a permis de mieux comprendre les lacunes méthodologiques limitant la validité des résultats. En définitive, Détective Cognitivo s'est avérée être une intervention très pertinente répondant à un besoin

bien présent dans le milieu. D'autres défis pourront d'ailleurs être relevés puisque les améliorations nécessaires y seront apportées et qu'elle sera implantée à nouveau par les acteurs locaux.

Références

- Adler, A.D., & Strunk, D.R. (2009). Looming maladaptative style as a moderator of risk factors for anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 59-68.
- Albano, A.M., Chorpita, B.R., & Barlow, D.H. (2003). Childhood anxiety disorders. In E.J. Mash & R.A. Barkley (Eds.). *Child Psychopathology* (2nd ed.) (pp. 279-329). New York: Guilford.
- Albano, A.M., & Kendall, P.C. (2002). Cognitive behavioural therapy for children and adolescents with anxiety disorders: clinical research advances. *International Review of Psychiatry*, 14, 129-134.
- American Psychiatric Association. (2004). *MINI DSM-IV-TR. Critères diagnostiques*. Traduction française par J.-D. Guelfi et al. Paris : Masson.
- Barlow, D.H. (2004). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Barrett, P.M. (2004). *FRIENDS for life: group leader's manual for children* (4th ed.). Bowen Hills, Australie: Australian Academic Press.
- Barrett, P.M., Dadds, M.R., & Rapee, R.M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333-342.
- 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). *FRIENDS for youth. Group leader's manual*. Bowen Hills, Australie: Australian Academic Press.
- Barrett, P.M., Rapee, R.M., Dadds, M.M., & Ryan, S.M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 187-203.
- Barrett, P.M., Shortt, A.L., Fox, T.L., & Wescombe, K. (2001). Examining the social validity of the FRIENDS treatment program for anxious children. *Behaviour Change*, 18, 63-77.
- Beidel, D.C., & Turner, S.M. (1997). At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 918-924.
- Benjamin, R.S., Costello, E.J., & Warren, M. (1990). Anxiety disorders in a pediatric sample. *Journal of anxiety disorders*, 4, 293-316.
- Bergeron, E. (2005). *Efficacité à long terme d'une intervention cognitivo-comportementale auprès d'enfants présentant des problèmes d'anxiété*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal, Montréal, Canada.
- Bergeron, L., Valla, J.-P., & Gauthier, A.-K. (2007). L'épidémiologie des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents. In L. Turgeon & P.L. Gendreau (Eds.), *Les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent* (pp. 11-47). Marseille : Solal.

- Bibeau, G. (2009). *Étude sur la clientèle de l'équipe santé mentale jeunesse du CSSS de Laval*. Document non publié. Laval, QC.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Marris, A., Moore, P., Garcia, J., Ablon, S., 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.
- Biederman, J., Rosenbaum, J.F., Bolduc-Murphy, E.A., Faraone, S.V., Chaloff, J., Hirshfeld, D.R., et al. (1993). A 3-year follow-up of children with and without behavioral inhibition. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 814-821.
- Breton, J.-J., Bergeron, L., Valla, J.-P., Berthiaume, C., Gaudet, N., Lambert, J., et al. (1999). Quebec Child Mental Health Survey: Prevalence of DSM-III-R Mental Health Disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 357-384.
- Caspi, A., Henry, B., McGee, R.O., Moffitt, T.E., & Silva, P.A. (1995). Temperamental origins of child and adolescent behavior problems: from age three to age fifteen. *Child Development*, 66, 55-68.
- Cicchetti, D. (2006). Development and psychopathology. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (2nd éd.) (pp. 1-23). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Clark, L.A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Compas, B.E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101, 393-403.
- Compas, B.E. (1995). Promoting successful coping during adolescence. In M. Rutter (Ed.), *Psychosocial disturbances in young people: challenges for prevention* (pp. 247-273). Cambridge, Royaume-Uni: Cambridge University Press.
- Currat, T., & Despland, J.-N. (2004). Existe-t-il une approche d'inspiration psychanalytique spécifiquement adaptée aux troubles anxieux? *Santé mentale au Québec*, 29, 81-92.
- Dadds, M.R., Barrett, P.M., Rapee, R.M., & Ryan, S. (1996). Family process and child anxiety and aggression: an observational analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 715-734.
- Dane, A.V., & Schneider, B.H. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention: are implementation effects out of control? *Clinical Psychology Review*, 18, 23-45.
- Davidson, P.R., & Parker, K.C.H. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 305-316.
- Dumas, J.E. (2007). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (3^e éd.). Bruxelles : De Boeck Université.
- Dummit III, E.S., & Klein, R.G. (1994). Panic disorder. In T.H. Ollendick, N.J. King, & W. Yule (Eds), *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 241-266). New York: Plenum Press.

- Eley, T.C., Bolton, D., O'Connor, T.G., Perrin, S., Smith, P., & Plomin, R. (2003). A twin study of anxiety-related behaviours in pre-school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *44*, 945-960.
- Eyberg, S.M., Edwards, D., Boggs, S.R., & Foote R. (1998). Maintening the treatment effects of parent training : the role of booster sessions and other maintenance strategies. *American Psychological Association*, *5*, 544-554.
- Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Montréal : Béliveau éditeur.
- Gendreau, P.L., & Ravacley, S. (2007). La neurobiologie des troubles anxieux. In L. Turgeon & P.L. Gendreau (Eds.), *Les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent* (pp. 11-47). Marseille : Solal.
- Ginsburg, G.S., & Newman Kingery, J. (2007). Evidence-based practice for childhood anxiety disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *37*, 123-132.
- Goodman, S.H., Hoven, C.W., Narrow, W.E., Cohen, P., Fielding, B., Alegria, M., et al. (1998). Measurement of risk for mental disorders and competence in a psychiatric epidemiologic community survey: the National Institute of Mental Health Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA) study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *33*, 162-173.
- Goodwin, R.D., Fergusson, D.M., & Horwood, L.J. (2004). Early anxious/withdrawn behaviours predict later internalizing disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *45*, 874-883.
- Grégoire, J. (2008). Introduction à la psychoéducation: La structure d'ensemble d'un milieu d'intervention. In J. Grégoire, *PSE 1100 : Introduction à la psychoéducation*. Cours présenté à l'École de psychoéducation, Université de Montréal.
- Hudson, J.L., & Rapee, R.M. (2001). Parent-child interactions and anxiety disorders: an observational study. *Behaviour Research and Therapy*, *39*, 1411-1427.
- Hudson, J.L., & Rapee, R.M. (2002). Parent-child interactions in clinically anxious children and their siblings. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *31*, 548-555.
- Kagan, J., Reznick, J.S., & Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science*, *240*, 167-171.
- Kasen, S., Cohen, P., Brook, J.S., & Hartmark, C. (1996). A multiple-risk interaction model: effects of temperament and divorce on psychiatric disorders in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *24*, 121-150.
- 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., Panichelli-Mindel, S.M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: a second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65*, 366-380.

