

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
ISABELLE ROUSSY

ÉVALUATION DE L'EFFET D'UN SUIVI PSYCHOLOGIQUE POUR DES
ENFANTS DE 2 À 12 ANS PRÉSENTANT DES COMPORTEMENTS AGRESSIFS
OU D'OPPOSITION

MAI 2009

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.

Table des matières

Remerciements.....	iv
Liste des tableaux.....	v
Liste des figures.....	vi
Introduction.....	1
CHAPITRE 1	
Réflexion sur la colère et l'agressivité chez l'enfant.....	3
Le travail du psychologue pour l'enfant et sa famille : Stratégies et techniques d'intervention.....	12
- Le travail avec l'enfant.....	13
- L'utilisation du jeu dans la psychothérapie de l'enfant.....	13
- Le travail avec les parents.....	16
- Le travail avec la famille.....	18
Les enfants présentant des comportements agressifs.....	20
-Les enfants présentant des comportements agressifs et l'expression des émotions.....	20
-Les enfants présentant des comportements agressifs et l'utilisation du jeu en thérapie.....	22
CHAPITRE 2	
Présentation de Enfance à petits pas.....	25
-L'organisme.....	25
- La clientèle.....	25
- Les objectifs de l'organisme.....	26

- Les services.....	27
- Le traitement psychologique.....	28
CHAPITRE 3	
Méthodologie.....	34
- Objectifs de l'essai.....	34
- Description de l'échantillon.....	35
- Instrument de mesure.....	37
- Déroulement.....	38
- Analyses statistiques.....	39
CHAPITRE 4 : Résultats.....	40
CHAPITRE 5 : Discussion.....	55
Conclusion et recommandations.....	62
Références.....	65
Appendice A : Bilan évolutif.....	68

Remerciements

Je tiens à remercier mon directeur René Marineau pour sa patience et sa compréhension lors de la réalisation de ce travail, et aussi pour sa contribution remarquable à l'élaboration du doctorat clinique en psychologie. Merci d'y avoir mis sa couleur clinique, qui est une source d'inspiration pour plusieurs d'entre nous.

Merci à Marie-Pierre Bélanger qui a amélioré la qualité de ce travail. Je la remercie de m'avoir aidé de la fouille bibliographique à la correction et de m'avoir proposé son aide quand j'en avais besoin.

Merci à mes parents de m'épauler et de m'encourager.

Merci à Marc, mon amour éternel qui, même de par la mort, me pousse vers l'avant.

Et merci aux enfants, source d'énergie, de joie, de force et d'inspiration.

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des clients aux quatre temps de mesure.....	36
Tableau 2 : Scores moyens des clients aux variables des quatre temps de mesure pour cinq variables pour l'ensemble des répondants.....	41
Tableau 3 : Analyse de variance aux scores entre le temps 1 et le temps 2.....	42
Tableau 4 : Analyse de variance aux scores entre le temps 2 et le temps 3.....	43
Tableau 5 : Analyse de variance aux scores entre le temps 3 et le temps 4.....	44
Tableau 6 : Analyse de variance aux scores entre le temps 1 et le temps 4.....	45
Tableau 7 : Scores moyens des répondants appariés aux quatre temps de mesure pour les cinq variables.....	46
Tableau 8 : Différences entre les scores selon le sexe au temps 1.....	52
Tableau 9 : Différences entre les scores selon le sexe au temps 4.....	53

Liste des figures

Figure 1. Fréquence des comportements agressifs aux quatre temps de mesure....	47
Figure 2. Intensité des comportements agressifs aux quatre temps de mesure.....	48
Figure 3. Problèmes à l'école aux quatre temps de mesure.....	49
Figure 4. Colère exprimée en mots aux quatre temps de mesure.....	50
Figure 5. Colère exprimée en gestes aux quatre temps de mesure.....	51
Figure 6. Problèmes à l'école aux quatre temps de mesure selon la différence entre les sexes.....	54

Introduction

Les démonstrations de colère, d'agressivité de même que les comportements d'opposition font partie du développement de l'enfant. Cependant, lorsque ces agissements sont tellement présents qu'ils nuisent à son développement, il y a lieu de s'inquiéter. Les problèmes d'agressivité et d'opposition constituent un motif de consultation très fréquent chez les psychologues pour enfants. Un parent exténué, dépassé, un enfant qui a des problèmes à l'école, avec ses pairs ou son enseignant, sont des exemples de conséquences d'une mauvaise gestion de la colère. Parents, éducateurs, psychologues, tous souhaitent trouver la meilleure façon d'outiller l'enfant à gérer sa colère.

