

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR
CÉLINE BEAUMONT

EFFETS D'UNE ACTIVITÉ PRÉVENTIVE DE DESSIN PÉRIODIQUE SUR LES
ENFANTS VIVANT DES SYMPTÔMES D'ANXIÉTÉ AU NIVEAU PRIMAIRE

AOÛT 1998

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

La présente étude se propose de vérifier l'effet que peut avoir une activité de dessin périodique sur les enfants aux prises avec des symptômes d'anxiété et des sentiments de solitude. L'intérêt de cette recherche est notamment justifiée par les lourdes répercussions qu'engendrent les problèmes internalisés, particulièrement l'anxiété, sur le plan personnel, familial, scolaire et social. Une telle situation aurait dû donner lieu à des recherches mettant l'accent sur des moyens préventifs afin d'intervenir adéquatement. Or, la plupart des études se sont concentrées sur les troubles anxieux qui représentent en quelque sorte une anxiété devenue pathologique. À ce titre, l'expérimentation clinique de la technique de dessin périodique, développée par John Allan, et utilisée avec succès en contexte scolaire, auprès d'enfants éprouvant diverses difficultés émotionnelles, apparaissait tout à fait appropriée pour la prévention des symptômes d'anxiété. Le médium du dessin, en plus d'être très près du monde des enfants, est susceptible de faciliter l'expression de l'anxiété. Pour concrétiser ce projet, un échantillon de référence ($N=230$) regroupant des élèves de 3e et de 4e année a permis de former l'échantillon de recherche ($N=30$), composé de 15 élèves dans le groupe expérimental et de 15 autres élèves dans le groupe contrôle. L'âge de ces élèves varie entre huit et onze ans. La sélection de l'échantillon de recherche s'est basée sur les scores les plus élevés au prétest d'anxiété utilisant l'*Échelle révisée d'anxiété manifeste de l'enfant* (RCMAS : Reynolds & Richmond, 1985). Les sentiments de solitude étaient également mesurés à l'aide du *Questionnaire de solitude pour enfants* (CLQ : Asher & Wheeler, 1985). Les 15 élèves du groupe expérimental ont été rencontrés individuellement, sur une période de 10 semaines, pendant environ une vingtaine de minutes, à raison d'une fois par semaine, et ce, en présence d'une intervenante. À la suite de ces rencontres, les mêmes questionnaires relatifs à l'anxiété et à la solitude ont été administrés aux élèves du groupe expérimental et du groupe contrôle. L'appariement des

15 élèves du groupe expérimental avec 15 élèves du groupe contrôle a permis d'évaluer l'impact de l'intervention au moyen de la technique de dessin périodique. Les résultats statistiques indiquent une diminution pour les deux groupes, à la fois des scores d'anxiété et de solitude. Ce qui ne nous permet pas de confirmer notre hypothèse attribuant cette diminution à notre intervention. Toutefois, certaines observations cliniques nous laissent croire en l'efficacité de cette technique sur certains enfants. D'ailleurs, les propos de leurs parents, lors de la dernière rencontre, confirment qu'ils ont également observé des améliorations chez leur enfant. Ces conclusions nous amènent à nous questionner sur les facteurs favorisant ou non l'application de cette technique d'intervention.

Table des matières

SOMMAIRE.....	ii
LISTE DES TABLEAUX	vii
REMERCIEMENTS	viii
INTRODUCTION.....	1
CONTEXTE THÉORIQUE	5
Aperçu historique.....	7
Étymologie et définitions	10
Épidémiologie des troubles anxieux.....	11
Phobie scolaire	14
Anxiété normale versus anxiété pathologique.....	16
Anxiété et peur.....	17
Manifestations de l'anxiété	20
Composante somatique.....	20
Composante psychique.....	22
Composante relationnelle	23
Composante comportementale.....	25
Composante cognitive.....	28
Manifestation de l'anxiété en milieu scolaire	28
Antécédents des manifestations d'anxiété	32
Milieu familial	32
Milieu scolaire.....	37

Anxiété et adaptation	39
Conséquences de l'anxiété en milieu scolaire.....	39
Problèmes associés à l'anxiété	45
Le stress	45
Les problèmes externalisés et internalisés	46
L'estime de soi.....	48
La solitude.....	50
Pronostics de l'anxiété.....	55
Prévention des problèmes d'anxiété.....	55
Intervention et arts.....	62
L'enfant et l'art.....	65
Langage : mots, images, symboles	65
Aspect relationnel et thérapeutique.....	69
Technique du dessin périodique.....	71
Hypothèses de recherche.....	76
MÉTHODE	79
Participants.....	80
Matériel	81
Instruments de mesure	81
Dossier clinique de l'enfant	83
Déroulement.....	84
Intervenantes	84
Évaluations et interventions auprès des enfants	85
Évaluations	85
Interventions.....	86
Post-test.....	92

RÉSULTATS	94
Analyse des données.....	95
Présentation des résultats.....	97
DISCUSSION	103
Perspective statistique.....	104
Perspective clinique	107
CONCLUSION.....	116
RÉFÉRENCES	119
APPENDICES	133
Appendice A: Manifestations de l'anxiété en fonction de 5 composantes. ...	134
Appendice B: Antécédents des manifestations d'anxiété.....	138
Appendice C: Informations ou hypothèses supplémentaires	140
Appendice D: Feuille de route.....	142
Appendice E: Suivi hebdomadaire	144
Appendice F: Évaluation de l'intervention.....	146
Appendice G: Événements particuliers.....	148
Appendice H: Lettres de consentement	150
Appendice I: Données brutes des variables dépendantes au prétest et au post-test en fonction du groupe de recherche	154
Appendice J: Dessin de Josianne lors de la 1ère rencontre	156
Appendice K: Dessin de Josianne lors de la 4e rencontre	158
Appendice L: Dessin de Josianne lors de la 8e rencontre.....	160
Appendice M: Dessin de Josianne lors de la 9e rencontre	162
Appendice N: Dessin de Kevin lors de la 2e rencontre	164
Appendice O: Dessin de Kevin lors de la 7e rencontre.....	166
Appendice P: Dessin de Kevin lors de la 10e rencontre	168

Liste des tableaux

Tableau

1.	Analyse descriptive de l'âge, des scores d'anxiété et de solitude en fonction du prétest et du post-test du groupe référence et du groupe de recherche.....	98
2.	Analyse de variance des scores d'anxiété totale, des sous-échelles d'anxiété et de solitude du groupe de recherche.....	100

Remerciements

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance aux personnes qui ont collaboré de près ou de loin à l'élaboration de ce projet de recherche. Des remerciements s'adressent tout particulièrement à monsieur Carl Lacharité qui a dirigé cette recherche, avec beaucoup de disponibilité et de soutien. De plus, la participation de Julie Champagne, Jessica Ménard, Caroline Vallée et d'Anne-Marie Vézina, à titre d'intervenantes dans le groupe expérimental, et particulièrement leur professionnalisme, leur fidélité et leur grand intérêt dans cette recherche ont été grandement appréciés. Les élèves de 3e et de 4e année de l'école de La Chanterelle, à Val-Bélair, spécialement ceux qui ont fait partie du processus d'intervention en individuel ainsi que les enseignantes et leur directeur, monsieur Michel Trudel, reçoivent toute notre gratitude pour leur grande contribution, leur générosité et leur disponibilité. De plus, soulignons l'important engagement des élèves de 3e et de 4e année de l'école Jules-Émond, également à Val-Bélair, du personnel enseignant et de leur directeur, monsieur Yves Turgeon, sans lesquels cette étude n'aurait pu voir le jour. Finalement, un merci spécial à Jacques Bertrand pour son aide sur le plan informatique, à Hélène Fortier pour sa collaboration à la traduction des citations et à Elise Lebordais pour la présentation matérielle de ce mémoire.

Introduction

L'anxiété est souvent le meilleur indicateur de problèmes reliés à la santé mentale; on estime qu'elle constitue un des premiers symptômes que les psychiatres tentent de soulager avec un traitement pharmacologique (Reynolds & Richmond, 1985). L'intérêt toujours grandissant des chercheurs face à cette problématique a permis d'en connaître davantage sur les antécédents et les multiples conséquences autant sur le plan personnel, familial, scolaire et social.

Cependant, bon nombre de recherches se sont surtout penchées sur l'étude et le traitement des troubles anxieux; lesquels affectent considérablement l'adaptation de l'individu et sont synonymes d'une anxiété devenue pathologique (Audet, 1997). Les études et les interventions de nature préventive concernant les symptômes d'anxiété n'ont guère eu la faveur des chercheurs. Pourtant, le système d'éducation investit annuellement des montants considérables dans le domaine de la recherche avec l'espoir de comprendre et de contrer notamment une quantité inquiétante d'absences répétées en classe, d'abandons de cours et d'échecs scolaires. L'anxiété constituerait un agent perturbateur face à la réussite scolaire, en raison de ses effets négatifs sur l'apprentissage et le rendement scolaire ainsi que sur le développement de la personne (Gingras, 1989). Selon Paré (1981), les effets de l'anxiété sur le rendement scolaire seraient plus susceptibles d'être observés dès les premières années scolaires et, à ce titre, l'auteur encourage l'étude des incidences des premières années de scolarisation sur le développement de l'anxiété, afin d'en prévenir les effets nocifs et de favoriser chez les élèves un fonctionnement et un rendement scolaire optimum. La recherche sur la prévention des symptômes d'anxiété chez les enfants s'avère donc essentielle si l'on désire en contrer les répercussions néfastes et, ainsi, en diminuer les coûts sociaux et personnels. Un des effets risquant de compromettre notamment le fonctionnement et l'adaptation de l'élève à l'école est sans contredit celui reliés aux phobies scolaires. Pour cette raison, une attention particulière a été accordée à cette problématique.

Les jeunes enfants de niveau primaire représentent une population qui pourrait particulièrement bénéficier d'une intervention précoce compte tenu de leur jeune âge (Mouren-Siméoni, Vera, & Vila, 1993). Les thérapies par l'art sont des méthodes d'interventions privilégiées auprès des enfants, particulièrement le dessin qui, selon Coudert, Lachal et Jalenques (1992), est considéré comme un médium facilitant l'expression libre de l'anxiété de l'enfant et de ses inhibitions. L'enfant y trouve une forme de langage plus efficace que la parole (Widlöcher, 1971), servant de pont entre l'inconscient et la conscience (Higgins, 1991), pour exprimer des angoisses et des conflits intérieurs (Ferraris, 1980; Loranger, 1972).

Jusqu'à maintenant, les symptômes d'anxiété chez les enfants du niveau primaire n'ont jamais fait l'objet d'étude empirique avec l'utilisation du dessin comme intervention préventive. La technique du dessin périodique, développée par John Allan (1992), a été particulièrement utilisée auprès d'enfants de niveau élémentaire et des résultats positifs sont associés à plusieurs problématiques. Son auteur a démontré cliniquement que l'exécution de dessins faits de façon périodique et en présence d'une personne de confiance pouvait aider des enfants perturbés émotionnellement à résoudre leurs conflits intérieurs. La présente recherche tentera d'évaluer l'efficacité d'une telle intervention en examinant son impact sur le degré d'anxiété et de solitude ressentis par des enfants de niveau primaire. L'impact de l'intervention sur le degré de solitude est examiné en raison des liens étroits qui semblent exister entre phénomènes d'anxiété et de solitude (LeMare, Lollis, & Rubin, 1990; Salomon, 1995).

Afin de mieux saisir toute la portée du concept de l'anxiété, la première partie de la recherche expose un contexte théorique qui, en premier lieu, brosse un bref historique

relatif à son évolution ainsi qu'un aperçu des définitions et des données épidémiologiques de l'anxiété. Les distinctions caractérisant l'anxiété normale de l'anxiété pathologique sont précisées de même que les relations et les différences entre l'anxiété et la peur. Ensuite, sont décrites les diverses manifestations de l'anxiété sur le plan somatique, psychique, relationnel, comportemental et cognitif; illustrant en dernier lieu les manifestations particulièrement observables en milieu scolaire. Les antécédents reliés aux manifestations de l'anxiété dans les milieux familial et scolaire sont par la suite étudiés de façon globale, tout comme les conséquences observées, d'une part, dans le secteur scolaire et, d'autre part, se caractérisant par divers problèmes associés à l'anxiété : le stress, les problèmes internalisés et externalisés, la mésestime de soi et la solitude. Les pronostics relatifs à l'anxiété permettent ensuite de mettre l'accent sur l'importance des interventions préventives, particulièrement au moyen de l'art. Finalement, la technique du dessin périodique est décrite. La deuxième partie vise à donner des informations relatives à la méthode reliée à cette recherche, c.-à-d. les caractéristiques de la population étudiée, le déroulement de l'expérimentation ainsi que les instruments de mesure. L'analyse statistique des données des questionnaires constitue d'ailleurs la dernière partie de la présente recherche accompagnée d'une discussion des résultats obtenus. Enfin, la conclusion a pour objectif d'ajouter un apport critique à cette recherche et d'ouvrir la voie à des questionnements pouvant aboutir à de futurs intérêts de recherches.

Contexte théorique

« Dans le cadre de cette clinique de l'angoisse et de l'anxiété chez l'enfant, se définissent peu à peu de meilleurs facteurs de connaissances du développement (...) normal ou du développement pathologique. Peuvent être alors, on l'espère, prévenues ces souffrances intimes continues, parfois silencieuses, dont le poids même du silence écrase toute une vie. » (Coudert, Lachal, & Jalenques, 1992, p. 6)

« Cet intérêt pour la créativité reflète le besoin qu'a l'homme de créer un ordre à travers le chaos ainsi que le besoin qu'il a de contrôler sa propre anxiété, en cette époque d'anxiété. » (traduction libre) (Grossman, 1981, p. 191)

« L'art est le seul moyen de livrer la partie réelle et incommunicable de nous-même, d'exprimer l'ineffable qui est notre moi individuel. » (Debienne, 1973, p. 105. Tiré de Proust, 1930)

« Le langage des images couvre une zone de la vie intérieure différente de celle des idées dont se nourrissent les mots (...) Il occupe dans notre psychologie un rôle qu'il est seul à pouvoir tenir car il traduit ce qu'elle ne saurait atteindre sans lui; de plus, il la libère de tensions qui cherchent en vain une autre issue. » (Huyghe, 1955, p.101)

« L'action même de créer peut jouer un rôle dans la prévention et la guérison. » (traduction libre) (Di Leo, 1973, p. 90)

« Moyen de relation avec cet enfant qui livre ainsi son monde intérieur au regard d'autrui, cette optique relationnelle reste, en fait, la seule attitude psychologique valable à qui veut se servir du dessin. » (Debienne, 1973, p. 106)

Aperçu Historique

L'anxiété existe sans doute depuis le début des temps et elle est considérée comme une émotion fondamentalement humaine et universelle qui se retrouve autant dans la littérature contemporaine, la musique, les arts et la religion, qu'en psychiatrie, en psychanalyse et en psychologie (Spielberger, 1972). Toutefois, sa conception a fortement variée selon les époques.

Le concept d'angoisse apparaît d'abord dans la littérature anglaise, vers la fin du XVIII^e siècle et, ensuite, dans la philosophie du XIX^e siècle (Pichot, 1987). Les premières idées liées à l'anxiété nous ramènent particulièrement à Kierkegaard. Dans son ouvrage intitulé *Le Concept de l'Angoisse*, écrit en 1844, Kierkegaard fait déjà mention d'une différence entre l'angoisse et la crainte ou d'autres concepts semblables. Cette différence marque le point de départ de la philosophie existentielle pour qui l'angoisse révèle le « néant » face auquel la personne anxieuse éprouve un mouvement de recul figé, où elle se sent à la fois « repoussée du dehors et expulsée du dedans vers le dehors » (Samuel-Lajeunesse, 1987).

La psychanalyse constitue le deuxième courant de pensée qui a largement contribué à influencer les conceptions de l'angoisse. Dans *Inhibition, symptôme et angoisse* (1971), publié en 1936, Freud sera le premier à décrire trois formes d'angoisse au niveau du Moi : l'angoisse face à un danger réel, (angoisse normale), les angoisses inconscientes émanant de conflits internes entre le Ça et le Moi (angoisse névrotique) et entre le Ça et le Surmoi (angoisse de conscience). Il est d'ailleurs celui qui aura apporté la plus grande contribution à la compréhension du concept de l'anxiété (Spielberger, 1972).

Selon Freud, l'angoisse naît d'un danger, qu'il soit réel ou non, et ce danger évolue en fonction des divers stades de développement. Pour le nourrisson pourvu d'un Moi immature, le danger est associé à l'insatisfaction et à la détresse. Au cours de la petite enfance, c'est l'absence ou l'angoisse de la perte de l'objet. À la phase phallique, le danger lié à la séparation de l'objet génital sera à l'origine de l'angoisse de castration. Et, à la période de latence, le danger plutôt indéterminé donnera lieu à une angoisse de castration morale ou sociale (Pichot, 1987).

Par la suite, ces diverses phases relatives à l'évolution de la genèse de l'angoisse ont été développées par Mélanie Klein, René Spitz (angoisse d'abandon) et John Bowlby. Ce dernier est à l'origine de la théorie de l'attachement qui s'est principalement attardée à l'angoisse de privation associée à la séparation d'avec la mère; angoisse qui serait à l'origine de graves troubles dont la persistance aboutirait à leurs irréversibilités (Mouren-Siméoni et al., 1993)

Depuis le début du siècle, on a également assisté à une tentative de la part de plusieurs auteurs de faire la lumière sur la distinction marquant les diverses expressions des émotions : angoisse versus inquiétude (pouvant être vécue sans angoisse) ou peur (supposant la perception d'un réel danger). Les travaux visant à distinguer angoisse et anxiété se sont avérés peu concluants. Graduellement, la dichotomie angoisse-anxiété s'estompera et les auteurs utiliseront tantôt l'un tantôt l'autre, presque comme des synonymes; mises à part la dénomination de certaines problématiques, telles que l'angoisse de séparation (Coudert et al., 1992).

Après la seconde guerre mondiale, psychologues, psychothérapeutes et thérapeutes sont conscients de l'importance de cette problématique dont les symptômes associés sont de plus en plus rencontrés chez les patients (Reynolds & Richmond, 1985). Durant cette même période, le concept de l'anxiété sera davantage l'objet de recherches scientifiques (conception et manipulation de l'anxiété comme variable de recherche) sous le cadre de référence des théories psychanalytiques (Davidson, Lighthall, Sarason, Waite, & Ruebush, 1960). En clinique, l'importante place accordée à l'anxiété, durant cette même période, est attribuable à l'influence philosophique de la phénoménologie et de l'existentialisme, de la théorie psychanalytique qui atteint son apogée et également à l'influence du concept de stress de Hans Selye qui associe l'accroissement de l'anxiété aux agressions du monde moderne.

Cependant, le début des années 60 marque l'amorce d'un intérêt pour les symptômes plus définissables et quantifiables, reléguant en arrière plan l'intérêt pour l'anxiété psychique. Ce phénomène peut s'expliquer par un certain déclin du modèle psychanalytique où le concept de l'anxiété sera de moins en moins à la base de la nosologie. D'ailleurs, le DSM III fera supplanter le concept de névrose au profit des états anxieux et, par la suite, des troubles anxieux (DSM III-R et DSM-IV). On observe également un souci pour le développement de critères diagnostiques plus discriminants. En outre, l'émergence des thérapies comportementales contribuent à mettre davantage l'accent sur les peurs et les phobies au lieu de l'anxiété psychique (Samuel-Lajeunesse, 1987).

Étymologie et Définitions

L'étymologie des substantifs ou adjectifs (anxiété, angoisse et anxieux) nous ramène à deux composantes : l'une physique signifiant resserrement et l'autre psychologique ayant le sens d'inquiétude, de tourments (Pichot, 1987). Ces deux composantes seront détaillées un peu plus loin.

Sur le plan phénoménologique, l'anxiété peut se définir comme un état émotionnel qui se caractérise par trois principaux éléments : la perception qu'un danger est imminent; une attitude d'attente face à ce danger et un sentiment de désorganisation relié à un état d'impuissance totale devant un tel danger (Pichot, 1987).

D'ailleurs, Freud concevait les réactions anxieuses comme un phénomène expérientiel selon trois critères bien distincts : l'anxiété est désagréable, comporte des symptômes physiologiques concomitants et est ressentie à la fois de façon consciente et inconsciente. L'état émotionnel désagréable associé à une telle expérience est vécu comme un danger. Freud considère que l'anxiété est une réaction névrotique qui donne lieu à de nombreux désordres psychiques tels que les phobies, les obsessions, etc. (Gingras, 1989). Globalement, la pensée psychanalytique décrit l'anxiété comme une réponse consciente à un signal de danger, non seulement externe, mais dont une partie inconsciente demeure inhibée, afin de protéger l'individu d'un danger plus grand qui risque de compromettre sa relation avec le monde extérieur (Davidson et al., 1960).

Cette notion de danger est également en étroite relation avec la théorie de l'attachement, dont le terme a été introduit pour la première fois en 1958 par Bowlby (1978b) et dont les concepts, notamment celui de l'angoisse de séparation, s'inspirent de la

psychanalyse comme cadre de référence. Bowlby affirme que « la psychanalyse reste la plus utilisable et la plus utilisée de toutes les théories modernes de la psychopathologie. » (Bowlby, 1978a, p. 11) Pour cette raison, il souligne que ses idées « ne sont nullement éloignées de ce que Freud lui-même pensait et écrivait. Bien au contraire, (...), un grand nombre de concepts majeurs de mon schéma se retrouvent clairement énoncés par Freud. » (Bowlby, 1978a, p. 11) Bowlby (1960, 1978b) et divers théoriciens de l'attachement s'inspirant de ses travaux (Ainsworth, Blehar, Wall, & Waters, 1978; Cassidy, Kaplan, & Main, 1985) suggèrent le postulat selon lequel l'anxiété est une réponse primaire résultant de la perturbation du lien d'attachement avec la mère. Un bref aperçu de cette théorie sera abordée dans la section relative aux antécédents familiaux.

Il n'existe donc pas vraiment d'accord universel sur la définition de l'anxiété (Reynolds & Richmond, 1985). Cependant, malgré les diverses approches, on s'accorde pour parler de la notion de danger qui est perçu et vécu par l'individu à travers cette anxiété; laquelle, par conséquent, devient indispensable pour sa protection psychique.

Épidémiologie des Troubles Anxieux

Les contes de fées nous indiquent que les enfants éprouvent de la peur, de l'anxiété ou de l'angoisse, depuis fort longtemps et, de l'avis de Mouren-Siméoni et al. (1993), on la banalise trop fréquemment et on la juge à tort comme un symptôme secondaire, différenciant difficilement anxiété normale et pathologique. Son caractère « morbide » est très méconnu et son importance et sa gravité potentielle plus souvent sous-estimées. Selon Coudert et al. (1992), le véritable problème est justement de constater que les sentiments d'angoisse paraissent être inhérents à toute vie humaine, à tel point que leur développement vers un état plus pathologique, dont le caractère urgent n'est pas perçu, risque de

compliquer considérablement les interventions thérapeutiques et pharmacologiques. En somme, l'étude du phénomène anxieux chez l'enfant s'est fait de façon beaucoup plus tardive, probablement en raison d'une certaine réticence à reconnaître à la fois les symptômes anxieux propres à l'enfant et la dangerosité de ceux-ci. L'adulte s'est souvent borné à reconnaître l'anxiété de l'enfant à travers l'importance de ses peurs; ce qui a contribué à une grande méconnaissance de sa souffrance réelle. D'ailleurs, le diagnostic de troubles anxieux semble surprendre les parents qui ne paraissent pas au fait qu'une telle problématique s'applique à l'enfant; la différence entre un symptôme et un trouble n'étant pas toujours si évidente (Coudert et al., 1992).

Werry (1986) définit un symptôme comme une émotion, un comportement ou une réponse physiologique non désirée et non appropriée, pouvant survenir de façon isolée ou faire partie d'un ensemble, d'une classe, telle qu'un trouble ou un trait. Quant au trouble, il a un caractère plus normatif et constitue à la base un concept médical qui englobe un groupe de symptômes dans une catégorie supposant une anormalité et un ensemble commun de caractéristiques symptomatologiques, épidémiologiques, historiques, pronostiques et thérapeutiques.

Les données épidémiologiques sur l'anxiété proprement dite sont à toutes fins utiles inexistantes. Les données relatives aux troubles anxieux révèlent que cette problématique constitue une des pathologies qui a la plus forte incidence auprès des enfants et des adolescents. Certaines études ont également permis d'observer que le nombre d'enfants affectés par ces troubles est proportionnel au nombre d'adultes souffrant des mêmes troubles (Mouren-Siméoni et al., 1993). La prévalence des troubles anxieux durant l'enfance peut s'estimer globalement à 10%, sans oublier que la majorité des enfants

souffrant d'un trouble anxieux ont un diagnostic de troubles associés, tels que les troubles de l'humeur (Coudert, Jalenques, & Lachal, 1991).

Kashani et Orvaschel (1990) ont estimé que les jeunes de moins de 20 ans étaient les plus exposés aux troubles anxieux et que la plus forte prévalence se retrouvait à l'âge de 8 ans, soit 25.7% de l'ensemble des sujets. De plus, l'ensemble des études consultées révèle que la plus forte prévalence regroupe des sujets féminins et que ceux-ci obtiennent davantage de scores plus élevés ou de symptômes reliés à l'anxiété, quels que soient l'âge et la situation (Coudert et al., 1991; Crockett, Gates, Hubbard, & Lineberger, 1988; Demangeon, 1973; Douglas & Rice, 1979; Luz & Ziv, 1973; Mazur, Sandler, & Wolchik, 1992; Mouren-Siméoni et al., 1993; Martin, Meyers, & Phillips, 1972; Reynolds & Richmond, 1978; Satyarthi, 1979).

Les différences au niveau du sexe peuvent être attribuables, selon Martin et al. (1972), à une attitude défensive de la part des sujets masculins. En admettant leur anxiété, ceux-ci subiraient une désapprobation sociale ainsi qu'une remise en question de leur masculinité. Ce qui ne serait pas le cas pour les sujets féminins, dont la féminité ne serait pas remise en cause. La personnalité ou le tempérament de l'enfant constituerait également un facteur susceptible d'influer sur l'apparition de troubles anxieux. Par ailleurs, les enfants timides, inhibés, introvertis, ayant des tendances prédominantes au repli sur soi seraient davantage considérés à risque de développer pendant l'enfance un trouble d'hyperanxiété ou d'évitement (Coudert et al., 1991).

Phobie Scolaire

L'objectif de la présente étude n'est certes pas d'élaborer sur les troubles anxieux. Cependant, compte tenu que l'expérimentation prend place dans un milieu scolaire et que le problème de phobie scolaire est, de par son appellation, associé à ce même milieu, une description sommaire de l'évolution de cette problématique apparaît des plus pertinentes.

Il y a plus de 65 ans, Broadwin (1932) décrivait un « genre particulier d'absentéisme » qui démarquait l'absentéisme scolaire de toute autre forme d'absence. Il observait alors que l'enfant était absent de l'école durant une période pouvant varier de quelques mois à une année. À chaque absence, les parents savaient que l'enfant se trouvait près de la mère ou de la maison. Cependant, ni les parents ni l'école n'étaient en mesure d'expliquer la raison de ces absences. L'enfant pouvait prétendre avoir peur d'aller à l'école, avoir peur de son professeur ou simplement affirmer ne pas trouver de raisons à ces refus scolaires.

Quelques années plus tard, Falstein, Johnson, Svendsen et Szurek (1941) parlaient plutôt de « phobie de l'école ». En 1948, Warren préféra utiliser « refus d'aller à l'école » ; expression que privilégia également Bowlby (1978c). Ce dernier voyait une nécessité de ne plus parler de « phobie de l'école », étant donné que les diverses angoisses surgissent au moment de se rendre à l'école. Dans un même ordre d'idées, Mouren-Siméoni et al. (1993) affirment que l'expression « phobie scolaire » semble inappropriée puisqu'elle met trop l'accent sur un problème reliée à l'école, alors que des mécanismes beaucoup plus complexes et diversifiés sous-tendent cette problématique. Pour cette raison, ces auteurs préfèrent parler de « refus scolaire anxieux ».

Ce serait davantage l'acte de séparation que le fait d'aller à l'école qui serait à l'origine des réactions anxieuses de l'enfant. L'anxiété associée à cette transition majeure pour l'enfant, que constitue l'entrée dans le système scolaire, s'explique sans contredit par la théorie de l'attachement de Bowlby (Osborne, 1984). De façon beaucoup moins évidente, la phobie scolaire représente une manifestation de dépendance (Coudert et al., 1992). D'ailleurs, Berg (1980) soutient que la sévérité de la phobie scolaire varie en fonction du degré de dépendance et de manque d'autonomie de l'enfant. Mouren-Siméoni et al. (1993) soulignent que cette problématique constituerait une complication du trouble angoisse de séparation. Cependant, Weery (1986) précise que l'angoisse de séparation n'est pas synonyme d'une phobie scolaire. Bien que l'accord soit loin d'être établi, Blagg et Yule (1995) considèrent que la phobie scolaire devrait apparaître dans le DSM-IV dans la catégorie des troubles anxieux, au même titre que l'angoisse de séparation. Actuellement, plusieurs auteurs s'entendent pour distinguer le refus anxieux de l'école sans angoisse de séparation et le refus anxieux de l'école dû à l'angoisse de séparation (Mouren-Siméoni et al., 1993).

Dans le premier cas, l'enfant peut bien fonctionner sans la présence de sa mère ou de son environnement familial. Les craintes se manifestent davantage par des phobies simples (p. ex., peur démesurée d'une agression des pairs, panique face à un devoir, peur d'une mauvaise note ou de matières scolaires spécifiques) et/ou par des phobies sociales. À ce moment, l'enfant peut, par exemple, éprouver une peur irrationnelle d'être observé, d'avoir une conduite humiliante en public ou manifester une crainte exagérée de la critique provenant autant des enseignants que des pairs. Dans le cas du refus scolaire dû à l'angoisse de séparation, on observe une intense anxiété lorsque l'enfant se trouve séparé des personnes auxquelles il est principalement attaché, particulièrement sa mère. Ce sont

surtout des enfants de moins de 12 ans qui en sont affectés, et ce, suite à des événements déclencheurs, tels que la maladie, un décès, des changements d'école, des déménagements, etc. (Mouren-Siméoni et al., 1993). Cette classe inclut 2,5 fois plus d'enfants que le refus scolaire sans angoisse de séparation (Francis, Hersen, Kazdin, Last, & Strauss, 1987).

Une étude effectuée en 1992 par l'Hôpital Rivière-des-Prairies et Santé-Québec (1994) auprès de 2,400 enfants répartis en groupe de 400 garçons et 400 filles dans trois catégories d'âge (6 à 8 ans, 9 à 11 ans et 12 à 14 ans), révèlent notamment que la prévalence du trouble angoisse de séparation est rapporté par les jeunes de 6 à 8 ans de façon significativement plus élevée que dans les autres catégories, quel que soit le sexe. Et, le groupe des 9 à 11 ans rapporte une prévalence plus forte de ce trouble comparativement à la catégorie des 12 à 14 ans.

Mouren-Siméoni et al. (1993) spécifie que les phobies scolaires apparaissent entre 5 et 7 ans, coïncidant ainsi avec l'entrée dans le système scolaire. Quant au sexe, les mêmes auteurs accordent tantôt la prédominance aux filles, tantôt aux garçons. L'âge est davantage une variable distinguant les deux sexes. Les filles se retrouveraient plus affectées dans les tranches d'âges inférieures, tandis que la période de l'adolescence toucherait plus les garçons.

Anxiété Normale Versus Anxiété Pathologique

La démarcation entre anxiété normale et pathologique n'est pas très claire et a fait l'objet de nombreuses controverses (Beck & Emery, 1985). Selon Mouren-Siméon et al. (1993), l'anxiété se divise en trois niveaux. D'abord, l'anxiété normale dont l'intensité des troubles demeure tolérable et n'altère aucunement le niveau d'adaptation et le rendement de

l'enfant. L'organisme répond adéquatement à un stress (une tâche, un danger), déployant les mécanismes psycho-biologiques qui mobilisent alors l'attention et les ressources de l'individu afin d'y faire face. Sur le plan fonctionnel, cette anxiété est donc très utile puisque, face à la perception menaçante d'une situation, elle permet de mettre en branle des mécanismes d'adaptation, soit par la fuite ou la résolution de problèmes (Audet, 1997). Le deuxième niveau, qualifié de troubles de l'adaptation, correspond à un léger fléchissement du niveau d'adaptation du sujet, comportant certains symptômes anxieux réactionnels qui disparaîtront graduellement et permettront à l'enfant de revenir à son niveau d'adaptation antérieur. Le troisième niveau englobe les troubles anxieux à caractère pathologique, dont l'organisation et la structure rigide ne requiert plus des facteurs de stress pour les déclencher. Sont inclus dans ces troubles: l'hyperanxiété, les troubles de panique et l'agoraphobie, les phobies simples et sociales, les troubles de l'évitement, les troubles de l'angoisse de séparation, les troubles obsessionnels-compulsifs et le syndrome de stress post-traumatique.