- Kendall, P.C., Flannery-Schroeder, E., Safford, S., & Webb, A. (2004). Child anxiety treatment: outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 276-287.
- Kendall, P.C., Gosch, E., Furr, J.M., & Sood, E. (2008). Flexibility within fidelity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47*, 987-993.
- Kendall, P.C., & Southam-Gerow, M. (1996). Long-term follow-up of a cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 724-730.
- Ladouceur, R., & Bégin, G. (1986). *Protocoles de recherche en sciences appliquées et fondamentales*. St-Hyacinthe, QC : Édisem.
- Larivée, S. (2007). *L'intelligence : Approches biocognitives, développementales et contemporaines*. Montréal: Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.
- Last, C.G., Perrin, S., Hersen, M., & Kazdin, A.E. (1992). DSM-III-R anxiety disorders in children: Socio-demographic and clinical characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*, 1070-1076.
- Le Blanc, M., Dionne, J., Grégoire, J.C., & Trudeau-Le Blanc, P. (2002). *Intervenir autrement : un modèle différentiel pour les adolescents en difficulté*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Manassis, K., & Bradley, S.J. (1994). The development of childhood anxiety disorders. *Journal of Applied Developmental Psychology, 15*, 345-366.
- Mendlowitz, S.L., Manassis, K., Bradley, S., Scapillato, D., Miezitis, S., & Shaw, B.F. (1999). Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: the role of parental involvement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*, 1223-1229.
- Milrod, B., Busch, F., Cooper, A., & Shapiro, T. (1997). *Manual of panic-focused psychodynamic psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Milrod, B., Busch, F., Léon, A.C., Aronson, A., Roiphe, J., Rudden, M., et al. (2001). A pilot open trial of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research, 10*, 239-245.
- Mouren-Siméoni, M.-C., Vila, G., & Vera, L. (1993). *Troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Maloine.
- Mowrer, O.H. (1960). *Learning Theory and the Symbolic Processes*. New York: John Wiley.
- Nevid, J.S., Greene, B., Johnson, P.A., & Taylor, S. (2005). *Essentials of abnormal psychology in a changing world* (Édition canadienne). Toronto: Pearson Education Canada Inc.
- Pain, J. (2006). *Violences entre élèves, harcèlements et brutalités : les faits, les solutions*. Paris : Université Paris X Nanterre.

- Perris, C., Jacobsson, L., Lindstrom, H., von Knorring, L., & Perris, H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, *61*, 265-274.
- Provost, M.A., & LaFrenière, P.J. (1991). La relation entre la qualité de l'attachement parents-enfants et la compétence sociale à la garderie. In M.A. Provost & R.E. Tremblay (Eds.), *Famille : Inadaptation et intervention* (pp. 65-85). Ottawa : Éditions Agence d'Arc.
- Rapee, R.M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, *17*, 47-67.
- Saint-Laurent, L. (1990). Étude psychométrique de l'Inventaire de dépression pour enfants de Kovacs auprès d'un échantillon francophone. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, *22*, 377-384.
- 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.
- Smoller, J.W., Yamaki, L.H., Fagerness, J.A., Biederman, J., Racette, S., Laird, N.M., et al. (2005). The corticotropin-releasing hormone gene and behavioral inhibition in children at risk for panic disorder. *Biological Psychiatry*, *57*, 1485-1492.
- Southam-Gerow, M.A., & Kendall, P.C. (2000). A preliminary study of the emotion understanding of youths referred for treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, *29*, 319-327.
- Strauss, C.C., & Last, C.G. (1993). Social and simple phobias in children. *Journal of Anxiety Disorders*, *7*, 141-152.
- Thomas, L.A., & De Bellis, M.D. (2004). Pituitary volumes in pediatric maltreatment-related posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, *55*, 752-758.
- Turgeon, L., & Brousseau, L. (2000). Prévention des problèmes d'anxiété chez les jeunes. In F. Vitaro & C. Gagnon (Eds.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome I : Les problèmes internalisés* (pp. 189-220). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Turgeon, L., Brousseau, L., & Denis, I. (2007). Le traitement des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents : données actuelles et perspectives futures. In L. Turgeon & P.L. Gendreau (Eds.), *Les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent* (pp. 11-47). Marseille: Solal.
- Turgeon, L., & Chartrand, E. (2003). Reliability and validity of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale in a French-Canadian sample. *Psychological Assessment*, *15*, 378-383.
- Turgeon, L., Chartrand, E., & Brousseau, L. (2005). Traduction et validation du Fear Survey Schedule for Children - Revised (FSSC-R) auprès d'enfants québécois francophones d'âge scolaire. *Mesure et évaluation en éducation*, *28*, 31-47.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., & Farvolden, P. (2003). The impact of anxiety disorders on educational achievement. *Journal of Anxiety Disorders*, *17*, 561-571.

- Vasey, M.W., & Dadds, M.R. (2001). *The developmental psychopathology of anxiety*. New York: Oxford University Press.
- Velez, C.N., Johnson, J., & Cohen, P. (1989). A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 861-864.
- Vitaro, F. (2000). Évaluation des programmes de prévention : principes et procédures. In F. Vitaro & C. Gagnon (Eds.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome I : Les problèmes internalisés*. (pp. 67-99). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Weems, C.F., Silverman, W.K., Rapee, R.M., & Pina, A.A. (2003). The role of control in childhood anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 557-568.
- Woodward, L.J., & Ferguson, D.M. (2001). Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1086-1093.

Annexe I

Schéma de la chaîne prédictive de l'anxiété

Facteurs de risque

Facteurs individuels

- Tempérament immature
- Inhibition comportementale
- Facteurs génétiques
 - * Transmission de la vulnérabilité
 - * Gènes
 - * Sexe
- Facteurs neurophysiologiques
- Facteurs cognitifs
 - * Distorsions cognitives
 - * Perception de contrôle limité
 - * Difficultés scolaires
- Événements de vie stressants

Facteurs de protection

- Être porté à explorer son environnement
- Bon sentiment de contrôle
- Bonnes stratégies de résolution de problèmes

Facteurs d'amélioration

- Thérapie cognitive-comportementale
- * Restructuration cognitive
- * Exposition imagée et *in vivo*
- * Résolution de problèmes
- Travail avec les parents
- * Aide et information

Facteurs familiaux

- Facteurs propres aux parents
 - * Avoir un trouble anxieux
 - * Variables socio-économiques
 - * Difficultés conjugales
- Relation parent-enfant
 - * Attachement dysfonctionnel
 - * Affectivité négative de la mère
- Pratiques parentales
 - * Comportements punitifs abusifs
 - * Manque d'encadrement
 - * Surprotection

Anxiété
(trouble anxieux)