Enfance à petits pas est un organisme à but non lucratif qui œuvre dans le milieu communautaire de la région de Québec. L'organisme offre des suivis psychologiques aux enfants et à leurs familles. Les problèmes de comportements agressifs et de comportements opposants sont la principale raison pour laquelle les parents font appel à leurs services. En s'appuyant sur les données que leurs psychologues ont amassées par le biais d'un questionnaire, nous pourrions observer dans quelle mesure un suivi psychologique peut agir sur l'agressivité et les explosions de colère chez les enfants.

L'échantillon de départ compte 151 enfants, qui ont reçu entre une et 35 séances de thérapie.

L'essai comporte cinq chapitres. Le premier chapitre explique en quoi un suivi psychothérapeutique peut aider les enfants présentant des comportements d'agressivité et d'opposition. Pour ce faire, nous nous pencherons sur la question de l'agressivité et de la colère chez l'enfant et ferons état de ce qu'est un suivi psychothérapeutique d'enfant. Le deuxième chapitre sera consacré à la présentation de l'organisme *Enfance à petits pas* : la clientèle, les objectifs, les services offerts, ainsi que le travail de leurs psychologues. Nous décrirons la méthodologie employée de même que les objectifs de l'essai au chapitre trois. Les résultats seront présentés au chapitre quatre, et discutés au chapitre cinq. Enfin, la conclusion et les recommandations viendront compléter l'essai.

Chapitre 1

Réflexion sur la colère et l'agressivité chez l'enfant

Qu'est-ce que la colère?

Le Nouveau Petit Robert (2008) définit la colère comme un violent mécontentement accompagné d'agressivité, tandis que pour Le Petit Larousse (1998), elle est un état violent et passager résultant du sentiment d'avoir été agressé ou offensé.

La colère est une émotion ressentie par tout individu. Son intensité et sa durée peuvent varier, de même que la façon que nous avons de composer avec et de la gérer. L'agressivité et l'opposition sont des manifestations comportementales visibles et identifiables de la colère.

La colère a souvent une consonance négative. On oublie trop souvent son pôle positif. Warren (1990) mentionne que « la colère est un état d'alerte physique. Quand nous sommes en colère, nous sommes prêts à l'action ». Drory (2004) présente l'agressivité comme étant une force vitale qui nous pousse au progrès et nous permet de mieux se défendre afin d'exister. Elle s'implante dès le plus jeune âge. L'auteure ajoute que « l'agressivité purifiée par une structure éducative claire et portée par notre désir d'indépendance, nous pousse à mordre dans la vie à pleines dents ». La colère peut effectivement, dans certaines circonstances, devenir un moteur vers le changement.

Le sentiment d'impuissance comme prémisse à l'agressivité

Selon Dot (1984), l'agressivité naît de l'impuissance. Campbell (1995) rappelle que les enfants, par nature, sont impuissants et ils cherchent des moyens de diriger leur petit monde. Puis, lorsqu'ils grandissent, ils veulent devenir autonomes. Lorsque le désir de puissance rencontre un obstacle, par exemple le « non » de l'autorité, l'enfant, qui n'est pas prêt à ce qu'on aille à l'encontre de ses désirs et de ses pulsions, expérimente la frustration (Dot, 1984).

Campbell (1995) précise que les désirs de contrôle et d'indépendance d'un enfant ne sont pas mauvais en soi, mais doivent être exprimés d'une façon adéquate selon son âge et ce, à chaque étape de sa vie. La rencontre des limites de sa puissance l'amène à découvrir la vraie liberté, celle qui permet d'être en relation harmonieuse avec les autres (Dot, 1984). L'enfant commence donc son intégration sociale.