Pour Coudert et al. (1992), le trouble psychopathologique peut se démarquer de la normalité en distinguant les diverses peurs que peuvent ressentir les enfants, de façon fort inégale, jusqu'à l'âge de 10 ans environ. Toutefois, alors que l'objet de danger réel constitue chez l'adulte un critère distinctif fondamental entre la peur et l'angoisse, l'enfant peut difficilement distinguer ce qui est dangereux ou non et même comprendre qu'une interdiction n'est pas nécessairement synonyme de danger.

Anxiété et Peur

Selon Pichot (1987) et Côté (1988), abondante est la littérature nous rappelant que les liens très étroits entre l'angoisse ou l'anxiété et la peur rendaient leur distinction quasi

impossible. On les utilisait presque de façon synonymique; ces termes étant perçus comme l'expression d'un seul et même phénomène. D'après Fisher (1970), c'était particulièrement le cas des psychologues ayant concentrés leurs travaux sur des animaux. Cependant, des théoriciens de l'anxiété s'accordent pour affirmer que les concepts de l'anxiété et de la peur se distinguent, peu importe les conceptions théoriques auxquelles ils adhèrent (Gingras, 1989; Reynolds & Richmond, 1985). Reynolds (1976) souligne que cette distinction est essentielle, afin d'examiner dans quelle mesure ces concepts sont semblables et les raisons voulant qu'on les utilise de façon interchangeable. Freud a été le premier à énoncer les singularités de chacune de ces deux émotions (Gingras, 1989).

D'abord, on constate que l'anxiété et la peur ont des points en commun : la perception du danger constitue une des composantes psychologiques et les symptômes somatiques sont semblables et presque identiques (Humphrey & Humphrey, 1985). « Peur et angoisse sont un même sentiment de menace d'intégrité du moi et que ce sentiment soit déterminé par un événement réel ou qu'il soit la conséquence d'un événement intérieur, il s'accompagne des mêmes manifestations neurovégétatives et des mêmes états de vigilance accrue et de tension émotionnelle, intellectuelle et motrice » (Colonna, 1978, p. 439). La différence majeure entre les deux réside dans l'objectivité de la source de danger elle-même. Alors que la peur est dirigée vers un objet ou une situation objectivement menaçant pour un individu, l'anxiété est sans objet (Côté, 1988; Pichot, 1987; Varma, 1993). En d'autres termes, l'anxiété est une réaction à un danger interne, tandis que la peur est plutôt une réaction à un danger externe (Colonna, 1978). Les dangers reconnaissables par un sentiment de peur peuvent être estimés judicieusement et il est possible de s'en défendre réalistement. Par contre, les états diffus de tension reliés à l'anxiété contribuent à créer l'illusion de dangers extérieurs; le sujet ne disposant alors d'aucun moyen de défense (Erikson, 1976).

Cependant, la peur et l'anxiété sont si près l'une de l'autre, dans l'enfance, qu'elles sont en pratique quasiment identiques, puisque l'enfant est encore incapable de distinguer la différence entre les dangers internes et externes, réels et imaginaires (Erikson, 1976). Cette difficulté, à différencier la nature objective ou subjective de l'objet menaçant, a conduit Spielberg (1977) à ne pas tenir compte de cette distinction et à considérer ces deux émotions comme un phénomène unique; intégrant ainsi la peur dans la mesure de l'anxiété.

De leur côté, Campbell, Friedman et Okifuji (1991) effectuèrent une étude visant à établir la relation entre la peur et l'anxiété chez les enfants. La recherche fut conduite à l'aide de l'*Échelle révisée d'anxiété manifeste de l'enfant* (RCMAS : Reynolds & Richmond, 1985) et *The Fear Survey Schedule for Children-Revised* (FSSC-R : Ollendick, 1983). Les résultats révèlent que certaines peurs particulières, telles que la peur de l'échec et de la critique (facteur 1) et la peur de l'inconnu (facteur 2), constituent de façon significative des prédicteurs de l'anxiété générale des enfants. Le facteur 1 (expliquant 31% de la variance du RCMAS) prend place dans des situations et des événements impliquant des interactions sociales : donner un exposé oral, se faire taquiner, se faire critiquer par les parents ou par d'autres personnes. Au même titre que les adultes, les enfants affirmant avoir peur des situations qui exigent des interactions sociales sont susceptibles d'obtenir un score plus élevé d'anxiété générale. Le facteur 2 (ajoutant 1% de plus à l'explication de la variance du RCMAS) se rapporte davantage à des objets ou événements donnant la frousse à de jeunes enfants : fantômes, orages et cimetières. À mesure que l'enfant se dirige vers l'adolescence, les auteurs croient que la peur de l'inconnu apporte une contribution de plus en plus minime au niveau d'anxiété générale de l'enfant.

Manifestations de l'Anxiété

Cliniquement, le tableau de l'anxiété peut être constitué de deux composantes : physique (somatique) et psychologique, tel que décrit précédemment. D'ailleurs, selon Coudert et al. (1991), la définition d'un état d'anxiété implique inévitablement des symptômes d'ordre physique et les composantes psychique et somatique sont associées à tout état émotionnel. Après avoir constaté que la description des symptômes de l'angoisse ou de l'anxiété et même des troubles anxieux était plutôt rare ou déficiente, les mêmes auteurs proposent finalement cinq composantes relatives à l'expression de l'anxiété : somatique, psychique, relationnelle, comportementale et cognitive.

Composante Somatique

Sur le plan physiologique, l'anxiété peut se manifester notamment par une sensation d'être incapable de se reposer, pouvant être accompagnée de plaintes somatiques telles que des douleurs diverses (céphalées, boule dans la gorge, douleurs abdominales, diarrhées), des troubles neurovégétatifs (tachycardie, tremblements, palpitations, augmentation de la tension artérielle), des troubles digestifs (nausées, vomissements) et des troubles du sommeil. Physiquement, le sujet anxieux a la bouche sèche, le visage pâle et crispé, le corps tendu ainsi que des sueurs fréquentes (Coudert et al., 1991; Mouren-Siméoni et al., 1993; Pichot, 1987). De l'avis de Coudert et al. (1991), ces perturbations d'ordre physiologique touchent les mêmes paramètres chez l'enfant et l'adulte. Il faut notamment être vigilant en ce qui a trait aux céphalées, aux douleurs abdominales et troubles digestifs, dont l'intensité varie soudainement dans un environnement spécifique ou lors d'événements

suscitant des états d'anxiété. Sur le plan médical, ces états sont souvent masqués par d'autres diagnostics.

Certaines manifestations sont particulières à l'enfance; entre autres, l'énurésie et l'encoprésie. Bien qu'ils ne soient pas synonymes d'anxiété, il reste que ces problèmes apparaissent fréquemment dans un contexte anxieux chronique, associé particulièrement à des symptômes d'anxiété de séparation, de phobies et de troubles du sommeil. Ces derniers sont très fréquents chez les sujets anxieux et peuvent se traduire par des problèmes d'endormissement. Démontrant des signes d'anxiété dès la fin de l'après-midi, l'enfant peut faire des efforts pour dissimuler sa peur au moment du coucher. Cependant, il aura tôt fait de se relever pour retrouver ses parents qui, souvent dans de vaines tentatives pour le convaincre d'aller se coucher, ne font qu'augmenter son niveau d'anxiété; pouvant s'accompagner de pleurs, de protestations, jusqu'à des crises d'agitation l'emportant quelquefois dans un sommeil. Bien que le parent puisse faire disparaître cette anxiété en couchant au côté de l'enfant, le sommeil demeure léger et l'anxiété resurgit généralement dès que l'enfant s'aperçoit de l'absence du parent. Les terreurs nocturnes sont, notamment, caractéristiques d'un état anxieux chez l'enfant (Coudert et al., 1991, 1992).

D'autres enfants manifestent leur anxiété à travers des plaintes hypocondriaques, signe d'une anxiété chronique témoignant de craintes relatives à l'intégrité et au fonctionnement de leur corps. Selon Ajuriaguerra (1977), la complaisance de l'entourage peut même contribuer à l'accroissement de ces plaintes. Dans un même ordre d'idées, Kanner (1972) estime que l'entourage semble perpétuer cet état puisque, dans 53% des cas, l'un ou l'autre des parents serait aux prises avec ce problème. Parfois, ces plaintes peuvent aussi être liées à une maladie ou une blessure bénigne ou encore à un mal imaginaire. Face

aux réponses sans effet du médecin ou de l'entourage, l'enfant est susceptible de se sentir dans un état d'incurabilité ou de menace vitale (Coudert et al., 1991, 1992).

Composante Psychique

Selon Coudert et al. (1991), l'expression psychique de l'enfant s'observe, entre autres, à travers ses tentatives de se « contenir » et son repliement contre l'adulte afin de se « faire contenir ». Il peut également tenter de briser le serrement qu'il ressent à l'aide de débordements émotionnels ou comportementaux. En l'absence de crainte ou d'anticipation anxieuse, certains enfants manifestent des comportements de fuite et d'évitement. D'autres ne peuvent tout simplement pas expliquer le malaise relié à leur angoisse. Enfin, certains ont la capacité d'exprimer de façon directe un ensemble de préoccupations vécues dans leur quotidien ou de livrer assez ouvertement leur monde imaginaire où des fantasmes menaçants prennent place. De façon assez particulière, les inquiétudes des enfants portent sur eux-mêmes et sur le monde les entourant; ils craignent une atteinte corporelle par les éléments naturels (p. ex., écrasement, étouffement); ils appréhendent les accidents, le mort et les agressions. Quelquefois, les scénarios peuvent être exprimés de façon très crue sans rapport avec le contexte ou l'activité ayant cours (Coudert et al., 1991).

Selon Ferrasis (1980), l'angoisse s'exprime directement parce que le sujet ne dispose pas suffisamment de défenses pour la contenir. D'autres états psychiques sont associés à des phobies, à des formes hystériques et obsessionnelles, qui constituent des structures défensives fournissant à l'enfant un peu de sécurité, moyennant un grand gaspillage d'énergie et de multiples problèmes dans les relations sociales.

Composante Relationnelle

L'expression relationnelle de l'anxiété s'observe généralement dans le type de contact qui s'établit avec l'enfant et elle est susceptible de se traduire selon trois types de conduite : l'inhibition, les conduites d'évitement et la dépendance anxieuse (Coudert et al., 1992).

Selon Crombez et Guillemintot (1989), toute inhibition se joue dans une relation à l'autre. Celle-ci peut entraver tous les moyens d'expression et de communication de l'enfant, aussitôt qu'il entre en relation avec les autres. Suivant son intensité, elle peut se manifester par une simple gêne/timidité ou empêcher tout contact relationnel, pouvant aller jusqu'à pousser l'enfant à préférer s'enfermer à la maison, dans le cas par exemple de phobie scolaire. Des états de mutisme sont également observables dans des cas plus graves (Coudert et al., 1991, 1992).

L'inhibition est une problématique complexe qui se retrouvent dans une variété de tableaux cliniques, notamment en relation avec les états d'anxiété. Selon Coudert et al. (1992, p. 37) qui reprennent l'idée de Colonna (1978) , « une situation donnée provoque, chez le sujet, la remémoration de situations passées déplaisantes et l'apparition d'angoisse. L'inhibition vient empêcher le déroulement complet de la situation et fonctionne donc comme défense contre l'angoisse. L'inhibition elle-même est cependant perçue comme angoissante par le sujet, et il s'ensuit un cercle vicieux ».

Coudert et al. (1992) distinguent deux types d'inhibition : l'inhibition aiguë et l'inhibition permanente. La première se rapproche de ce qu'on appelle communément le trac et se manifeste notamment lors des épreuves scolaires. Une description en sera donnée dans la section s'intitulant « manifestation en milieu scolaire ».

Quant à l'inhibition permanente, elle apparaît souvent dès la petite enfance et se poursuit tout au cours du développement. L'enfant qui en souffre est souvent perçu comme paresseux et manquant de maturité. Graduellement, il tente de s'éloigner des situations ou objets suscitant de l'anxiété et se confîne dans des limitations qui finissent par ne plus être perçues après un certain temps; laissant croire à l'enfant et à son entourage que celles-ci sont tout à fait normales. Et, ces limitations ont des conséquences à bien des niveaux (Coudert et al., 1992). Gibello (1982) souligne que les efforts pédagogiques et rééducatifs s'avèrent le plus souvent inefficaces et l'échec peut davantage être évité grâce à une approche psychothérapeutique.

L'inhibition affecte le fonctionnement de l'enfant au niveau psychomoteur, social ainsi que sur le plan de l'expression émotionnelle et de la communication. Sur le plan psychomoteur, l'inhibition motrice est perceptible par une restriction de l'activité globale, pouvant conduire à l'abandon de certains gestes ou à l'adoption d'attitudes d'immobilité. Lorsque cette inhibition est moins intense, l'enfant sera jugé sage, même trop sage, mais son immobilité sera relativement acceptable par l'entourage. C'est dans le cas d'une situation anxiogène, où l'enfant est soumis au regard des autres, que l'inhibition risque de s'aggraver et se traduire par des maladresses et des éléments dyspraxiques et dystoniques (Coudert et al., 1992).

Au niveau de la socialisation, on constate que l'enfant anxieux n'est jamais porté à faire « les premiers pas ». Plutôt réservé, il observe les autres sans mot dire. Ce n'est qu'en situation de confiance que cette timidité extrême a des chances de disparaître (Coudert et al., 1992). Au niveau de l'expression émotionnelle, l'enfant anxieux éprouve de sérieuses difficultés à livrer ses émotions et donne l'impression d'avoir une personnalité

froide et peu altruiste. Pour arriver à se libérer de l'inhibition, l'enfant aura souvent recours à de vives émotions telles que des crises de pleurs et des rires nerveux (Coudert et al., 1992).

Au niveau de la communication, l'inhibition s'observe souvent par un langage perturbé et une tonalité basse de la voix. Souvent, l'irrégularité rythmique de la parole lui donne un aspect mécanique, non naturel. De plus, la pauvreté de l'expression gestuelle est conjuguée à une mobilité restreinte des mains et des bras et à une mimique faciale souvent figée qui correspond difficilement à l'émotion vécue ou au contexte relationnel (Coudert et al., 1992).

Outre l'inhibition, les conduites d'évitement sont utilisées par l'enfant pour l'empêcher d'être confronté à une situation ou à un sujet anxiogène. Ces conduites l'amènent le plus souvent à être en opposition avec l'adulte; ce qui peut être fréquemment associé à l'apparition de troubles de comportement et d'attitudes négatives. Enfin, la dépendance anxieuse constitue un autre moyen pour l'enfant de se protéger en contourner des scénarios qui l'angoissent. Il développe alors un attachement démesuré face à l'adulte; lequel peut à la fois s'en satisfaire et en être exaspéré. L'attachement est vécu de façon régressive et avec une insatisfaction permanente de la part de l'enfant. Si cette dépendance anxieuse est généralisée dans la plupart de ses relations, les autres enfants risquent de lui manifester des réactions de rejet et d'agressivité (Coudert et al., 1991).

Composante Comportementale

À côté de l'inhibition, la colère est très fréquemment l'expression comportementale de l'anxiété. D'ailleurs Bowlby (1978c) précise que la langue anglaise regroupe sous la même

racine les mots « anxiety » (angoisse/anxiété) et « anger » (colère). Le lien entre ces deux émotions l'amène à affirmer que les situations de séparations ou de rejets suscitent chez l'enfant des comportements à la fois empreints de sentiments colériques et anxieux. Face à une angoisse de séparation, l'anxiété et la colère face à l'adulte sont vécues en alternance et de façon ambivalente par l'enfant; rendant souvent la situation intolérable pour les deux parties.

Selon Coudert et al. (1991), lorsque l'enfant est aux prises avec une grande anxiété, on assiste à une extrême labilité émotionnelle de sa part, à une grande susceptibilité face à toute remarque ou reproche et à une tendance répétitive à se mettre en colère. La culpabilité a tôt fait de donner suite à ces débordements colériques. Malheureusement, la colère de l'enfant, contrairement à ce qu'il recherche, semble plus souvent faire réagir l'entourage de façon négative; ce qui contribue rarement à le rassurer. Lorsque l'enfant présente des « crises paroxystiques d'angoisse », on peut voir apparaître une « *agitation clastique* (en italique dans le texte) désordonnée ». Devant son incapacité à contenir son angoisse, il sollicite désespérément son entourage, afin que celui-ci joue le rôle de contenant face à une détresse qui le submerge et qui risque vraiment de lui faire perdre le contrôle ou perdre « contenance ». L'absence de contrôle moteur est parfois conjugué à des rires ou des larmes. Encore une fois, suite à ses états de crises, la culpabilité emboîte le pas et son urgent besoin de se déculpabiliser l'incite à se faire rassurer par l'adulte. Sur le plan psychomoteur, il existe toute une série de manifestations qui sont associées de près ou de loin à l'anxiété, en dehors de l'inhibition psychomotrice en relation avec l'inhibition anxieuse. Sans entrer dans les détails, mentionnons que les gestes fébriles, désordonnés et le tremblement en font partie.

En dépit de la classification du DSM III-R qui différencie catégoriquement les troubles anxieux de l'hyperactivité avec déficit de l'attention (le DSM-IV utilise l'appellation : déficit de l'attention/hyperactivité), certains enfants anxieux manifestent une symptomatologie constituant une imbrication de ces deux catégories de troubles. Dans ce cas, des conduites d'instabilité psychomotrice et des problèmes de concentration peuvent être observés dans certaines situations, mais de façon inconstante. L'enfant expose alors un comportement désordonné, préférant jongler d'une activité à une autre et emprunter des conduites d'évitement, plutôt que de s'investir dans une activité spécifique. Le malaise intense de l'enfant s'observe également dans le grand nombre de questions qu'il pose; questionnement souvent sans relation avec le contexte. De plus, il trouve difficilement ses limites, entre en contact trop aisément et n'est pas porté vers de réelles relations avec ses pairs; hormis s'il s'agit d'une relation de dépendance avec un enfant du même âge qui le maternera, lui dira quoi faire, etc. Il affiche plutôt une attitude marginale par rapport au groupe et, dans son malaise relationnel, agresse les autres ou se fait bousculer suivant la situation. De plus, une certaine impulsivité face aux objets est souvent mal contrôlée (Coudert et al., 1992).

Par ailleurs, une étude de Kashani et Orvaschel (1990) a permis de constater que le trouble déficitaire de l'attention est plus fréquent chez les enfants en phase de latence souffrant de troubles anxieux que chez ceux du même âge, sans trouble anxieux. Bien que cette recherche et le tableau décrit plus haut permettent d'établir un lien entre l'hyperactivité, le trouble de l'attention et les états anxieux, il faut garder en tête que le diagnostic d'hyperactivité avec trouble de l'attention sans anxiété est toujours une possibilité.

Composante Cognitive

Sur le plan cognitif, l'enfant anxieux utilise différents mécanismes de pensées qui constituent des moyens de contenir l'angoisse et de la « mentaliser » (p. ex., phobies, obsessions, pensée magique, mécanismes d'isolation). À titre d'exemple, un investissement excessif du monde imaginaire et des fantasmes constitue une façon de focaliser l'intérêt et la pensée de l'enfant; celui-ci est alors perçu comme ayant désinvesti le monde scolaire et les activités de socialisation (Coudert et al., 1991). Par ailleurs, des perturbations au niveau de la mémoire, de l'attention ou de la concentration sont fréquemment causées par l'anxiété (Coudert et al., 1991; Pichot, 1987).

Un résumé des cinq composantes relatives aux manifestations de l'anxiété apparaît à l'Appendice A. Par souci d'une meilleure compréhension, elles sont délimitées de manière très précise; ce qui n'exclut pas le chevauchement de certains symptômes.

Manifestation de l'Anxiété en Milieu Scolaire

L'anxiété des enfants face à l'école est un phénomène auquel sont confrontés les éducateurs, mais particulièrement les enseignants et les conseillers (Humphrey & Humphrey, 1985). L'expérience scolaire apparaît comme centrale et est susceptible de faire vivre à l'enfant des sentiments d'anxiété s'exprimant dans divers contextes et de différentes façons. Plusieurs études telles que celles de Lev et Pintner (1940), Zeligs (1939), Angelino, Dollin et Mech (1956), Goldman, Jersild et Loftus (1941), Brown (1954), et Sakellariou (1939) démontrent clairement que l'école, particulièrement les situations d'évaluations, constituent une source d'anxiété et de peurs pour la majorité des enfants des deux sexes, provenant autant des milieux socio-économiques défavorisés que favorisés.

Comme le souligne Paré (1981), les situations d'évaluations représentent une expérience que tout élève doit vivre au cours de sa scolarité, mais surtout constitue le pivot des études. Que ce soit au niveau primaire ou universitaire, l'évaluation du rendement ou du potentiel scolaire fait naître des émotions, des appréhensions.

Davidson et al., (1960) croient que l'enfant anxieux se sent indûment concerné à propos de sa réussite scolaire, par exemple lorsqu'il est appelé à faire un exposé oral ou à exécuter une tâche au tableau, s'il ne comprend pas ce que l'enseignant est en train de dire ou attend de lui. En fait, les situations d'évaluation ou ressemblant à des évaluations sont vécues de façon désagréable, avec des sentiments plus ou moins vagues d'inquiétudes et de tensions corporelles, une attitude de dénigrement et d'auto-dépréciation envers ses compétences et sa valeur personnelle et une anticipation de l'échec avec une crainte de ne pas rencontrer à la fois les standards de performance exigés ou ses propres standards personnels. De plus, l'enfant anxieux est décrit comme vulnérable en raison de sa plus grande dépendance face au contexte relationnel dans lequel il se trouve. Et, sa facilité à résoudre des problèmes sera largement influencée à la fois par ce qu'on lui présente et par la façon qu'on le lui présente.

Pour Coudert et al. (1991), la sollicitation de l'enfant pour démontrer ce qu'il sait et ce qu'il vaut peut favoriser subitement un accroissement des sentiments d'angoisse et l'apparition de symptômes d'inhibition. Le lien et la distinction entre l'angoisse et l'inhibition peuvent s'illustrer dans les tableaux suivants : l'enfant peut manifester des plaintes somatiques, un besoin d'être rassuré par un parent, des troubles du sommeil juste avant une épreuve de composition écrite, par exemple, tout en étant capable de préparer l'épreuve. D'autres enfants sont aux prises avec une forte anxiété anticipatoire, freinant

toute préparation de l'épreuve. Enfin, chez certains enfants, l'inhibition massive, lors de l'épreuve, risque de bloquer tout effort intellectuel et se solder par un échec.

En ce qui a trait aux manifestations relatives à la phobie scolaire proprement dite, les composantes psychique, somatique, cognitive, comportementale et relationnelle peuvent illustrer ce qui la caractérise, la différencie ou l'associe aux symptômes propres à l'anxiété.

Sur le plan psychique, la phobie scolaire constitue en soi une détresse émotionnelle intense (Mouren-Siméoni et al., 1993) où, de façon typique, l'enfant éprouve une forte anxiété qui, dans la majorité des cas, est reliée à sa difficulté à se séparer de ses parents (Osborne, 1984). Les comportements qu'il adopte afin d'éviter cette séparation provoquent chez lui des sentiments de tristesse, d'angoisse et de culpabilité. Les symptômes somatiques s'apparentent à ceux de l'anxiété décrits précédemment (Mouren-Siméoni et al., 1993; Blagg & Yule, 1995).

Pour Ajuriaguerra (1977), les enfants souffrant de cette phobie refusent d'aller à l'école pour des raisons irrationnelles et, lorsqu'on tente de les forcer, ils résistent et réagissent en manifestant une anxiété excessive ou un état de panique. Sur le plan cognitif, l'enfant peut alors exprimer toute une série de peurs irrationnelles qui culminent juste au départ de la maison ou en se dirigeant vers l'école : peur d'être questionné oralement, peur d'être abandonné, peur d'être agressé, peur du noir (Bowlby, 1978b), peur qu'un événement douloureux survienne au domicile et affecte un proche pendant son absence, etc. (Mouren-Siméoni et al., 1993). Spécifique au contexte scolaire, les peurs suivantes sont susceptibles d'être vécues par l'enfant : peur d'un certain enseignant (p. ex., perçu comme

agressif, moqueur), peur des pairs, peur de rougir, peur de se dévêtir lors des cours d'éducation physique, peur d'être incapable de bien suivre les cours, etc. Il est fréquent d'observer des enfants en vacances qui, en-dehors de la situation stressante, promettent de retourner à l'école et s'y préparent. Malgré promesses et préparations, le même scénario de peurs ou de paniques revient cependant au moment du retour à l'école (Mouren-Siméoni et al., 1993).

Au niveau comportemental, ce monde de peurs l'amène à user de stratégies d'évitement visant à le protéger de la situation anxiogène. Ainsi, l'enfant peut passer sa journée à errer et retourner à la maison, comme s'il était allé à l'école. Il peut parfois emprunter des comportements à risque (se faire mal), afin d'être sûr de ne pas aller à l'école (Mouren-Siméoni et al., 1993). De plus, on observe des réactions sur le plan moteur : par exemple, des crises d'agitation et de violences physiques à l'endroit des adultes dans leurs tentatives de convaincre ou de forcer l'enfant à se rendre à l'école (Mouren-Siméoni et al., 1993; Blagg & Yule, 1995).

La phobie scolaire est très différente de l'école buissonnière, où l'enfant quitte la maison sans difficulté. Elle se distingue également de la fugue où c'est davantage l'aventure qui pousse l'enfant à opter pour un tel comportement. Et, l'opposition au milieu scolaire, dont les signes peuvent aller du repli passif à l'agressivité, est sans ressemblance avec les symptômes de la phobie scolaire. Enfin, dans le cas de fugue ou d'école buissonnière, l'anxiété ou l'angoisse est absente (Mouren-Siméoni et al., 1993).

Par ailleurs, les répercussions de la phobie scolaire ou du refus scolaire anxieux touchent particulièrement les relations sociales de l'enfant. Plus la problématique s'installe,

plus il s'isole de ses pairs et finit par devenir timide face à ceux-ci. Il en résulte un désinvestissement des activités partagées auparavant avec ces mêmes pairs et, du même coup, une diminution de son champ d'expériences (Mouren-Siméoni et al., 1993).

Des complications de cette problématique peuvent même aboutir à divers types de dépressions. De plus, les multiples plaintes somatiques amènent les enfants à subir des examens médicaux complémentaires qui ne font que retarder le diagnostic. Par la suite, un absentéisme croissant est susceptible d'être conjugué à un échec scolaire; témoignant d'un abandon de tout effort intellectuel de l'enfant, même à la maison (Mouren-Siméoni et al., 1993).

Antécédents des Manifestations d'Anxiété

De façon globale, Martin et al. (1972) conceptualisent les antécédents de l'anxiété suivant deux niveaux. D'une part, les antécédents immédiats constituent des facteurs directement reliés aux réactions anxieuses, que ce soit par rapport à une situation particulière ou en relation avec la personnalité de l'individu. D'autre part, les antécédents lointains représentent des facteurs environnementaux ou personnels déclenchant des réactions d'anxiété de façon plus indirecte, en réponse à des conditions de stress et de menace. Ils sont qualifiés de lointain, étant donné qu'ils surviennent au cours des premières années de l'individu et leur influence risque de se prolonger pendant toute sa vie.

Milieu Familial

Sullivan (1948) était, pour sa part, conscient de l'importante influence des facteurs sociaux sur le développement de la personnalité et il considérait que les origines et le développement de l'anxiété étaient de nature interpersonnelle. Dans un même ordre

d'idées, Davidson et al. (1960) insistent sur le fait que les recherches portant sur l'anxiété chez les enfants doivent autant se concentrer sur les parents que sur les enfants, car le concept de l'anxiété ne peut pas vraiment être compris sans porter une attention particulière aux relations qu'entretient l'enfant avec ses parents ou avec d'autres personnes significatives, tels que les enseignants. Les problèmes familiaux entre les parents, entre les parents et les enfants et entre les frères et soeurs représentent, selon Reynolds et Richmond (1985), une source fréquente d'anxiété.

Les relations parent-enfant constituent un facteur important de renforcement des réactions anxieuses de l'enfant. Les parents d'enfants anxieux sont portés à retirer leur marques d'affection et d'approbation dans le but d'amener l'enfant, subtilement ou de façon flagrante, à se conformer à leur conception de ce qui est bien ou mal. Ils répondent ainsi davantage aux besoins de l'enfant en fonction de leurs besoins parentaux et non en fonction des besoins réels et du stade de développement de l'enfant; s'assurant de la sorte que l'enfant éprouvera de durs conflits opposant dépendance et indépendance, passivité et activité (Davidson et al., 1960). La dépendance peut être un facteur déclencheur d'anxiété, en raison d'une peur d'être abandonné et rejeté, entre autres, lorsque le sujet n'ose pas exprimer des sentiments de colère et de révolte qu'il éprouve envers ses proches (Millon, 1977).

La théorie de Bowlby soutient que les liens affectifs entre un enfant et sa mère, ou une autre figure d'attachement, procurent une sécurité qui serait à la base du développement de la compétence sociale, de la qualité de l'adaptation personnelle et d'autres habiletés socio-affectives et cognitives présentes tout au cours du développement (Ainsworth, 1982; Bowlby, 1978a; Sroufe & Waters, 1977). Ainsi, en situation de détresse ou de danger, les comportements d'attachement assurent la survie de l'enfant en lui permettant de rechercher

une proximité et, du même coup, une protection de l'adulte (Bowlby, 1978a, 1978c). Lorsque la relation figure d'attachement-enfant est compromise, l'enfant se sent menacé et risque de réprimer son anxiété, développant un attachement insécuré (Cassidy & Kobak, 1988). D'après les travaux de Bowlby, la source de l'anxiété est reliée à un attachement anxieux n'offrant pas une sécurité de base essentielle à une meilleure assise de la personnalité et à une autonomisation de l'enfant (Mouren-Siméoni et al., 1993). Toute anxiété serait associée à la séparation d'avec la mère ou la figure maternelle. Bowlby a été un des premiers théoriciens à suggérer qu'un enfant, aussi jeune que six mois, pouvait souffrir d'une séparation ou de la perte d'une personne qui en prenait soin, en raison de la capacité de l'enfant à établir des liens d'attachement dès sa naissance (Lombardi, 1994).

Les situations de séparation particulièrement difficiles à vivre pour l'enfant sont notamment associées au divorce, à l'hospitalisation, au deuil et à l'entrée dans le système scolaire. Les situations de divorce affecteraient les enfants qui démontrent un niveau beaucoup plus élevé d'anxiété que les enfants vivant auprès de parents non divorcés (Engleson, Spigelman, & Spigelman, 1991). Selon Felner (1984), la séparation ou le divorce affecte moins l'enfant que le conflit intraparental ou parent-enfant le précédant ou le suivant. Ainsi, le degré de cohésion ou de conflit familial influencerait davantage l'enfant que l'événement lui-même. Dans un contexte d'hospitalisation relative à une maladie ou à une chirurgie, on assiste également à une augmentation du niveau d'anxiété et de peurs chez l'enfant en raison de la séparation d'avec les parents (Florez-Lorenzo & Valdes-Sanchez, 1991). Cependant, la présence quotidienne des parents ou des membres de la famille contribue à diminuer considérablement le niveau d'anxiété (Robertson & Robertson, 1971). Et, dans ce même contexte d'hospitalisation, l'anxiété propre aux parents peut être à l'origine de l'émergence de celle de l'enfant (Felner, 1984).

Cette séparation peut être définitive dans le cas du deuil d'un des deux parents; deuil qui donne lieu sans contredit à des symptômes anxieux, particulièrement à l'angoisse de séparation où l'enfant ressent un besoin ardent de retrouver l'objet perdu (Bowlby, 1961). De plus, l'enfant ayant subi une perte de premier ordre risque de vivre dans la crainte de perdre l'autre parent et d'être sensible à toute séparation relative à une personne s'occupant de lui ou à tout événement ou remarque susceptible d'être perçu comme une éventuelle perte. Cette sensibilité se traduira par un comportement « collant » auprès de l'adulte, même dans des situations sans risque. Et, contrairement à l'adulte, l'enfant n'a pas les ressources pour s'assurer qu'il pourra survivre à cette perte. Parfois, le parent survivant est angoissé à l'idée de ce qu'il arriverait si lui-même était malade ou mourait. L'expression directe ou indirecte de cette angoisse peut générer des phobies scolaires chez l'enfant (Bowlby, 1984). Et, s'il y a complications, les phobies peuvent dégénérer en attaques de panique, spécialement en agoraphobie (Bowlby, 1978a). Par conséquent, les difficultés de l'enfant résultant du deuil d'un parent serait directement reliée au comportement du parent survivant (Bowlby, 1984).