Maintien et généralisation du trouble anxieux

9-12 ans

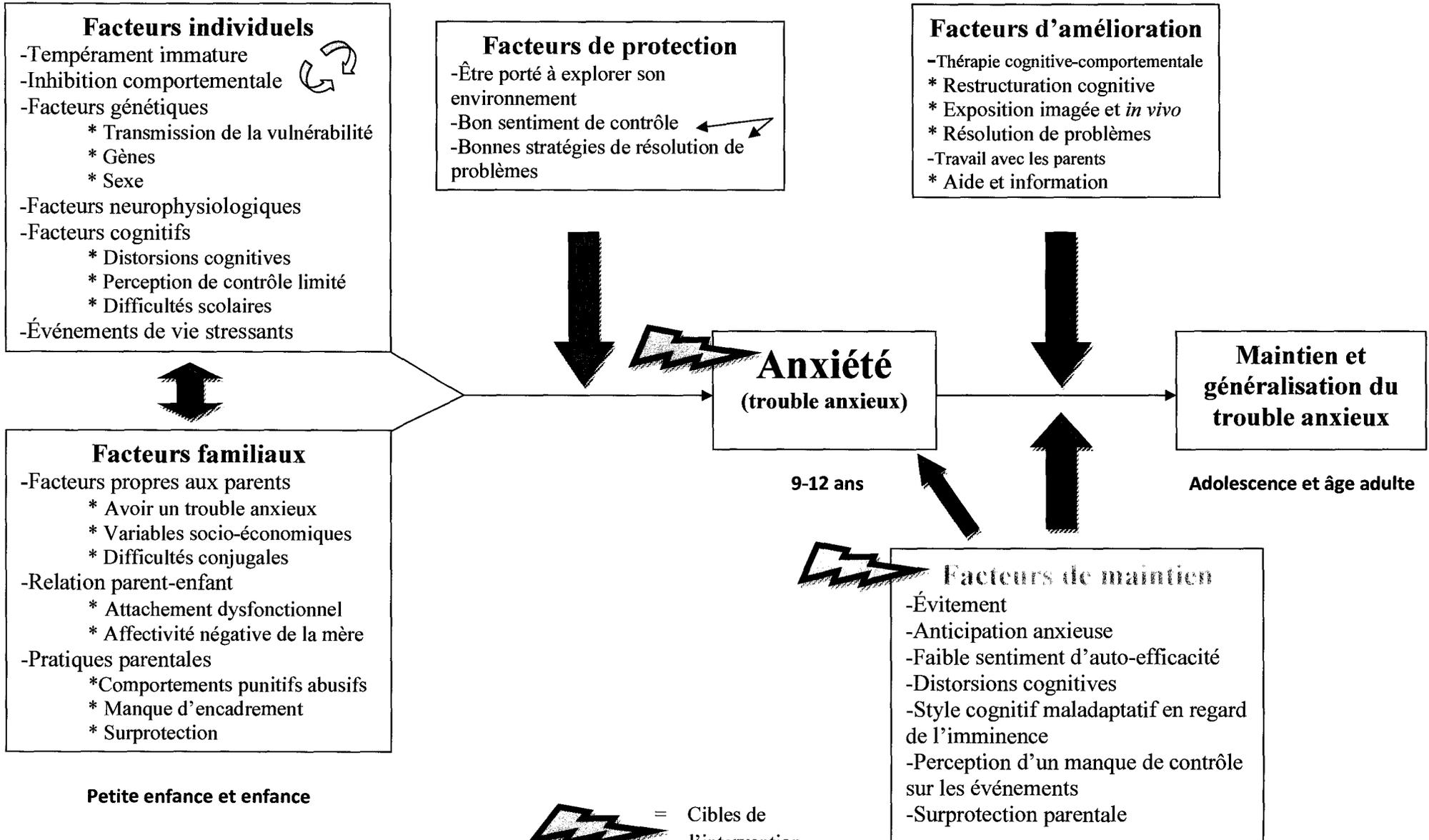
Adolescence et âge adulte

Facteurs de maintien

- Évitement
- Anticipation anxieuse
- Faible sentiment d'auto-efficacité
- Distorsions cognitives
- Style cognitif maladaptatif en regard de l'imminence
- Perception d'un manque de contrôle sur les événements
- Surprotection parentale

Petite enfance et enfance

 = Cibles de l'intervention



Annexe II

Recension des programmes d'intervention auprès des enfants de 6 à 16 ans aux prises avec un trouble anxieux

Description du programme 1					
Auteurs	Nom du programme	Type d'intervention	Modalité d'intervention		
Kendall, Kane, Howard & Siqueland 1990	<i>The Coping Cat Programme</i>	- Intervention individuelle, curative et ciblée - Enfant de 7 à 13 ans ayant un diagnostic d'anxiété de séparation, anxiété généralisée ou phobie sociale	-16 à 18 sessions de 60 minutes, une fois par semaine -reconnaissance des signes de l'anxiété, techniques physiologiques, identifier les cognitions liées à l'anxiété et les corriger, exposition imagée et <i>in vivo</i> . -parent est présent les 10 premières minutes de la rencontre et assiste à trois rencontres parallèles au cours du traitement.		
Évaluations du programme 1					
Auteurs de l'évaluation I	Caractéristiques des participants et contexte d'intervention	Durée	Devis / Protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux
Kendall (1994)	N=47 (expérimental = 27; contrôle = 20) Enfants de 9 à 13 ans 60% de garçons	Jusqu'à 9,3 ans (avec les relances)	Expérimental pré-test / post-test avec groupe contrôle	- Groupe expérimental : Diminution des symptômes anxieux après les 16 sessions selon les enfants et les parents, mais pas les enseignants. - 64% des enfants du groupe expérimental ne rencontrent plus les critères diagnostiques d'un trouble anxieux après les 16 sessions comparativement à 5% du groupe contrôle. *Groupe contrôle reçoit l'intervention après 8 semaines.	Après un an, 78 % des participants (groupe expérimental et contrôle confondus puisque le groupe contrôle a aussi reçu l'intervention) ne rencontrent plus les critères diagnostiques d'un trouble anxieux (Kendall, 1994). Après une moyenne de 3,35 ans : 74% (Kendall & Southam-Gerow, 1996). Après une moyenne de 7,4 ans : 81% (Kendall, Flannery-Schroeder, Safford & Webb, 2004). Donc très bon maintien des acquis.

Auteurs de l'évaluation II	Caractéristiques des participants et contexte d'intervention	Durée	Devis / Protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux
Kendall et al. (1997)	N=94 (expérimental = 60; contrôle = 34). Enfants de 9 à 13 ans (62% de garçons)	Un an (avec la relance)	Expérimental pré-test / post-test avec groupe contrôle	Diminution des symptômes anxieux après les 16 sessions selon les enfants et les parents, mais pas les enseignants. 71% des enfants ayant suivi le programme ne rencontrent plus les critères diagnostiques d'un trouble anxieux comparativement à 6% du groupe contrôle.	Maintien des résultats après un an (Kendall et al., 1997)
Description du programme II					
Auteurs	Nom du programme	Type d'intervention	Modalité d'intervention		
Barrett, Dadds et Rapee (1991)	<i>Coping Koala + Family anxiety management</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Ajout d'une composante familiale au <i>Coping Koala</i>, qui est une adaptation australienne du programme <i>Coping Cat</i>. - Intervention individuelle et familiale, curative et ciblée - Enfant de 7 à 14 ans ayant un diagnostic d'anxiété de séparation, hyperanxiété ou phobie sociale - Au moins un des deux parents de l'enfant ciblé. 	<p style="text-align: center;">VOLET INDIVIDUEL</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'enfant suit une version écourtée du <i>Coping Koala</i> qui dure normalement 70 minutes. - 12 sessions de 30 minutes, une fois par semaine - reconnaître les signes de l'anxiété et les réactions somatiques, restructuration cognitive, entraînement à la relaxation, apprentissage de stratégies d'auto-renforcement, pratiquer les habiletés apprises par des jeux de rôle et l'exposition graduée aux stimuli anxiogènes. <p style="text-align: center;">VOLET FAMILIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - À chacune des 12 sessions hebdomadaires, lorsque l'enfant termine les 30 minutes de thérapie individuelle, il rejoint son parent pour une thérapie familiale de 40 minutes. - comment le parent doit réagir aux manifestations anxieuses de son enfant (ex : ne pas renforcer les comportements d'évitement), stratégies de gestion de l'anxiété parentale; stratégies de résolution de problèmes, stratégies de communication parent-enfant; habiletés de résolution de conflits. 		

Évaluation du programme II					
Auteurs de l'évaluation I	Caractéristiques des participants et contexte d'intervention	Durée	Devis / Protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux
Barrett, Dadds et Rapee (1996)	N=79 (volet individuel V.I. = 28; volets individuels + familiaux V.I.+F.= 25; contrôle = 26). Enfants de 7 à 14 ans 57% de garçons	Jusqu'à 6 ans (avec les relances)	Expérimental pré-test / post-test avec groupes de comparaison	Diminution des symptômes anxieux chez les enfants des deux conditions expérimentales selon les évaluations des enfants et de leurs parents. Après le programme, 57% des enfants ayant suivi le V.I. ne rencontrent plus les critères diagnostiques d'un trouble anxieux comparativement à 84% de ceux ayant suivi V.I.+F.	Après 6 mois, 71% des enfants du V.I. ne rencontrent plus les critères diagnostiques d'un trouble anxieux comparativement à 84% du V.I.+F. (Barrett, Dadds & Rapee, 1996). Après un an : 70% du V.I. ; 95% du V.I.+F. (Barrett, Dadds & Rapee, 1996). Après 6 ans : 86% du V.I. ; idem pour V.I.+F. (Barrett, Duffy, Dadds & Rapee, 2001).
Description du programme III					
Auteurs	Nom du programme	Type d'intervention	Modalité d'intervention		
Barrett, Lowry-Webster et Turner (2000)	<i>FRIENDS</i>	- Intervention de groupe, curative et ciblée. - <i>FRIENDS</i> for Children (enfants de 6 à 11 ans) - <i>FRIENDS</i> for Youth (adolescents de 12 à 16 ans). - Groupe de 5 à 13 enfants présentant un diagnostic d'anxiété de séparation, anxiété généralisée ou phobie sociale - Composante parentale de groupe	<p style="text-align: center;">VOLET ENFANT</p> <p>-10 sessions de 70 minutes, une fois par semaine. Les 10 premières minutes de la rencontre et les 5 dernières sont menées conjointement avec l'enfant et son parent.</p> <p>-2 sessions de relance (respectivement un et trois mois après la fin du programme).</p> <p>- Comprendre les signaux que le corps envoie, techniques de relaxation, élaborer un plan pour faire face à l'anxiété, exposition graduelle, auto-renforcements, encouragement à se faire des amis et se construire un réseau social</p> <p style="text-align: center;">VOLET PARENT</p> <p>-10 sessions de 40 minutes, une fois par semaine.</p> <p>-Gestion de leur anxiété, stratégies de renforcement des comportements de l'enfant, jeux de rôle, habiletés de communication et résolution de problèmes.</p>		