Apprendre à gérer sa colère : quand l'opposition et l'agressivité font partie du développement

Selon Drory (2004), on ne peut grandir ni même vivre sans *conflit*, c'est-à-dire sans crise d'opposition. La crise d'opposition est le signe d'une première recherche de reconnaissance d'une personnalité propre, d'une identité, d'une individualité. C'est pourquoi elle peut aussi être appelée crise d'indépendance. Par l'opposition, l'enfant cherche à s'autonomiser, à faire valoir son point de vue comme différent de l'autre, à se distinguer par rapport à ses parents. En s'opposant, l'enfant rencontre l'autre et ses

limites, ce qui l'amène à faire le deuil du sentiment de toute-puissance qui est propre au nourrisson et à construire les limites de son propre « moi » (Drory, 2004).

L'apparition de la crise d'opposition va en général de pair avec la venue de fortes colères. Murphy (2002) note que ces colères sont un précieux outil de protestation permettant d'accéder à l'acceptation de la réalité et de ses contraintes. Le principe de réalité, contrairement au principe du plaisir¹ qu'expérimente l'enfant depuis son tout jeune âge, nous permet de devenir autonomes, responsables et capables de faire des choix. Les frustrations sont nécessaires au développement du sens de la réalité.

Drory (2004) explique l'évolution de cette « crise », qui apparaît en général aux environs de 15 mois, lorsque l'enfant commence à contester l'autorité ou à refuser de se soumettre à ce qui lui est demandé. Cette même crise bat son plein entre deux et trois ans et s'estompe lentement aux environs de sept ans. L'âge d'apparition de la crise dépend du développement de la personnalité de l'enfant et souvent aussi du comportement de ses parents et de son entourage.

Paroissien (2006) aborde également l'évolution de la colère dans une perspective développementale. Entre 12 et 15 mois, le début de la marche permet à l'enfant d'explorer davantage son monde. À partir de 15 mois, puisqu'il marche avec plus

¹ L'activité psychique a pour but d'atteindre le plaisir et d'éviter le déplaisir. L'accumulation de l'énergie pulsionnelle, sa non-décharge, est déplaisir; sa diminution par la décharge est plaisir (Caralp & Gallo, 2004).

d'assurance, il devient plus à l'aise pour explorer. Il expérimente des sentiments ambivalents face aux interdits parentaux. Il a envie de les contourner, mais en le faisant, il risque de déplaire à ses parents : « Dois-je le faire ou non? ». Selon l'auteure, la colère naît de ces tiraillements intenses. À partir de l'âge de deux ans, la colère demeure liée à l'approfondissement de ces dilemmes intérieurs. Elle est associée à de forts sentiments de frustration.

En bas âge, l'immaturation physiologique du cerveau limbique, qui est le siège du contrôle des émotions, fait en sorte que l'enfant peut se laisser envahir par sa propre colère (hurlements, coups, etc.). L'enfant, qui identifie difficilement ses émotions et réussit peu à les exprimer par la parole, éclate en colères explosives. Les parents assistent à ce qui est souvent appelé une « crise de colère » et doivent apprendre à l'enfant à se contenir. C'est ainsi qu'il prendra conscience peu à peu que cette force, pour lui être utile, doit être bien utilisée, sinon elle peut devenir destructrice pour lui et son entourage.

Selon Dot (1984), le jeune enfant réagit avec colère et agressivité lorsqu'il constate sa faiblesse et son « non-pouvoir », tant au plan physique qu'au plan linguistique. En effet, l'acquisition du langage jouerait un rôle prédominant dans la symbolisation de l'agressivité. Lorsque l'enfant commence à dominer le langage, les colères et l'agressivité diminuent puisque cette nouvelle habileté lui permet d'avoir davantage de pouvoir sur sa vie. Il développe un outil important qui lui permet

d'exprimer ses besoins. Cependant, il continue de prendre conscience de ses limites. Pour Paroissien (2006), entre trois et quatre ans, lorsque le langage est plus développé, la colère peut devenir un moyen de pression et une façon d'attirer l'attention du parent. Vers cinq ou six ans, l'enfant a davantage conscience de sa colère et il arrive à mieux la contrôler. Elle sert alors à exprimer un sentiment d'injustice, de révolte contre une situation. L'enfant se met également en colère contre lui-même, lorsqu'il est confronté à ses limites et à son impuissance.