La séparation d'avec la mère, lorsque l'enfant fait son entrée à l'école, constitue une des sources d'anxiété la plus souvent mise en cause dans les cas de perturbations émotionnelles (Gittelman, 1986) et de phobies scolaires (Mouren-Siméoni et al., 1993). Selon Bowlby, cet événement constitue d'ailleurs la première transition majeure que l'enfant expérimente (Osborne, 1984). Les enfants éprouvant des symptômes de phobies scolaires proviennent généralement d'une famille non séparée et n'ont pas vécu de longues et fréquentes séparations du domicile. Les parents manifestent une forte inquiétude au sujet de leur enfant et de cette résistance à aller à l'école. La relation parent-enfant est étroite, voire à la limite de l'étouffement (Bowlby, 1978c). Selon une étude de Burke et Weiss

(1970), les enfants aux prises avec des phobies scolaires éprouvent des difficultés relationnelles dans leur famille. L'apparition subite et intense des peurs face à la séparation et des manifestations somatiques semble être directement associée à un problème scolaire, alors qu'elle ne serait qu'une exacerbation de conflits prévalant déjà dans le système familial ou un transfert « d'anxiété interpersonnelle » (pour reprendre l'idée de Sullivan) dans la relation parent-enfant. Dans un même ordre d'idées, Humphrey et Humphrey (1985) soulignent que l'anxiété face à l'école peut souvent être causée par des facteurs n'ayant aucun rapport avec elle.

Sur le plan génétique, les études épidémiologiques sur l'anxiété elle-même et sur les parents d'enfants anxieux ne sont pas nombreuses, en plus d'être difficilement comparables entre elles (Coudert et al., 1992). Selon Fosson, Haley et Martin (1990), l'anxiété des parents contribue dans une proportion de 27 à 30% à la variance de l'anxiété de leur enfant. Ce qui rejoint l'étude de Meesters, Merckelbach, Muris et Steerneman (1996) qui démontre que les traits anxieux des enfants sont directement associés à ceux du père et de la mère.

Quant aux troubles anxieux, Beidel, Costello et Turner (1987) ont été les premiers à évaluer directement des enfants d'adultes anxieux (agoraphobes ou obsessionnels-compulsifs). Ces enfants manifestaient davantage de difficultés sur le plan scolaire, avaient moins d'amis, passaient plus de temps à faire des activités solitaires, avaient plus de peurs, de préoccupations anxieuses par rapport à eux-mêmes et à leur famille et exprimaient davantage de plaintes somatiques que les autres groupes dits « normaux ». Toutefois, Coudert et al. (1992) précisent que les troubles anxieux ne sont pas égaux. Ainsi, l'anxiété généralisée des parents associée à une dépression majeure contribue à accroître de façon modérée les risques de dépression et/ou de troubles anxieux chez leurs enfants. Par contre, une dépression majeure des parents conjuguée à un trouble panique ou d'agoraphobie

augmente ce risque de manière considérable, particulièrement pour le trouble panique : plus du tiers des enfants sont alors aux prises avec des angoisses de séparation. Enfin, l'existence d'une dépression majeure en l'absence de troubles anxieux chez l'un des parents augmente le risque de dépression chez l'enfant, sans toutefois accroître les risques de troubles anxieux. Correll, Politano et Stapleton (1992), pour leur part, observent que les traits anxieux des enfants, dont la mère est dépressive, semblent reliés à la dépression de cette dernière et non à son anxiété.

Milieu Scolaire

Selon les résultats de nombreuses études, certaines conditions propres au milieu scolaire favorisent fréquemment l'émergence d'anxiété : les situations d'évaluations (Gingras, 1989; Gittelman, 1986; Reynolds & Richmond, 1985), les relations enseignant-élève, la compétition entre les élèves, etc. (Gingras, 1989).

Les réactions de l'enfant anxieux face aux situations d'évaluation, ou ressemblant à des évaluations, pourraient être directement reliées à la façon qu'il a expérimenté, sur le plan psychologique ou interpersonnel, semblables situations dans son milieu familial, que ce soit avant ou après son entrée dans le système scolaire. Entre autres, l'évaluation des parents par rapport au rendement scolaire de leur enfant pourrait être à l'origine d'une forte hostilité inconsciente que l'enfant ne serait pas en mesure de leur exprimer de façon satisfaisante et qui aurait pour effet de faire naître de telles réactions anxieuses. Si cette hostilité est mal reçue par les parents, l'enfant aura tendance à ressentir des sentiments de culpabilité, dont l'intensité sera renforcée par le fort sentiment positif que l'enfant éprouve envers ses parents (Davidson et al., 1960).

Selon Paré (1981), la présence de l'enseignant (sa personnalité, son comportement), perçu dans la majorité des cas comme une figure d'autorité, ainsi que les conditions dans lesquelles l'enfant se retrouve lors d'évaluation, constituent également des facteurs influençant le rendement académique de l'enfant. Comme le mentionnaient Coudert et al. (1992), l'enfant anxieux se caractérise par un grand besoin de dépendance. À ce titre, il a besoin de savoir ce qu'on attend de lui, d'être sûr qu'il aura le soutien académique requis, de savoir ce qui est « bon ou mauvais » et s'il se conforme suivant les standards exigés. Or, involontairement, un enseignant peut faire émerger chez l'enfant des sentiments hostiles, lui faire sentir qu'il ne doit pas être dépendant; ce qui peut avoir pour effet de compromettre son rendement au test et d'intensifier des conflits déjà latents. Sans donner les solutions reliées aux tâches de résolutions de problèmes, l'enfant doit sentir qu'il a la permission ou qu'on l'encourage à poser des questions sans se sentir inadéquat. En somme, en permettant l'expression de ses besoins de dépendance, la relation avec l'enseignant est une occasion pour l'enfant de modifier sa perception de la figure d'autorité et, ainsi, de diminuer la probabilité de ressentir de l'anxiété et les conséquences pouvant y être reliées (Davidson et al., 1960).

En outre, Osborne (1984) soutient que le changement annuel de classe et d'enseignant peut également être une source d'anxiété pour les enfants. Plusieurs études ont démontré un lien direct entre un ou plusieurs changements d'écoles et une diminution du rendement scolaire ainsi qu'une augmentation du degré d'anxiété, particulièrement associée aux efforts déployés pour être accepté par les pairs (Felner, 1984). D'ailleurs, une autre source d'anxiété fréquemment rencontrée chez les enfants est justement la relation avec les pairs, dont l'importance s'accroît avec le développement de l'enfant. Vers

l'adolescence, ces relations s'avèrent être le facteur le plus déterminant du degré d'anxiété de l'enfant et de son état général de santé mentale (Reynolds & Richmond, 1985).

Quant aux phobies scolaires, Hersov (1985) souligne qu'une augmentation de l'incidence de ce type de phobies (environ 5% des enfants traités en psychiatrie) serait probablement liée à un investissement scolaire accru de la part des familles ainsi qu'à une compétition de plus en plus tenace à laquelle sont confrontés les élèves. L'énumération des principaux antécédents des manifestations d'anxiété dans les milieux familial et scolaire est regroupée à l'Appendice B.

Anxiété et Adaptation

Cette section s'attarde, d'une part, sur les multiples répercussions de l'anxiété observables notamment en milieu scolaire. D'autre part, le concept de l'anxiété n'étant pas isolé en soi, de nombreuses problématiques y sont associées dont le stress, les problèmes internalisés et externalisés, le manque d'estime de soi et la solitude. Les résultats de recherches permettront d'en évaluer les liens et leur impact au niveau de l'adaptation personnelle et sociale.

Conséquences de l'Anxiété en Milieu Scolaire

Comportant des symptômes difficilement observables, comparativement aux problèmes externalisés, l'anxiété se caractérise par un comportement surcontrôlé qui, dans un contexte scolaire, attire beaucoup moins l'attention qu'un trouble de comportement ou tout autre problème externalisé qui est plus évident, plus dérangeant et plus susceptible d'être constaté et rapporté (Reynolds, 1992). La distinction entre ces deux types de

problèmes sera détaillé un peu plus loin dans la section « problèmes internalisés et externalisés ».

Pourtant, les troubles anxieux sont sources de beaucoup de souffrance et de désespoir chez l'enfant. De plus, ils entravent l'autonomie et le niveau d'adaptation, compromettant du même coup le plein épanouissement des jeunes sujets (Mouren-Siméoni et al., 1993). En d'autres termes, Paré (1981) soutient que les conséquences de l'anxiété sont le plus souvent associées à un certain degré de dysfonctionnement.

Plusieurs psychologues et éducateurs s'entendent sur la relation curvilinéaire entre l'apprentissage et l'anxiété; où de faibles et forts degrés d'anxiété sont associés à un faible rendement scolaire. Le rendement scolaire semble ainsi être associé positivement à un degré modéré d'anxiété (Reynolds & Richmond, 1985).

Selon Sarason (1975), l'individu aux prises avec un haut degré d'anxiété a tendance, en situation d'évaluation, à diminuer son rendement en raison d'une tendance à fournir des réponses centrées sur lui-même. Ces réponses sont rattachées à l'activité émotionnelle et à celle du système nerveux ainsi qu'à des événements cognitifs. Ces derniers expliqueraient plus la baisse de rendement, plutôt que l'émotivité, en raison du temps que l'élève passe à se questionner sur la qualité de son rendement scolaire.

Reprenant la recherche de Sarason (1975) qui visait à analyser l'anxiété relative aux situations d'évaluation au niveau primaire, Paré (1981) observe que la crainte des examens, se référant à des anticipations d'échecs et à des auto-évaluations médiocres, affectent de façon significative les élèves de 4^e et de 6^e année, sur le plan de leur rendement scolaire. L'échantillon regroupait exclusivement des élèves de 4^e et de 6^e année. Les corrélations

plus élevées chez les élèves de 4^e année suggèrent que les effets de l'anxiété sur le rendement scolaire sont plus susceptibles d'être observés dans les premières années scolaires. Pour cette raison, l'auteur juge à propos d'encourager l'étude des incidences des premières années de scolarisation sur le développement de l'anxiété; ce qui permettrait, notamment, d'en prévenir les effets nocifs et de favoriser chez les élèves un fonctionnement et un rendement scolaire optimum.

Parmi ces effets nocifs, l'anxiété vécue en classe empêche l'élève d'utiliser au maximum son potentiel de base (Paré, 1981) et entrave le processus d'apprentissage (Humphrey & Humphrey, 1985). Paré (1981) soutient également que l'anxiété contribue à compromettre le rendement de l'enfant lors de l'exécution d'une tâche. De façon plus précise, les études relatives aux effets de l'anxiété sur les tâches simples se sont avérées moins concluantes que celles se penchant sur les tâches plus complexes; ces dernières ayant un effet débilant sur l'apprentissage et menant à une détérioration des activités intellectuelles complexes (Martin, Meyers, & Phillips, 1972).

Selon Sarason et Gauzer (1963), les renforcements et les feedbacks aident les sujets très anxieux à augmenter leur rendement lors des tâches d'apprentissage. Les auteurs de cette recherche en arrivent à la conclusion que ces méthodes d'intervention lors d'apprentissage contribuent à réduire l'ambiguïté reliée à la situation et à neutraliser les effets potentiellement débilants de l'anxiété. Certaines études effectuées ultérieurement ont tenté d'observer la relation entre l'anxiété, la mémoire et l'apprentissage de tâches complexes. Face à une tâche complexe de résolution de problèmes, l'apport d'un aide-mémoire permet aux sujets anxieux de fournir un aussi bon rendement que les sujets non-anxieux. Sans cette aide, leur rendement décroît, puisque l'anxiété s'accompagne

généralement d'une détérioration des activités de résolutions de problèmes (Martin et al., 1972).

Par ailleurs, Rourke (1988a, 1988b) associe les problèmes internalisés à certains types de troubles d'apprentissage. Les troubles d'apprentissage se définissent en fonction d'un retard relatif aux acquisitions dans les matières de base, c.-à-d. le français et les mathématiques, par rapport aux enfants ayant le même âge chronologique. On distingue les troubles légers d'apprentissage et les troubles graves d'apprentissage, selon la gravité de ce retard. Les enfants aux prises avec des difficultés ou des troubles d'apprentissage ont une intelligence « normale ». Cependant, ils ne fournissent pas le rendement scolaire associé à leur âge et leurs problèmes ne sont pas reliés à un trouble sévère de développement (p. ex., l'autisme, la psychose ou un dysfonctionnement grave du comportement adaptatif). En se basant sur ces définitions, on estime à environ 11% le nombre d'élèves du niveau primaire qui éprouveraient des troubles d'apprentissage (Mailloux, 1992).

Les enfants affectés par ces troubles seraient aux prises avec des sentiments d'insécurité (Adams, Fisher, Forrest, Owen, & Stolz, 1971), une faible confiance en eux-mêmes (Hunter & Johnson, 1971), une faible capacité d'adaptation et de souplesse (McLarnon & Pihl, 1984) ainsi qu'avec des problèmes d'inadaptation sociale (Bruininks, 1978; Bryan, 1974, 1978; Bursuck, 1989; McLarnon & Pihl, 1984). Margalit (1994) fait également ressortir une association entre la solitude et les troubles d'apprentissage. D'autres études confirment que les enfants éprouvant des troubles d'apprentissage obtiennent des scores plus élevés aux échelles d'anxiété (Margalit & Raviv, 1984; Paget & Reynolds, 1984; Hoover & Stein, 1989). Dans une étude visant, entre autres, à établir si les élèves en troubles d'apprentissage présentaient plus de troubles de comportement internalisés ou externalisés que les autres élèves, Mailloux (1992) a observé une

augmentation significative de l'anxiété-retrait (expression de l'auteur) en relation avec la diminution du rendement scolaire.

L'étude de l'anxiété en milieu scolaire s'avère indispensable, puisque l'anxiété constituerait une des causes importantes des échecs (Gingras, 1989) ainsi que des absences répétées et des abandons des études (Humphrey 1988). Dans son plan d'action sur la réussite éducative, le Ministère de l'Éducation du Québec trouve déplorable qu'on ne puisse cerner la totalité des facteurs favorisant ou entravant le développement de l'élève sur le plan scolaire et, s'il y a lieu d'agir, qu'on n'arrive pas à régler véritablement la situation en profondeur. Pourtant, l'enfant ayant des difficultés scolaires risque d'en ressentir les effets jusque dans sa vie adulte. En effet, les personnes les moins scolarisées de la société éprouvent entre autres des problèmes relativement au marché du travail et, dans bien des cas, sont forcées de vivre sous le seuil de pauvreté. En raison de leur statut socio-économique, cette population est susceptible de constituer la clientèle la plus à risque de vivre différents troubles biopsychosociaux (Gouvernement du Québec, 1992).

Selon une étude de Gutierrez (1965), l'échec scolaire des élèves d'intelligence supérieure, âgés entre 6 et 18 ans, serait relié à des facteurs d'ordre émotionnel; notamment des traits d'anxiété et d'insécurité qui créeraient une dichotomie entre leur vie intellectuelle et affective. L'ambiance éducative familiale en serait particulièrement responsable. Ces résultats rejoignent ceux de Doucet (1973), dont l'étude visait à établir le lien entre l'instabilité émotionnelle et les échecs scolaires, au moyen du Brown-Ottawa, édition révisée. Le groupe expérimental était composé de 45 élèves, des deux sexes, ayant subi des échecs scolaires en français et/ou en mathématiques, âgés entre 10 et 14 ans et de niveau intellectuel moyen. Concernant le groupe contrôle, il était constitué de 40 sujets avec les

mêmes caractéristiques que le groupe expérimental, (hormis les échecs scolaires), sauf qu'ils n'avaient pas eu d'échecs scolaires. La différence entre les deux groupes s'est avérée significative à deux niveaux.

D'une part, le groupe avec échec scolaire a démontré un niveau très élevé d'anxiété et d'insécurité qui pourrait expliquer en bonne partie les difficultés de concentration vécues par les enfants qui sont en situation d'échec scolaire. L'anxiété et l'insécurité sont donc significativement beaucoup plus élevées chez ces élèves, que chez ceux qui réussissent bien en classe. D'autre part, le groupe expérimental a manifesté davantage de symptômes physiques liés à l'instabilité émotionnelle (maux de tête, engourdissements, troubles digestifs, respiratoires et circulatoires) que le groupe contrôle, et ce, également de façon significative. Dans le cadre de cette même étude, plusieurs sujets du groupe expérimental ont été rencontrés individuellement. L'analyse de ces rencontres fait ressortir des carences affectives qui s'avèrent assez marquées et qui trouveraient leur source dans la petite enfance. Selon ces entretiens, l'échec scolaire ne serait pas spécifiquement associé au milieu scolaire, mais plutôt à des difficultés d'adaptation pouvant se manifester soit par des troubles de comportement perturbant l'insertion sociale de l'enfant, soit par des conduites d'inhibition nuisant à l'adaptation et à la réussite scolaire. Cette étude souligne donc l'importance du lien entre l'instabilité émotionnelle, spécialement l'anxiété et l'insécurité, et les échecs scolaires.

Les résultats des études de Doucet et Gutierrez nous permettent de penser que l'anxiété s'avère être une variable importante de l'échec scolaire, et ce, qu'il s'agisse de sujets ayant un niveau intellectuel moyen ou supérieur.

Problèmes Associés à l'Anxiété

L'anxiété n'est sans doute pas un sujet de recherche très simple car son caractère multidimensionnel fait qu'elle se rencontre rarement de façon isolée. D'ailleurs, selon Izard (1972), cette idée d'isoler le concept de l'anxiété doit être abandonnée car il est complexe et sa nature n'est ni unipolaire, ni unidimensionnelle ou unifactorielle. On observe notamment que l'anxiété peut être associée à plusieurs problématiques et même se confondre avec d'autres émotions : peur, stress, inhibition, retrait social, rejet par les pairs, timidité, isolement, mésestime de soi et solitude. Une brève description de quelques-unes de ces corrélations suivra afin d'illustrer cette idée.

Le stress. Le mot « stress » revêt une popularité lui accordant une place dans le vocabulaire de presque tout le monde. La majorité d'entre nous a une idée très subjective de ce qu'il signifie : se sentir sous pression, tendu, anxieux, submergé (Johnson, 1986). Beaucoup d'études en viennent à la conclusion que les événements stressants de la vie sont en étroite relation avec les mesures d'anxiété (Dekker & Webb, 1974; Lauer, 1973). Selon Humphrey (1985), les écrits utilisent l'une ou l'autre des expressions « anxiété » ou « stress », puisqu'elles désignent la même chose. Ce qui nous ramène à la controverse de l'oeuf et de la poule. L'anxiété cause-t-elle le stress ou l'inverse ou sont-elles des émotions simultanées?

Folkman et Lazarus (1985) définissent le stress psychologique comme une relation particulière entre une personne et son environnement; lequel est estimé comme taxant lourdement ou outrepassant ses propres ressources et mettant en danger son bien-être. Pour Gingras (1989), le stress est provoqué par la perception d'une incapacité à faire face à

un événement et c'est le caractère menaçant de ce dernier qui susciterait des réactions d'anxiété.

Parmi les événements constituant les plus grands agents stresseurs chez les enfants du niveau élémentaire, on retrouve : le décès d'un parent, le divorce et la séparation des parents, la mort d'un frère ou d'une soeur (Johnson, 1986). Ces agents stresseurs se retrouvent d'ailleurs parmi les facteurs déclencheurs de l'anxiété dont il a été question précédemment.

Selon les études de Garnezy et Rutter (1983) et de Johnson (1986), l'anxiété serait un problème internalisé résultant de facteurs de stress auxquels l'enfant serait confronté. De l'avis de Chandler (1985), les situations de stress vécues par l'enfant l'affecteraient avant tout sur le plan de l'attention et de la concentration. De plus, sa vulnérabilité face au stress contribuerait à augmenter son degré d'anxiété. Étant donné que la réponse au stress est inhibée, introvertie, passive avec des comportements de retrait, l'enfant anxieux est qualifié de « repressed child ».

Les problèmes externalisés et internalisés. Le fait que l'anxiété soit un concept complexe et difficile à isoler a nécessité la multiplication des recherches afin de mieux la classifier et, du même coup, favoriser de meilleures interventions. Cependant, l'étude de l'anxiété en tant que problème internalisé s'est fait tardivement. Elle ne remonte qu'à une quinzaine d'années. La psychopathologie infantile portait davantage son attention sur les problèmes externalisés et les troubles tels que l'hyperactivité, les troubles oppositionnels-agressifs, les troubles de la conduite et d'adaptation (Reynolds, 1992).

Les problèmes comportementaux ont d'abord été classifiés dans deux catégories majeures : 1) agression ou problèmes de conduite (p. ex. : passage à l'acte, hostilité, agression physique, hyperactivité, refus d'obéissance) et 2) retrait-anxiété (p. ex. : retrait social, anxiété, sensibilité excessive, passivité, dépression) (Quay & Werry, 1979). Des recherches par analyses factorielles ont ensuite appuyé cette classification et déterminé deux grands types de syndromes : 1) les problèmes externalisés (groupe comportement agressif) et 2) les problèmes internalisés (groupe retrait-anxiété) (Achenbach, 1966; Achenbach & Edelbrock, 1979) ainsi que 8 syndromes plus spécifiques (Achenbach, 1991). D'une part, les problèmes internalisés sont associés à des comportements surcontrôlés qui correspondent aux syndromes suivants : retrait social, plaintes psychosomatiques et anxiété/dépression. D'autre part, les problèmes externalisés sont plutôt reliés à des comportements sous-contrôlés et se rattachent aux syndrômes suivants : comportement délinquant et comportement agressif (Achenbach, 1991; Reynolds, 1992). Par ses résultats, Achenbach a ouvert la voie à un grand nombre d'études démontrant les problèmes associés à l'anxiété et leurs corrélations.

Se basant sur ces deux grandes dimensions de syndromes, Schneider (1984) note que, de façon significative, les enfants agressifs manifestent une estime globale d'eux-mêmes plus élevée que les enfants retirés, et ce, particulièrement en rapport avec l'image corporelle et l'estime de soi sur le plan social. De plus, ces derniers afficheraient une popularité moins élevée que les enfants agressifs et le niveau de popularité diminuerait avec l'accroissement du degré de retrait social.

Les enfants qui sont rejetés par les pairs se replient face à l'environnement, accroissant ainsi leur isolement (Martin et al., 1972). Ils deviennent graduellement moins interactifs, et ce, malgré le fait qu'auparavant ils aient été très actifs au sein d'un groupe

(Dodge, 1983). Ils ressentent que leur vie sociale à l'école est malheureuse et éprouvent des sentiments de solitude. Leurs relations sociales ne sont pas satisfaisantes; ce qui a pour effet d'avoir des conséquences négatives sur le plan émotionnel (Asher, Hymel, Parkhurst & Williams, 1990). Au niveau des perceptions et des expériences affectives, ces enfants ont moins d'attentes positives relatives au succès sur le plan social et ils se sentent plus déprimés (Forehand, Parker, Rickard, & Vosk, 1982).

Par ailleurs, l'enfant rejeté socialement par ses pairs sera susceptible de ressentir de la solitude (Margalit, 1994), développant à la fois des problèmes externalisés et internalisés; ces derniers se caractérisant par de l'anxiété, de la timidité, de l'isolement, du retrait social et des difficultés majeures d'affirmation sociale (LeMare, Lollis, & Rubin, 1990). Quant à la timidité, elle est susceptible de contribuer au développement d'une personnalité insécure, dépendante, anxieuse et retirée (LeMare, Lollis, & Rubin, 1990).

Mills et Rubins (1988) ont mis en évidence un groupe d'enfants rejetés socialement qui se caractérisait davantage par de la passivité, de l'anxiété sociale, une perception négative de ses compétences et regroupait des élèves isolés et plus à risque de développer des sentiments de solitude. Ces observations ont été faites auprès d'enfants de 7 à 9 ans. On observe que les filles éprouvent davantage de sentiments liés à l'anxiété sociale et plus de comportements de retrait social (Franke & Hymel, 1985).

L'estime de soi. Par ailleurs, les sentiments de solitude semble liés à l'estime de soi. Selon les résultats d'une étude de Rosenberg (1965), en comparant les sujets ayant une forte et une faible estime de soi, il a observé de façon significative que très peu de sujets ayant une forte estime d'eux-mêmes disaient se sentir seuls (1% versus 22%).

De plus, la plupart des études établissent des corrélations (modérées et fortes) entre l'anxiété générale et l'estime de soi globale avec des coefficients variant de $-.25$ à $-.67$ (Schneider, 1984). Une étude effectuée auprès d'un échantillon de 300 élèves de la 4^e à la 6^e année observe une corrélation de $-.34$ à $-.63$ entre l'anxiété et l'estime de soi (Castaneda, McCandless, & Palermo, 1956). L'instrument de cette étude est la première version de l'*Échelle d'anxiété manifeste de l'enfant* (CMAS), laquelle a été révisée par Reynolds et Richmond en 1978 (RCMAS) et dont l'édition 1985 sera utilisée dans la présente recherche.

Parmi les autres recherches, Horowitz (1962) estime que les enfants éprouvant un faible degré d'anxiété ressentent une meilleure estime d'eux-mêmes que ceux aux prises avec un niveau d'anxiété plus élevé. En outre, Leary (1995) observe un lien entre le rejet par les pairs, la chute de l'estime de soi et une hausse de l'anxiété. Enfin, l'estime de soi serait en rapport avec le rendement scolaire (Hansford & Hattie, 1982).

Comme il est permis de constater, tout un cortège de corrélations et de problèmes associés à l'anxiété en font une problématique dont l'impact est d'autant plus importante à examiner. Pour cette raison, l'intérêt de la présente recherche sera porté vers les liens existant entre l'anxiété et la solitude. Ce choix repose sur le fait que l'auto-évaluation de cette variable semble plus facile pour de jeunes enfants, parce que plus facilement observable, reconnaissable et quantifiable que les autres émotions ou sentiments, particulièrement l'inhibition, le retrait social, la timidité, l'isolement et la mésestime de soi. De plus, les répercussions personnelles, académiques et sociales de la solitude apparaissent non négligeables. Quant à la variable stress, elle semblait moins appropriée compte tenu de la trop grande confusion avec celle de l'anxiété.

La solitude. Dans son célèbre poème intitulé *The Age of Anxiety*, Auden (1947), décrit déjà à cette époque que l'augmentation des sentiments de solitude et l'incapacité d'aimer sont des indicateurs d'anxiété. Selon Weiss (1973), des sentiments d'anxiété peuvent être conséquents d'un état de solitude de l'enfant relié à ses difficultés socio-émotionnelles.

Parmi le peu de personnes ayant accordé un intérêt pour l'étude de la solitude, Harry Stack Sullivan est sans doute celui qui aura le plus investi dans la description de sa symptomatologie (Weiss, 1973). Le peu d'intérêt par rapport à cette problématique peut s'expliquer par l'absence de théories permettant de mieux comprendre les manifestations de la solitude (Sullivan, 1953). Pour Frieda Fromm-Reichmann (1959), c'est davantage la menace que la solitude représentait pour le bien-être, qui a constitué un frein à l'attention portée à ce problème. À son avis, la solitude constitue une expérience effrayante qui est vécue si douloureusement que tout est pratiquement mis en oeuvre pour l'éviter à tout prix.

En dépit des nombreuses études qui ont été menées auprès des adultes, les recherches consacrées à la solitude vécue par les enfants sont relativement récentes et peu nombreuses (Asher & Wheeler, 1985). La croyance voulait que l'enfant n'était pas vulnérable aux sentiments de solitude. D'un point de vue psychodynamique et développemental, Weiss (1973) estimait que la solitude ne pouvait probablement pas être ressentie avant l'adolescence, moment où l'enfant renonce à ses parents comme figures d'attachement. Avant cette période, l'enfant ressentait plutôt de l'angoisse de séparation (Terrell-Deutsch, 1993). Sullivan (1953) avait la même croyance, associant la véritable solitude à l'émergence du besoin d'intimité à la préadolescence.

Plusieurs recherches sont venues démontrer que ces hypothèses n'étaient pas fondées et que l'enfant peut effectivement expérimenter des sentiments de solitude (Terrell-Deutsch, 1993). Entre autres, Hayden, Hymel et Tarulli (1988) ont voulu comprendre davantage la solitude des enfants à travers leurs propres perceptions. Des enfants de la 3^e année à la 8^e année, de 8 à 13 ans, ont été interviewés afin de connaître leur définition de la solitude et leur propre expérience à ce sujet. Les résultats ont permis de constater que les enfants perçoivent la solitude de façon étonnamment semblable à l'adulte. Trois dimensions de la solitude se dégagent de cette étude : une dimension affective et émotionnelle, une dimension cognitive et, enfin, un ensemble de contextes situationnels que l'enfant associe à l'expérience de la solitude.

La dimension affective inclut des émotions désagréables (tristesse, ennui), fait référence à divers sentiments (p. ex., se sentir inutile, délaissé, rejeté) et à des expressions métaphoriques (p. ex., « se sentir laissé comme dans un coin »). La dimension cognitive se rapporte souvent à l'insatisfaction de réaliser ses besoins relationnels. Ces besoins marquants sont la compagnie de quelqu'un (ne pas être capable de jouer ou de parler à quelqu'un), le soutien émotionnel (ne pas avoir personne avec qui partager ses pensées) et l'affection (se sentir comme quelqu'un que personne n'aime, être seul). Et, généralement, les enfants associent l'expérience de la solitude avec divers événements ou situations traumatiques : perte de quelqu'un d'important, se retrouver dans un environnement non familial, absence temporaire d'une personne importante, conflit, rejet, bris de loyauté, exclusion et le fait être ignoré. De plus, les enfants ont facilement fait la distinction entre la solitude émotionnelle et la solitude sociale; typologie résultant des recherches de Weiss (1973) auprès des adultes.

Cette typologie basée sur une approche de besoins sociaux suggère deux formes de solitude : solitude sociale et solitude émotionnelle. La première relève de l'absence d'un réseau de relations sociales ou du sentiment de non-appartenance à un groupe, partageant des activités et des intérêts communs. Quant à la solitude émotionnelle, elle réfère davantage au manque d'attachement intime avec une personne; attachement procurant le sentiment d'être accepté, en sécurité, compris et aimé (Terrell-Deutsch, 1993). La théorie de l'attachement de Bowlby (1973) parle cependant moins de solitude que d'isolement. Dans la mesure où l'enfant développe une compétence à reconnaître ceux qui lui sont familiers, il peut graduellement se séparer de sa figure d'attachement et faire de l'exploration, au lieu de se retirer face à ce qui l'effraie. Dans le cas contraire, il évite l'isolement et maintient une proximité avec une figure familière; ce qui minimise les dangers, notamment l'angoisse de séparation, et maximise sa sécurité.

De plus, nombreuses sont les recherches effectuées il y a quelques années suggérant que le comportement solitaire peut se manifester de différentes façons et pour différentes raisons (Asendorpf, 1990; Rubin, 1982; Rubin & Mills, 1988). Suite à une étude auprès d'enfants de niveau préscolaire, de 3 à 5 ans, on observe une distinction entre deux types de solitude. D'une part, une activité solitaire immature, sensorimotrice et répétitive, constitue une forme de solitude associée à des indices de mésadaptation et de rejet par les pairs et, d'autre part, une activité solitaire constructive est davantage liée à un comportement adapté (Rubin, 1982). Les enfants seuls n'exerçant aucune occupation et se contentant d'être observateurs sont plus enclins à être anxieux et précautionneux (Asendorpf, 1990).

Selon Asendorpf (1990), les types de comportements solitaires sont dépendants des mécanismes motivationnels d'approche et d'évitement. Certains enfants préfèrent la solitude à une activité sociale et sont davantage orientés vers les objets (jouets, livres) que vers les gens. Asendorpf (1990) caractérise ceux-ci comme des enfants ayant un « faible désir d'approche sociale », sans nécessairement avoir un « fort désir d'évitement de la solitude ». Par contre, d'autres enfants évitent les interactions sociales malgré leur désir relationnel. Ces comportements solitaires correspondent à des enfants éprouvant des conflits internalisés et, dans la littérature, sont associés aux enfants inhibés et timides (LeMare, Lollis, & Rubin, 1990).

Ces dernières années, plusieurs instruments de mesures auto-révélees ont été développés afin d'évaluer les sentiments de solitude chez les enfants. La dernière version du *Questionnaire de solitude pour enfants* (CLQ) de Asher et Wheeler (1985), qui sera utilisé dans cette recherche, fournit une attention particulière au contexte scolaire, en ajoutant des questions essentiellement reliées à des situations pouvant se dérouler à l'école. Ce changement vise à mettre en lumière l'association entre la solitude et la relation avec les pairs à l'école, puisqu'il apparaît que les sentiments de solitude sont étroitement associés aux interactions avec autrui, à la place occupée par l'enfant parmi les pairs et, de façon plus particulière, au fait d'avoir un ou plusieurs amis intimes (Asher, Hymel, Parkhurst, & Williams, 1990; Salomon, A., 1995). D'après Asher et Wheeler (1985), les enfants dits populaires aux yeux de leurs camarades éprouvent moins de sentiments de solitude que les enfants dits impopulaires.