Évaluation du programme III					
Auteurs	Caractéristiques des participants et contexte d'intervention	Durée	Devis / Protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux
Shortt, Barrett & Fox (2001)	N=71 (expérimental = 54; contrôle = 17) Enfants de 6 ans et demi à 10 ans 41% de garçons	Un an (avec la relance)	Expérimental pré-test / post-test avec groupe contrôle	Diminution des symptômes anxieux après le programme selon les enfants et les parents Au post-traitement, 69% des enfants du groupe expérimental ne rencontrent plus les critères diagnostiques d'un trouble anxieux comparativement à 6% du groupe contrôle.	Après 1 an, 68% des enfants (y compris ceux du groupe contrôle puisqu'ils ont reçu l'intervention par la suite) ne rencontrent plus les critères diagnostiques d'un trouble anxieux (Shortt, Barrett et Fox, 2001).
Description du programme IV					
Auteurs	Nom du programme	Type d'intervention	Modalité d'intervention		
Turgeon & Brousseau 1999	Super L'Écureuil	<ul style="list-style-type: none"> - Intervention de groupe, curative et ciblée. - Enfants de 9 à 12 ans obtenant un score supérieur à 18 à l'Échelle d'anxiété manifeste - Groupe de 5 à 8 enfants - Composante parentale de groupe avec au moins l'un des deux parents de l'enfant ciblé 	<p style="text-align: center;">VOLET ENFANT</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10 sessions de 120 minutes, une fois par semaine - Exposition <i>in vivo</i>, restructuration cognitive, entraînement à la relaxation, rééducation respiratoire, entraînement à la résolution de problèmes. <p style="text-align: center;">VOLET PARENT</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10 sessions de 120 minutes, une fois par semaine - Moyens pour gérer sa propre anxiété, pratiques parentales adéquates face à l'anxiété de son enfant. 		

Évaluation du programme IV

Auteurs de l'évaluation I	Caractéristiques des participants et contexte d'intervention	Durée	Devis / Protocole	Résultats proximaux	Résultats distaux
Turgeon, Vitaro, Marchand & Brousseau (1998). In Bergeron (2005)	N=76 (expérimental= 39; contrôle= 37) Enfants de 9 à 12 ans 30% de garçons	Jusqu'à 6 ans (avec la relance)	Expérimental pré-test / post-test avec groupe contrôle	Post-test : diminution des symptômes anxieux chez les enfants. Diminution de la surprotection parentale. Différence significative entre les groupes expérimental et contrôle	Après un an : maintien des résultats et de la différence entre les groupes Après 6 ans : seuls effets maintenus sont ceux de la diminution de la surprotection parentale. Les groupes expérimental et contrôle ne sont plus différents dans l'expression des symptômes d'anxiété.

Annexe III

Contenu et moyens de gestion des apprentissages des séances

Séance	Contenu	Moyens de gestion des apprentissages
Enfants 1	Apprendre à connaître les autres participants, but du programme, établissement du code et des procédures, apprendre à combattre les préjugés, réflexion sur les objectifs personnels de chacun.	Jeu de prise de contact, présentation du personnage (le détective Cognitivo), discussion interactive, affiche géante du code et des procédures, contrat de confidentialité, images d'illusions d'optique, dessin, feuille de réflexion.
Enfants 2	Apprentissage des quatre émotions de base (peur, colère, tristesse et joie) et des sensations physiques liées, définir l'anxiété.	Discussion interactive, illustration d'un thermomètre pour grader l'intensité des émotions, concours du plus grand nombre d'émotions répertoriées, pictogrammes d'émotions, découper des images dans des magazines et les classer sous la bonne émotion, extrait d'un film de super héros pour normaliser l'expérience de l'anxiété, affiche du triangle géant représentant les trois composantes de l'anxiété.
Enfants 3	Reconnaissance des sensations physiques engendrées pas l'anxiété.	Course sur place pour noter les sensations ressenties, mises en situation avec des marionnettes, discussion interactive, extrait d'un film, image de Cognitivo anxieux, image d'une silhouette vide sur laquelle les enfants doivent illustrer les sensations qu'ils ressentent dans une situation anxiogène.
Enfants 4	Apprentissage de la respiration diaphragmatique et de la relaxation musculaire.	Discussion interactive, modelage, entraînement aux techniques adéquates.
Enfants 5	Illustrer le lien entre les pensées et l'anxiété, introduction au concept de pensée automatique et de pensée réaliste.	Discussion interactive, triangle géant des composantes inter-relées de l'anxiété, exercices dans lesquels les enfants doivent restructurer la pensée de Cognitivo, quizz pour distinguer les pensées automatiques des pensées réalistes, jeu d'équipe pour modifier les pensées.

Enfants 6	Introduction à la pensée du détective, introduction au concept de l'évitement, apprendre à découper sa peur pour l'affronter une étape à la fois.	Discussion interactive, présentation d'un exemple dans lequel Cognitivo fait son travail de détective pour tenter de voir si sa pensée automatique est réellement fondée, exercices de restructuration cognitive, modelage, jeu de rôle, triangle géant, liste des comportements adoptés lors d'une situation anxiogène, illustration graphique des effets de l'évitement à long terme, illustration d'une échelle pour laquelle chacune des marches correspond à une étape à affronter concernant la peur de Cognitivo, exercice d'établissement d'échelle pour une autre situation donnée.
Enfants 7	Apprentissage des pièges qui peuvent nuire au raisonnement du détective, technique de résolution de problèmes, introduction au concept de renforcement positif.	Discussion interactive, quizz, jeu des nœuds de main, tempête d'idées à propos de comment procéder pour régler un problème, présentation des six étapes de la résolution de problèmes en prenant Cognitivo comme exemple, exercice pratique consistant à transporter un objet d'un bout à l'autre de la pièce avec des ressources limitées.
Enfants 8	Introduction aux concepts de l'estime de soi et du contrôle sur son environnement.	Discussion interactive, tempête d'idées, activité sur les « assassins de l'estime de soi », discussions en équipe d'un accomplissement dont on est fier, activité sur les « pourvoyeurs de sécurité » qu'on a souvent tendance à utiliser.
Enfants 9	Révision des notions apprises au cours du programme, prévention de la rechute, consolidation des acquis, reconnaissance et renforcement.	Quizz géant, discussion interactive, préparation et performance d'un spectacle dans lequel les enfants mettent en scène une situation anxiogène qu'ils surmontent grâce aux techniques apprises, gala méritas.