Selon Drory (2004), c'est lors de la petite enfance que se détermine la façon dont sera canalisée ou bloquée l'agressivité à l'âge adulte. Le processus d'autonomisation est en relation directe avec la façon dont la colère ose ou non se manifester, et la façon dont elle est accueillie, permise ou bloquée par les parents. À titre d'exemple, d'après Murphy (2002), l'adulte qui ne peut supporter qu'un enfant soit fâché, qu'il l'exprime en paroles, et qui sanctionne cette parole, handicape chez l'enfant tant l'accès à la réalité que l'acquisition d'une conscience propre. C'est donc à travers la façon de réagir de ses parents, ou des adultes qui prennent soin de lui, que l'enfant apprend à gérer et à aimer son agressivité, ou au contraire, à en avoir peur. Il apprend à l'utiliser, à mauvais ou à bon escient.

La colère saine : quand l'agressivité et l'opposition servent à exprimer un mal-être

Qu'elle soit exprimée adéquatement ou de façon tout à fait inappropriée, la colère a un sens. Il est important de se questionner sur la cause sous-jacente à la colère de

l'enfant. L'enfant qui ne dispose pas des bons moyens pour s'exprimer clairement, peut utiliser la colère pour vouloir dire autre chose. La colère sous-tend souvent une autre émotion, comme la tristesse, ou encore la déception ou bien la peur.

Murphy (2002) énumère plusieurs causes qui peuvent amener un comportement agressif : sentiment de solitude, d'être débordé ou blessé. La colère peut découler de problèmes familiaux (divorce, alcoolisme, décès dans la famille, etc.), de problèmes scolaires (difficultés d'apprentissage, intimidation) ou intérieurs (dépression, faible estime de soi). Parfois, elle devient un moyen pour l'enfant d'obtenir ce qu'il veut.

Campbell (1995) juge que la principale cause de la colère chez les enfants est le sentiment de ne pas être aimé suffisamment. Il ajoute que :

Les enfants savent instinctivement qu'ils ont besoin d'amour et ils savent ainsi que c'est à leurs parents de leur en donner. Les enfants n'arrivent pas à l'expliquer, ils ne peuvent l'exprimer mais ils savent qu'il est impossible pour eux de vivre heureux et de se développer normalement sans la sécurité que donne l'amour inconditionnel (p.14).

La colère peut être utile, car elle rappelle au parent que l'enfant a besoin de lui.

La colère peut faire partie du processus de guérison, par exemple chez un enfant qui vit un deuil ou une perte (décès, séparation, etc.). Elle signifie que l'enfant n'a pas encore accepté la perte, et elle est le moteur qui lui permettra d'accéder à la prochaine étape du processus du deuil (Murphy, 2002).

La colère peut être saine et justifiée lorsque l'enfant vit un conflit, un abus. Elle est une réaction normale chez un enfant qui a conscience d'injustices répétées. Elle est également justifiée pour un enfant dont le parent ne tient pas parole. La colère peut aussi traduire l'exaspération d'un enfant qui n'obtient pas les résultats voulus malgré ses efforts. Dans ce cas, la colère manifeste le désir de l'enfant de faire mieux. Par conséquent, elle peut être un facteur de motivation.

Par contre, même lorsque la colère est justifiée, elle peut franchir les limites de l'acceptable et devenir blessante (Murphy, 2002). Un enfant en colère tend à réagir aux déceptions de la vie quotidienne de manière tout à fait inadmissible socialement et rend son entourage malheureux, en émettant des remarques sarcastiques, des menaces verbales ou physiques, ou en utilisant la manipulation. Les comportements agressifs peuvent être dirigés vers les autres (parents, fratrie, amis, enseignants ou étrangers) ou vers lui-même. Dans ce dernier cas, l'agressivité peut se manifester par de la culpabilité, de la honte, de l'inertie, des sautes d'humeur ou des explosions de colère, la dépression, un suicide ou une tentative de suicide. La colère peut devenir chronique. D'après son expérience de clinicien, Murphy (2002) rappelle que la colère n'est pas une phase de croissance qui disparaîtra avec le temps. Si le problème n'est pas réglé, il peut s'aggraver et dégénérer en violence. D'où l'importance d'une intervention précoce.