De plus, la combinaison de certaines caractéristiques sociales semble constituer des prédicteurs d'accroissement des sentiments de solitude : comportement de retrait social, faible acceptation par les pairs, peu ou absence d'amis (Asher, Hymel, Parkhurst, &

Williams, 1990). Les recherches de Brown et Renshaw (1993) révèlent que les enfants n'ayant pas d'amis rapportent plus de sentiments de solitude que les enfants en ayant un ou deux. Toutefois, les enfants avec un faible statut social dans la classe, et n'ayant aucun ami, affichent davantage de sentiments de solitude que les enfants au statut social moyen ou élevé, n'ayant pas non plus d'amis. Ce qui rejoint les conclusions de Asher, Hymel et Renshaw (1984) voulant que les sentiments de l'enfant, relatifs à ses relations sociales, soient reliés à son statut sociométrique dans la classe. Ainsi, l'enfant au statut social le plus bas dans sa classe rapporte davantage de sentiments de solitude et d'insatisfaction sociale. En l'absence d'acceptation générale par les pairs, les recherches permettent de croire que les amitiés camaradières sont susceptibles de fournir suffisamment de soutien pour minimiser l'accroissement des sentiments de solitude (Brown & Renshaw, 1993).

Autres observations : l'enfant n'ayant pas d'amis est susceptible d'être confronté à des conséquences émotionnelles négatives, telles qu'une faible estime de soi et une grande anxiété (Salomon, 1995). En outre, il serait plus vulnérable à diverses situations scolaires, que ce soit lors de changements de classe ou d'école. Et, compte tenu que les acquisitions scolaires se rapportent à un contexte social, les progrès académiques risquent d'être compromis (Asher & Parker, 1987). À titre d'exemple, une étude de Quay (1992) révèle que ce sont les élèves à faible rendement en lecture qui affichent davantage de sentiments de solitude. Fait inusité : la lecture pourrait servir de diversion face à la solitude, mais les mauvais lecteurs n'y ont pas accès. En somme, l'ensemble des relations qu'un individu entretient avec les gens l'entourant serait l'équivalent d'une sorte de « capital social », essentiel au développement de l'individu et au maintien de sa santé mentale (Epstein, 1983). Bien des recherches soutiennent que les réseaux d'amitiés, autant chez l'adulte que chez les enfants, sont particulièrement soutenant lors d'événements stressants (Salomon, 1995).

Pronostics de l'Anxiété

À l'instar des données épidémiologiques, les études relatives aux pronostics sur les troubles anxieux sont plus nombreuses que celles relatives à l'anxiété proprement dite. Les résultats de diverses études antérieures ont démontré que la plupart des névroses d'angoisse qui sont diagnostiquées assez tôt guérissent rapidement sans laisser de séquelles (Pichot, 1987). Cependant, 80% des névroses, ayant persistées plus de six mois, sont encore manifestes trois ans plus tard, et ce, peu importe le type de traitement thérapeutique administré (Cooper & Kedward, 1966).

Quant au pronostic des phobies scolaires ou du refus scolaire anxieux, il varie en fonction de l'ancienneté et de la sévérité de la problématique, mais surtout de l'âge du sujet. Le jeune enfant a beaucoup plus de chances de retrouver une adaptation scolaire adéquate, s'il y a une intervention précoce. D'ailleurs, les difficultés d'adaptation s'accroissent à la préadolescence et à l'adolescence. Et, à l'âge adulte, il y a des risques de voir apparaître d'autres troubles anxieux (agoraphobie, phobie du travail), dépressions et troubles de la personnalité (Mouren-Siméoni et al., 1993). De façon spécifique, l'angoisse de séparation précoce constitue une prédisposition au développement de l'agoraphobie chez le sujet adulte, mais exclusivement chez les femmes (Gittelman & Klein, 1984; Marker, Ross, & Zitrin, 1988).

Prévention des Problèmes d'Anxiété

La gravité des troubles anxieux doit inciter les intervenants(es) à trouver des solutions d'ordre thérapeutique et préventif, et ce, afin d'en minimiser les conséquences et de

prévenir leurs apparitions. D'autant plus que les traitements possibles sont particulièrement efficaces chez les enfants. Il est malheureux de constater qu'on rapporte un nombre accru et toujours plus lourd de problèmes graves de santé mentale des jeunes au Québec, conjugué à des difficultés également plus grandes pour trouver des moyens permettant d'y remédier (Comité de la santé mentale du Québec, 1985). Aux États-Unis, la prévention des troubles anxieux et des peurs chez les enfants reçoit une attention bien mitigée, représentant un bien faible pourcentage (5%) du temps consacré par les professionnels de la santé mentale. Et, les études se concentrent davantage sur les traitements que sur la prévention. De plus, bien qu'il y ait des programmes de prévention des peurs et des troubles anxieux destinés aux enfants, ils sont rarement mis en pratique; et, lorsqu'ils le sont, l'évaluation de leur efficacité est inadéquate en raison d'un manque de données empiriques (Spence, 1994). Aucune donnée statistique relative aux moyens préventifs déployés pour contrer les troubles anxieux en Amérique du nord n'a été recensée.

Selon Kagan, Muenchow et Zigler (1982), la prévention primaire n'implique aucun dysfonctionnement au niveau de la population concernée et s'efforce d'en prévenir l'apparition. La prévention secondaire s'adresse à des individus déjà aux prises avec une problématique, les affectant légèrement ou modérément, et vise à diminuer ses effets et sa durée. Enfin, la prévention tertiaire s'efforce de minimiser les effets ou conséquences à long terme d'un problème beaucoup plus sévère. Les mêmes auteurs précisent que l'intervention préventive dans les écoles implique des efforts au niveau des trois types de prévention.

Sans être directement reliés à la problématique des troubles anxieux, certains programmes de prévention primaire incluant des projets d'intervention précoce, dont l'efficacité a été prouvée de façon empirique, ont été mis sur pied aux États-Unis dans le

réseau scolaire (Comité de santé mentale du Québec, 1985). Le programme d'intervention précoce auprès d'enfants à risque de mésadaptation scolaire (Rickel, Sharp, & Smith, 1979) a permis à 32 enfants d'être rencontrés au moins deux fois par semaines, durant 15 minutes, par 12 étudiants en psychologie. Les résultats révèlent une amélioration au niveau de l'adaptation scolaire des enfants, notamment au niveau des comportements d'agressivité et de timidité. Cependant aucune amélioration sur le plan des acquisitions académiques. Les comportements adaptés se maintiennent deux ans après l'intervention. De l'avis des auteurs, le dépistage précoce jumelé à une intervention adaptée, avant que problèmes surgissent, peuvent s'avérer vraiment bénéfiques.

Le programme de Furman, Hartup et Rahe (1979) visait à augmenter les interactions sociales d'enfants isolés, retirés. Vingt-quatre enfant isolés ou ayant très peu de relations avec les autres ont été jumelés à des enfants non isolés, durant quatre à six semaines; chaque paire d'enfants disposait de 10 sessions de jeux d'environ 20 minutes, seule dans une pièce. Les résultats démontrent une nette amélioration des interactions sociales en classe. Selon les auteurs, trois heures de jumelage permettent de doubler le nombre d'interactions sociales, jusqu'à les ramener au même niveau que les autres enfants de la classe.

Toujours dans les milieux scolaires, les États-Unis disposent de programmes de prévention primaire, dont le volet « Affective education » constitue le plus répandu auprès de milliers d'enfants. Sa philosophie éducationnelle repose sur l'idée que le développement affectif et social de l'enfant est aussi important que son développement académique. Bien qu'aucun d'entre eux ne vise essentiellement à prévenir les symptômes d'anxiété proprement dit, certains (DUSO - Developing Understanding of Self and Others) ont pour objectif d'aider les enfants à mieux identifier, comprendre et communiquer leurs

sentiments. Malgré que les résultats soient encourageants, les études relatives à l'évaluation de ces programmes ne peuvent conclure de façon unanime à l'efficacité de ceux-ci, particulièrement en raison de plusieurs manquements au niveau des instruments de mesure et des procédures d'administration (Durlak & Jason, 1984). De plus, Medway et Smith (1978) soulignent que l'implantation de tels programmes requiert une connaissance du développement de l'enfant, des habiletés en dynamique de groupe et des aptitudes à faciliter l'expression des sentiments; habiletés qui ne peuvent être acquises seulement par l'entremise d'un manuel de professeur ou d'un plan de cours.

Au Québec, le ministère de l'Éducation et le ministère de la Santé et des services sociaux (1987, p. 3) ont jumelé leur effort pour offrir au niveau primaire un programme de Formation personnelle et sociale, dont le volet « Éducation à la santé » a pour objectif global d'« amener l'élève à adopter des attitudes favorables à l'atteinte d'un certain bien-être physique, psychique et social ». Au terme du primaire et du secondaire, ce volet vise à :

- 1) Informer l'élève de ses besoins et lui faire adopter des comportements et des attitudes favorables à la satisfaction de ses besoins, à la protection de son organisme et au développement de ses dimensions physiques et psychiques.
- 2) Informer l'élève des dangers et des richesses de son environnement physique et lui faire adopter des attitudes et des comportements favorables au maintien de sa sécurité et à la formation de liens enrichissants.
- 3) Faciliter à l'élève l'établissement de saines relations avec les autres et lui faire prendre conscience de ses responsabilités à l'égard de la santé des autres.

Les objectifs généraux du primaire amènent l'élève à :

- 1) Prendre conscience des besoins de son organisme.
- 2) Modifier ses habitudes de vie pour avoir une meilleur santé.

- 3) Éviter les dangers de l'environnement physique.
- 4) Prendre conscience des conséquences de ses actions sur sa santé.
- 5) Enrichir son expérience par diverses activités d'exploration et d'exploitation de l'environnement physique.

Toutes les activités se déroulent en groupe sous la supervision de l'enseignant ou de l'enseignante qui dispose de toute la latitude pour ajuster le programme selon son bon vouloir. Il est donc probable qu'il ne soit pas appliqué de façon uniforme et, dans certains cas, que ce programme ne soit même pas dispensé. Au niveau primaire, ce programme de prévention primaire favorisant une meilleure santé mentale est le seul actuellement dispensé. Le cahier d'activités du niveau primaire permet de constater qu'une importance bien mitigée est accordée à la dimension psychologique de l'élève, et encore moins en ce qui a trait à la problématique de l'anxiété. De plus, il est actuellement trop tôt pour savoir ce qu'il adviendra de ce programme en vertu de la future réforme de la ministre de l'Éducation. Il risque peut-être d'être aboli, sans avoir pu en faire une évaluation adéquate et homogène à travers la province.

Quant aux programmes de prévention secondaire, le plus connu aux États-Unis (New-York) est le « Primary Mental Health Project » (PMHP) qui vise une détection précoce et une prévention des inadaptations scolaires. En date de 1981, ce programme aurait touché 7,500 enfants de 330 écoles. Le « Social Skills Program » a pour objectif de sélectionner, d'une part, les enfants ayant des problèmes de conduite et, d'autre part, ceux comportant des problèmes de timidité et de retrait. Les professeurs, conseillers scolaires ainsi que des étudiants gradués et non-gradués en psychologie travaillent de concert, utilisant des techniques relationnelles et comportementales axées sur des renforcements sociaux

et tangibles. Par exemple, les enfants timides et retirés seront récompensés lorsqu'ils se mêleront à des discussions, parleront et travailleront avec les autres (Durlak, 1977, 1980).

Tous ces divers programmes de prévention proposés au niveau primaire, que ce soit au États-Unis ou au Québec, ont certes leur utilité en même temps qu'ils affichent des limites. D'une part, ces programmes sont caractérisés par des interventions de groupe. Par conséquent, il n'apportent qu'une brève estimation de la problématique individuelle de l'enfant et, à ce titre, d'autres évaluations ainsi que la cueillette d'information supplémentaire permettraient d'identifier plus clairement les difficultés de l'enfant et les plans d'intervention à privilégier (Durlak & Jason, 1984). D'autre part, les objectifs visant la prévention primaire des problèmes internalisés, particulièrement l'anxiété semblent à toutes fins utiles inexistantes. Les problèmes internalisés qui, de par leur nature, sont moins perceptibles, plus « silencieux », le demeurent encore davantage, probablement en raison de l'attention qui est encore beaucoup plus portée vers les problèmes externalisés (Reynolds, 1992). Par ailleurs, l'efficacité à long terme de ces programmes de prévention demeurent inconnue (Durlak & Jason, 1984).

Dans un avenir rapproché, les professionnels orientés vers la prévention devront développer des alternatives au moyen d'ateliers, de séminaires et de programmes destinés à promouvoir des comportements plus adaptés et la créativité devraient occuper davantage les heures de classe (Durlak & Jason, 1984). D'ailleurs, le seul programme de prévention en individuel et utilisant les arts a été conçu dans le cadre de l'année internationale de l'enfant, en Suisse. Edna (1979) a élaboré ce « traitement préventif du jeune enfant par le jeu et l'activité artistique » auprès d'enfants de la maternelle (4 à 6 ans). Il a pour but de déceler dès le jeune âge les enfants vivant des événements difficiles (p. ex., deuil, séparation, divorce, naissance) risquant d'avoir des répercussions plus graves, notamment sur le

fonctionnement en classe (p. ex., progrès, comportements) et sur l'apparition de troubles psychosomatiques. Les rencontres individuelles et hebdomadaires au moyen de l'art agissent alors à titre de traitement préventif primaire. Ces interventions cliniques se sont avérées efficaces sur le plan de l'adaptation des enfants et sur la prévention de troubles psychologiques. Leur efficacité sur le plan empirique n'a toutefois pas été démontrée.

Une intervention préventive n'implique pas uniquement que les milieux scolaires se concentrent sur une prévention des événements nuisibles (vandalisme, violence, etc.), mais également qu'ils encouragent ou favorisent le développement optimum de l'enfant. Les écoles doivent être reconceptualisées afin de rencontrer non seulement les besoins cognitifs de l'enfant, mais également ses besoins affectifs, car la mission de l'école n'est pas de former l'enfant à répondre uniquement aux demandes académiques, mais tout autant à faire face aux demandes de la vie de l'enfant (Kagan, Muenchow, & Zigler, 1982).

Compte tenu des énormes coûts sociaux et personnels reliés aux traitements thérapeutiques, la prévention en milieu scolaire représente une façon économique d'enrayer les effets lourds de conséquences de l'anxiété. Une intervention préventive au moyen de l'art constitue notamment un moyen fort accessible à l'enfant, d'autant plus que l'utilisation de la thérapie par les arts est de plus en plus répandue dans les écoles américaines (Robbins & Sibley, 1976) et que l'un de ses principaux objectifs est de diminuer le niveau d'anxiété (Malchiodi, 1990). En fait, l'activité artistique représente un instrument essentiel à tout individu pour dominer les problèmes de l'existence humaine, car « l'art est une manière de maîtriser la vie » (Arnheim, 1973). Et, selon Di Leo, la créativité peut jouer un rôle préventif et curatif.

Intervention et Arts

« L'art exprime et exige l'émotion ». Sur le plan étymologique, l'expression sous-tend une action; l'action d'« ex-primer », de « faire sortir » (Arnheim, 1973).

Pour Ferraris (1980), l'art est essentiellement créativité. Un retour à la période préhistorique nous renseigne sur le caractère vital de la créativité. Sans cette habileté, l'espèce humaine serait décimée car l'homme préhistorique devait tout inventer, tout créer, afin de survivre (Grossman, 1981). Et, l'homme des cavernes, de nature plutôt anxieuse, a probablement eu davantage de chance de survivre que « son congénère moins farouche » (Audet, 1997). D'après Bronowski (1973), les représentations picturales de chasses qu'il réalisait à l'intérieur des grottes lui permettaient d'exorciser la peur et l'anxiété qu'il ressentait face aux animaux sauvages. Et, il croyait au pouvoir magique de son art, lui permettant de réexpérimenter le moment et les émotions ressentis antérieurement. Phénomène de magie pour lui, d'anticipation pour Bronowski ou de catharsis pour Freud, il reste que le besoin d'objectiver, de personnifier les expériences et les émotions subjectives est directement relié au désir de les comprendre afin de mieux les contrôler, tout comme aujourd'hui. Certaines personnes ayant survécu aux camps de concentration témoignent de l'importance d'avoir utilisé leur art et d'avoir cru en leur pouvoir de donner un sens à ce qu'ils vivaient; une thérapie de choix en quelque sorte. Ce sens repose essentiellement sur leur survie et l'espoir de voir leur art servir de témoin à ces atrocités. L'art leur a permis de composer avec l'anxiété qui les habitait quotidiennement (Grossman, 1981).

D'après Rubin (1987), l'anxiété est souvent causée par la non-utilisation de son propre potentiel créateur ou du fait de ne pas se créer un mode de vie ayant un sens. Tout

être humain possède un véritable potentiel créateur ainsi qu'une tendance naturelle à croître et à actualiser ce potentiel vers des niveaux de maturité toujours plus grands, entrecoupés de régressions, d'homéostasie et de progressions. Ce qui rejoint l'idée de Jung exprimant que chaque individu a des tendances intérieures à la guérison (Adler, 1992).

De son côté, Torrance (1965a) suggère que la créativité constitue un antidote à l'anxiété. Reprenant cette supposition, Reynolds et Richmond (1985) croient possible d'en déduire que l'anxiété fournit un stimulus qui favorise une approche créative de résolutions de problèmes.

Bien contrôlée, l'anxiété devient plus bénéfique que nuisible et représente même un moteur essentiel à la créativité, à l'invention et à l'accomplissement (Paré, 1981). Des sentiments d'anxiété sont à la source de nombreuses créations artistiques. Il y a une créativité sans doute en relation avec une sublimation de charge anxieuse (Coudert et al., 1992).

Bien que l'art ait été depuis le début de la préhistoire un moyen de s'exprimer, l'utilisation de l'art expressif comme moyen thérapeutique est né vers les années 1940 des efforts de Margaret Naumburg, une pionnière dans ce domaine. Basant son travail sur la théorie psychanalytique freudienne et jungienne, elle était sympathique, notamment, à la notion de symbolisme universel ou d'inconscient collectif de Jung (Rubin, 1987). Elle encourageait ses clients, particulièrement les jeunes enfants, à dessiner de façon spontanée et à formuler des associations libres reliées à ces productions artistiques (Naumburg, 1966). Elle clamait d'ailleurs aux enseignants de favoriser chez l'enfant une expression artistique aussi spontanée que possible (Rubin, 1987). Edith Kramer lui succéda vers 1950 en spécialisant ses interventions auprès des enfants. Kramer insista sur les propriétés

d'unification et de guérison du processus créatif ne nécessitant pas de réflexions verbales ou d'introspection.

Selon Ulman (1971, 1977), l'art contribue au développement de l'être humain, car il donne forme aux sentiments et a le pouvoir de réunifier des forces opposées de la personnalité. Ce pouvoir de l'art se trouve à même la personnalité; un façon de ramener l'ordre à même son monde chaotique, de découvrir le Soi et le monde extérieur et d'établir une relation entre les deux (Ulman, 1961). Kramer (1958) décrit l'art comme un moyen d'élargir la portée de l'expérience humaine en permettant de créer l'équivalent de ses propres expériences. L'artiste peut choisir, varier ou répéter, réexpérimenter ses expériences selon ce qu'il désire et, ainsi, résoudre et intégrer des conflits intérieurs.

En libérant des énergies créatrices, plusieurs éprouvent, peut-être pour la première fois de leur vie, une satisfaction personnelle qui est susceptible d'être stabilisatrice sur le plan émotionnel et très positive pour l'Égo. (...). Kramer (...) s'efforce de stimuler et d'encourager la créativité non comme un moyen de découvrir ou de mettre à jour des éléments inconscients, profondément cachés, mais plutôt pour mettre à profit le potentiel de guérison inhérent à la production même de quelque chose; laquelle procure un sentiment de satisfaction lié à l'accomplissement. On reconnaît à la sublimation un rôle majeur, alors que les énergies primitives sont transformées pour favoriser la réalisation de l'Égo; une source de plaisir pour ceux qui se sentent malheureux et qui sont tourmentés par l'anxiété. (Traduction libre) (Di Leo, 1973, p. 90)

L'approche psychodynamique a sans contredit été une source d'inspiration pour le développement de la thérapie par les arts; tout d'abord Freud, particulièrement en raison de son postulat relatif aux niveaux de conscience, pré-conscience et subconscient (inconscience). L'interprétation des rêves ainsi que « l'association libre » ont contribué substantiellement à l'évolution de ce type de thérapie. Jung s'est démarqué dans cette discipline et est devenu plus attractif en raison de l'importance qu'il accordait aux images. Le potentiel de guérison contenu dans l'imagination et la créativité constitue la pierre

angulaire du dialogue thérapeutique. Toutefois, Jung concevait davantage le but thérapeutique comme une croissance personnelle que comme un remède en tant que tel. L'image exprimée sous forme d'art contribuait à ce qu'il appelait l'individuation. C'est à travers le symbolisme que le développement créatif et thérapeutique pouvait être possible. La théorie psychodynamique du symbolisme représente une voie d'accès des peurs et de désirs secrets de chaque individu (Robbins & Sibley, 1976).

L'enfant et l'Art

Les études relatives à l'art expressif chez les enfants, constituant une aide aux diagnostics et au processus thérapeutique, révèlent que l'expression créative est en soi une source de croissance (Rubin, 1987).

Le dessin est à la fois un *signe* (en italique dans le texte) ou un témoin du développement de l'enfant et un moyen ou *un instrument* (en italique dans le texte) de ce développement. Par conséquent, le dessin occupe sans doute une grande place dans la formation de la personnalité et du psychisme de l'enfant (Ferraris, 1980). Selon Debiegne (1973), le dessin a des effets thérapeutiques, une efficacité cathartique et un retentissement bénéfique sur le travail scolaire ou l'adaptation familiale. La prise de conscience de ses capacités créatrices à travers le dessin favorise un plus grand engagement de l'enfant dans ses problèmes scolaires.

Langage : Mots, Images, Symboles

Les mots représentent des abstractions qui sont souvent loin de l'univers de l'enfant, dont le principal moyen de communication est le monde concret du jeu. Tenter de

communiquer avec les enfants exclusivement sur un mode verbal les confine à un médium souvent restrictif et embarrassant pour eux (Landreth, 1983). Avec la complexité du langage, le jeune enfant est maladroit et, dans ses efforts pour s'exprimer clairement, se voit prisonnier d'obstacles linguistiques qui le contraignent à se taire, même s'il a besoin de parler (Ferraris, 1980).

Le jeu est le moyen d'expression le plus naturel et le plus confortable. Le jeu est à l'enfant, ce que la verbalisation est à l'adulte (Landreth, 1983). Le jeune enfant est souvent dans l'impossibilité d'énoncer verbalement ses problèmes (Salant, 1979). En fait, le langage du dessin et de la peinture est plus adapté à l'enfant, en raison de son plus grand contenu, à la fois conscient et inconscient. Et, le dessin proprement dit demeure la forme d'expression la plus répandue et la préférée des enfants par rapport aux autres formes expressives (Ferraris, 1980).

L'art constitue une autre forme de communication (Salant, 1979). À travers le dessin, l'image devient un instrument d'expression et de communication qui est presque toujours plus efficace que les mots pour l'expression d'émotions (Ferraris, 1980). En dessinant, l'enfant n'est pas conscient qu'il se projette à travers des symboles et c'est probablement parce qu'il ne le sait pas qu'il déploie si librement son imagination (Ferraris, 1980). En fait, aucun dessin ne peut se résumer à être purement narratif, mais plutôt symbolique. L'utilisation de symboles en fait une activité sublimée. Au même titre que le jeu, le dessin constitue l'expression symbolique ou la traduction immédiate des angoisses, des désirs, des problèmes et des conflits vécus par les enfants (Debienne, 1973; Klein, 1930). Compte tenu que le dessin est une activité sublimée, il constitue à la fois une voie privilégiée de l'expression du Moi et une voie d'accès au monde inconscient et fantasmatique de l'enfant. Au moyen de l'utilisation des symboles, qui permettent de

prendre une distance par rapport aux conflits, aux angoisses et aux pulsions du Moi, l'activité graphique en favorise l'expression chez l'enfant. Sans cette distance, le Moi ne pourrait les affronter (Loranger, 1972).

D'ailleurs, certains scénarios forts angoissants ne peuvent être exprimés qu'à travers le jeu, le dessin ou d'autres modes d'expression qui facilitent l'expression libre de l'anxiété et la libération de ses inhibitions (Coudert et al., 1992). Le dessin devient un indice de l'état affectif de l'enfant. Et, en dessinant ses conflits, il les dédramatise; transposés sur le papier, les problèmes affectifs deviennent moins anxiogènes (Ferraris, 1980). Cependant, Kramer (1971) croit que les enfants éprouvant des problèmes affectifs importants peuvent afficher une certaine résistance à contacter leur monde intérieur à travers le dessin. Incapables de faire face à de nouvelles situations, ils préfèrent user d'un certain conservatisme au moyen de répétitions stéréotypées et rigides dans leur dessin, témoignant souvent de leurs problèmes d'adaptation.

Pour Piaget (1964), le jeu symbolique permet à l'enfant d'utiliser un moyen de s'adapter à son environnement physique et social qu'il ne peut encore dominer; moyen non pas motivé par l'adaptation au réel, mais plutôt par une assimilation du réel au moi, dépourvue de contraintes et de sanctions. Et, le langage auquel l'enfant doit s'adapter constitue l'instrument essentiel de son adaptation sociale. Il a donc besoin d'un moyen d'expression qui lui est propre, c.-à-d. le langage symbolique (Cantron & Winnykamen, 1995).

D'après Jung, les symboles constituent des :

transformateurs d'énergie : l'énergie inconsciente, inassimilable sous forme de symptômes névrotiques, est transformée en énergie qui pourra être intégrée dans le comportement conscient grâce au symbole, que celui-ci provienne d'un rêve

ou de toute autre manifestation de l'inconscient. (...) L'énergie du symbole provient justement de ce qu'il exprime dans une image une expérience qui, en raison de sa complexité et de son caractère unique, ne peut être formulée d'une manière intellectuelle. (...) L'expérience est là pour prouver qu'ils [les dessins] sont porteurs d'une énergie fortement positive. C'est parce qu'ils tirent leur origine de l'inconscient qu'ils ont le pouvoir de forcer celui-ci à abandonner son emprise malsaine et à libérer les énergies créatrices. (Adler, 1992, p.55, p.67, p.76).

Silk et Thomas (1990) croient également que le dessin permet à l'enfant d'atteindre une certaine maîtrise de ses problèmes. En les transposant sur un dessin, l'enfant apprend en quelque sorte à mieux contrôler ses propres sentiments et réactions. Cette idée est associée au concept d'assimilation à travers le jeu de Piaget.

Par ailleurs, la valeur de l'expression graphique comme traitement des troubles émotionnels est de plus en plus reconnue (Di Leo, 1973). La peinture et le dessin conviennent particulièrement aux enfants éprouvant une problématique de retrait social. Le retrait social implique une rupture dans la communication, une difficulté à s'exprimer verbalement et certains enfants se retirent socialement devant l'impossibilité d'être entendu et compris. L'acte de peindre ou de dessiner répond à ce besoin de communiquer et ces moyens d'expression peuvent devenir des contenants, par exemple de la colère, et leur permettre souvent d'expérimenter une libération immédiate. Le fait de rassembler dans un dessin ce qu'il veut dire et qu'une autre personne soit présente pour tenter de le comprendre, peut amener l'enfant à s'ouvrir pour la première fois. Le retrait social est souvent le reflet d'un niveau élevé de censure chez l'enfant. Une image n'est pas « nommée »; ce qui constitue un moyen d'échapper à la censure (Higgins, 1991). Ainsi, tous les moyens permettant de détourner la censure et de maintenir une communication avec l'enfant devraient être privilégiés (Horowitz, 1971). La peinture, le dessin, etc. doivent

être perçus comme un phénomène transitionnel servant de pont entre l'inconscient et la conscience, entre le Soi et le monde extérieur, un peu comme le rêve (Higgins, 1991).

De plus, l'inhibition est un moyen de défense qui ne favorise pas l'émergence de l'imaginaire de l'enfant : soit qu'il est pauvre ou qu'il ne le livre tout simplement pas. Le refoulement derrière l'inhibition ne peut pas être mis à jour brusquement, mais il doit plutôt procéder d'une symbolisation par le jeu, le dessin ou le conte (Crombez & Gillemot, 1989). En outre, l'enfant inhibé au niveau de la parole trouvera probablement plus de facilité à exprimer ses expériences dans ses dessins (Silk & Thomas, 1990).

Au-dessous de dix ans, le dessin est une forme de langage qui s'avère être plus efficace que la parole. Toutefois, après onze ans, le dessin devient trop conventionnel et est empreint d'un réalisme plat, sans valeur expressive (Widlöcher, 1971).

Aspect Relationnel et Thérapeutique

Cependant, le dessin d'enfant n'est pas seulement un moyen de développement de la créativité de l'enfant, pas plus qu'il ne se limite à être un indice de sa maturité. Il doit être envisagé moyen d'enquête et d'échange avec le milieu social, avec le monde adulte qui l'entoure. La famille et l'école sont des groupes sociaux qui jouent un rôle fondamental dans la vie de l'enfant. Ce dernier, tel une éponge absorbe ce que vit son entourage (p. ex., joies, tristesses), observe les attitudes de l'adulte et modèle son comportement en fonction de celles-ci. Les diverses formes de jeux de l'enfant naissent de son rapport avec le monde extérieur. Il joue le rôle de l'adulte et se représente les rapport des « grands » et de la société avec lui-même. Les représentations graphiques de ses rapports sociaux donnent la possibilité à l'enfant de prendre pied dans la réalité du monde adulte et

d'exprimer inconsciemment les difficultés dans ses rapports avec autrui. Le jeu, et particulièrement le dessin, deviennent pour ainsi dire des activités à caractère social (Ferraris, 1980).

Par ailleurs, en plus d'être un outil de diagnostic ayant fait l'objet de nombreuses publications pour de multiples problèmes ou troubles, le dessin possède en lui-même un caractère potentiellement créatif lui permettant d'être un moyen thérapeutique efficace; que ce soit lorsqu'il est utilisé uniquement comme moyen d'expression et de maturation sur le plan intellectuel et affectif ou lorsqu'il sert à approfondir les rapports enfant-adulte dans un contexte psychanalytique (Ferraris, 1980; Jung, 1966). Debiene (1973, p. 10) voit également le dessin comme un moyen d'expression qui constitue une ressource thérapeutique dans une relation thérapeute-enfant : « le dessin de l'enfant est avant tout une méthode d'approche, jamais une fin, mais un possible dialogue, une confiance. L'oeuvre d'enfant est bien loin de cet effort tendu vers la beauté. Il nous ramène au seul problème qui le concerne, celui de la relation ».

Dans un même ordre d'idées, Jung (1966) considère que l'élément clé du processus thérapeutique est le lien d'attachement qui se crée entre l'enfant et l'intervenant(e). Ce lien activerait le processus de guérison, alors que le dessin en favoriserait le développement.

D'après Debiene (1973, p. 92), l'essentiel n'est nullement le dessin en tant que tel, ni même l'interprétation qu'on en tire et qu'on livre à l'enfant et il serait faux de croire que seule l'interprétation est la clé du problème. « L'essentiel est, en réalité, la relation thérapeutique qui se crée et la façon dont elle s'engage qu'elle soit cathartique, relationnelle, ou psychanalytique ». De l'avis de Silk et Thomas (1990), les principaux facteurs

déterminant l'efficacité d'un processus thérapeutique semblent être les qualités personnelles du thérapeute et ses habiletés empathiques vis-à-vis de son client.

Toutefois, Widlöcher (1965) précise l'importance de disposer de psychothérapeutes ayant une formation leur permettant de connaître les différentes attitudes thérapeutiques, là où le dessin est utilisé. Cette précaution vise à éviter une transformation de la relation thérapeutique en activité purement éducative où, notamment, des signes de régression chez l'enfant pourraient ne pas être observés et assumés par le thérapeute non expérimenté. Et, l'anxiété est susceptible de s'exprimer à travers la régression (Rubin, 1987).

Technique du Dessin Périodique

Globalement, le dessin périodique constitue une technique d'intervention où un intervenant(e) rencontre un enfant individuellement sur une base régulière, pendant 20-25 minutes, et lui demande de faire un dessin libre. La production en série de dessins, partagée avec la présence d'un adulte de confiance, seraient à la base de l'activation du potentiel de guérison et de croissance de l'enfant (Allan, 1978).

Les travaux de John Allan (1978) sur cette technique originent du besoin des professeurs du préscolaire et du niveau primaire ainsi que des conseillers scolaires de trouver des moyens d'aider certains élèves perturbés sur le plan émotionnel (p. ex. : comportements destructeurs, peurs, dépressions), sans avoir à les référer. Le dessin périodique constitue un des moyens qui fut privilégié. Suivant la préférence et les besoins de l'enfant, cette méthode peut être appliquée à différents médiums d'expression dont le jeu de sable, la peinture, l'argile, le psychodrame/jeu dramatique et l'écriture expressive (Allan, 1992).

La base de cette technique s'inspire en grande partie de Carl Gustav Jung qui croyait, notamment, qu'en période de stress, tout individu pouvait se tourner vers son inconscient et y trouver une source de guérison. Jung voyait l'inconscient non pas uniquement comme un réservoir d'émotions refoulés, mais plutôt comme une voie menant au monde intérieur des émotions et pouvant constituer une foyer de transformations et de santé psychologiques. À ses yeux, l'art expressif donne accès directement au monde inconscient, teinté de sentiments et d'images, et c'est essentiellement cet équilibre entre les demandes du monde extérieur et les besoins du monde intérieur qui est garant d'un bien-être psychologique.