Parents 1	Prise de contact, but du programme, définition de l'anxiété, description du programme proposé à leur enfant, importance du volet parental, établissement des règles de fonctionnement du groupe, déterminer les attentes et les objectifs des parents.	Présentation magistrale, discussion interactive, présentation du cahier d'exercices de l'enfant, tempête d'idées.
Parents 2	Survol du contenu abordé avec les enfants jusqu'à maintenant, introduction à la respiration diaphragmatique et à la relaxation musculaire, explication des exercices que les enfants doivent effectuer, introduction au concept de renforcer positivement son enfant, comment servir de modèle à son enfant.	Présentation magistrale, discussions interactives, tempête d'idées, modelage, mises en situation.
Parents 3	Retour sur ce qui a été vu jusqu'à maintenant, survol du contenu abordé avec les enfants, comment gérer les comportements indésirables de son enfant, introduction au concept de l'exposition graduée.	Présentation magistrale, discussion interactive, construction d'un plan d'exposition pour une situation fictive mettant en vedette Cognitivo.
Parents 4	Retour sur ce qui a été vu jusqu'à maintenant, survol du contenu abordé avec les enfants, prévention de la rechute, reconnaissance.	Présentation magistrale, discussion interactive, assister aux spectacles des enfants et au gala méritas.

Annexe IV

*Évaluation de la conformité : Liste à cocher***Enfants : séance 9**

Thème prévu	Abordé (oui ou non)	Temps prévu (min)	Temps accordé (min)
Introduction		10	
Quizz de révision		10	
Préparation du spectacle		25	
Place au spectacle		10	
Petit gala		10	
Clôture et remerciements		5	
Mesures répétées et évaluations		5	

Annexe V

*Évaluation de l'exposition : Liste de présences***Présences enfants séance 9**

	Présence (O/N)	Heure d'arrivée si retard
V		
M		
J		
K		
E		
A		

Annexe VI

Évaluation de la qualité de la participation : Grille d'observation

Le 24 novembre 2010

Évaluation de la qualité de la participation

	Est attentif(ive) (0-1-2-3)*	Participe lorsque demandé (0-1-2-3)	Adopte des comportements perturbateurs (0-1-2-3)	Devoir complété (Oui/Non)	Mesures répétées complétées (Oui/Non)
V					
M					
J					
K					
E					
A					

* : 0 = pas du tout; 1= peu; 2 = moyennement; 3 = beaucoup

Annexe VII

Évaluation de la qualité de la mise en application : Questionnaire d'appréciation version participants

Le 24 novembre 2010

Évalue ton animatrice!!!

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
Pendant la rencontre, je pense que Marie-Julie était dynamique	1	2	3	4
Quand j'avais des exercices à faire, j'ai trouvé que les explications étaient	Pas du tout claires	Un peu claires	Assez claires	Très claires
	1	2	3	4



Annexe VIII

Évaluation de la qualité de la mise en application : Questionnaire d'appréciation version co-animatrice

Le 24 novembre 2010

Évaluation de la qualité de l'animation de Marie-Julie

	Faible	Acceptable	Bien	Très bien
Dynamisme	1	2	3	4
Clarté des explications	1	2	3	4

Annexe IX

Évaluation des débordements du programme : Autres formes de suivis possibles

Votre enfant prend-il de la médication afin d'atténuer ses **symptômes d'anxiété**? Si oui, laquelle ou lesquelles?

Votre enfant a-t-il déjà bénéficié d'une intervention en lien avec ses **symptômes d'anxiété** (suivi psychosocial, thérapie, groupe d'entraide ou autre)? Si oui, laquelle ou lesquelles?

En tant que parent, avez-vous déjà pris part à une intervention (suivi psychosocial, thérapie, groupe d'entraide ou autre) dans le but d'aider votre enfant à atténuer ses **symptômes d'anxiété**? Si oui, laquelle ou lesquelles?

Annexe XI

Évaluation de la mise en œuvre de Détective Cognitivo

Composante	Instrument de mesure (source d'évaluation)	Variables dérivées	Temps de mesures ¹
Conformité	Liste à cocher (co-animatrice dans chacun des volets – enfant et parent)	Thèmes abordés Temps consacré à chacun des thèmes au cours d'une séance	T4 à T11
Exposition	Feuille de présence (animatrice)	Exposition des participants à chacune des phases d'une séance	T4 à T11
Qualité de la participation	Grille d'observation (animatrice et co- animatrice)	Attention, participation, comportements perturbateurs, assiduité dans les devoirs	T4 à T11
Qualité de la mise en application	Questionnaire d'appréciation (co-animatrice et participants)	Dynamisme et clarté des explications	T4 à T11
Débordements du programme	Questionnaire maison (parent)	Médication, autres activités ou suivis liés à la problématique en dehors de la présente intervention.	T1 et T14
	Questionnaire maison (parent)	Changements environnementaux importants	T14

Note : ¹ T1 : première semaine du pré-test; T4 à T11 : implantation de l'intervention; T14: dernière semaine du post-test

3. As-tu utilisé une technique de détente?

Oui

Non



Si oui, laquelle?

4. As-tu identifié ta pensée automatique?

Oui

Non



Si oui, qu'est-ce que c'était?

5. As-tu utilisé le raisonnement du détective?

Oui

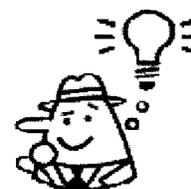
Non



6. As-tu trouvé ta pensée réaliste?

Oui

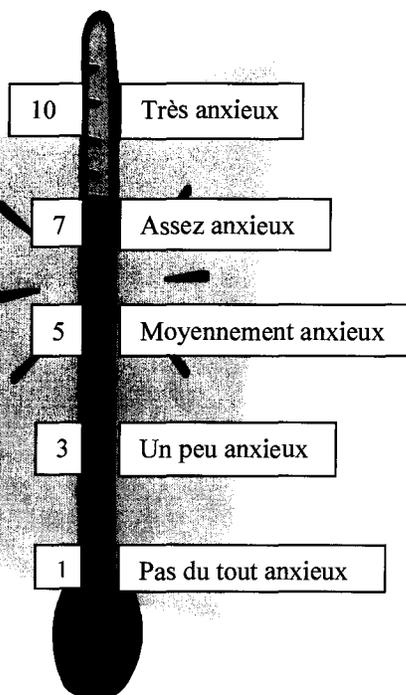
Non



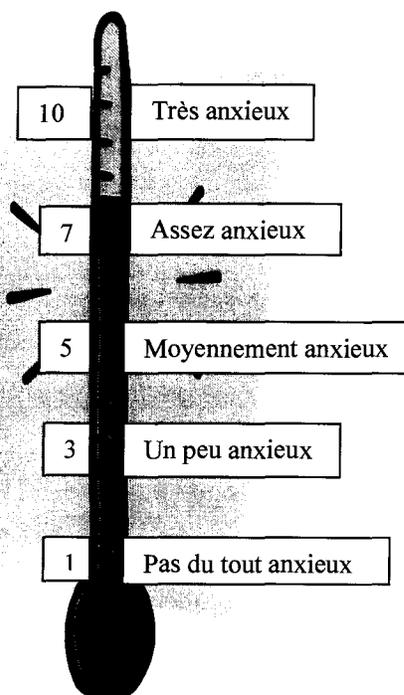
Si oui, qu'est-ce que c'était?

7. Pour chacune de ces situations, indique le plus haut niveau d'anxiété que tu as ressenti.

Situation 1



Situation 2



8. Combien de fois as-tu pratiqué avec ton parent cette semaine?

Aucune fois

Une fois

Deux fois



Merci d'avoir répondu ! Tu obtiens 5 points !