Pour être aidé, l'enfant doit être encouragé à dire ce qu'il ressent lorsqu'il se sent frustré ou fâché. Il doit être accompagné dans la recherche de solutions alternatives

(Paroissien, 2006). Il faut spécifier que l'enfant est aussi effrayé que ses parents par sa propre colère. Un cercle vicieux peut s'installer : plus il a peur, plus il enrage, et plus il enrage, plus il a peur. Il a donc besoin d'abord d'être rassuré sur le fait qu'il est capable de contrôler ses émotions. Il faut tenir compte que l'enfant apprend par imitation. Il prend exemple sur ses premiers modèles : ses parents. La façon dont ces derniers gèrent leur colère l'influencera grandement.

Le rôle de la colère dans le développement de l'estime de soi

Le but de la colère est de nous donner les moyens de dominer notre environnement; tout particulièrement les éléments qui nous amènent à nous sentir blessés, frustrés ou apeurés. Si nous ne parvenons pas à faire cela bien, nous allons constamment avoir le sentiment que nous sommes inadéquats et sans initiative (Warren, 1990, traduit et cité dans Campbell, 1995, p.16).

Cela illustre bien le rôle de la colère dans le développement de l'estime de soi. L'estime de soi est définie par Larousse-Bordas (1999) comme la valeur personnelle, compétence, qu'un individu associe à son image de soi.

Selon Warren (1990), c'est en développant une bonne opinion de nous-mêmes et en ayant une *construction intérieure* solide que nous arrivons à maîtriser notre colère et à diriger notre vie. Il y a moins de choses qui nous mettent en colère lorsque nous avons une bonne estime de soi.

L'imaginaire et la symbolisation au service de la colère

Drory (2004) souligne que l'imaginaire est une fonction psychique qui s'avère indispensable à la structuration d'une personnalité; il est le chemin qui permet de dépasser avec le plus de succès le principe du plaisir. Imaginer permet de symboliser. La symbolisation est l'action de représenter, d'exprimer ou de matérialiser par un symbole (Office québécois de la langue française, 2008). Elle permet de donner une suite logique aux événements, de s'insérer dans le temps et dans l'espace, et d'accéder à un code social.

Dot (1984) rappelle que Freud fut le premier à penser que le jeu rééquilibre le psychisme endommagé de l'enfant. Le déplaisir et la douleur brisent l'équilibre; il lui faut donc trouver les moyens de retrouver cet état antérieur, agréable. L'enfant résoudre donc les conflits et les tensions par ses fantasmes et sa vie imaginaire qu'il projette dans ses jeux. En devenant le maître de jeu, il maîtrise les faits perturbants en diminuant par le fait même son agressivité et sa violence. Prenons l'exemple d'un enfant qui a été ridiculisé à l'école, et qui par le biais d'un jeu de rôles, retrouve un sentiment de confiance et devient capable d'envisager des solutions plus adaptées pour faire face à la situation.

Le rôle de la psychothérapie

La psychothérapie nous permet de prendre conscience de nos émotions, et d'arriver à les exprimer. Les personnes agressives, enfants autant qu'adultes, n'ont

souvent pas appris à exprimer correctement leurs besoins et ce qu'ils ressentent. La psychothérapie peut être un outil fort efficace pour en faire l'apprentissage, d'autant plus que le jeune enfant qui est amené en thérapie pour cette raison, n'est généralement pas en mesure de nommer ce qu'est la colère. Murphy (2002) avance que l'enfant en colère a même rarement conscience de ses émotions.

L'imaginaire et la symbolisation sont fortement sollicités lors du processus psychothérapeutique. Le thérapeute pour enfants encourage l'expression par le jeu qui incite l'enfant à symboliser. Par exemple, l'enfant peut projeter sa famille dans des figurines d'animaux ou faire parler des parties de sa personnalité à l'aide de marionnettes. Par la symbolisation et l'aide du thérapeute, l'enfant arrive à faire des prises de conscience qui l'amèneront à résoudre ses conflits, et éventuellement à retrouver un équilibre psychique interne.