Les objectifs de ce type d'intervention comportent deux volets : l'établissement d'une relation de confiance intervenant(e)-enfant et, à travers la répétition spontanée de thèmes, favoriser l'expression symbolique de l'inconscient et du potentiel de guérison de la psyché (Allan, 1978). D'une part, son but est de mettre l'accent sur certains aspects de la relation d'attachement parent-enfant. En accord avec Bowlby (1982) et Jung (1966), Allan (1978) croit que les difficultés émotionnelles sont le reflet d'une perturbation des premiers liens d'attachement. En donnant l'occasion à l'enfant de vivre une expérience alternative d'attachement, celle-ci permet de libérer les tensions, de rétablir à nouveau des sentiments de sécurité et, ainsi, d'aboutir à un comportement plus adapté. De plus, Jung (1966) estime qu'il est primordial de croire aux habiletés que possède l'individu pour résoudre ses propres problèmes, en autant qu'un cadre thérapeutique adéquat est fourni. Le cas échéant, la présence de l'intervenant(e) a une action sur le potentiel de guérison de l'enfant, dont le contexte favorise l'expression et la résolution de conflits. En fait, l'environnement proposé par l'intervenant(e) devrait être le reflet d'une attitude positive inconditionnelle, favorisant l'établissement d'une relation de confiance et disposant l'enfant à dessiner et à s'exprimer

verbalement (Allan, 1992). D'ailleurs, nombreux sont les écrits faisant état de l'importance des qualités individuelles d'un thérapeute et de son empathie envers le client pour favoriser la réussite d'un processus thérapeutique (Silk & Thomas, 1990).

D'autre part, cette technique vise à permettre à l'inconscient d'exprimer de façon symbolique (dessin, peinture, histoire, plasticine) les conflits intérieurs et, graduellement, passer d'une étape constituée d'images destructrices ou effrayantes à une phase où les symboles sont davantage positifs et constructifs. Selon Jung (1966), les modifications de comportements de l'enfant ne sont rendues possibles qu'en permettant à l'inconscient de parler à travers les symboles. À travers son mode symbolique, le dessin en particulier permet une expression sécurisante des émotions. La feuille blanche devient « l'espace sécurisant » sur lequel les projections sont apposées (Allan, 1992). Et, l'action même de dessiner favorise chez l'enfant une sorte de maîtrise des pulsions émanant de son inconscient; les symboles agissant alors comme des contenants de certains sentiments (Allan, 1992; Jung, 1968). Cette expression sécurisante favorise le travail de l'inconscient; aboutissant à l'expression de nouvelles images et, du même coup, de nouveaux sentiments (Allan, 1992).

Par ailleurs, l'interprétation des dessins d'enfants peut s'avérer nécessaire dans certains cas (Allan, 1992). Toutefois, le plus souvent elle n'est pas indispensable, puisque la signification est comprise sur un mode symbolique (Allan, 1978) et, la plupart du temps, le dessin est en lui-même thérapeutique (Salant, 1979).

Jung (1966) insiste particulièrement sur l'importance que l'intervenant(e) doit accorder à la production elle-même de l'enfant et à la vision sérielle des dessins (ou d'autres formes d'expression symbolique), plutôt qu'à une analyse de chacun d'eux de façon isolée.

La succession des dessins donne la possibilité de cerner le thème évolutif qui se dégage des dessins ; thème parfois insoupçonné dans le discours verbal de l'enfant (Debienne, 1973). Et, la répétition d'un même contenu, dans une séquence de dessins libres qui s'étendent sur une certaine période, a généralement une signification touchant l'individu. Une répétition stéréotypée peut être révélatrice d'un problème d'ordre affectif, d'un conflit non résolu. Une fois le problème résolu, cette répétition devrait prendre fin (Ferraris, 1980). Cette répétition de dessins semble particulièrement importante pour les enfants de huit à neuf ans car, selon Brittain et Lowenfeld (1987), elle reflèterait un besoin de trouver un équilibre dans leur environnement. De l'avis de Brault (1994), le processus répétitif constituerait un support conduisant l'enfant à chercher des solutions face à un problème qui l'affecte. Dans un même ordre d'idées, Torrance (1965b) précise que la résolution de problème exige d'élargir la vision de ce même problème, afin de le redéfinir; ce que permet la production sérielle de dessins libres. Pour Allan (1992), la progression du thème, à travers une série de plusieurs dessins, témoigne d'un changement au niveau des conflits de l'enfant et d'une évolution sur le plan affectif.

La technique du dessin périodique comporte également quelques précisions méthodologiques, dont il importe de faire mention. Le premier entretien est l'occasion de se présenter devant l'enfant en lui expliquant le but des rencontres et les paramètres de la recherche (tâche à exécuter, but des dessins, durée des rencontres, fréquence, secret professionnel), afin de mettre l'enfant en confiance. Un exemple de cette consigne est donnée dans la partie du déroulement de l'expérimentation. De plus, lors de cette première rencontre avec l'intervenant(e), Allan précise l'importance de choisir le médium créatif le plus adapté aux besoins de l'enfant.

Afin d'assurer à l'enfant un développement au cours des interventions, certaines variables relatives au temps et à l'espace requis sont d'une importance capitale, puisqu'elles contribuent à fournir des repères sécurisants : les rencontres devraient le plus possible avoir lieu au même endroit et au même temps. Ces conditions s'inspirent d'une perspective jungienne qui conçoit que, jumelées à une alliance thérapeutique positive, elles stimulent les forces de guérison au niveau de la conscience. Des représentations mentales, symbolisées ou exprimées concrètement, sont alors reproduites pour favoriser la croissance psychologique (Allan, 1992).

Avec les enfants perturbés - légèrement et modérément - sur le plan émotionnel, Allan (1978, 1992) mentionne que la technique du dessin périodique se déroule selon trois principaux stades qui semblent se caractériser par des images ou des thèmes typiques. Sur 10 rencontres, le premier stade ou stade initial s'étend de la 1^{ère} à la 3^e session; période pendant laquelle le monde intérieur de l'enfant et ses problèmes semblent se projeter sur les dessins, de même qu'un manque de contrôle interne et des sentiments empreints de désespoir. Cette étape représente une occasion d'établir un premier lien avec l'intervenant(e); lequel est susceptible d'être symbolisé dans le dessin sous diverses formes.

De la 4^e à la 7^e rencontre, le stade intermédiaire permet l'expression pure de certains sentiments (p. ex., dépression, colère, tristesse), dont l'ambivalence (« bon » versus « mauvais ») paraît se résorber. À cette étape, la relation intervenant(e)-enfant semble s'approfondir. Et souvent, à la fin de ce stade, le dessin constitue une sorte de pont permettant de dévoiler directement des sentiments ou des secrets résultant d'un problème significatif. Enfin, le stade final s'échelonne de la 8^e à la 10^e rencontre. Après avoir livré des sentiments douloureux, sous un mode symbolique et/ou verbal, un mouvement de

résolution de conflits semble s'amorcer assez rapidement. Les dessins illustrent davantage des images positives de sentiments de contrôle, de compétence, d'humour et de détachement vis-à-vis de l'intervenant(e). Il est essentiel de noter que la nature de même que la progression de ces divers stades n'ont fait l'objet d'aucune étude empirique.

Enfin, Allan (1992) suggère trois principales méthodes pouvant être privilégiée : non-directive, directive et partiellement directive. Une intervention non directive implique que le sujet sait intuitivement ce qu'il veut dessiner ou ce qu'il a besoin de dessiner. L'intervenant(e) ne serait uniquement qu'un(e) témoin de ses productions. Avec une intervention directive, l'intervenant(e) suggère un thème ou un symbole à l'enfant. Cette méthode est particulièrement utile avec des sujets peu confiants, éprouvant des problèmes de retrait social et semblant embarrassés au point d'éprouver de sérieuses difficultés à produire un dessin libre. Le fait de suggérer un thème semble apporter une aide particulière à ce types d'enfants; thème pouvant être proposé jusqu'à temps que l'enfant soit en mesure de le choisir lui-même. Enfin, la méthode partiellement directive se concentre sur un symbole ayant un sens particulier pour l'enfant et pouvant constituer une force centrale pour son développement affectif. Ainsi, à chacune des 4e à la 6e rencontre, l'intevenant(e) demande au sujet de dessiner ce symbole. En fait, quatre à six semaines seraient nécessaires à la fois à la psyché, pour enregistrer des changements, et à l'enfant, pour développer une nouvelle attitude ou relation avec ce symbole-clé.

Hypothèses de Recherche

Notre présomption quant aux effets bénéfiques que la technique de dessin périodique pourrait avoir sur les symptômes d'anxiété et les sentiments de solitude repose, d'une part, sur les travaux cliniques effectués par Allan (1978, 1992). Cette technique a été

particulièrement destinée à aider des enfants ayant des perturbations affectives, telles que des comportements destructeurs, des dépressions et des peurs. Allan (1992) ne mentionne pas dans ses écrits qu'il s'est penché sur la problématique de l'anxiété. Or, des relations entre l'anxiété et la peur ont déjà été établies. Les travaux de Campbell, Friedman et Okifuji (1991) font ressortir de façon significative que certaines peurs (échec, critique, inconnu) peuvent servir de prédicteurs de l'anxiété générale d'un enfant. Selon ces mêmes auteurs, un sujet qui affirme avoir peur des situations impliquant des interactions sociales est susceptible d'obtenir un score plus élevé d'anxiété générale. Par ailleurs, compte tenu des difficultés qu'engendraient les tentatives de distinguer les concepts de la peur et de l'anxiété, Spielberger (1977) décida d'intégrer le concept de la peur dans la mesure de l'anxiété. Par conséquent, la peur et l'anxiété peuvent être facilement très liées. On peut ainsi présumer que les interventions cliniques de Allan concernant les problématiques liées à des peurs pouvaient être également associés à des symptômes d'anxiété. De plus, cette technique s'est penchée sur des problèmes de types internalisés; catégorie dans laquelle se retrouve l'anxiété.

D'autre part, le dessin en lui-même comporte des vertus ou des qualités qui lui sont propres. Il constitue particulièrement un médium qui facilite l'expression de sentiments anxieux chez l'enfant (Coudert et al., 1992) et favorise l'expression émotionnelle des enfants aux prises avec des problématiques de retrait social et d'inhibition (Crombez & Guilleminot, 1989), c.-à-d. des problématiques de types internalisés. Phénomène transitionnel, servant de pont entre l'inconscient et le conscient, entre le Soi et le monde extérieur (Ferraris, 1980; Higgins, 1991; Loranger, 1972), le langage du dessin est plus adapté à l'enfant en raison de son riche contenu symbolique inconscient et conscient (Ferraris, 1980). L'acte de dessiner répond à un besoin de communiquer et ce moyen d'expression peut alors servir de contenant (Allan, 1992; Higgins, 1991) face à divers états

affectifs (p. ex., la colère), pouvant même favoriser une libération immédiate (Higgins, 1991). Les problèmes affectifs dessinés sur le papier seraient dédramatisés et deviendraient moins anxiogènes (Ferraris, 1980). Et, en-dessous de 10 ans, le dessin constitue la forme de langage et de communication plus efficace que les mots (Widlöcher, 1971) et la forme d'expression la plus répandue et la préférée des enfants (Ferraris, 1980). Par conséquent, ces études et ces observations nous portent à croire que la technique de dessin périodique pourrait apporter ses bienfaits aux enfants éprouvant à la fois des symptômes d'anxiété et des sentiments de solitude, c.-à-d. des problèmes internalisés. Nos hypothèses de recherche sont donc les suivantes :

1. Parmi le groupe d'enfants présentant des symptômes d'anxiété, ceux qui participent à l'intervention proposée seront moins anxieux au terme de la démarche que ceux qui ne participeront pas à l'intervention.
2. Une amélioration concomitante des sentiments de solitude sera observée suite à l'intervention.

Méthodologie

Participants

L'échantillon de référence est constitué de 230 enfants de 3e et 4e année provenant de deux écoles de la Commission scolaire de la Jeune-Lorette, à Loretteville; 106 élèves répartis dans sept classes de l'école de La Chanterelle, à Val-Bélair, et 123 élèves réunis dans huit classes à l'école Jules-Émond, également située à Val-Bélair. Au total, 394 enfants avaient été sollicités dans les deux écoles. Les pourcentages de participation, de refus et de non-réponses sont sensiblement les mêmes dans les deux écoles. À l'école de La Chanterelle, les parents ont accepté de participer au projet dans une proportion de 59%. Ils ont refusé dans 34% des cas et 7% d'entre eux n'ont pas donné de réponses. À l'école Jules-Émond, les pourcentages sont respectivement de 58%, de 36% et de 6%.

L'âge des enfants varie entre 8 et 11 ans; l'âge moyen étant de 8,7 ans. Ce critère de sélection repose sur trois points. Premièrement, dans cette catégorie d'âge, l'intérêt de l'enfant envers le dessin est susceptible d'être toujours présent. En effet, de 11 à 15 ans, l'adolescent privilégie davantage le langage verbal; diminuant ainsi son intérêt envers l'expression graphique (Dubuc & Dubek, 1984). Deuxièmement, le choix de ce groupe d'âge est fonction de l'habileté de l'enfant à répondre de façon personnelle à un questionnaire relatif aux sentiments qu'il ressent. Troisièmement, la prévalence des troubles anxieux semble plus élevée à l'âge de 8 ans (Kashani & Orvaschel, 1990).

L'échantillon de recherche est composé de 30 enfants présentant un degré élevé d'anxiété parmi l'échantillon de référence; le critère utilisé étant le 75e percentile à l'*Échelle révisée d'anxiété manifeste de l'enfant* (RCMAS : Reynolds & Richmond, 1985). Cet échantillon se divise en deux groupes : un groupe expérimental de 15 élèves fréquentant l'école de La Chanterelle et un groupe contrôle constitué de 15 élèves inscrits à l'école

Jules-Émond¹. Ces deux groupes ont été appariés en fonction des facteurs suivants : le niveau d'anxiété, le sexe et le niveau scolaire.

Matériel

De façon uniforme pour chaque rencontre et chaque enfant, le matériel de cette recherche était constitué d'une feuille blanche 8 1/2 X 11 (placée horizontalement), d'une boîte de 13 crayons de couleurs Crayola et d'un crayon de plomb HB. Ce matériel a été utilisé à des fins d'intervention et non d'évaluation du groupe expérimental.

Instruments de Mesure

Échelle d'anxiété : *Échelle révisée d'anxiété manifeste de l'enfant (RCMAS : Reynolds & Richmond, 1985)*

La RCMAS mesure le degré et la nature de l'anxiété chez les enfants et les adolescents âgés de 6 à 19 ans. Constituée de 37 items faciles à lire, même pour les jeunes enfants de niveau élémentaire, son administration individuelle ou en groupe exige que l'enfant réponde par l'affirmative ou la négative, selon son accord ou son désaccord à la phrase proposée. L'échelle permet d'obtenir un score global d'anxiété (28 items) et les scores de quatre sous-échelles : les signes physiologiques de l'anxiété (facteur 1; 10 items) , la préoccupation et l'hypersensibilité (facteur 2; 11 items), les difficultés de concentration et les inquiétudes-préoccupations sociales (facteur 3 : 7 items) ainsi qu'une échelle de mensonge (9 items).

¹ Le groupe contrôle et le groupe expérimental n'ont pas été sélectionnés dans la même école pour des raisons d'éthique. Si nous avions fait ce choix , il aurait été inapproprié d'identifier des enfants ayant des symptômes d'anxiété dans le groupe contrôle et de ne pas intervenir en cas de besoins. Il aurait alors fallu établir une liste d'attente. Pour des raisons de contrainte de temps et de ressources humaines, cette option n'a pu être retenue. C'est la raison pour laquelle, l'accès à une autre école de la même région a permis de constituer un groupe contrôle.

Les trois facteurs sont similaires à ceux issus d'une étude antérieure (Finch, Kendall, & Montgomery, 1974); ce qui indique une validité de construit élevée (Husain & Kashani, 1992). Quant à la validité concomitante, Reynolds (1980) rapporte une corrélation élevée entre la RCMAS et les scores d'anxiété de trait du *State-Trait Anxiety Inventory for Children* (Spielberger, 1973).

La fidélité test-retest après une et cinq semaines d'intervalle sont respectivement de .88 et de .77. Cependant, après cinq semaines, la fidélité des facteurs 2 et 3 diminue à environ .60 (Coury, Genshaft, Mulick & Wisniewski, 1987). Après une période de neuf mois, la fidélité test-retest pour le score d'anxiété total donne un coefficient de .68 (Reynolds, 1981) et une consistance interne de .83 (Reynolds & Richmond, 1985). Quant à la présente étude, le coefficient de fidélité s'élève à .54, après une période de cinq mois. Par ailleurs, l'échelle a été normalisée auprès d'une population de 5,000 enfants et adolescents, incluant les classes spéciales constituées d'élèves surdoués ou présentant des problèmes d'apprentissage. Enfin, la traduction française provient du Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille (GREDEF/UQTR).

Échelle de solitude : *Questionnaire de solitude pour enfants (CLQ : Asher & Wheeler, 1985)*

Cette échelle a pour objectif de mesurer le sentiment de solitude chez les enfants au moyen de 24 items : 16 d'entre eux sont associés au sentiment de solitude, de compétence sociale ainsi qu'à une évaluation subjective du statut social. Les enfants sont alors appelés à se demander si chaque affirmation les concerne toujours, quelquefois ou jamais. Les 8 autres « filler » items, qui ne sont cependant pas compilés, sont également inclus afin d'aider les

enfants à relaxer et à favoriser l'expression de leurs sentiments (exemple : « j'aime la musique »). La normalisation de l'échelle a été effectuée auprès de 200 enfants de la 3e à la 6e année d'une école élémentaire. Une excellente consistance interne de .90, pour les 16 items principaux, ainsi qu'une corrélation test-retest de .55 suggèrent une bonne fidélité de l'échelle à long terme, c.-à-d. sur une période d'un an (Asher et al., 1990; Both, Borys, Bream, Franke, Freigang, & Hymel, 1983).

Sur le plan de la validité, les sentiments de solitude ont été associés de façon significative au statut sociométrique de l'enfant. Les enfants au statut social peu élevé ont rapporté davantage de sentiments de solitude et d'insatisfaction sociale que ceux témoignant d'une plus grande acceptation par les pairs (Asher, Hymel, & Renshaw, 1984). De plus, des corrélations ont été établies entre des mesures d'adaptation sociale et de solitude; cette dernière serait notamment reliée positivement aux comportements de retrait social (Brown & Renshaw, 1993). La version francophone de cette échelle est celle utilisée au GREDEF/UQTR.

Dossier clinique de l'enfant

Un dossier clinique a été monté pour chacun des 15 enfants principalement en raison de trois motifs. Premièrement, la présence de plusieurs intervenantes impliquait une uniformisation des interventions dans le temps et dans la forme. Deuxièmement, les informations recueillies étaient utilisées dans le but d'ajuster les interventions, selon les besoins individuels de l'enfant. Troisièmement, les renseignements seront utilisés ultérieurement, afin de fournir des informations qualitatives au sujet du suivi individuel de certains sujets. Chacun des dossiers comprenait :

Informations ou hypothèses supplémentaires : toute information des parents, de l'enseignant ou de l'enfant lui-même, permettant de cerner davantage la problématique de l'enfant et d'orienter les interventions, si besoin il y avait (voir Appendice C).

Feuille de route : où était inscrite la date de chacune des rencontres ainsi que les changements aux rencontres prévues et les raisons les justifiant (voir Appendice D).

Suivi hebdomadaire : après chaque rencontre, étaient notés le temps de latence et le temps d'exécution du dessin, le verbatim, les thèmes abordés, les événements spéciaux, les émotions exprimées par l'enfant et l'intervenante ainsi que les commentaires sur la rencontre, afin de préparer la rencontre suivante (voir Appendice E).

Évaluation de l'intervention : une grille-maison servant à évaluer chacune des rencontres au niveau de l'attention, de l'indépendance émotionnelle, des réactions durant l'intervention, du langage/expression et de la relation intervenante-enfant (voir Appendice F).

Événements particuliers : tout renseignement relatif à des situations pouvant s'être produites entre des élèves, entre des élèves et des professeurs, dans une classe, dans l'école; risquant d'avoir une incidence sur les interventions (p. ex.: la mort d'un(e) élève, d'un(e), enseignant(e), etc. (voir Appendice G).

Déroulement

Intervenantes. La recherche a exigée la participation de quatre intervenantes qui ont été recrutées dans le programme de baccalauréat en psychologie à l'UQTR. Chacune de ces personnes entamait sa troisième année de formation, en vue de poursuivre ses études de

maîtrise en psychologie. Leur intérêt dans ce projet a été pris en considération. Une rencontre plus formelle, au tout début, a permis de les informer davantage sur les objectifs, les formalités et les exigences de la recherche. Par la suite, l'équipe se rencontrait ensemble ou séparément, selon les besoins, avant ou après chacune des interventions avec les enfants. Plusieurs mémos leur ont été fournis lors de ces rencontres, afin qu'elles aient en main des éclaircissements et des précisions relatifs à certains points concernant les interventions. Afin d'assurer le suivi des 15 enfants, chacune des intervenantes avait sous sa responsabilité deux enfants à rencontrer individuellement, chaque semaine; l'expérimentation s'échelonnant sur 10 semaines². Afin de répartir également les enfants au niveau du sexe, chaque intervenante n'avait pas plus d'un garçon ($N=4$). Une seule d'entre elle n'avait que des filles. L'expérimentatrice, pour sa part, était responsable du suivi de sept enfants, incluant un garçon.

Évaluations et interventions auprès des enfants. Avant la passation des tests, une lettre de consentement a été envoyée à tous les parents des enfants de 3e et de 4e année fréquentant les deux écoles (voir Appendice H).

Évaluations. Une évaluation a d'abord été faite avec l'ensemble de l'échantillon de référence, du 25 au 30 d'octobre 1996; période précédant les examens de la 1ère étape scolaire. L'homogénéité de l'évaluation est fonction de la période d'administration et des conditions de passations des test. Les dates très rapprochées ont permis d'assurer une certaine homogénéité dans l'administration des tests dans les deux groupes. Afin de s'assurer que les élèves répondent à toutes les questions, chaque item a été lu à haute voix.

² Lorsqu'il est question des interventions, les termes rencontre(s) et session(s) seront utilisés comme des synonymes.

Avec les premiers groupes, des précisions sur les items n'étaient apportées que s'il y avait interrogation. Au fil des rencontres, si les mêmes interrogations se répétaient régulièrement, la précision était donnée avant que l'élève ne la demande. Toutefois, les conditions de passation des tests n'ont pas été facilitantes et non homogènes dans les deux écoles. En effet, les élèves du groupe expérimental ont été rencontrés par groupe de 12 à 17 enfants et les élèves du groupe contrôle par groupe de 17 à 48 enfants.

Suite à l'administration des tests, l'échantillon de recherche a été formé et les parents des 15 enfants du groupe expérimental ayant obtenu les scores d'anxiété les plus élevés ont été contactés. Chacun a consenti à poursuivre les étapes de la recherche et a fourni un minimum d'informations permettant d'avoir une idée de la situation affective de l'enfant. Aucun des enfants ne présentait un diagnostic de troubles anxieux. D'autres informations ont été recueillies par téléphone, au début du mois de janvier, correspondant au milieu du processus d'intervention, dans le but de savoir s'il y avait des améliorations, des régressions ou (statut quo) si aucun changement n'avait été observé. Pour certains enfants, des ajustements pouvaient être envisagés et apportés aux interventions.

Interventions. Bien qu'Allan, dans son approche de dessin périodique, souligne l'importance de choisir un médium d'expression le plus adapté à chacun des sujets, la recherche s'est particulièrement penchée sur le dessin pour trois raisons. D'abord, afin d'uniformiser les interventions, le choix devait se fixer sur un seul moyen d'expression; bien que des modifications aient dû être effectuées au cours des rencontres dans le but de répondre aux besoins individuels des enfants. Des détails à cet effet seront décrits plus loin. Ensuite, le contexte théorique décrit précédemment nous porte à croire qu'il s'agit du moyen de communication le plus répandu et le préféré des enfants (Ferraris, 1980). Enfin, l'intérêt de l'enfant pour le dessin a été considéré. À la question : « j'aime faire du dessin »

de notre instrument de mesure sur la solitude, 12 enfants du groupe expérimental ont répondu « vrai » et trois ont inscrit « parfois vrai, parfois faux ». Aucun d'entre eux n'a coché « faux ».

Les 15 élèves du groupe expérimental ont reçu une intervention hebdomadaire. Le rythme de l'enfant et sa difficulté à s'exprimer étant respectés, la durée des interventions a fortement varié, compte tenu que l'exécution des dessins a pris entre 2 et 25 minutes. Une majorité de dessins, soit 45, (30%) ont été exécutés entre 16 et 20 minutes; comparativement à 22 (15%), en 5 minutes et moins; 33 (22%), entre 6 et 10 minutes et, enfin, 14 dessins (9%) réalisés entre 21 et 25 minutes. La méthode utilisant des crayons de plomb ne requiert en principe qu'une vingtaine de minutes d'intervention au maximum. L'utilisation de crayons de couleur peut exiger une rencontre variant entre 40 et 50 minutes (Allan, communication personnelle). La couleur a été privilégiée compte tenu de ses valeurs thérapeutiques (Allan, 1992; Allan & Tompson, 1985) et de la possibilité de disposer d'une période de 45 minutes.

Chacun des 15 enfants a été rencontré individuellement dans le même local (sauf à de rares exceptions) avec la même personne, et ce, afin d'assurer la stabilité thérapeutique suggérée par Allan. L'expérimentation s'est étalée sur 10 rencontres : cinq rencontres réparties sur les cinq semaines précédant les fêtes (11 novembre au 18 décembre 1996) et cinq autres s'échelonnant sur huit semaines suivant la période des fêtes (9 janvier au 7 mars 1997)³. Cette répartition a été choisie en raison de l'impossibilité d'offrir les 10 rencontres entièrement durant la période automnale.

³ Après les fêtes, la deuxième partie de l'expérimentation a été plus longue en raison des conditions climatiques, de l'état de santé et de la résistance des enfants, des journées pédagogiques, des sorties ou autres activités scolaires.

Quant aux nombres de sessions, son choix repose sur deux raisons particulières. D'une part, Allan souligne que 6 à 12 semaines sont en moyenne nécessaires pour entamer un processus d'intervention avec des enfants aux prises avec des perturbations émotionnelles légères à modérées. De façon spécifique, l'auteur précise que des changements significatifs avec cette clientèle sont susceptibles d'être apparents entre 6 à 10 rencontres. Dans le cas de perturbations plus sévères, il peut être indispensable de rencontrer l'enfant durant une période variant entre six et neuf mois, avant de pouvoir observer une évolution significative (Allan, 1978).

D'autre part, une autre recherche sur le dessin périodique et le développement de la créativité (Brault, 1994) s'est échelonnée sur une période de huit sessions. Les conclusions de cette étude recommandaient cependant un nombre accru de rencontres. Compte tenu de cette recommandation et que, dans notre cas, la problématique anxieuse des enfants n'était pas considérée comme sévère, notre choix s'est donc fixé à 10 sessions.

Lors de la première rencontre avec l'enfant, l'intervenante profite de ce premier contact pour donner quelques explications sur le but et le déroulement des rencontres ainsi que sur la confidentialité des rencontres, dans un souci de le mettre à l'aise et de créer une relation de confiance. Une consigne commune a été utilisée pour tous les enfants :

Bonjour (prénom de l'enfant), je m'appelle (nom de l'intervenante). Moi aussi je vais à l'école et j'étudie à l'université en psychologie. Tu sais ce que ça veut dire? (échange avec l'enfant sur ce qu'il connaît de l'université et de la psychologie) aider des enfants comme toi, pour qu'ils se sentent mieux dans leur tête et dans leur coeur. Tu sais, on va à l'école pour apprendre, mais quelquefois, c'est plus difficile et on a besoin de se faire aider

parce qu'on ne se sent pas bien. Cette année, on vient faire une petite recherche à ton école (échange avec l'enfant sur ce que ça signifie pour lui). Pour cette recherche, je voudrais te rencontrer une fois par semaine et j'aimerais que, pendant cette rencontre, tu me fasses un dessin libre avec les crayons de couleur et que tu choisisses toi-même le sujet. Tu sais que dessiner et parler peut aider les enfants comme toi à se sentir mieux? Alors, on va se voir 10 fois (5 avant Noël et 5 après Noël). Nos rencontres auront toujours lieu le (jour de la semaine fixé), durant l'heure du dîner, pendant environ 20 minutes. Mais, s'il arrive qu'un (jour de la semaine fixé) il y ait une journée pédagogique, une tempête ou une autre raison qui fait que tu ne puisses pas me rencontrer, on devra reprendre la rencontre avant Noël. Pendant que nous serons ensemble, tu seras libre de me parler de ton dessin et de tout ce que tu veux. C'est très important que tu saches que tout ce que tu me diras restera seulement entre nous, sauf si tu me donnes la permission d'en parler. Et, pour que les choses restent entre nous, j'aurai besoin de garder tes dessins. On inscrira ton nom, la date et le titre au verso de chacun des dessins et je les garderai précieusement dans une chemise comme celle-ci, sur laquelle ton nom est inscrit. Et, si tu crois que, lors d'une rencontre, tu as oublié de me dire quelques choses, tu pourras m'en reparler la prochaine fois, si tu le veux ou si tu en as besoin. C'est comme ça que je vais pouvoir mieux te connaître et t'aider. Est-ce que tu comprends? Aimerais-tu me poser quelques questions?

À chaque rencontre, l'enfant était donc invité à produire un dessin libre. Particulièrement lors des premiers entretiens, le rôle des intervenantes lors de l'exécution du dessin se limite à de l'écoute active, c.-à-d. à une technique non-directive, afin de ne pas interrompre l'activité graphique. Aucune question n'est posé à l'enfant; chacune des intervenantes répond essentiellement aux questions de l'enfant, sans briser les périodes de silence qu'il lui impose. De plus, aucune note n'est prise. Ce n'est qu'à la fin de la période que l'enfant est appelé à raconter une histoire ou à parler de son dessin, sans

toutefois être forcé. L'enfant y donne un titre et l'inscrit au verso de son dessin (au crayon de plomb) ainsi que son nom et la date. Si besoin il y a, l'intervenante le fait à sa place. Le dessin est conservé dans un chemise personnalisée, tel que décrit dans la consigne, et toutes les feuilles de son dossier sont complétées après chaque rencontre. Le contenu du dossier clinique de l'enfant a été personnalisé selon les besoins de la recherche. Allan (1992) n'apporte aucune précision à ce sujet.

Au fil des rencontres, certains enfants ont éprouvé des difficultés face à la production d'un dessin libre, se manifestant notamment par des problèmes à communiquer leurs sentiments et à s'impliquer dans la tâche. Pour cette raison, des alternatives ont dû être privilégiées, notamment à l'aide d'histoires métaphoriques et de questions indirectes (ex. : faire parler les animaux...). De plus, la méthode d'approche directive d'Allan (1992), imposant un thème à l'élève, a été utilisée en moyenne vers la septième et la huitième rencontre (correspondant à la fin du stade intermédiaire et au début du stade final du processus d'intervention), dans le but de favoriser la participation de l'enfant et de stimuler l'expression de ses émotions. Cette étape permettait de revenir ensuite à la méthode non-directive; laquelle a été adoptée systématiquement pour la dernière rencontre, avec tous les enfants.

Tel que conseillé par Allan, les difficultés d'expression de l'enfant doivent effectivement être respectées, spécialement lors des premières rencontres, afin de faciliter le lien de confiance intervenant(e)-enfant. Toutefois, selon l'expérience de l'auteur, certains enfants présentent des difficultés à exprimer ce qu'ils ressentent, particulièrement au mitan du processus d'intervention (stade intermédiaire), c.-à-d. entre la 4e et la 7e session. L'intervenant(e) doit à ce moment être plus actif(ve) et utiliser une méthode plus directive au moyen de techniques d'interprétation et de confrontation; bien qu'Allan (1978) considère

que l'interprétation ne soit généralement pas nécessaire, puisque la signification est déjà connue au niveau symbolique.

Bien que dans le cadre de cette étude, l'analyse de chaque dessin ait été faite après chaque rencontre, l'objectif des rencontres n'était pas d'y donner une priorité par rapport au processus graphique, comme le propose Allan (1992). Le contenu graphique, les réactions des enfants, les supervisions des intervenantes, etc. ont été tout aussi importants pour comprendre le cheminement de l'enfant et ajuster les interventions en fonction de ses besoins et de ses préférences.

Lors des dernières étapes de la démarche thérapeutique, l'enfant a notamment besoin d'être préparé au processus d'intervention qui prendra fin. Cette étape implique de favoriser chez l'enfant une verbalisation des stratégies dont il peut faire usage, lorsqu'il éprouve des difficultés (Allan, 1992). Afin d'y arriver, des stratégies de résolutions de problèmes ont été adaptées aux besoins de chaque enfant du groupe expérimental, lorsque celui-ci était incapable d'en trouver lui-même. Bien qu'Allan suggérait de donner les dessins à l'enfant, à la toute fin des rencontres, cette démarche n'a pas été suivie, sauf dans le cas d'un parent qui en a fait la demande et dont l'accord a été donné par l'enfant.