*** Rappel à l'attention du lecteur :

Questions 1 et 7 : T1 à T14

Question 2 : T6 à T14

Question 3 : T7 à T14

Question 4 : T8 à T14

Question 5 : T9 à T14

Question 6 : T9 à T14

Question 8 : T10 à T14

Annexe XIII

Séances d'exposition : Grille d'observation à remplir par le parent

Nom de votre enfant : _____

1. Au cours de la semaine du _____, combien de fois avez-vous pratiqué avec votre enfant (exposition) ?

Aucune Une Deux

2. Lors des pratiques, votre enfant a-t-il...

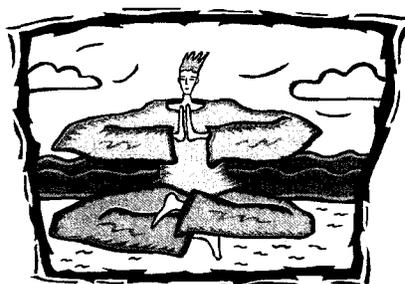
	Pratique 1		Pratique 2	
...identifié une sensation physique due à l'anxiété ?	OUI	NON	OUI	NON
...utilisé une technique de détente (respiration ou relaxation des muscles) ?	OUI	NON	OUI	NON
...trouvé sa pensée automatique ?	OUI	NON	OUI	NON
...utilisé le raisonnement du détective ?	OUI	NON	OUI	NON
...remplacé sa pensée automatique par une pensée réaliste ?	OUI	NON	OUI	NON
3. Selon vous, est-ce que le niveau d'anxiété de votre enfant a diminué au cours de la pratique ?	OUI	NON	OUI	NON

Merci d'avoir pris le temps de répondre !

Annexe XIV

Moyens utilisés par l'enfant pour gérer son anxiété : Questionnaire qualitatif maison

Lorsque tu te sens anxieux (peurs ou inquiétudes), que fais-tu pour essayer de te calmer ?



As-tu déjà appris des trucs pour aider à diminuer ton anxiété ? Si oui, lesquels ?



Merci d'avoir répondu !

Annexe XV

Journal de bord du parent

Votre nom : _____

Au cours de la semaine du _____ à combien de reprises avez-vous...

	Jamais	1 à 2 fois	3 à 4 fois	5 à 6 fois	7 fois et plus	Environ combien de fois si plus de 7 ?
1- ...encouragé votre enfant à affronter une situation qui le rendait anxieux ?	0	1	2	3	4	_____
2- ...félicité ou récompensé votre enfant après qu'il ait fait des efforts pour surmonter son anxiété ?	0	1	2	3	4	_____
3- ...ignoré les demandes de votre enfant s'il insistait pour que vous fassiez à sa place quelque chose dont il avait peur ?	0	1	2	3	4	_____
4- ... verbalisé vous-même des peurs ou des inquiétudes à votre enfant lorsqu'il était anxieux ?	0	1	2	3	4	_____
5- ...puni votre enfant parce qu'il était anxieux et refusait d'affronter l'une de ses peurs ?	0	1	2	3	4	_____

Merci d'avoir répondu!

Annexe XVI

EMBU : version parent

EMBU-CR-P

Ce questionnaire porte sur certains aspects de la relation entre un parent et son enfant. Pour chaque énoncé, encerclez le choix qui correspond le mieux, selon vous, à la façon dont vous vous comportez avec votre enfant. Évaluez les énoncés à l'aide de l'échelle suivante:

	1 Non, jamais	2 Oui, mais rarement	3 Oui, souvent	4 Oui, presque toujours
	Non, jamais	Oui, mais rarement	Oui, souvent	Oui, presque toujours
1.	1	2	3	4
2.	1	2	3	4
3.	1	2	3	4
4.	1	2	3	4
5.	1	2	3	4
6.	1	2	3	4
7.	1	2	3	4
8.	1	2	3	4
9.	1	2	3	4
10.	1	2	3	4
11.	1	2	3	4
12.	1	2	3	4
13.	1	2	3	4
14.	1	2	3	4
15.	1	2	3	4
16.	1	2	3	4
17.	1	2	3	4
18.	1	2	3	4

	Non, jamais	Oui, mais rarement	Oui, souvent	Oui, presque toujours
19. J'ai tendance à montrer à mon enfant que je l'aime.	1	2	3	4
20. J'ai tendance à critiquer mon enfant devant d'autres personnes.	1	2	3	4
21. Je sais exactement ce que mon enfant a le droit de faire et ce qu'il n'a pas le droit de faire.	1	2	3	4
22. J'ai tendance à m'inquiéter que mon enfant puisse faire des erreurs.	1	2	3	4
23. Mon enfant se sent déçu parce que je ne lui donne pas ce qu'il veut.	1	2	3	4
24. J'ai parfois tendance à décider ce que mon enfant veut faire.	1	2	3	4
25. J'ai tendance à m'assurer que mon enfant se comporte adéquatement, selon les règles.	1	2	3	4
26. Je suis craintif/craintive lorsque mon enfant fait quelque chose tout seul.	1	2	3	4
27. Mon enfant et moi nous apprécions mutuellement (l'un et l'autre).	1	2	3	4
28. J'ai tendance à ne pas être généreux envers mon enfant ou encore à lui donner les choses à contrecœur.	1	2	3	4
29. Je suis un parent anxieux; mon enfant n'a donc pas le droit de faire autant de choses que les autres.	1	2	3	4
30. Lorsque mon enfant fait quelque chose de stupide, il peut rapidement se rattraper à mes yeux.	1	2	3	4
31. J'ai tendance à surveiller mon enfant de très près.	1	2	3	4
32. J'ai tendance à essayer de tout décider à la place de mon enfant.	1	2	3	4
33. J'ai tendance à faire des compliments à mon enfant.	1	2	3	4
34. Si quelque chose se produit à la maison, j'ai tendance à blâmer mon enfant.	1	2	3	4
35. J'ai tendance à avertir mon enfant de tous les dangers possibles.	1	2	3	4
36. J'ai tendance à aider mon enfant lorsqu'il doit faire quelque chose de difficile.	1	2	3	4
37. J'ai tendance à être inquiet lorsque je ne sais pas ce que mon enfant est en train de faire.	1	2	3	4
38. J'ai tendance à garder le contrôle sur mon enfant.	1	2	3	4
39. J'ai tendance à battre mon enfant sans raison.	1	2	3	4
40. J'ai tendance à essayer de protéger mon enfant de tous les dangers possibles.	1	2	3	4

Annexe XVII

EMBU : version enfant

EMBU-CR

Ce questionnaire porte sur certains aspects de la relation que tu entretiens avec tes parents. Pour chaque énoncé, encerle le choix qui correspond le mieux, selon toi, à la façon dont ton père et ta mère se comporte. Fais bien la distinction entre ce qui s'applique à ta mère et ce qui s'applique à ton père. Tu peux encercler une réponse différente pour chaque parent. Si tu n'as aucun contact avec un de tes parents, ne répond que pour le parent que tu côtoies. Évalue les énoncés à l'aide de l'échelle suivante:

		1 Non, jamais	2 Oui, mais rarement	3 Oui, souvent	4 Oui, presque toujours	
1.	Quand tu rentres à la maison, tu dois raconter à tes parents ce que tu es allé(e) faire.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
2.	Lorsque tu es malheureux, tes parents te consolent et essaient de te remonter le moral.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
3.	Tes parents veulent que tu leur dévoiles tes secrets.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
4.	Tes parents te disent qu'ils n'aiment pas ton comportement à la maison.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
5.	Tes parents t'aiment comme tu es.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
6.	Tes parents s'inquiètent par rapport à ce que tu fais après l'école.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
7.	Tes parents jouent avec toi et sont intéressés par tes passe-temps.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
8.	Tes parents se traitent de façon injuste.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
9.	Tes parents ont peur que quelque chose puisse t'arriver.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
10.	Tes parents t'écoutent et tiennent compte de ton opinion.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
11.	Tes parents préféreraient que tu soies comme quelqu'un d'autre.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
12.	Tes parents veulent décider de ton apparence et de ta façon de t'habiller.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4