*Le travail du psychologue pour l'enfant et sa famille : stratégies et techniques
d'intervention*

La complexité du travail auprès des enfants et de leurs familles incite généralement les psychologues à faire des interventions qui oscillent entre des moments individuels avec l'enfant, des moments individuels avec le ou les parent(s) et des moments familiaux. Il arrive fréquemment que ces trois façons d'intervenir se retrouvent

dans le cadre d'un même suivi thérapeutique. À l'intérieur de ces différentes stratégies d'intervention, une gamme variée de techniques peuvent être utilisées.

Le travail avec l'enfant

Les moments individuels avec l'enfant servent, en début et en cours du suivi psychologique, à l'évaluation de sa problématique par la compréhension de sa dynamique interne. L'enfant s'exprime par divers moyens, selon son âge, son aisance ou son niveau de maturité. Pour ce faire, il utilise la parole, le corps, le jeu, le dessin, la personne du thérapeute. Ce dernier a alors accès au monde intérieur de l'enfant par le biais de ses projections dans le matériel ludique. Certains enfants, particulièrement les plus âgés, vont préférer parler tout simplement. Ces jeunes sont généralement dotés d'une bonne capacité d'introspection. Le matériel d'intervention utilisé permet au psychologue de mieux comprendre l'enfant, et donc, de lui offrir une aide plus adéquate. Le psychologue accompagne l'enfant dans l'expression de ses émotions et dans sa recherche de pistes de solutions.

L'utilisation du jeu dans la psychothérapie de l'enfant

Pour ce type de thérapie, les salles sont constituées de matériel de jeux. L'enfant a accès entre autres au dessin, à la pâte à modeler, aux jeux avec des animaux, aux marionnettes, à la petite maison et ses personnages, au jeu de sable. Ces jeux constituent des outils de choix pour les enfants. En général, après avoir exploré le matériel offert, les enfants choisissent spontanément le médium qu'ils préfèrent pour s'exprimer. Les jouets

sont choisis en fonction de leur aspect projectif. Ils permettent donc à l'enfant de projeter des aspects de lui-même à travers le jeu qu'il produit et d'élaborer ses conflits, en passant par l'imagination et la fantaisie (Landreth, 2002). Le jeu est un des langages préférentiels du jeune enfant pour mettre en forme ses fantasmes et moduler les angoisses qui y sont liées (Minazio, 2003). Il revient au psychologue de décoder le langage de l'enfant. L'enfant, même très jeune, connaît les raisons de sa présence en thérapie, puisque cela lui a été expliqué dès le départ, dans ses mots. Souvent, les enfants vont élaborer en thérapie ce qu'ils vivent intérieurement: leurs angoisses, leurs peurs, les conflits familiaux, ses difficultés sociales ou académiques.

Certains jeux, davantage moteurs ou encore structurés (dards, échecs, casse-tête), sont choisis par des enfants plus défensifs, soit au départ ou à certains moments de la thérapie. Ils peuvent aussi permettre aux psychologues d'entrer en contact avec des enfants plus inhibés. Le jeu est un moyen d'interaction et de communication qui respecte les défenses de l'enfant. Ce dernier peut garder ses distances par rapport au thérapeute sans avoir recours à la fuite (Palacio-Espasa, 1993). Il est souvent plus facile de parler de soi lorsqu'on ne regarde pas son interlocuteur dans les yeux ou lorsque l'on est dans l'action, et ce, particulièrement chez les enfants.

Le jeu, comme le rêve, repose, chez l'enfant, sur la capacité de symboliser.
« Lorsqu'une petite fille joue avec sa poupée, la gronde et la cajole, la maltraite et la

rassure, nous comprenons qu'elle tente de concilier et d'intégrer en elle des aspects contradictoires de l'imaginaire maternelle » (Geissmann-Chambon, 2003).