Finalement, le taux de participation des enfants se chiffre à 100%, malgré que trois d'entre eux aient éprouvé de sérieuses réserves face à la poursuite des rencontres. Dans ces situations, la décision finale ne relevait aucunement des parents; l'entière liberté était laissée à l'enfant de continuer ou de laisser tomber sa participation au projet.

Post-test. Suite aux 10 périodes d'intervention, les deux groupes - 15 élèves du groupe expérimental et 124 élèves du groupe contrôle⁴ - ont été soumis à une seconde évaluation les 13 et 14 mars 1997; dates correspondant au début de la 3e étape scolaire. Comme pour le prétest, l'évaluation combinait l'échelle d'anxiété et l'échelle de solitude. Étant donné que quatre données sont jugées manquantes dans le groupe contrôle, l'échantillon de référence du post-test a été réduit à 135 élèves. Par la suite, 15 enfants du groupe contrôle ont été appariés aux 15 enfants du groupe expérimental. L'homogénéité des 2 groupes de recherche (expérimental versus contrôle) a été réalisée en fonction de 3 critères : le sexe, l'âge et le niveau d'anxiété au prétest. Dans les deux groupes, nous avons apparié 4 garçons (27% de l'échantillon) et 11 filles (73% de l'échantillon) dont l'âge peut varier de deux ans au maximum et dont le niveau d'anxiété diffère tout au plus de trois points.

En guise de remerciement pour leur participation à cette recherche, chaque élève du groupe expérimental a reçu un petit cadeau (crayons) ainsi qu'un diplôme attestant leur participation au projet de recherche et soulignant certaines qualités caractérisant chacun d'eux. Chacun des parents des élèves du groupe expérimental a été rencontré au mois d'avril 1997, par l'intervenante ayant suivi leur enfant. Un court rapport écrit sur les changements observés ou non sur le plan qualitatif et quantitatif leur a été donné ainsi que des recommandations et des outils ou guides pouvant leur servir en cas de besoins (livre de Jean Monbourquette, contes métaphoriques, cassettes de relaxation...). Quant aux parents du groupe contrôle ayant demandé des résultats de leur enfant, un rapport écrit leur a été

⁴ Cette procédure a été utilisée dans le but de ne pas identifier nommément les enfants du groupe contrôle ayant un niveau d'anxiété plus élevé que les autres; ce qui aurait pu créer une situation embarrassante sur la plan éthique.

expédié par la poste. En dernier lieu, deux enfants ainsi que leurs parents ont été rencontrés afin d'obtenir le consentement des deux parties, relativement à la publication de certaines copies de leurs dessins (voir Appendice H). Il en sera question dans la section « discussion ».

Résultats

Tel que mentionné précédemment, les hypothèses de recherche supposent premièrement que, parmi le groupe d'enfants présentant des symptômes d'anxiété, ceux qui participent à l'intervention proposée seront moins anxieux au terme de la démarche que ceux qui ne participent pas à l'intervention. Deuxièmement, une amélioration concomitante des sentiments de solitude devrait être constatée suite à l'intervention.

Analyse des Données

L'analyse des scores d'anxiété globale fournis par les élèves se base sur le score total d'anxiété de l'*Échelle révisée d'anxiété manifeste de l'enfant* (RCMAS) pouvant varier de 0 à 28 (28 items). Selon Reynolds et Richmond (1985), certains enfants assez anxieux sont susceptibles d'obtenir un score très bas ou nul au RCMAS; ce qui risque de fausser l'estimation réelle du niveau d'anxiété. Par ailleurs, les auteurs recommandent d'analyser avec précaution les scores se situant à deux écarts-types ou plus de la moyenne. La cueillette d'informations supplémentaires s'avère alors nécessaire afin de valider les scores obtenus. Les trois sous-échelles d'anxiété constituent notamment un moyen d'obtenir d'avantage d'informations sur la nature de l'anxiété particulière à l'enfant.

L'étude des scores des sous-échelles d'anxiété se fonde sur les scores maximums de chacune d'elle qui s'élèvent à 10 pour les signes physiologiques de l'anxiété (facteur 1), à 11 pour la préoccupation et l'hypersensibilité (facteur 2) et à 7 pour les difficultés de concentration et les inquiétudes-préoccupations sociales (facteur 3). Les scores les plus élevés témoignent d'une plus grande anxiété. Un score élevé au facteur 1 suggère que l'anxiété de l'enfant est typiquement associée à une réponse physiologique. Un score élevé au facteur 2 suppose que l'enfant intériorise son anxiété et doit se sentir submergé par ses tentatives pour s'en libérer. Enfin, le facteur 3 associé à un score élevé serait indicateur

d'une incapacité de l'enfant à vivre selon les attentes des personnes significatives; convaincu d'être moins bon, moins efficace et moins capable que les autres. De plus, ce facteur témoignerait de difficultés de concentration éprouvées par l'enfant sur le plan scolaire ou dans d'autres tâches qui lui sont assignées (Reynolds & Richmond, 1985).

L'échelle de mensonge du RCMAS permet d'obtenir des scores bruts variant entre 0 et 9 (9 items). Selon les auteurs, un score standardisé en fonction de l'âge et du sexe, au-dessus de 13, pourrait invalider le test dans la mesure où l'enfant peut exprimer un intense besoin de désirabilité sociale et démontrer une image positive non fondée, communément appelé « faking good ». Aucun enfant du groupe de recherche ($N=30$) n'a obtenu un score au prétest nous permettant d'invalider leur test. Cependant, au post-test, deux enfants du groupe expérimental ont obtenu des scores standardisés au-dessus de 13.

En ce qui concerne le *Questionnaire de solitude pour enfants* (CLQ), constitué de 24 items, les huit « filler » items (2, 5, 7, 11, 13, 15, 19, 23) ne sont pas comptabilisés. Onze items (3, 6, 9, 10, 12, 14, 17, 18, 20, 21, 24) ont des scores inversés et cinq items sont non-inversés (1, 4, 8, 16, 22). Les items cochés « vrai » valent un point, les items cochés « parfois vrai/parfois faux » valent trois points et les items cochés « faux » valent cinq points; le score total de solitude peut donc varier de 16 à 80. Les scores les plus élevés sont associés à de plus grands sentiments de solitude.

Des analyses de variance à mesures répétées ont été utilisées afin de vérifier les hypothèses de recherche. Les variables dépendantes (scores d'anxiété et score de solitude) ont été examinées en fonction de la variable indépendante (groupe expérimental versus contrôle).

Présentation des Résultats

Des analyses descriptives nous permettent de comparer le groupe de recherche ($N=30$) avec le groupe de référence ($N=230$), au prétest et au post-test, en ce qui a trait à l'âge et aux scores d'anxiété et de solitude.

Comme le Tableau 1 l'indique, les enfants sélectionnés dans le groupe de recherche obtiennent un score moyen d'anxiété totale (22.58) beaucoup plus élevé que les enfants du groupe référence (11.59). Un test t nous permet de confirmer que les différences de moyennes sont significativement plus élevées pour le groupe de recherche en ce qui regarde à la fois les scores d'anxiété ($t(258) = 9.20, p < .001$) et les scores de solitude ($t(258) = 4.52, p < .001$). Le faible écart-type (2.41) du groupe de recherche au niveau des scores d'anxiété témoigne de son homogénéité (> 75e percentile). La variance des scores de solitude (11.08) est cependant plus étendue. Par ailleurs, on constate que le scores moyens de solitude du groupe référence augmentent au post-test, passant de 31.49 à 32.57, alors que ceux du groupe de recherche diminuent légèrement, passant de 41.31 à 37.68.

Tableau 1

Analyse Descriptive de l'Âge, des Scores d'Anxiété et de Solitude
en Fonction du Prétest et du Post-test du Groupe Référence et du Groupe de Recherche

Variables		Groupe référence		Groupe de recherche	
		Prétest	Post-test	Prétest	Post-test
Âge	<i>M</i>	8.73	9.20	8.60	9.03
	<i>ÉT</i>	.72	.82	.67	.76
	<i>Min.</i>	8	8	8	8
	<i>Max.</i>	11	12	10	11
		(N=229)	(N=135)	(N=30)	(N=30)
Anxiété totale	<i>M</i>	11.59	10.79	22.58	15.60
	<i>ÉT</i>	6.48	6.99	2.41	7.33
	<i>Min.</i>	0	0	19	1
	<i>Max.</i>	27	27	27	27
		(N=230)	(N=135)	(N=30)	(N=30)
Solitude	<i>M</i>	31.49	32.57	41.31	37.68
	<i>ÉT</i>	12	14.89	11.08	13.96
	<i>Min.</i>	16	16	26	16
	<i>Max.</i>	68	80	64	80
		(N=227)	(N=135)	(N=30)	(N=30)

Les analyses de variance relativement aux scores d'anxiété totale, des sous-échelles d'anxiété et de solitude du groupe de recherche sont compilés au Tableau 2. En ce qui concerne les scores d'anxiété totale, les résultats révèlent que le temps (entre le prétest et le post-test), peu importe le groupe - expérimental ou contrôle - est associé à une diminution des scores d'anxiété ($F(1,28) = 22.15, p < .001$). Il n'y a cependant pas de différence significative concernant l'effet groupe ($F(1,28) = .01, p > .05$). L'effet croisé du temps et du groupe ($F(1,28) = .53, p > .05$) est également non significatif.

L'analyse des résultats aux sous-échelles d'anxiété rapporte sensiblement les mêmes conclusions. Peu importe le groupe - expérimental ou contrôle -, le temps est associé à une diminution des scores pour le facteur 1 ($F(1,28) = 18.74, p < .001$), pour le facteur 2 ($F(1,28) = 12.87, p < .001$) et pour le facteur 3 ($F(1,28) = 20.37, p < .001$). Il n'y a aucune différence significative concernant l'effet groupe, pour le facteur 1 ($F(1,28) = .36, p > .05$), pour le facteur 2 ($F(1,28) = .01, p > .05$) et pour le facteur 3 ($F(1,28) = .42, p > .05$). Enfin, aucun effet croisé du temps et du groupe du facteur 1 ($F(1,28) = .20, p > .05$), du facteur 2 ($F(1,28) = .26, p > .05$) et du facteur 3 ($F(1,28) = 1.32, p > .05$) n'est significatif.

Tableau 2

Analyse de Variance des Scores d'Anxiété Totale, des Sous-Échelles d'Anxiété
et de Solitude du Groupe de Recherche

Variables	Effet temps			Effet groupe			Temps x Groupe		
	Carré moyen	<i>F</i> (1.28)	<i>P</i>	Carré moyen	<i>F</i> (1.28)	<i>P</i>	Carré moyen	<i>F</i> (1.28)	<i>P</i>
Anxiété totale	730.60	22.15	***	.24	.01	ns	17.42	.53	ns
Sous-échelles									
Facteur 1 ^a	101.40	18.74	***	1.67	.36	ns	1.07	.20	ns
Facteur 2 ^a	81.67	12.87	***	.07	.01	ns	1.67	.26	ns
Facteur 3 ^a	58.02	20.37	***	2.02	.42	ns	3.75	1.32	ns
Solitude	198.26	2.13	ns	285.73	1.27	ns	1.54	.02	ns

** $p < .01$; *** $p < .001$; ns non significatif

Facteur 1 : signes physiologiques

Facteur 2 : préoccupation et hypersensibilité

Facteur 3 : difficultés de concentration/inquiétudes-préoccupations sociales

Quant aux résultats aux scores de solitude, aucun n'est significatif. Le temps ne contribue pas à diminuer de façon significative les scores de solitude ($F(1,28) = 2.13$, $p > .05$). Il n'y a aucune différence significative concernant l'effet groupe ($F(1,28) = 1.27$, $p > .05$). Et, l'effet croisé du temps et du groupe n'est pas significatif ($F(1,28) = .02$, $p > .05$). Les scores bruts du groupe de recherche en ce qui touche l'anxiété totale, les sous-échelles d'anxiété et la solitude, au prétest et au post-test, sont regroupés dans l'Appendice I.

Ainsi, les résultats aux analyses de variance nous permettent de constater qu'il y a eu une baisse significative des scores d'anxiété, entre le prétest et le post-test, et une baisse non significative pour les scores de solitude. Cependant, cette baisse statistique des scores d'anxiété est sensiblement identique dans le groupe expérimental et le groupe contrôle. Par conséquent, nos hypothèses de recherche voulant qu'une baisse des scores d'anxiété, associée à une baisse concomitante des scores de solitude, seraient attribuables à l'intervention effectuée dans le groupe expérimental se trouvent infirmées.

Compte tenu du caractère clinique de cette recherche, il semblait approprié de jeter un regard sur les différences de scores d'anxiété, au prétest et au post-test, pour chacun des enfants du groupe expérimental et du groupe contrôle. Dans chaque groupe, huit enfants manifestent une diminution de 5 points ou plus de leur score d'anxiété totale entre le prétest et le post-test. Une changement de cette magnitude se situe au-delà de l'erreur-type de la mesure. La baisse moyenne obtenue par les huit enfants du groupe expérimental est de 14.8, tandis qu'elle est de 10.5 pour les huit enfants du groupe contrôle. L'examen des scores des sept autres enfants de chaque groupe, c.-à-d. ceux dont les scores ne changent pas significativement et ceux dont les scores augmentent, indique que, sur ce plan, les deux groupes sont essentiellement identiques. Ces informations suggèrent que, lorsqu'il y a

diminution de l'anxiété chez les enfants, celle-ci est plus prononcée dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle.

Finalement, l'intervention au moyen de cette technique de dessin périodique supposait en partant qu'une méthode non-directive était utilisée. Cependant, 13 des 15 enfants, soit 87% du groupe expérimental, ont nécessité une méthode directive (une à trois reprises suivant les cas) à partir de la 2^e moitié de la démarche. De ce nombre, 8 sur 13 (62%) présentent une diminution de leur anxiété de 5 points ou plus. Il se pourrait donc que certains aspects de l'intervention soient associés à un impact différentiel sur l'anxiété des enfants du groupe expérimental. Ces aspects seront explorés dans la prochaine section consacrée à une discussion des résultats.

Discussion

« Aucune théorie, à elle seule, ne peut suffire à définir complètement ne serait-ce qu'un seul ensemble d'observations cliniques. » (Traduction libre) (Gedo & Golberg, 1973, p. 172)

L'objectif de la présente recherche visait à évaluer l'impact d'une intervention préventive de dessin périodique en examinant ses effets sur le niveau d'anxiété ressenti par des enfants fréquentant l'école primaire (3e et 4e année). Le but consistait également à examiner l'impact de l'intervention sur le niveau de solitude en raison des liens existant entre celle-ci et les phénomènes d'anxiété; les deux faisant partie de problèmes de type internalisés. Contrairement aux observations cliniques qu'a faites John Allan sur les effets bénéfiques du dessin périodique relativement à diverses problématiques en milieu scolaire, nous n'avons pu démontrer de façon empirique de tels effets en ce qui touche les symptômes d'anxiété ou de solitude. Cette section sera l'occasion, d'une part, de fournir des éléments d'explications en regard des résultats statistiques non significatifs. D'autre part, elle apportera des informations qualitatives ou cliniques, non compilées sur le plan quantitatif, mais qui s'avèrent indispensables pour examiner l'application et les effets potentiels de la technique de dessin périodique.

Perspective Statistique

Rappelons d'abord que les élèves du groupe expérimental ont été appariés avec ceux du groupe contrôle, notamment en fonction du sexe. Cet échantillon comptait 4 garçons (27%) et 11 filles (73%); lesquels ont obtenu les scores d'anxiété les plus élevés à l'échelle d'anxiété. Ces chiffres vont dans le sens de la plupart des études confirmant que la plus forte prévalence des sujets obtenant des scores plus élevés ou des symptômes plus nombreux au niveau de l'anxiété regroupe des sujets féminins (Coudert et al., 1991;

Crockett, Gates, Hubbard, & Lineberger, 1988; Demangeon, 1973; Douglas & Rice, 1979; Luz & Ziv, 1973; Mazur, Sandler, & Wolchik, 1992; Mouren-Siméoni et al., 1993; Martin, Meyers, & Phillips, 1972; Reynolds & Richmond, 1978; Satyarthi, 1979).

Parmi les facteurs pouvant justifier l'absence de résultats significatifs sur le plan statistique, il y a notamment la passation des tests eux-mêmes. D'une part, les conditions de passation n'ont pas été homogènes dans les deux écoles. Dans le groupe contrôle, entre autres, plusieurs classes ont dû être jumelées ensemble pour le prétest; ce qui a eu pour effet de créer une atmosphère assez difficiles pour la passation du test. La situation a pu contribuer à augmenter artificiellement la tension et le niveau d'anxiété des élèves du groupe contrôle. D'autre part, il est important de mentionner que la passation du prétest s'est effectuée juste avant une période d'examens, pour les deux groupes; tandis que le post-test s'est déroulé après une période d'examens. À lui seul, cet élément a probablement fait varier les niveaux d'anxiété au post-test; lequel aurait dû être administré également avant une période d'examens. De plus, on peut émettre l'hypothèse qu'on a assisté à une régression vers la moyenne du groupe contrôle.

En ce qui concerne l'échelle de mensonge dans le groupe expérimental, deux scores au post-test risquaient d'invalider le test. Il est important de préciser qu'il s'agit de deux élèves qui ont présenté des symptômes d'anxiété assez complexes. Ces sujets ont pu manifester un certain désir de plaire à l'expérimentatrice. Par contre, le dernier entretien avec les parents a effectivement permis de confirmer les résultats dénotant une amélioration satisfaisante de la situation affective de chacun d'eux.

Par ailleurs, le nombre de rencontres avec le groupe expérimental fixées à 10, compte tenu des conclusions de l'étude de Brault (1994) et des durées moyennes d'intervention

proposées par Allan (1978, 1992), n'a probablement pas été suffisant, particulièrement pour les enfants éprouvant des problématiques plus lourdes. Dans le groupe expérimental, certains élèves semblaient aux prises avec de forts symptômes d'anxiété s'exprimant notamment par des angoisses de séparation et/ou des phobies scolaires et même des comportements violents. On peut supposer que les symptômes d'anxiété de ces enfants constituaient possiblement des troubles anxieux déjà présents, mais non diagnostiqués avant les interventions; aucun des parents n'en ayant fait mention. En effet, malgré qu'Allan n'ait pas conseillé cette étape dans ses écrits, la présente étude s'est quand même basée sur de brèves informations recueillies par téléphone auprès d'un des parents, pour connaître un peu plus la problématique de l'enfant. Ces informations ont probablement été insuffisantes pour contrer le phénomène de sous-diagnostic des troubles anxieux décrit précédemment dans les recherches. Dans d'autres études de ce genre, une évaluation préalable plus rigoureuse, au moyen d'une entrevue, permettrait sans doute d'obtenir plus d'informations cliniques sur la présence possible de troubles anxieux.

De plus, bien qu'Allan n'ait jamais mentionné la possibilité d'une telle démarche, le dessin périodique a dû être conjugué à d'autres stratégies d'intervention similaires (métaphores thérapeutiques, etc.), et ce, dans le but d'apporter un soutien thérapeutique adéquat. L'ajout de ces stratégies nous porte à croire que des ajustements à la technique de dessin périodique devraient être effectués, et ce, au moyen d'une intervention plus large.

Par ailleurs, face aux perturbations plus sévères de certains élèves, il nous est permis de présumer que ces derniers n'ont probablement pas été en mesure de boucler le stade intermédiaire du processus de dessin périodique, tel que proposé par Allan (1978, 1992). Rappelons que ce stade se déroule entre la 5^e et la 8^e rencontre et est caractérisé notamment par l'expression pure de sentiments (ex. : colère, tristesse), dont l'ambivalence semble se

résorber. De plus, on observerait un approfondissement de la relation intervenant(e)-enfant. Par conséquent, les trois stades du processus d'intervention suggérés par Allan (1978, 1992) ne se sont pas toujours déroulés tel qu'il l'avait décrit.

L'un de ces élèves présentait particulièrement des comportements de violence physique à la maison et il éprouvait de sérieuses difficultés à faire le deuil d'un grand-père qui lui était cher. Tout au long des rencontres, sa gentillesse et sa douceur contrastait fortement avec la situation familiale. La mère a souligné qu'il aimait énormément plaire et faire plaisir (voulant même offrir un cadeau à la fin). Au terme des 10 sessions ou rencontres, la mère s'est dite satisfaite et a mentionné qu'elle avait relevé des changements de comportements de son enfant. Le cas de cet élève sera plus détaillé dans la partie « perspective clinique ». L'autre élève éprouvait des angoisses de séparation très marquées, qu'il avait du mal à contrôler. Timide, très peu mature, « gâté » par la mère, il avait de la difficulté à grandir et à prendre des responsabilités. Voulant interrompre les rencontres, il prit la décision de poursuivre. Toutefois, la mère croit que la décision était pour lui faire plaisir. Les réponses au post-test ont peut-être été choisies dans le but de plaire également à l'expérimentatrice. Lors de la dernière rencontre, la mère a précisé qu'il prenait davantage de responsabilités, malgré qu'il trouvait cela difficile.

Perspective Clinique

Ces propos nous amènent à rendre compte de certaines observations de nature clinique. Le but de cette étape n'est aucunement d'invalider les résultats statistiques non significatifs, mais plutôt de nuancer le champ d'application de la méthode d'intervention par le dessin périodique notamment en termes de contenu, de durée, de type d'approches et de stratégies complémentaires. Cette méthode a eu des résultats concluants avec certains

enfants. Qu'est-ce qui fait que cette technique d'intervention ait été concluante pour des élèves et non pour d'autres? Face à cette interrogation, nous nous appliquerons à illustrer sur le plan clinique le cas d'un enfant pour qui le dessin périodique a eu des effets bénéfiques et un autre cas pour qui ces effets ne se sont pas fait sentir. Le premier cas est une fille, que l'on nommera Josianne par souci d'anonymat⁵, et elle a 8 ans. L'information clinique est appuyée par des données quantitatives qui corroborent l'amélioration satisfaisante ou non de ces deux enfants sur le plan des problèmes internalisés, c.-à-d. en ce qui touche autant le niveau d'anxiété que les sentiments de solitude.

L'information recueillie au téléphone, lors du premier entretien avec la mère, nous renseigne sur un suivi thérapeutique que Josianne a eu durant moins d'un an. Cette thérapie s'est terminée au mois de septembre, à peine deux mois avant le début du projet, et le motif de consultation était relié aux comportements agressifs de Josianne. Selon la mère, il n'y a eu aucune amélioration de la situation d'agressivité qui prévalait dans la famille. Josianne empruntait encore des comportements d'agression physique envers son frère et particulièrement envers sa mère, allant jusqu'à briser des objets (murs, porte...) dans la maison. Immature, elle était très anxieuse et fine manipulatrice, mais très chaleureuse et serviable. Elle avait également peur de la mort. Il n'y a aucune prise de médication. Au niveau du prétest d'anxiété, Josianne se situait au 99e percentile et le prétest de solitude la plaçait au 63e percentile.

Tout au cours du processus, les thèmes de la tristesse, de la colère et de l'anxiété sont centraux. Dès la première rencontre, Josianne témoigne de son besoin d'aide en dessinant un homme à la mer lors d'un naufrage (voir Appendice J). Elle est très anxieuse,

⁵ Les caractéristiques de chaque enfant ont été modifiées afin de ne pas permettre leur identification et, ainsi, conserver leur anonymat.

particulièrement à travers la gestuelle de son corps et son discours volubile, où elle passe régulièrement d'un sujet à un autre. Défensive, elle cache une forte agressivité lors de la 2e rencontre, où elle dessine une maison dans laquelle elle dit se trouver avec une carabine de chasse. Une tristesse est également présente, lors de la 3e rencontre, alors qu'elle recommence au verso un dessin (un animal) pour lui donner une allure plus gaie. À la 4e rencontre, elle évoque cette tristesse qui sera niée et rationalisée, malgré les propos relatifs à l'enterrement de son grand-père qu'elle affectionnait tant. Ces propos mentionnés avant l'exécution du dessin nous portent à croire que le thème de l'orage électrique et de la foudre (voir Appendice K) correspondent vraisemblablement au décès du grand-père et que cet événement constitue une étape pivot pour les futures interventions avec Josianne.

Étant donné la situation d'agressivité à la maison et cet important deuil, une approche directive est utilisée de la 6e à la 9e rencontre, considérant que la relation de confiance intervenante-enfant est assez bonne. Le but est de toucher au thème de la colère que Josianne semble nier tout autant que celui de la tristesse. Le thème dirigé de la 6e rencontre est de dessiner ce qu'il est advenu de l'arbre frappé par l'orage électrique (4e rencontre). Cette 6e rencontre permet à Josianne d'aborder verbalement le thème de la tristesse par rapport à son grand-père, et ce, pour la 1ère fois. Lors de la 7e rencontre, le thème demandé est de dessiner l'arbre qui brûlait et qui se sentait mal lors de la 6e rencontre. Cette 7e rencontre permet à Josianne d'évoquer ce malaise face à l'orage ainsi qu'une urgence d'agir, car un enfant risque de mourir. Pour la 8e rencontre, le thème demandé sera le dessin de l'arbre qui, la semaine précédente, était triste et fâché. Le thème de la tristesse est clairement représenté par les larmes de l'arbre (voir Appendice L) et le thème d'urgence de la dernière rencontre, relaté verbalement par Josianne, se transformera en cri de détresse relatif à une incapacité de parler de sa colère (verbatim dessin). Enfin, l'approche directive de la 9e rencontre consiste à demander à Josianne de dessiner l'arbre

qu'elle qualifiait de « fâché », lors de la rencontre précédente. Ce 9^e dessin exprimera nettement le thème de la colère, observable par les poings et les dents de l'arbre (voir Appendice M); thème qui sera source de grande anxiété, observée particulièrement dans son agitation nerveuse. À ce stade, Josianne précise également un point important : l'enfant sait qu'il ne mourra pas; conséquence probable du thème du courage abordé lors de la 8^e rencontre. La 9^e rencontre constitue une occasion rêvée d'aborder avec elle des alternatives relatives à l'expression de ses sentiments de colère, qu'elle a l'habitude d'exprimer physiquement. On assiste ici à une évolution évidente des thèmes; évolution probablement facilitée par les approches directives utilisées.

Bien que d'autres interventions auraient permis de poursuivre ce thème de la colère, le dernier entretien avec la mère laisse entendre que ces 10 sessions ont déjà aidé à diminuer les comportements agressifs de Josianne; elle se dit même surprise que la thérapie précédente n'ait pas pu en faire autant. Selon elle, l'agressivité serait moindre en termes de fréquence et d'intensité et Josianne serait moins impulsive et se contrôlerait mieux. Les scores du post-test d'anxiété la plaçaient au 3^e percentile et pour les sentiments de solitude, les scores accusaient une baisse la plaçant au 12^e percentile.

Le deuxième cas est un garçon qui a 9 ans. Toujours par souci d'anonymat, il se nommera Kevin. La première conversation téléphonique avec le père nous indique que Kevin ne prend aucune médication et qu'il est suivi en orthopédagogie, pour des difficultés dans des matières de base. L'année précédant cet entretien téléphonique, il a également reçu une thérapie par le jeu durant six mois; suivi thérapeutique qui n'aurait donné aucun résultat. Le motif de consultation touchait particulièrement les difficultés relationnelles avec sa mère et ses frères. Malgré son grand potentiel, il ne manifeste aucune motivation scolaire, affirmant même que l'école est une perte de temps. Très nerveux, stressé et

fermé, il est agressif envers ses frères et particulièrement envers sa mère qu'il voit rarement. Incapable d'exprimer à cette dernière sa peine, il en ferait subir les conséquences aux autres membres de la famille. Le prétest d'anxiété le plaçait au 96e percentile et il se situait au 88e percentile au niveau des sentiments de solitude.

En analysant le dossier de Kevin, on constate que la tristesse, la colère et l'anxiété sont des thèmes centraux qui se répètent de façon régulière, dans la représentation graphique, dans le verbatim ou dans ses comportements (ex. : demande d'aller aux toilettes; pèse toujours très fort et casse régulièrement ses mines de crayons). Les appendices N et O nous donnent un aperçu de quelques thèmes. Les nombreux coeurs brisés et les larmes du clown sont symboliques d'une tristesse, dont le thème est évoqué verbalement par Kevin tout comme le thème de la colère, qui est notamment exprimée par la couleur rouge des bouches, dont la première est dessinée avec beaucoup de pression. Kevin se dit très conscient de ce qu'il dessine, particulièrement de sa difficulté à exprimer sa colère ou sa déception vis-à-vis sa mère qu'il ne voit pas assez et également vis-à-vis ses pairs. Toutefois, il se dit incapable d'exprimer directement ce qu'il ressent, craignant qu'il ne blesse quelqu'un sous l'impulsivité ou que l'apparition d'un conflit lui laisse le sentiment d'être méchant, de ne pas agir de façon adéquate (thème des « gaffes ») et d'avoir encore plus mal. La 6e rencontre est la première fois où le thème de la joie est exprimé; il a vu sa mère à Noël. Mais, le thème des « gaffes » revient à la 7e rencontre, pour la 3e fois. Une sorte de cercle vicieux lui donne le sentiment « d'être pris » (verbatim du dessin parlant d'un clown pris dans un nuage), éprouvant une certaine nostalgie de son enfance (verbatim du clown).

Compte tenu que le lien de confiance est bien établi entre l'intervenante et Kevin et étant donné que les thèmes ne semblent pas évoluer, une approche directive est envisagée

pour la 8e rencontre. Le thème imposé (dessiner une gaffe) ne donne cependant pas les résultats escomptés. Un conte métaphorique décrivant bien la situation de Kevin lui est soumis lors de la 9e rencontre. Ce n'est qu'à la 10e rencontre qu'il affirme établir le lien entre l'histoire qui lui a été raconté et sa propre situation. Il souligne alors sa volonté de parler à sa mère. Toutefois, l'appendice P nous permet de constater que Kevin demeure probablement ambivalent (vrai versus faux) face à ce qu'il doit faire. Il n'aurait donc pas eu le temps de franchir complètement la 3e étape du processus d'intervention proposée par Allan (1978, 1992). Le score obtenu au post-test relativement à l'anxiété demeure inchangé (96e percentile) et les résultats au test de solitude affichent une hausse le situant au 95e percentile.

Dans ce cas-ci, on peut supposer que Kevin aurait gagné à recevoir une intervention à plus long terme. Possiblement qu'une approche directive plus précoce aurait également pu donner de meilleurs résultats. L'ajout du conte métaphorique a constitué une sorte de pont, une stratégie complémentaire au dessin périodique qui, peut-on présumer, aurait peut-être permis à Kevin d'aller plus loin dans l'expression de ses sentiments de colère et d'agressivité, s'il avait disposé de rencontres subséquentes. La 10e rencontre terminée, il porte le désir de parler à sa mère. Toutefois, sans soutien thérapeutique, cette démarche est probablement très difficile, sinon impossible à faire. En fait, malgré l'effet thérapeutique du dessin en lui-même, il est possible de constater que l'expression graphique de la colère ne suffisait pas. Le dessin devait aboutir notamment à une action concrète dans la vie de Kevin, c.-à-d. apprendre à exprimer ses sentiments en dehors d'un cadre thérapeutique. De plus, la dernière rencontre avec le père confirme que l'appui de ce dernier était nécessaire pour faciliter les rencontres entre Kevin et sa mère. Par conséquent, le soutien familial ou la participation du père était indispensable et complémentaire au processus d'intervention avec le dessin périodique.

L'illustration de ces deux cas, jumelée aux résultats empiriques de la recherche soulèvent sans contredit plusieurs questions. Pour cette recherche, le dessin a constitué le moyen d'expression qui a été privilégié, notamment en raison d'une volonté d'uniformiser les interventions. Cependant, d'autres stratégies complémentaires ont dû être utilisées afin de répondre aux besoins des enfants. Face à ce constat, peut-on véritablement envisager de se limiter à une intervention préconisant uniquement des dessins? Allan (1978, 1992) lui-même prétendait que le choix du médium devait être adapté aux besoins spécifiques de l'enfant. Mais, ce choix devrait-il se limiter à un seul médium ou se joindre à d'autres médiums (p. ex., peinture, plasticine, argile, sable) ou d'autres méthodes similaires (p. ex., contes métaphoriques), susceptibles de favoriser les interventions avec ces problèmes de types internalisés? Notre recherche a fait ressortir la présence, chez certains enfants, de symptômes pouvant être reliés à des troubles anxieux non diagnostiqués. Ce type d'intervention à court terme, au moyen du dessin, peut-il s'appliquer ou être potentiellement bénéfique dans de tels cas. Peut-il même constituer un complément à une psychothérapie pour les enfants plus perturbés, comme dans le cas de Josianne?