		Non, jamais	Oui, mais rarement	Oui, souvent	Oui, presque toujours	
13.	Tes parents s'inquiètent par rapport au fait que tu puisses avoir des problèmes.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
14.	Tes parents te blâment pour tout ce qui va mal.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
15.	Tes parents te punissent sans raison.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
16.	Tes parents te disent ce que tu dois faire après l'école.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
17.	Tes parents veulent passer du temps avec toi.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
18.	Tes parents s'inquiètent que tu puisses faire des choses dangereuses.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
19.	Tes parents montrent qu'ils t'aiment.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
20.	Tes parents te critiquent devant d'autres personnes.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
21.	Tes parents agissent souvent comme s'ils étaient les mieux placés pour savoir ce que tu as le droit de faire et ce que tu n'as pas le droit de faire.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
22.	Tes parents s'inquiètent que tu puisses faire des erreurs.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
23.	Tu te sens déçu(e) parce que tes parents ne te donnent pas ce que tu veux.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
24.	Tes parents te permettent de décider ce que tu veux faire.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
25.	Tes parents s'assurent que tu te comportes adéquatement, selon les règles.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
26.	Tes parents sont craintifs lorsque tu fais quelque chose tout seul.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
27.	Tes parents et toi, vous vous appréciez mutuellement (l'un et l'autre).	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4

		Non, jamais	Oui, mais rarement	Oui, souvent	Oui, presque toujours	
28.	Tes parents ne sont pas généreux envers toi ou encore ils te donnent les choses à contrecœur.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
29.	Tes parents sont des gens anxieux; tu n'as donc pas le droit de faire autant de choses que les autres.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
30.	Lorsque tu fais quelque chose de stupide, tu peux te rattraper aux yeux de tes parents.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
31.	Tes parents te surveillent de très près.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
32.	Tes parents pensent qu'ils doivent tout décider à ta place.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
33.	Tes parents te font des compliments.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
34.	Si quelque chose se produit à la maison, c'est toi qu'on blâme.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
35.	Tes parents t'avertissent de tous les dangers possibles.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
36.	Tes parents t'aident lorsque tu dois faire quelque chose de difficile.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
37.	Tes parents sont inquiets lorsqu'ils ne savent pas ce que tu es en train de faire.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
38.	Tes parents gardent un contrôle sur toi.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
39.	Tes parents te battent sans raison.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4
40.	Tes parents veulent te protéger de tous les dangers possibles.	Mère	1	2	3	4
		Père	1	2	3	4

Annexe XIX

*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. S'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-se. | 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 XX

*Inventaire des peurs de l'enfant***DIRECTIVES**

Lis chaque question attentivement. Encerle ensuite le chiffre 1 si la chose ou la situation ne te fait pas du tout peur, le chiffre 2 si ça te fait un peu peur et le chiffre 3 si ça te fait beaucoup peur. S'il y a des mots que tu ne comprends pas, n'hésite pas à demander des explications.

	Ça ne me fait pas du tout peur.	Ça me fait un peu peur.	Ça me fait beaucoup peur.
1. Faire une présentation orale	1	2	3
2. Être passager-ère en auto	1	2	3
3. Être puni-e par ma mère	1	2	3
4. Les lézards	1	2	3
5. Avoir l'air fou	1	2	3
6. Les fantômes ou les choses hantées	1	2	3
7. Les objets pointus	1	2	3
8. Devoir aller à l'hôpital	1	2	3
9. La mort ou une personne morte	1	2	3
10. Se perdre dans un endroit inconnu	1	2	3
11. Les serpents	1	2	3
12. Parler au téléphone	1	2	3
13. Les montagnes russes ou les manèges	1	2	3
14. Être malade à l'école	1	2	3
15. Être envoyé-e chez le directeur-la directrice d'école	1	2	3
16. Voyager en train	1	2	3
17. Rester à la maison avec une gardienne	1	2	3
18. Les ours ou les loups	1	2	3
19. Rencontrer quelqu'un pour la première fois	1	2	3
20. Les attaques à la bombe – une invasion	1	2	3
21. Recevoir une piqûre par le médecin	1	2	3

22. Aller chez le dentiste	1	2	3
23. Les endroits en hauteur	1	2	3
24. Me faire taquiner	1	2	3
25. Les araignées	1	2	3
26. Un voleur qui entre dans ma maison	1	2	3
27. Voyager en avion	1	2	3
28. Me faire poser une question par le professeur devant la classe	1	2	3
29. Avoir des mauvaises notes à l'école	1	2	3
30. Les chauves-souris ou les oiseaux	1	2	3
31. Être critiqué-e par mes parents	1	2	3
32. Les armes à feu	1	2	3
33. Être pris-e dans une bagarre	1	2	3
34. Le feu – être brûlé-e	1	2	3
35. Me faire une coupure ou me blesser	1	2	3
36. Être dans une grande foule	1	2	3
37. Les orages	1	2	3
38. Être obligé-e de manger des aliments que je n'aime pas	1	2	3
39. Les chats	1	2	3
40. Échouer un examen	1	2	3
41. Me faire frapper par une voiture	1	2	3
42. Être obligé-e d'aller à l'école	1	2	3
43. Jouer à des jeux rudes	1	2	3
44. Entendre mes parents se chicaner	1	2	3
45. Les pièces sombres ou les garde-robes	1	2	3
46. Jouer dans un spectacle	1	2	3
47. Les fourmis ou les scarabées	1	2	3
48. Être critiqué-e par les autres	1	2	3
49. Les personnes qui ont l'air bizarres	1	2	3
50. La vue du sang	1	2	3
51. Aller chez le médecin	1	2	3
52. Les chiens inconnus ou qui ont l'air méchants	1	2	3

53. Les cimetières	1	2	3
54. Recevoir un bulletin	1	2	3
55. Me faire couper les cheveux	1	2	3
56. L'eau profonde ou la mer	1	2	3
57. Les cauchemars	1	2	3
58. Tomber d'un endroit élevé	1	2	3
59. Me faire électrocuter	1	2	3
60. Aller me coucher dans la noirceur	1	2	3
61. Être malade en voiture	1	2	3
62. Être seul-e	1	2	3
63. Être obligé-e de porter des vêtements différents de ceux des autres	1	2	3
64. Être puni-e par mon père	1	2	3
65. Être en retenue après l'école	1	2	3
66. Faire des erreurs	1	2	3
67. Les films de suspense	1	2	3
68. Les fortes sirènes	1	2	3
69. Faire quelque chose de nouveau	1	2	3
70. Les microbes ou attraper une maladie grave	1	2	3
71. Les endroits fermés	1	2	3
72. Les tremblements de terre	1	2	3
73. Les ascenceurs	1	2	3
74. Les endroits où il fait noir	1	2	3
75. Ne plus être capable de respirer	1	2	3
76. Me faire piquer par une abeille	1	2	3
77. Les vers de terre ou les escargots	1	2	3
78. Les rats ou les souris	1	2	3
79. Passer un examen	1	2	3

Annexe XXIII

*Inventaire de dépression pour enfants***DIRECTIVES**

Parfois, les enfants ont certaines idées, vivent certains sentiments. Dans ce questionnaire, les idées et les sentiments sont classés en groupes. À l'intérieur de chaque groupe, choisis une phrase qui te décrit **le mieux** depuis les deux dernières semaines. Après avoir choisi une phrase dans le premier groupe, tu en choisis une dans le second et ainsi de suite jusqu'à la fin.

Il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse. Choisis simplement la phrase qui décrit le mieux ce que tu ressens depuis quelques temps. Coche comme ceci à côté de ta réponse. Coche dans la case devant la phrase que tu choisis.

Voici un exemple. Essaie-le. Fais un crochet devant la phrase qui te décrit le mieux.

- Je lis des livres tout le temps.
- Je lis des livres de temps en temps.
- Je ne lis jamais de livre.

Rappelle-toi de choisir les phrases qui te décrivent le mieux au cours des DEUX DERNIÈRES SEMAINES.

- Je suis triste de temps en temps.
- Je suis triste souvent.
- Je suis triste tout le temps.

- De temps en temps, je pense aux choses désagréables qui pourraient m'arriver.
- J'ai peur qu'il m'arrive des choses désagréables.
- Je suis sûr qu'il va m'arriver des choses désagréables.

- Y a jamais rien qui va bien aller pour moi.
- Je suis pas sûr que ça va bien aller pour moi.
- Ça va bien aller pour moi.

- Je me déteste.
- Je ne m'aime pas.
- Je m'aime bien.