Par ailleurs, la méthode directive qui a été utilisée, afin d'assurer un suivi adéquat, a permis de donner des résultats positifs. L'élève à qui cette méthode a été imposée dès la 6e rencontre (il est le seul) est celui qui a obtenu les meilleurs résultats quantitatifs en termes de baisse d'anxiété. Selon Allan (1992), la méthode directive serait particulièrement appropriés pour les enfants éprouvant notamment des problèmes de retrait social. Ces constatations nous permettent-elles de croire que cette méthode aurait avantage à être privilégiée et imposée plus tôt dans le processus d'intervention, pour des enfants aux prises avec des problèmes internalisés? En outre, est-ce qu'un nombre accru de sessions aurait

favorisé l'aboutissement des trois stades du processus d'intervention, tel que décrit par Allan (1978, 1992)?

Widlöcher (1965) mentionnait que l'utilisation du dessin requérait la présence de thérapeutes d'expérience. Or, les résultats les plus significatifs de la présente étude ont été observés chez les enfants qui étaient sous la responsabilité de l'expérimentatrice, en l'occurrence celle qui avait plus d'expériences que les quatre autres intervenantes. Ce qui nous amène à nous demander si l'expérience plus ou moins grande de ces mêmes intervenantes, qui étaient en période de rodage (dernière année de baccalauréat en psychologie), a contribué à limiter l'adaptation de cette technique d'intervention à la situation individuelle des enfants?

Comme nous avons pu l'observer, la problématique de l'anxiété constitue une perturbation émotionnelle beaucoup plus sévère qu'elle n'apparaît au départ. Peut-on supposer qu'une rencontre plus formelle, une entrevue plus structurée avec les parents auraient véritablement permis de recueillir les informations s'avérant utiles pour mieux orienter les interventions? Par exemple, le *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - Present and Lifetime Version* (K-SADS-PL : Birmaher, Brent, Kaufman & Rao, 1997) constitue une entrevue semi-structurée permettant de diagnostiquer notamment les troubles anxieux. Un tel outil de diagnostic permettrait-il de limiter l'utilisation de la technique de dessin uniquement avec des enfants dont l'anxiété s'avère plus de surface ou situationnelle? Des mesures externes (questionnaire aux parents, aux enseignants) combinées à des mesures internes, telles qu'utilisées dans cette recherche (questionnaires aux enfants), seraient-elles pertinentes pour comprendre davantage le phénomène de l'anxiété et ses problèmes associés? Et, l'analyse des dessins de ces enfants fournirait-elle des informations encore plus riches sur le plan clinique?

En outre, cette recherche a été faite dans un but préventif. Est-ce que les enfants exposés à l'intervention et ayant diminué leur degré d'anxiété sont maintenant moins à risque de manifester des troubles anxieux plus tard? Sont-ils moins à risque de manifester d'autres types de difficultés reliées à l'anxiété (p. ex., rejet par les pairs, timidité, retrait social, difficultés scolaires). Par ailleurs, une prévention primaire en milieu scolaire ne serait-elle pas la plus susceptible de limiter les lourdes répercussions que ces problématiques internalisées occasionnent sur les plans scolaire et familial? À ce titre, des études considérant d'autres aspects de l'anxiété (p. ex., rendement scolaire) seraient-elles utiles pour favoriser le développement personnel et scolaire de l'enfant? Enfin, des études sur des échantillons plus grands ainsi qu'un suivi longitudinal donneraient-ils lieu à une meilleure évaluation du caractère préventif de la technique de dessin périodique?

Conclusion

Cette étude a cherché à faire ressortir les changements de degré d'anxiété et de solitude que des enfants de niveau primaire pouvaient ressentir, après leur avoir demandé de participer à une activité préventive de dessin périodique échelonnée sur une période 10 semaines. Les résultats nous démontrent une baisse des scores d'anxiété et de solitude, qui ne sont cependant pas attribuée à l'intervention. En dépit des résultats statistiques non concluants, nous savons quand même que la magnitude des baisses d'anxiété est légèrement plus élevée dans le groupe expérimental. Ces observations suggèrent néanmoins d'être prudent dans l'énoncé de conclusions trop hâtives.

Cette recherche clinique nous a également permis de constater que la quantification des résultats ne pouvait pas faire ressortir tous les éléments observables en intervention. « En cherchant à tout prix à quantifier les observations scientifiques, on court le risque de passer simplement à côté du fond véritable de nos problèmes par le fait même que nous prétendons limiter les méthodes d'investigation et la formulation des résultats à ce qui peut être mesuré et compté » (Arnheim, 1973, p. 27). La réalité clinique s'avère souvent difficilement quantifiable. L'analyse de données qualitatives a permis de mettre en lumière des observations qui nous portent à croire que cette activité de dessin périodique a été bénéfique pour certains enfants. Le témoignage des parents, lors de la dernière rencontre formelle, corrobore ces changements positifs.

Ainsi, les résultats non significatifs sur le plan statistique et concluants, dans certains cas, sur le plan clinique s'avèrent sans contredit un leitmotiv pour pousser les recherches sur ce type d'intervention préventive auprès des enfants éprouvant des problèmes de type internalisés, particulièrement l'anxiété. Étant donné les lacunes au niveau de l'homogénéité des conditions de passation, la reprise de cette étude permettrait de voir si l'administration du prétest et du post-test dans des conditions semblables (p. ex., avant une période d'examens) modifierait les résultats de façon significative. À cela, une évaluation plus rigoureuse et une cueillette d'information plus exhaustive auprès des parents et des

enseignements seraient susceptibles de préciser le diagnostic préliminaire et, ainsi, d'éliminer les cas de troubles anxieux.

Par ailleurs, la présence d'intervenantes possédant déjà une expérience en relation d'aide avec les enfants permettrait probablement d'accroître les probabilités d'obtenir de meilleurs résultats qualitatifs et quantitatifs. En outre, l'augmentation du nombre de rencontres pourrait être établie minimalement à 12, afin de permettre aux enfants de franchir les divers stades suggérés par Allan (1978, 1992). La méthode directive pourrait être privilégiée dès le départ; proposant d'abord un HTP (maison, arbre, personne) et suggérant un thème jusqu'à temps que l'enfant soit à l'aise pour faire un dessin libre (Allan, 1992). De plus, si la créativité est un antidote à l'anxiété (Torrance, 1965a), l'ajout d'un autre médium d'expression, offrant un contexte de créativité différent du dessin (p. ex., la plasticine) et qui favorise l'expression de l'imaginaire, serait l'occasion de vérifier si l'enfant y trouve une occasion d'exprimer encore davantage ses problèmes de type internalisés.

Contrairement aux problèmes externalisés, les problèmes internalisés sont plus « silencieux », beaucoup plus subtils à détecter, que ce soit en milieu scolaire ou familial et, pour autant, ils ne sont pas moins présents. La grande souffrance qu'ils engendrent nous incite à encourager toute étude en milieu scolaire susceptible de viser la prévention, particulièrement des symptômes d'anxiété, afin d'améliorer la santé psychologique et le rendement scolaire des enfants et de minimiser les répercussions et les coûts personnels et sociaux, engendrés par une méconnaissance de la problématique elle-même et des interventions préventives possibles et indispensables. La prévention des symptômes d'anxiété s'avère sans doute beaucoup moins coûteuse que les traitements thérapeutiques; lesquels ne peuvent d'ailleurs pas être dispensés en milieu scolaire. Une problématique dont le poids à porter pour les enfants mérite qu'on s'y attarde davantage... afin « d'alléger » leur futur.

Références

- Achenbach, T. M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study. *Psychological Monographs*, 80(7, No de Série 615).
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT : Université du Vermont, Département de psychiatrie.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1979). The child behavior profile: II. Boys aged 12-16 and girls aged 6-11 and 12-16. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 47, 223-233.
- Adams, P. A., Fisher, S., Forrest, T., Owen, F. W., & Stolz, L. J. (1971). Learning disorders in children: Sibling studies. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 36 (144).
- Adler, G. (1992). *Études de psychologie jungienne : Essais sur la théorie et la pratique de l'analyse jungienne*. Genève : Georg Editeur.
- Ainsworth, M. D. S. (1982). Attachment: Retrospect and prospect. Dans C. Parkes & J. S. Sevinson (Éds), *The place of attachment in human behavior* (pp.3-30). New-York : Basic Books.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., Wall, S., & Waters, E. (1978). *Patterns of Attachment : A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J. : Erlbaum.
- Ajuriaguerra, J. (1977). *Manuel de psychiatrie de l'enfant* (2^e éd.). Paris: Masson.
- Allan, J. A. B. (1978). Serial drawing : A therapeutic approach with young children. *Canadian Counsellor*, 12, 223-228.
- Allan, J. (1992). *Inscapes of the child's world: Jungian counseling in schools and clinics* (4^e éd.). Dallas : Spring Publications.
- Allan, J., & Thompson, F. (1985). Art counselling in the elementary schools: A method of active intervention. *Guidance and counselling*, 1(2), 63-73.
- Asendorpf, J. (1990). Development of inhibition in childhood: Evidence for situational specificity and a two factor model. *Developmental Psychology*, 26, 721-730.
- Asendorpf, J. B., & Rubin, K. H. (Éds). (1993). *Social withdrawal, inhibition, and shyness*. Hillsdale, N. J. : Lawrence Erlbaum Associates.
- Asher, S. R., Hymel, S., Parkhurst, J. T., & Williams, G. A. (1990). Peer rejection and loneliness in childhood. Dans S. R. Asher & J. D. Coie (Éds), *Peer rejection in childhood* (pp.253-273). New-York : Cambridge University Press.
- Asher, S. R., Hymel, S., & Renshaw, P. D. (1984). Loneliness in children. *Child Development*, 55, 1456-1464.

- Asher, S. R., & Parker, J. G. (1987). Peer relations and later personal adjustment: are low-accepted children at risk? *Psychological Bulletin*, *102*, 357-389.
- Asher, S. R., & Wheeler, V. A. (1985). Children's loneliness: A comparison of rejected and neglected peer status. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *53*, 500-505.
- Auden, W. H. (1947). *The age of anxiety*. New-York : Random House.
- Audet, D. (1997). Anxiété normale et pathologique. *Le Bulletin Info-ATAQ*, *2*(4), 6-8.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. New-York : Basic Books.
- Berg, I. (1980). School refusal in early adolescence. Dans L. Hersov & I. Berg (Éds), *Out of School*. New-York : John Wiley & Sons.
- Beidel, D. C., Costello, A., & Turner, S. M. (1987). Psychopathology in the offspring of anxiety disorders patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *55*, 229-235.
- Blag, N., & Yule, W. (1994). School phobia. Dans N. J. King, T. H. Ollendick, & W. Yule (Éds), *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (pp.169-186). New-York : Plenum Press.
- Both, L., Borys, S., Bream, L., Franke, S., Freigang, R., & Hymel, S. (1983, Juin). *Children's attributions for social situations : Variations as a function of social status and self-perception variables*. Communication présentée à la rencontre annuelle de l'Association canadienne de psychologie, Winnipeg, Manitoba, Canada.
- Bowlby, J. (1960). Separation anxiety. *International Journal of Psychoanalysis*, *41*, 89-113.
- Bowlby, J. (1961). Processes of mourning. *International Journal of Psychoanalysis*, *62*, 317.
- Bowlby, J. (1973). Affectional bonds: Their nature and origin. Dans R. S. Weiss. *Loneliness : The experience of emotional and social isolation* (pp.38-52). Cambridge, Ma : The MIT Press.
- Bowlby, J. (1978a). *Attachement et perte: L'attachement*. Paris: P.U.F.
- Bowlby, J. (1978b). *Attachement et perte: La séparation*. Paris: P.U.F.
- Bowlby, J. (1978c). *Attachement et perte: La perte*. Paris: P.U.F.
- Bergeron, L., Berthiaume, C., Breton, J. J., Daveluy, C., Gaudet, N., Guyon, L., Houde, L., Lambert, J., Lépine, S., Saint-Georges, M., Tremblay, V., & Valla, J. P. (1994). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans, 1992 : Rapport de synthèse*. Hôpital Rivières-des-Prairies et Santé Québec, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux.

- Birmaher, B., Brebt, D., Kaufman, J., & Rao, U. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children - Present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980-988.
- Brault, D. (1994). *Le dessin périodique versus le développement de la créativité chez l'enfant*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Brittain, W. L., & Lowenfeld, V. (1987). *Creative and mental growth* (8^e éd.). New-York : Macmillan Publishing.
- Broadwin, I. T. (1932). A contribution to the study of truancy. *Orthopsychiatry*, 2, 253-259.
- Brown, P. J., & Renshaw, P. D. (1993). Loneliness in middle childhood: Concurrent and longitudinal predictors. *Child Development*, 64, 1272-1284.
- Brown, R. L. (1954). These high school fears and satisfactions. *Understanding The Child*, 23, 74-76.
- Bruininks, V. L. (1978). Peer status and personality characteristics of learning disabled and nondisabled students. *Journal of Learning Disabilities*, 11, 484-489.
- Bryan, T. H. (1974). Peer popularity of learning disabled children. *Journal of Learning Disabilities*, 7, 31-47.
- Bryan, T. H. (1978). Social relationships and verbal interactions of learning disabled children. *Journal of Learning Disabilities*, 11, 107-115.
- Burke, A., & Weiss, E. (1970). A 5- to 10-year followup of hospitalized school phobic children and adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 40, 672-676.
- Bursuck, W. (1989). A comparison of students with learning disabilities to low achieving and higher achieving students on three dimensions of social competence. *Journal of Learning Disabilities*, 22, 188-194.
- Campbell, T., Friedman, A. G., & Okifuji, A. (1991). Specific fears as predictors of generalized anxiety in children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 13, 45-52.
- Cantron, A., & Winnykamen, F. (1995). *Les relations sociales chez l'enfant : Genèse, développement, fonctions*. Paris : Armand Colin.
- Cassidy, J., Kaplan, N., & Main, M. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 66-104.
- Cassidy, J., & Kobak, R. (1988). Avoidance and its relation to other defensive processes. Dans J. Belsky & T. Nezworski (Éds), *Clinical implications of attachment* (pp.300-323). Hillsdale, N. J. : Erlbaum.

- Castaneda, A., McCandless, B. R., & Palermo, D. S. (1956). The children's form of the Manifest Anxiety Scale. *Child Development*, 27, 385-392.
- Chandler, L. A. (1985). *Children under stress: Understanding emotional adjustment reactions* (2e éd.). Springfield : Charles C. Thomas.
- Colonna, L. (1978). Les inhibitions anxieuses. *Encéphale*, 5, 439-442.
- Comité de la santé mentale du Québec. (1985). *La santé mentale des enfants et des adolescents, vers une approche globale*. Québec : Ministères des affaires sociales.
- Cooper, B., & Kedward, T. (1966). Neurotic disorders in urban practice : A 3 years followups. *J. Royal College of General Practitioners*, 12, 148-163.
- Correll, J. A., Politano, P. M., & Stapleton, L. A. (1992). Differences between children of depressed and non-depressed mothers : Locus of control, anxiety and self-esteem: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 33(2), 451-455.
- Côté, S. (1988). *L'observation de l'expression non verbale comme méthode d'évaluation de l'état anxieux*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- Coudert, A.-J., Jalenques, I., & Lachal, C. (1991). *L'enfant anxieux*. Paris: PUF.
- Coudert, A.-J., Jalenques, I., & Lachal, C. (1992). *Les états anxieux de l'enfant*. Paris : Masson.
- Coury, D. L., Genshaft, J. L., Mulick, J. A., & Wisniewski, J. J. (1987). Test-retest reliability of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale. *Perceptual and Motor Skills*, 65, 67-70.
- Crombez, Y., & Guilleminot, D. (1989). *L'enfant inhibé*. Paris: P.U.F.
- Davidson, K. S., Lighthall, F. F., Ruebush, B. K., Sarason, S. B., & Waite, R. R. (1960). *Anxiety in elementary school : A report of research*. New-York : John Wiley & Sons.
- Debienne, M.-C. (1973). *Le dessin chez l'enfant*. Paris: P.U.F.
- Dekker, D. J., & Webb, J. T. (1974). Relationship of the social readjustment rating scale to psychiatric patient status, anxiety and social desirability. *Journal of Psychosomatic Research*, 18, 125-130.
- Demandeon, M. (1973). A differential study of anxiety. *Orientation Scolaire et Professionnelle*, 4, 363-385.
- Di Leo, J. H. (1973). *Children's drawings as diagnostic aids*. New-York : Brunner/Mazel.
- Dodge, K. A. (1983). Behavioral antecedents of peer social status. *Child Development*, 54, 1386-1399.

- Douglas, J. D., & Rice, K. M. (1979). Sex differences in children's anxiety and defensiveness measures. *Developmental Psychology, 15*(2), 223-224.
- Doucet, J.-G. (1973). *L'instabilité émotionnelle et les échecs scolaires*. Mémoire de maîtrise inédit, Université Laval.
- Dubuc, B., & Dubek, S. Z. (1984). Le développement de la production d'un dessin chez les enfants de l'école primaire. *Enfance, 2*, 189-200.
- Durlak, J. A. (1977). Description and evaluation of a behaviorally oriented school-based preventive health program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45*, 27-33.
- Durlak, J. A. (1980). Comparative effectiveness of behavioral and relationship group treatment in the secondary prevention of school maladjustment. *American Journal of Community Psychology, 8*, 327-339.
- Durlak, J. A., & Jason, L. A. (1984). Preventive programs for school-aged children and adolescents. Dans M. C. Roberts & L. Peterson (Éds), *Prevention of problems in childhood* (pp.103-132). New-York : John Wiley & Sons.
- Engleson, I., Spigelman, A., & Spigelman, G. (1991). Hostility, aggression, and anxiety levels of divorce and nondivorce children as manifested in their responses to projective tests. *Journal of Personality Assessment, 56*, 438-452.
- Epstein, J. (1983). Friends among students in schools: Environmental and developmental factors. Dans J. Epstein & N. Karweit (Éds), *Friends in school: Patterns in selection and influence in secondary schools*. New-York : Academic Press.
- Erikson, E. H. (1976). *Enfance et société*. Paris : Delachaux et Niestlé.
- Falstein, E. I., Johnson, S., Svendsen, M., & Szurek, S. A. (1941). School phobia. *American Journal of Orthopsychiatry, 11*, 702-711.
- Felner R. D. (1984). Vulnerability in childhood: A preventive framework for understanding children's efforts to cope with life stress and transitions. Dans M. C. Roberts & L. Peterson (Éds), *Prevention of problems in childhood* (pp.133-169). New-York : John Wiley & Sons.
- Ferraris, A. O. (1980). *Les dessins d'enfants et leur signification*. Verviers : Marabout.
- Finch, A. J., Kendall, P. C., & Montgomery, L. E. (1974). Multidimensionality of anxiety in children: Factor structure of the Children's Manifest Anxiety Scale. *Journal of Abnormal Child Psychiatry, 2*, 331-336.
- Fisher, W. F. (1970). *Theories of anxiety*. New-York : Harper & Row.
- Florez-Lozano, J. A., & Valdes-Sanchez, C. A. (1991). L'anxiété de l'enfant dans les hôpitaux. *Psychologie Médicale, 23*, 77-83.

- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). *Stress, appraisal, and coping*. New-York : Springer.
- Forehand, R., Parker, J. B., Rickard, H., & Vosk, B. (1982). A multimethod comparison of popular and unpopular children. *Developmental Psychology, 18*, 571-575.
- Fosson, A., Haley, J., & Martin, J. (1990). Anxiety among hospitalized latency-age children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 11*, 324-327.
- Franke, S., & Hymel, S. Children's peer relations: Assessing self-perceptions. Dans B. H. Schneider, K. H. Rubin, & J. E. Ledingham (Éds), *Children's peer relations : Issues in assessment and intervention* (pp.75-92). New-York : Springer-Verlag.
- Freud, S. (1971). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris: P.U.F.
- Francis, G., Hersen, M., Kazdin, A. E., Last, C. G., & Strauss, C. C. (1987). Separation anxiety and school phobia: A comparison against DSM-III criteria. *American Journal of Psychiatry, 144*, 653-657.
- Fromm-Reichmann, F. (1959). Loneliness. *Psychiatry, 22*(1).
- Furman, W., Hartup, W. W., & Rahe, D. F. (1979). Rehabilitation of socially withdrawn, preschool children through mixed-age and same-age socialization. *Child Development, 50*, 915-922.
- Garmezy, N., & Rutter, M. (Éds) (1983). *Stress, coping, and development in children*. New-York : Mc Graw-Hill.
- Gedo, J. E., & Goldberg, A. (1973). *Models of the mind : A psychoanalytic theory*. Chicago : University of Chicago Press.
- Gibello, B. (1985). *L'enfant à l'intelligence troublée*. Paris : Paidos/Le Centurion.
- Gingras, B. (1989). *Recherche exploratoire sur les manifestations observables de l'anxiété dans des groupes scolaires de niveau primaire deuxième cycle*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Montréal.
- Gittelman, R. (1986). *Anxiety disorders of childhood*. New-York : Guilford Press.
- Gittelman, R., & Klein, D. F. (1984). Relationship between separation anxiety and panic and agoraphobic disorders. *Psychopathology, 17*, 56-65.
- Goldman, B., Jersild, A. T., & Loftus, J. J. (1941). A comparative study of the worries of children in two school situations. *J. Exp. Educ., 9*, 323-326.
- Gorsuch, R. L., Luschene, R. E., & Spielberger, C. D. (1970). *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto, Ca : Consulting Psychologists Press.

- Gouvernement du Québec. (1992). *Chacun ses devoirs. Plan d'action sur la réussite éducative*. Ministère de l'Éducation.
- Grossman, F. G. (1981). Creativity as a means of coping with anxiety. *The Arts in Psychotherapy*, 8, 185-192.
- Gutierrez, M. (1965). Intelligence supérieure et échec scolaire. *Bulletin de psychologie scolaire et d'orientation*, 14, 67-69.
- Gutkin, T. B., & Reynolds, C. R. (Éds). (1982). *The handbook of school psychology*. New-York : John Wiley & Sons.
- Haggard, E. A. (1957). Socialization, personality, and academic achievement in gifted children. *School Review*, 65, 388-414.
- Hampden-Turner, C. (1981). *Maps of the mind : Charts and concepts of the mind and its labyrinths*. New-York : Macmillan.
- Hansford, B. C., & Hattie, J. A. (1982). The relationship between self and achievement/performance measures. *Review of Educational Research*, 52, 123-142.
- Hayden, L., Hymel, S., & Tarulli, D. (1988). *Children talk about loneliness*. Compte rendu de la Conférence sur le Développement de l'Enfant de l'Université de Waterloo. Waterloo, Ontario.
- Hersov, L. A. (1985). School refusál. Dans M. Rutter & L. Hersov (Éds), *Adolescent psychiatry modern approaches* (pp.368-381). Blackwell Scientific Publications.
- Higgins, R. (1991). Treating withdrawn children by the use of art. Dans V. P. Varma (Éd.), *Truants from life : Theory and therapy* (pp.166-176). London : David Fulton Publishers.
- Hoover, J. H., & Stein, P. A. (1989). Manifest anxiety with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 22, 66-71.
- Horowitz, F. D. (1962). The relationship of anxiety, self-concept and sociometric status among fourth, fifth and sixth grade children. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65, 212-214.
- Horowitz, M. J. (1971). The use of graphic images in psychotherapy. *American Journal of Art Therapy*, 10, 156.
- Humphrey, F. D. (1988). *Teaching children to relax*. Springfield, Ill. : Charles C. Thomas.
- Humphrey, J. H., & Humphrey, J. N. (1985). *Controlling stress in children*. Springfield, Ill. : Charles C Thomas.
- Hunter, E. J., & Johnson, L. C. (1971). Developmental and psychological differences between readers and non-readers. *Journal of Learning Disabilities*, 4, 572-577.

- Husain, S. A., & Kashani, J. H. (1992). *Anxiety disorders in children and adolescents*. Washington DC : American Psychiatric Press.
- Huyghe, R. (1955). *Dialogue avec le visible*. Paris : Flammarion.
- Izard, C. E. (1972). Anxiety: A variable combinaison of interacting fundamentals emotions. Dans C. D. Spielberger (Éd.), *Anxiety : Current trends in theory and research* (Vol. 1), (pp.51-106). New-York : Academic Press.
- Johnson, J. H. (1986). *Life events as stressors in childhood and adolescence*. Beverly Hills, CA : Sage Publications.
- Jung, C. G. (1966). *The practice of psychotherapy*. New-York : Pantheon Books.
- Jung, C. G. (1968). *The structure and dynamics of the psyche*. New-York: Pantheon Books.
- Kagan, S. L., Muenchow, S., & Zigler, E. (1982). Preventive intervention in the schools. Dans C. R. Reynolds & T. B. Gutkin (Éds), *Handbook of school psychology* (pp. 774-795). New-York : John Wiley & Sons.
- Kanner, K. (1972). Hypochondriasis. Dans *Child Psychiatry* (pp. 598-607). Springfield, Ill. : Ch. C. Thomas.
- Kashani, J. H., & Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 3, 313-318.
- Kierkegaard, S. (1955). *Le concept d'angoisse*. Paris : Gallimard.
- Klein, R. G., & Last, C. G. (1989). *Anxiety disorders in children*. Newbury Park, CA : Sage Publications.
- Kohlberg, L., La Crosse, J., & Richs, D. (1972). The predictability of adult mental health from childhood behavior. Dans B. B. Wolman (Éd.), *Manual of child psychopathology*. New York : McGraw-Hill.
- Kramer, E. (1958). *Art Therapy in a children's community*. Springfield, Ill. : Charles C Thomas.
- Kramer, E. (1971). *Art as Therapy with children*. New-York: Schocken Books.
- Labonté, S. (1989). *Trait d'anxiété et troubles de la personnalité*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Landreth, G. L. (1983). Play therapy in elementary scholl settings. Dans C. E. Schaefer & K. J. O'Connor (Éds), *Handbook of play therapy* (pp.200-233). New-York : John Wiley & Sons.
- Lauer, R. H. (1973). The social readjustment scale and anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, 17, 171-174.

- Lemare, L. J., Lollis, S., & Rubin, K. H. (1990). Social withdrawal in childhood: Developmental pathways to peer rejection. Dans S. R. Asher & J. D. Coie (Éds), *Peer rejection in childhood* (pp. 219-249). Cambridge, England : University Press.
- Lev, J., & Pintner, R. (1940). Worries of school children. *Journal of Genetic Psychology*, *56*, 67-76.
- Lombardi, K. L. (1994). Anxious and phobic states in childhood. Dans G. Stricker & B. B. Wolman (Éds), *Anxiety and related disorders : A handbook* (pp. 194-208). New-York : John Wiley & Sons.
- Loranger, M. (1972). *Difficultés affectives et retard pédagogique : Étude comparative par le biais de l'instrument graphique « un jeune et ses parents »*. Mémoire de maîtrise inédit, Université Laval.
- Luz, M., & Ziv, A. (1973). Manifest anxiety in children of different socioeconomic levels. *Human Development*, *16*, 224-232.
- Malchiodi, C. A. (1990). *Breaking the silence art therapy with children from violent homes*. New-York : Brunner/Mazel.
- Mailloux, C. (1992). *L'environnement familial des enfants de 6 à 12 ans en difficulté d'adaptation et d'apprentissage*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Margalit, M. (1994). *Loneliness among children with special needs : Theory, research, coping, and intervention*. New-York: Springer-Verlag.
- Margalit, M., & Raviv, A. (1984). Ld's expressions of anxiety in terms of minor somatic complaints. *Journal of Learning Disabilities*, *17*, 226-228.
- Marker Zitrin, C. & Ross, D. C. (1988). Early separation anxiety and adult agoraphobia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *176*, 621-625.
- Martin, P., Meyers, J., & Phillips, B. N. (1972). Intervention in relation to anxiety in school. Dans C. D. Spielberger (Éd.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (Vol. 2), (pp.409-464). New-York : Academic Press.
- Mazur, E., Sandler, I. N., & Wolchik, S. A. (1992). Negative cognitive errors and positive illusions for negative divorce events : Predictors of children's psychological adjustment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *20*, 523-542.
- McLarnon, L. D., & Pihl, R. O. (1984). Learning disabled children as adolescents. *Journal of Learning Disabilities*, *17*, 137-141.
- Medway, F. J., & Smith R. C., Jr. (1978). An examination of contemporary elementary school affective education programs. *Psychology in the Schools*, *15*, 260-269.
- Meesters, C., Merckelbach, H., Muris, P., & Steerneman, P. (1996). The role of parental fearfulness and modelin in children's fear. *Behaviour Research and Therapy*, *34*, 265-268.

- Millon, T. (1977). *Theories of psychopathology*. Philadelphie : W. B. Saunders.
- Mills, R. S. L., & Rubin, K. H. (1988). The many faces of social isolation in childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 916-924.
- Ministère de l'Éducation. (1987). *Guide d'activités : Formation personnelle et sociale, Éducation à la santé*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Mouren-Siméoni, M. C., Vera, L., & Vila, G. (1993). *Troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Éditions Maloine.
- Naumburg, M. (1966). *Dynamically oriented art therapy : It's principles and practices*. New-York : Grune & Stratton.
- Ollendick, T. H. (1983). Reliability and validity of the Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R). *Behaviour Research and Therapy, 21*, 685-692.
- Osborne, E. L. (1984). Understanding and coping with anxieties about learning and school. Dans V. P. Varma (Éd.), *Anxiety in children* (pp. 136-150), New-York : Methuen.
- Paget, K. D., & Reynolds, C. R. (1984). Dimensions, levels, and reliabilities on the Revised Children's Manifest Anxiety Scale with learning disabled children. *Journal of Learning Disabilities, 17*, 137-141.
- Paré, J. (1981). *L'anxiété relative aux situations d'évaluation chez les élèves de niveau primaire*. Mémoire de maîtrise inédit, Université Laval.
- Piaget, J. (1964). *La formation du symbole chez l'enfant : Imitation, jeu et rêve, image et représentation*. Paris : Delachaux et Niestlé.
- Pichot, P. (1987). *L'anxiété*. Paris : Masson.
- Polster, E. (1966). A contemporary psychotherapy. *Psychotherapy : Theory, Research and Practice, 3*, 1-6.
- Proust, M. (1930). *À la recherche du temps perdu*. Paris : N.R.F.
- Quay, L. C. (1992). Personal and family effects on loneliness. *Journal of Applied Developmental Psychology, 13*, 97-110.
- Quay, H. C., & Werry, J. S. (Éds). (1979). *Psychopathological disorders of childhood*. New-York : Wiley.
- Reynolds, C. R. (1980). Concurrent validity of what I think and feel: The Revised Children's Manifest Anxiety Scale?. *Journal of consulting and clinical psychology, 48*, 774-775.
- Reynolds, C. R. (1981). Long-term stability of scores on the Revised Children's Manifest Anxiety Scales. *Perceptual and Motor Skills, 53*, 702.

- Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1978). What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 271-280.
- Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1986). *Revised Children's Manifest Anxiety Scale*. Los Angeles, CA : Western Psychological Services.
- Reynolds, P. (1976). Assimilation and anxiety. Dans C. D. Spielberger & M. Zuckerman (Éds), *Emotions and anxiety : New concepts, methods, and applications* (pp.35-86). New-York : John Wiley & Sons.
- Reynolds, W. M. (Éd.). (1992). The study of internalizing disorders in children and adolescents. Dans W. W. Reynolds (Éd.), *Internalizing disorders in children and adolescents* (pp. 1-18). New-York : John Wiley & Sons.
- Rickel, A. V., Sharp, K. C., & Smith, R. L. (1979). Description and evaluation of a preventive mental health program for preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 7, 101-112.
- Robbins, A., & Sibley, L. B. (1976). *Creative art Therapy*. New-York : Brunner/Mazel.
- Robertson, J., & Robertson, J. (1971). Young children in brief separation: A fresh look. *Psychoanalytic Study of the Child*, 26, 264-315.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, N.J. : Princeton University Press.
- Rourke, B. P. (1988a). Social-emotional disturbances of learning-disabled children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 801-810.
- Rourke, B. P. (1988b). The syndrome of nonverbal learning disabilities : Developmental manifestations in neurological disease, disorder, and dysfunction. *The Clinical Neuropsychologist*, 2, 293-330.
- Rubin, J. A. (Éd.). (1987). *Approaches to art therapy*. New-York : Brunner/Mazel.
- Rubin, K. H. (1982). Non-social play in preschoolers : Necessary evil? *Child Development*, 53, 651-657.
- Sakellariou, G. (1939). Anxieties and complexes of Greek youth. *Sci. Annu. Sch. Phil. Univ. Thessaloniki (Psychol. Abstr., 14: 56.)*.
- Salant, E. G. (1979). *Traitement préventif du jeune enfant par le jeu et l'activité artistique*. Genève, Suisse : Secrétariat de L'AIE.
- Salomon, A. (1995). *Le sentiment de solitude, le réseau social et la recherche d'aide d'enfants su 2^e cycle du primaire*. Université de Montréal, Département de psychologie. Rapport scientifique soumis au Conseil québécois de la recherche sociale.
- Samuel-Lajeunesse, B. (1987). L'anxiété: ses expressions psychiques. Dans P. Pichot, *L'anxiété* (pp.1-14). Paris : Masson.