D'habitude, je fais bien les choses.

Il y a beaucoup de choses que je fais mal.

Je fais tout mal.

Tout ce qui est mauvais est de ma faute.

Beaucoup de choses mauvaises sont de ma faute.

D'habitude, ce qui est mauvais n'est pas de ma faute.

Beaucoup de choses m'amuse.

Certaines choses m'amuse.

Rien ne m'amuse.

Je ne pense pas à me tuer.

Je pense à me tuer mais je ne le ferais pas.

Je veux me tuer.

Je suis méchant tout le temps.

Je suis méchant souvent.

Je suis méchant de temps en temps.

Tous les jours, j'ai envie de pleurer.

Souvent, j'ai envie de pleurer.

De temps en temps, j'ai envie de pleurer.

Je ne m'inquiète pas au sujet de mes bobos.

Je m'inquiète souvent au sujet de mes bobos.

Je m'inquiète tout le temps au sujet de mes bobos.

Il y a des choses qui me dérangent tout le temps.

Il y a des choses qui me dérangent souvent.

Il y a des choses qui me dérangent de temps en temps.

Je ne me sens pas seul.

Je me sens souvent seul.

Je me sens tout le temps seul.

J'aime être avec les gens.

Souvent, je n'aime pas être avec les gens.

Je n'ai jamais envie d'être avec les gens.

Je ne m'amuse jamais à l'école.

Je m'amuse à l'école seulement une fois de temps en temps.

Je m'amuse souvent à l'école.

Je suis incapable de me décider.

J'ai de la difficulté à me

C'est facile pour moi de me décider.

J'ai beaucoup d'amis.

J'ai quelques amis mais j'aimerais en avoir plus.

Je n'ai pas d'ami.

J'ai une belle apparence physique.

Mon apparence physique a quelques défauts.

Je suis laid.

Mon travail scolaire est assez bon.

Mon travail scolaire n'est pas aussi bon qu'avant.

Je suis très faible dans des matières où j'étais bon avant.

Je dois toujours me forcer pour faire mon travail scolaire.

Je dois souvent me forcer pour faire mon travail scolaire.

Je n'ai pas à me forcer pour faire mon travail scolaire.

Je ne peux jamais être aussi bon que les autres enfants.

Je peux être aussi bon que les autres enfants, si je le veux.

Je suis aussi bon que les autres enfants.

Chaque nuit, j'ai de la difficulté à dormir.

Souvent, j'ai de la difficulté à dormir.

Je dors assez bien.

Personne ne m'aime vraiment.

Je ne suis pas sûr que quelqu'un m'aime.

Je suis sûr que quelqu'un m'aime.

Je suis fatigué de temps en temps.

Je suis souvent fatigué.

Je suis toujours fatigué.

Je fais habituellement ce qu'on me dit de faire.

La plupart du temps, je ne fais pas ce qu'on me dit de faire.

Je ne fais jamais ce qu'on me dit de faire.

Je n'ai presque jamais envie de manger.

Je n'ai pas souvent envie de manger.

Je mange assez bien.

Je m'entends bien avec les autres.

Je me dispute souvent avec les autres.

Je me dispute tout le temps avec les autres.

Merci beaucoup d'avoir pris le temps
de répondre !

Annexe XXIV

Évaluation des effets de Détective Cognitivo

Objectifs et construits	Instruments de mesure (source d'évaluation)	Variables dérivées (nombre d'items)	Temps de mesure ¹	Nature des mesures	Caractéristiques psychométriques	Cibles de l'évaluation
Augmenter la compétence de l'enfant à réagir adéquatement lors d'une situation anxiogène	Journal de bord (mesure auto-rapportée) et grille d'observation (parent lors des séances d'exposition graduée)	Identification d'au moins une sensation physiologique de l'anxiété	T6 à T14	0= n'en n'a pas identifié; 1= a en identifié au moins une	N/A	Enfant
		Utilisation d'une technique de détente (respiration ou relaxation)	T7 à T14	0= n'en n'a pas utilisé; 1= en a utilisé au moins une		
		Identification de la pensée automatique	T8 à T14	0= non; 1= oui		
		Utilisation du raisonnement du détective	T9 à T14	0= non; 1= oui		
		Identification de la pensée réaliste	T9 à T14	0= non; 1= oui		
	Séances d'exposition deux fois par semaine	T10 à T14	0= aucune fois; 1= une fois; 2= deux fois			
	Questionnaire qualitatif maison (mesure auto-rapportée)	Techniques utilisées par l'enfant lorsqu'il vit une situation anxiogène	T1 et T13	N/A	N/A	Enfant

Augmenter la compétence du parent à aider son enfant lors d'une situation anxiogène	Questionnaire maison : Mon enfant et moi (mesure auto-rapportée)	Encouragement de l'enfant à affronter une situation anxiogène (1); utilisation du renforcement positif (1); utilisation de l'ignorance intentionnelle (1); adoption de comportements alimentant l'anxiété de l'enfant (1); utilisation du renforcement négatif (1)	T1 à T14	0= jamais; 1= une à deux fois; 2= trois à quatre fois; 3= cinq à six fois 4= sept fois et plus	N/A	Parent
	EMBU (Perris et al., 1980) (mesure auto-rapportée et enfant)	Contrôle/surprotection (10); Chaleur émotionnelle (10); Rejet (10); Comportements anxieux (10).	T1, T13 (parent) et T14 (enfant)	1= non, jamais; 2= oui, mais rarement; 3= oui, souvent; 4= oui, presque toujours	N/A	Parent
	Questionnaire qualitatif maison (mesure auto-rapportée)	Impact du programme sur la vie courante; perception d'être outillé pour mieux aider son enfant.	T14	N/A	N/A	Parent
Diminuer le niveau d'anxiété global de l'enfant	Journal de bord (mesure auto-rapportée)	Niveau d'anxiété expérimenté lors d'une situation anxiogène	T1 à T14	échelle de 1 à 10 1= pas du tout anxieux 3= un peu anxieux 5= moyennement anxieux 7= assez anxieux 10= très anxieux	N/A	Enfant

	Échelle d'anxiété manifeste pour enfants (Turgeon, 1998 in Turgeon & Chartrand, 2003) (mesure auto-rapportée)	Inquiétudes/hypersensibilité (12); manifestations physiologiques(8); difficultés de concentration (8); approbation des comportements désirables (6); déni des comportements indésirables (3).	T0 et T13	0= non; 1= oui	Validation québécoise par Turgeon et Chartrand (2003). Alpha de Cronbach : 87 <i>r</i> -test-retest : 67	Enfant
	Inventaire des peurs de l'enfant (Turgeon, 1998 in Turgeon, Chartrand & Brousseau, 2005) (mesure auto-rapportée)	Peur de l'échec et de la critique (18); peur de l'inconnu (19); peur des blessures et des petits animaux (22); peur du danger et de la mort (13); peurs médicales (7).	T1 et T14	1= ça ne me fait pas du tout peur; 2= ça me fait un peu peur; 3= ça me fait beaucoup peur.	Validation québécoise par Turgeon, Chartrand et Brousseau (2005). Alpha de Cronbach : 96 <i>r</i> -test-retest : 65	Enfant
	Questionnaire qualitatif maison (mesure auto-rapportée et parent)	Impact du programme sur la vie courante; niveau d'anxiété de l'enfant	T14	N/A	N/A	Enfant
Diminuer les symptômes dépressifs des enfants	Inventaire de dépression pour enfants (Saint-Laurent, 1990)	Humeur dépressive (6); Problèmes interpersonnels (4); Inefficacité (4); Perte de plaisir (8); Faible estime de soi (5)	T0 et T13	0= neutre 1= intensité moyenne 2= forte intensité	Alpha de Cronbach : 92; <i>r</i> -test-retest : 70	Enfant

Note : ¹ Recrutement : T0; Pré-test : T1-T3; Implantation de l'intervention : T4-T11; Post-test : T12-T14