- Sarason, I. (1975). Test anxiety, attention and the general problem of anxiety. Dans C. D. Spielberger, & I. Sarason (Éds), *Stress* (Vol. 1), (pp.165-187). New-York : Halsted Press Division.
- Satyarthi, M. K. (1979). Anxious attitude of students in relation to some background variables. *Asian Journal of Psychology and Education*, 4, 35-39.
- Schneider, M. J. (1984). *A comparison of aggressive and withdrawm children*. Thèse de doctorat inédite, Université du Vermont.
- Silk, A. M. J., & Thomas, G. V. (1990). *An introduction to the psychology of children's drawings*. New-York : New York University Press.
- Spence, S. H. (1994). Preventative strategies. Dans N. J. King, T. H. Ollendick, & W. Yule (Éds), *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (pp.453-471). New-York : Plenum Press.
- Spielberger, C. D. (1966). Theory and research on anxiety. Dans C. D. Spielberger (Éd.), *Anxiety and behavior* (pp.3-20). New-York : Academic Press.
- Spielberger, C. D. (1970). *Manual for the state-trait anxiety inventory for adults*. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D. (1972). Current trends in theory and research on Anxiety. Dans C. D. Spielberger (Éd.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (Vol. 1), (pp.3-18). New-York : Academic Press.
- Spielberger, C. D. (1973). *Manual for the State-trait Anxiety Inventory For Children*. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D. (1977). State-Trait anxiety and interactional psychology. Dans N. Endler (Éd.), *Personality at the crossroads : Current issues in interactional psychology*. Hillsdale, N.J. : John Wiley & Sons.
- Sroufe, L. A., & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, 1184-1199.
- Sullivan, H. S. (1948). *The meaning of anxiety in psychiatry and in life*. Washington, D.C. : The William Alanson White Foundation.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New-York : Norton.
- Terrell-Deutsch, B. (1993). Questions théoriques et problèmes d'évaluation de la solitude chez l'enfant. *Enfance*, 47, 279-294.
- Torrance, E. P. (1965a). *Mental health and constructive behavior*. Belmont, CA : Personnel Press.

- Torrance, E. P. (1965b). *Rewarding creative behavior*. Englewood Cliffs, N. J. : Prentice-Hall.
- Ulman, E. (1961). Art Therapy : Problems of definitions. *Bulletin of Art Therapy*, 1, 10-20.
- Ulman, E. (1971). The power of art in therapy. Dans I Jakab (Éd.), *Conscious and unconscious expressive art : Psychiatry and art* (Vol. 3), (pp.93-102). Basel, Suisse : S. Karger.
- Ulman, E. (1977). Art education for the emotionally disturbed. *American Journal of Art Therapy*, 17, 13-16.
- Varma, V. (Éd.). (1993). *How and why children fail*. London : Jessica Kingsley.
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness : The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, Ma : MIT Press.
- Werry, J. S. (1986). Diagnosis and assessment. Dans R. Gittelman (Éd.), *Anxiety disorder of childhood* (pp. 73-100). New-York : The Guilford Press.
- Widlöcher, D. (1965). *L'interprétation des dessins d'enfants*. Bruxelles : Charles Dessart.

Appendices

Appendice A

Manifestations de l'anxiété en fonction de 5 composantes

Appendice A

Manifestations de l'anxiété en fonction de 5 composantes

Adapté de Coudert, Lachal et Jalenques (1991, 1992)

Composantes	Anxiété
Somatique	<ul style="list-style-type: none">- douleurs diverses (céphalées, maux de ventre, etc.)- troubles neuro-végétatifs (tachy-cardie, tremblements, etc.)- troubles digestifs (nausées, vau-missements, etc.)- troubles du sommeil (terreur nocturne, etc.)- plaintes hypocondriaques- tension, sueurs fréquentes- énurésie/ encoprésie
Psychique	<ul style="list-style-type: none">- difficulté à « se contenir »- désir de se « faire contenir »- débordements émotionnels ou comportementaux- culpabilité- préoccupations, inquiétudes sur sa propre personne ou par rapport à l'environnement

Relationnelle

(3) types de conduites:

1. inhibition (aiguë/permanente) :

A. niveau psychomoteur:

- diminution de l'activité globale jusqu'à une attitude d'immobilité

B. niveau social:

- enfant timide, réservé, observateur

C. expression émotionnelle :

- difficulté à livrer émotions

- crises de pleurs et rires nerveux

D. niveau communication :

- perturbation langage

- pauvreté expression gestuelle et faciale

2. conduites d'évitement :

- opposition à l'adulte

- apparition de troubles de comportements

- attitudes négatives

3. dépendance anxieuse :

- attachement régressif face à l'adulte

- insatisfaction permanente de l'enfant

- réaction de rejet et d'agressivité de la part des pairs

Comportementale	<ul style="list-style-type: none">- labilité émotionnelle et tendance à se mettre en colère de façon répétitive- agitation «clastique désordonnée» face à crise d'angoisse extrême- risque de perdre «contenance» face à détresse- rires ou larmes accompagnent une absence de contrôle moteur- instabilité psychomotrice et trouble de l'attention- conduite d'évitement plutôt qu'investissement dans une activité spécifique- impulsivité mal contrôlée- malaise relationnel qui agresse les autres et vice-versa
Cognitive	<ul style="list-style-type: none">- mécanismes de pensée pour «contenir» et «mentaliser» l'angoisse- investissement du monde imaginaire et désinvestissement du monde scolaire- perturbation mémoire, attention/concentration

Appendice B

Antécédents des manifestations d'anxiété

Appendice B

Antécédents des manifestations d'anxiété

Milieu familial

- antécédents génétiques
- relations parent-enfant (conflits, dépendance, etc.)
- problématique de séparation (deuil, divorce, hospitalisation, entrée dans le système scolaire)

Milieu scolaire

- investissement scolaire accru dans les familles
 - situations d'évaluation
 - relations enseignant-élève
 - relations avec les pairs
 - compétition de plus en plus forte entre les élèves
 - changement de milieu (classe, écoles)
-

Appendice C

Informations ou hypothèses supplémentaires

Appendice D

Feuille de route

Appendice E

Suivi hebdomadaire

Appendice F
Évaluation de l'intervention

Recherche sur le dessin périodique et les enfants vivant de l'anxiété
(Expérimentation à l'école de La Chanterelle, Val-Bélair)

Rencontre no.: _____ Jour de la sem.: _____ Date: _____

Nom de l'enfant: _____ Local classe: _____

Sexe: _____ Degré: _____ Professeur: _____

Évaluation de l'intervention

Attention

1 2 3 4 5

a) Est absorbé(e) par le travail | | | | | | Est facilement distrait(e)

Indépendance émotionnelle

a) Confiance en soi réaliste | | | | | | Manque de confiance en ses propres capacités

b) Très à l'aise en compagnie de l'adulte | | | | | | Mal à l'aise

c) Assurance | | | | | | Anxiété

Réactions durant l'intervention

a) Bonne motivation | | | | | | Manque de motivation

b) Peu de résistance | | | | | | Grande résistance

c) Exécution très lente du dessin (obligation de l'arrêter) | | | | | | Exécution expéditive

Langage/ expression

a) Parle beaucoup | | | | | | Ne parle aucunement

Avant l'exécution du dessin | | | | | |

Durant l'exécution du dessin | | | | | |

Après l'exécution du dessin | | | | | |

b) Élaboration facile | | | | | | Élaboration difficile

c) Excellente articulation | | | | | | Très mauvaise articulation

La relation avec le sujet a été

facile ? | | | | | | difficile ?

Intervenante: _____

Loc. intervention: _____

Appendice G

Événements particuliers

Appendice H

Lettres de consentement

Nom de l'enfant: _____ Degré: _____
Nom du professeur: _____ Local: _____

Projet de recherche

En accord avec la direction de l'école de la Chanterelle, le présent projet vise à explorer dans quelle mesure une activité de dessin périodique peut aider de jeunes enfants à diminuer leur niveau d'anxiété. Le dessin périodique est une technique thérapeutique qui a été développée aux États-Unis par John Allan. Elle a principalement été utilisée en milieu scolaire, et de façon concluante, pour diverses problématiques. Cette technique consiste en l'exécution d'un dessin libre, une fois par semaine, durant tout au plus une vingtaine de minutes, et ce, sous la supervision d'une personne, dans le but d'établir une relation de confiance. Les rencontres s'échelonnent habituellement sur une période allant de 8 à 12 semaines.

La participation à ce projet implique que les parents acceptent que leur enfant de 3^{ième} ou de 4^{ième} année réponde à 2 courts questionnaires concernant leur niveau d'anxiété et de solitude. Cette étape se déroulera à l'intérieur d'une période de classe durant l'automne. Suite à l'administration de ces questionnaires, seulement certains élèves seront choisis pour l'expérimentation relative au dessin périodique qui s'effectuera pendant les heures du dîner, afin de ne pas déranger leur apprentissage scolaire. Si un enfant est sélectionné pour participer à cette seconde étape de la recherche, les parents seront contactés par téléphone. En fin d'expérimentation, le niveau d'anxiété et de solitude de ces élèves sera réévalué à l'aide des mêmes questionnaires administrés à l'automne.

Les informations recueillies dans les questionnaires et au cours de l'expérimentation demeurent strictement confidentielles et ne seront utilisées qu'à des fins de recherche. Toute autre utilisation ne pourra se faire sans l'autorisation écrite des parents. Enfin, à tout moment, les parents pourront revenir sur leur décision de participer au projet.

Consentement

J'ai pris connaissance de la nature, des objectifs et des conditions de participation à ce projet de recherche. Je comprends que cette participation implique que je permette que mon enfant réponde aux questionnaires mentionnés ci-haut et, s'il est sélectionné pour l'expérimentation de dessin périodique que je serai avisé par téléphone. Enfin, je comprends que les informations recueillies autant dans les questionnaires que lors des entrevues demeureront strictement confidentielles et ne seront utilisées qu'à des fins de recherche.

Sous ces conditions, je m'engage à participer à ce projet de recherche. Cet engagement ne m'enlève en rien mon droit de me retirer du projet à tout moment. J'accepte cependant, si c'est le cas, d'en faire part à l'équipe de recherche.

Céline Beaumont
Assistante de recherche
Université du Québec à Trois-Rivières
Tél.: 660-3261

Carl Lacharité, Ph. D.
Directeur de recherche
Université du Québec à Trois-Rivières
Tél.: (819) 376-5156

Si vous décidez de **participer** à cette étude, veuillez remplir les informations suivantes:

En foi de quoi, j'ai signé à _____ Le _____

_____ ou _____
Signature de la mère Signature du père

Tél.: _____

Si vous décidez de **ne pas participer** à cette étude, veuillez cocher ici: _____

PRIÈRE DE RETOURNER LE PLUS TÔT POSSIBLE AU PROFESSEUR DE VOTRE ENFANT

Nom de l'enfant: _____ Degré: _____
Nom du professeur: _____ Local: _____

Projet de recherche

En accord avec la direction de l'école Jules-Émond, le présent projet vise à explorer dans quelle mesure on peut observer un changement du niveau d'anxiété des enfants, à travers le temps.

La participation à ce projet implique uniquement que les parents acceptent que leur enfant de 3^{ième} ou de 4^{ième} année réponde à 2 courts questionnaires concernant leur niveau d'anxiété et de solitude; étapes qui se dérouleront durant une période de classe, à l'automne, et une autre au cours de la session suivant la période des fêtes.

Les informations recueillies dans les questionnaires demeurent strictement confidentielles et ne seront utilisées qu'à des fins de recherche. Toute autre utilisation ne pourra se faire sans l'autorisation écrite des parents. Enfin, à tout moment, les parents pourront revenir sur leur décision de participer au projet.

Consentement

J'ai pris connaissance de la nature, des objectifs et des conditions de participation à ce projet de recherche. Je comprends que cette participation implique que je permette que mon enfant réponde aux questionnaires mentionnés ci-haut. Enfin, je comprends que les informations recueillies dans les questionnaires demeureront strictement confidentielles et ne seront utilisées qu'à des fins de recherche.

Sous ces conditions, je m'engage à participer à ce projet de recherche. Cet engagement ne m'enlève en rien mon droit de me retirer du projet à tout moment. J'accepte cependant, si c'est le cas, d'en faire part à l'équipe de recherche.

Céline Beaumont
Assistante de recherche
Université du Québec à Trois-Rivières
Tél.: 660-3261

Carl Lacharité, Ph. D.
Directeur de recherche
Université du Québec à Trois-Rivières
Tél.: (819) 376-5156

Si vous décidez de **participer** à cette étude, veuillez remplir les informations suivantes:

En foi de quoi, j'ai signé à _____ Le _____

Signature de la mère ou _____
Signature du père

Tél.: _____

Si vous décidez de **ne pas participer** à cette étude, veuillez cocher ici: _____

PRIÈRE DE RETOURNER LE PLUS TÔT POSSIBLE AU PROFESSEUR DE VOTRE ENFANT



*Projet de recherche sur le dessin périodique
(École de La Chanterelle, Val-Bélair)*



AUTORISATION DE PUBLICATION

Nom de l'enfant:

Niveau:

Par la présente, j'autorise la publication des copies de mes dessins dans le mémoire de Céline Beaumont.

Signature de l'enfant: _____ Date: _____

Par la présente, je consens à ce que des copies des dessins de mon enfant soit publiées dans le mémoire de Céline Beaumont; sachant qu'aucune information nominale ne permet de l'identifier.

Signature du parent: _____ Date: _____

Celine Beaumont
Responsable du projet de recherche
Université du Québec à Trois-Rivières

Appendice I

Données Brutes des Variables Dépendantes au PréTest
et au Post-Test en Fonction du Groupe de Recherche

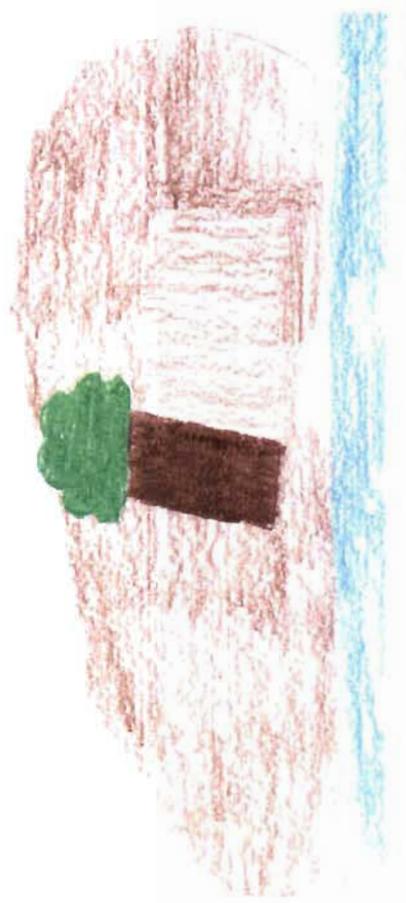
Appendice I

Données Brutes des Variables Dépendantes au Prétest et au Post-Test en Fonction du Groupe de Recherche

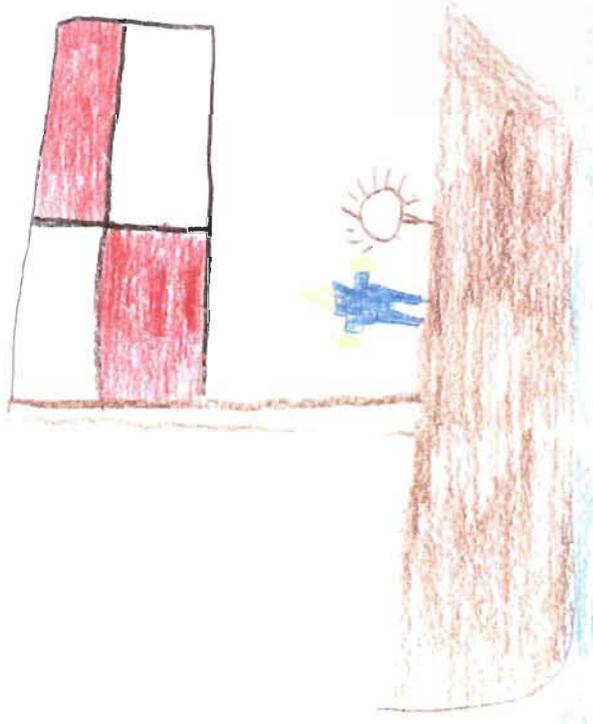
Variables	Groupe de recherche	
	Expérimental	Contrôle
Anxiété totale		
Pré-test	23.06	22.11
Post-test	15.00	16.21
Sous-échelles d'anxiété		
1. Signes physiologiques		
Pré-test	8.07	7.47
Post-test	5.20	5.13
2. Préoccupation et hypersensibilité		
Pré-test	9.40	9.13
Post-test	6.73	7.13
3. Difficultés de concentration/ inquiétudes-préoccupations sociales		
Pré-test	5.53	5.40
Post-test	3.07	3.93
Solitude		
Pré-test	43.33	39.21
Post-test	40.02	35.33

Appendice J

Dessin de Josianne lors de la 1ère rencontre



m

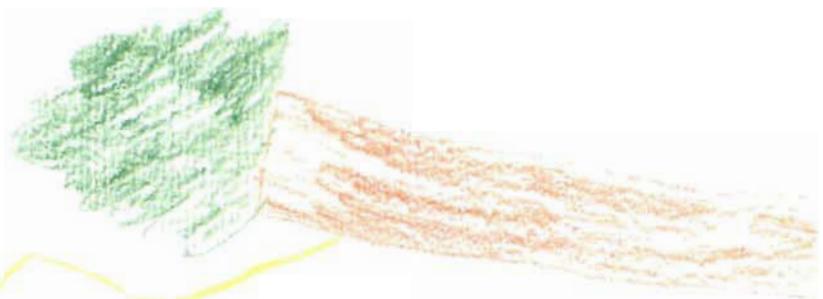
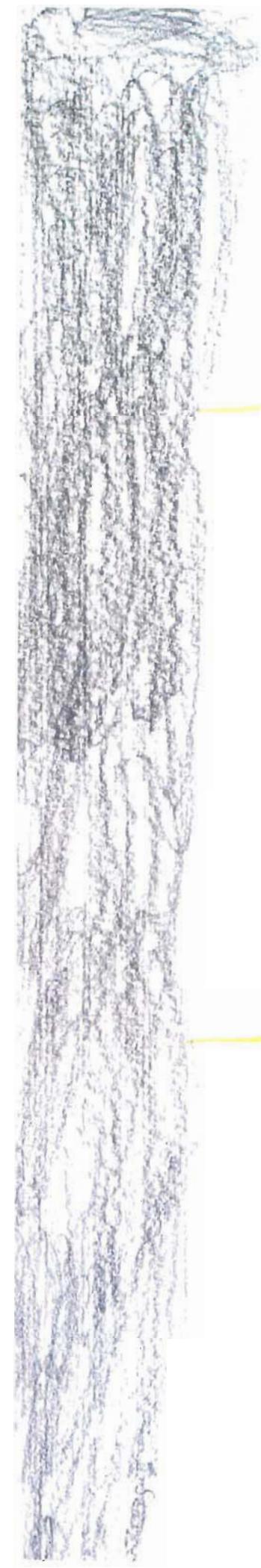


m



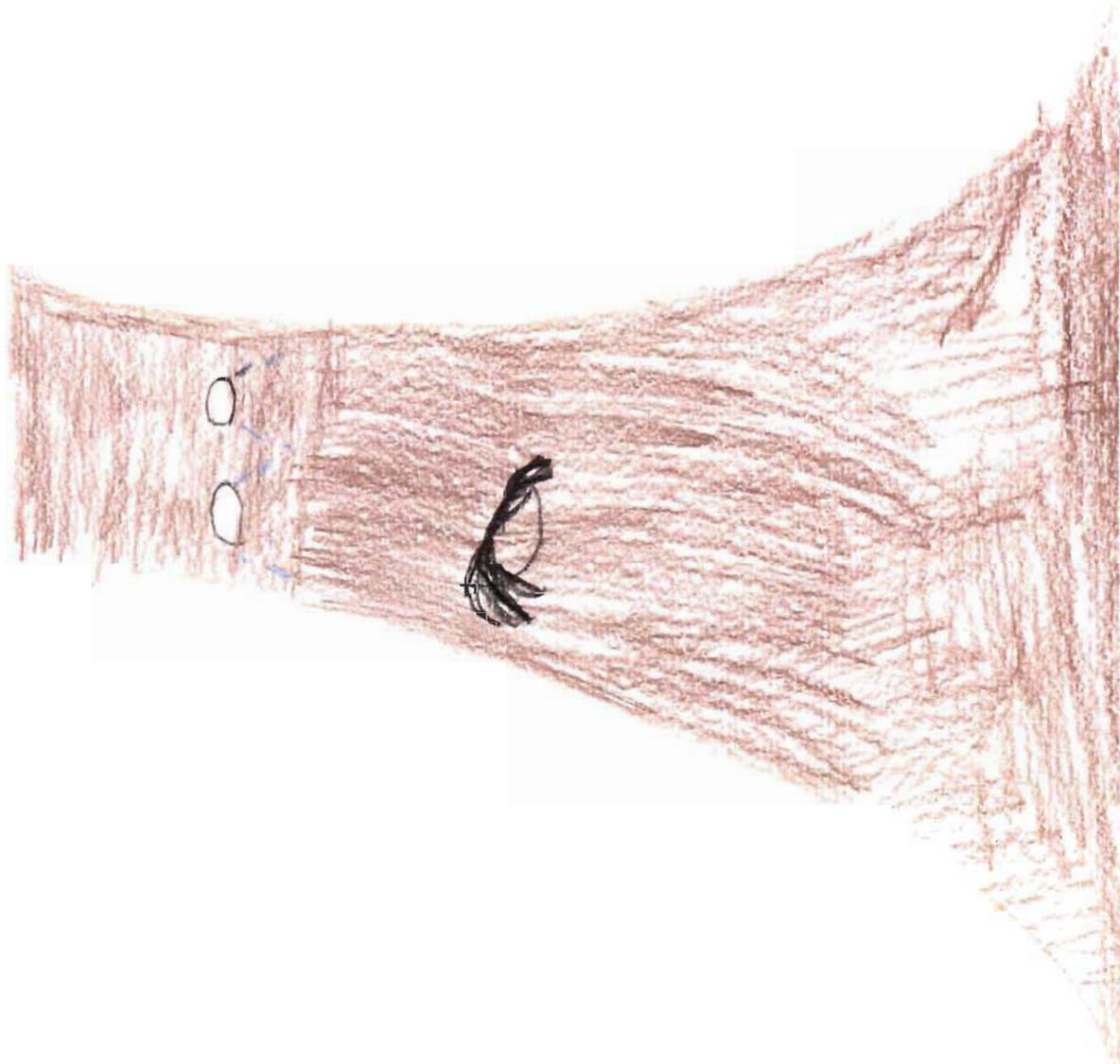
Appendice K

Dessin de Josianne lors de la 4e rencontre



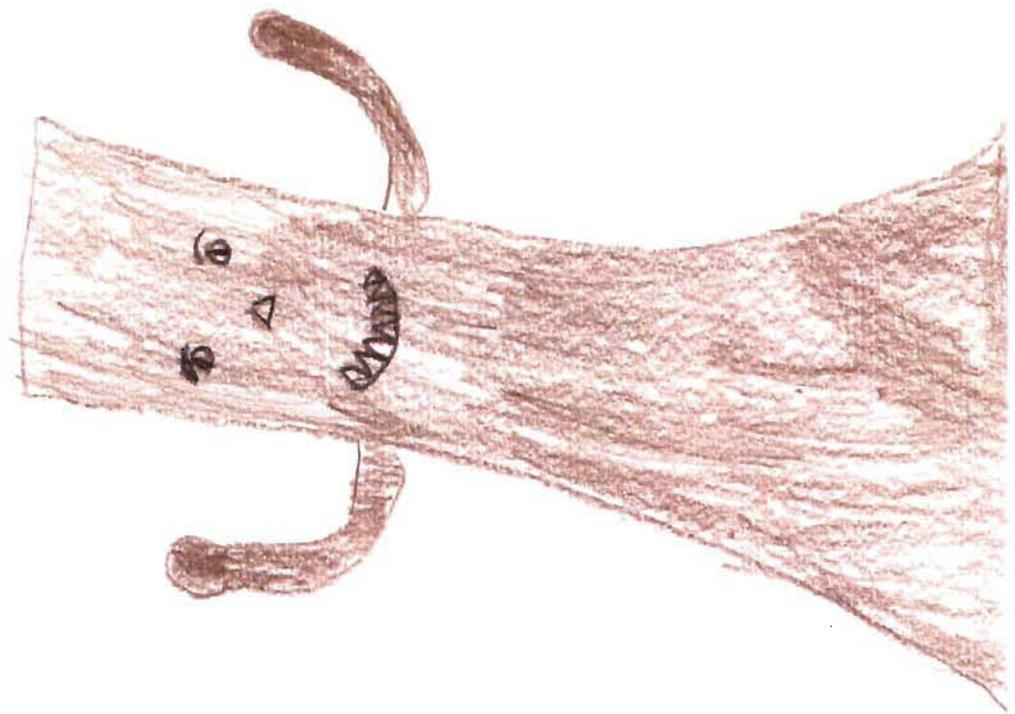
Appendice L

Dessin de Josianne lors de la 8e rencontre



Appendice M

Dessin de Josianne lors de la 9e rencontre



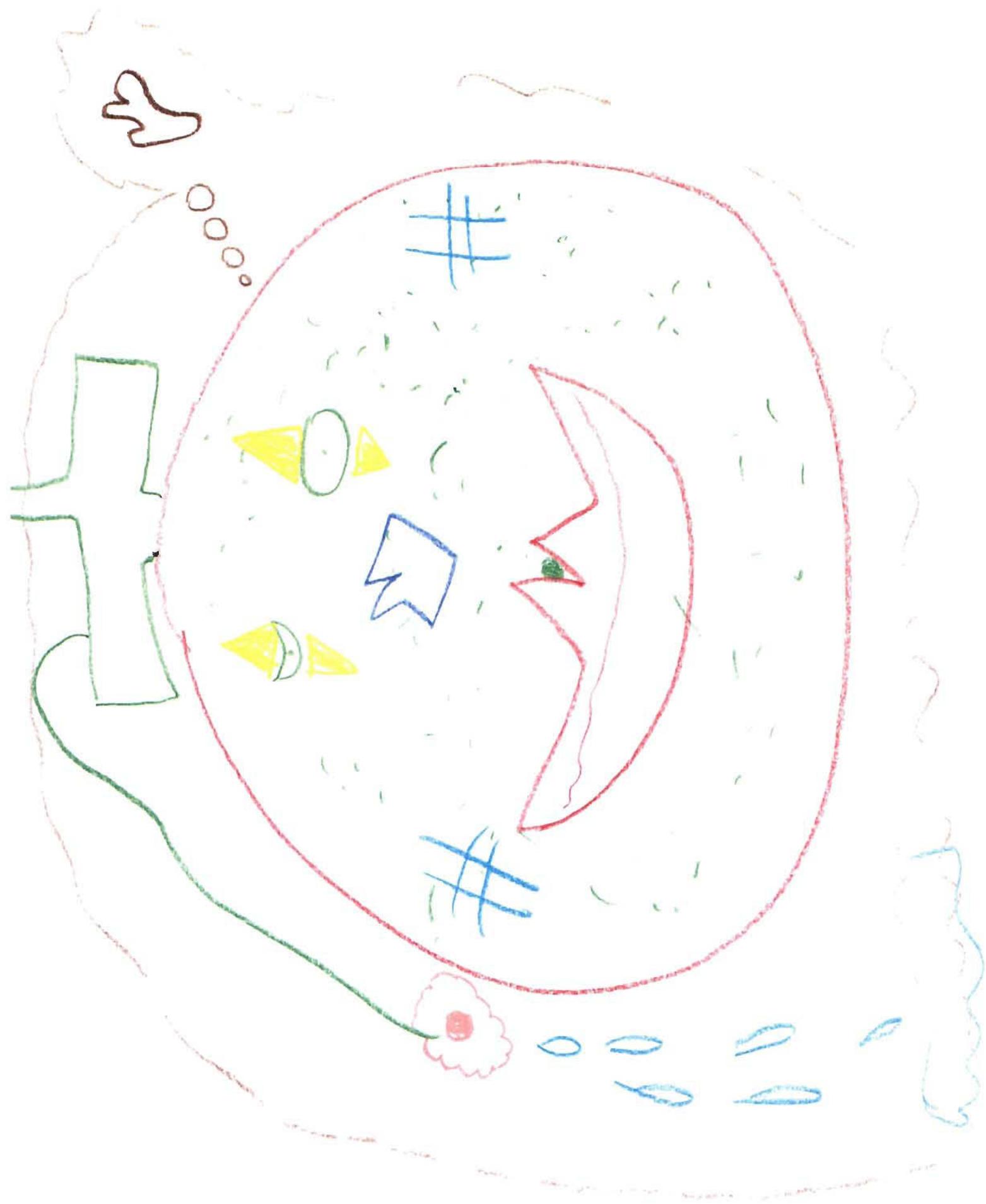
Appendice N

Dessin de Kevin lors de la 2e rencontre



Appendice O

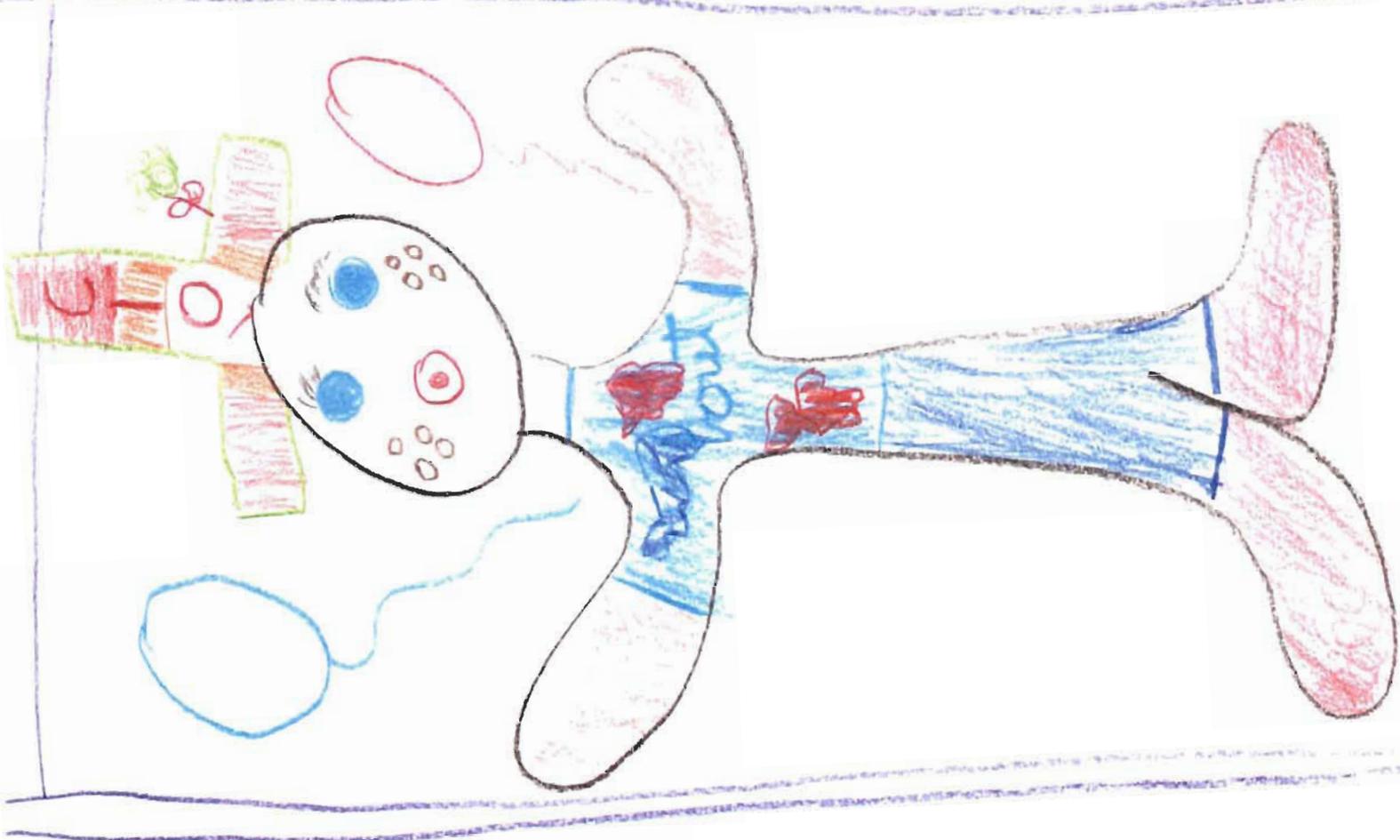
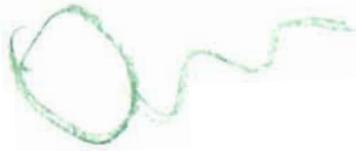
Dessin de Kevin lors de la 7e rencontre



Appendice P

Dessin de Kevin lors de la 10e rencontre

Vrai



Amal