C'est Melanie Klein, célèbre psychanalyste pour enfants, qui apporte le jeu en thérapie. Le jeu est considéré comme l'équivalent des associations libres chez l'adulte. Ceci constitue un apport fort important dans l'histoire de la psychothérapie de l'enfant. Pour Klein (1995), l'analyse du transfert et la façon de communiquer les interprétations du matériel à l'enfant sont des points importants dans la technique de jeu. Les interprétations doivent se rapporter aux points essentiels du jeu pour être bien comprises par l'enfant. Elles doivent être associées directement au matériel et être claires pour l'enfant. Le psychologue doit reprendre les expressions de l'enfant. Ces interprétations amènent l'enfant à entrer en contact avec les émotions et les angoisses qui sont les plus prenantes sur le moment. Par contre, la compréhension consciente et intellectuelle de l'enfant se fait souvent à une étape ultérieure. Plus l'enfant est jeune, plus les connexions entre le conscient et l'inconscient sont étroites. Les refoulements sont moins puissants, donc plus accessibles. La capacité d'*insight* de l'enfant est donc souvent de loin supérieure à celle de l'adulte.

Pour sa part, Winnicott (1975), fait du jeu l'expérience primordiale de la psychothérapie. Il affirme que c'est seulement en jouant que l'enfant ou l'adulte sont susceptibles d'être créateurs et d'utiliser pleinement leur personnalité. Le jeu occupe une place centrale dans le travail de Winnicott.

Tel que spécifié par Meijs (1999), ce type de thérapie n'est pas une thérapie du comportement puisqu'on ne s'attarde pas aux symptômes, mais plutôt aux causes les plus profondes. Lorsqu'elles ont été découvertes et qu'une solution est amenée, il n'est pas rare que des changements du comportement apparaissent spontanément. Les symptômes n'ont en effet plus de raison d'être une fois que leurs causes ont disparues.

En 2005, Bratton, Ray, Rhine et Jones, ont démontré par une méta-analyse que non seulement la thérapie par le jeu est efficace chez les enfants, mais qu'elle l'est peu importe l'âge, le sexe et le motif de consultation. Aussi, les résultats de leur analyse démontrent que les thérapies par le jeu d'approches humanistes et non directives seraient plus efficaces que les approches non humanistes et directives^{2 3}.

Le travail avec les parents

Le milieu familial représente le noyau de l'unité de base de la société, soit la famille, qui est caractérisée par l'interdépendance émotionnelle, affective et économique des membres dont les parents sont responsables du développement, de la protection et de la stabilité de chacun d'eux (Sauber, L'Abate, Weeks & Buchanan, 1993). L'enfant, de par sa condition, dépend de ses parents. Sauf exceptions, lorsqu'un enfant consulte en psychothérapie, il est accompagné des adultes qui en prennent soin.

² L'approche humaniste se veut centrée sur la relation intersubjective et l'expression des sentiments vécus ici et maintenant (Doron et Parot, 2007).

³ Les psychothérapies peuvent être classées comme étant directives, lorsque le thérapeute est de type interventionniste et dirige le client dans la thérapie, ou non-directives, lorsque c'est le client qui propose le matériel à travailler en séance.

Les moments où le ou les parents sont rencontrés sans l'enfant sont des moments privilégiés pour écouter le parent, l'accompagner dans la recherche de solutions, émettre des recommandations, évaluer ou réévaluer les besoins ou les changements survenus en cours de suivi, répondre aux demandes de guidance parentale, etc. Le psychologue se sert d'outils pour aider le parent à dépasser ses difficultés avec son enfant. Ces rencontres peuvent aider les parents à comprendre leur enfant, ainsi que son mode de fonctionnement. Les rencontres parentales peuvent être une occasion pour permettre au parent de parler de son histoire personnelle et l'amener à prendre conscience de ses propres blocages qui peuvent interférer dans ses interventions et dans sa relation avec son enfant. Pour certains parents qui sont dans l'incapacité d'établir une relation avec leur enfant, ces séances serviront à les amener à trouver le point de contact pour qu'ils puissent développer la capacité d'être émotionnellement à l'écoute de leur enfant.

Margaret Rustin (2003) décrit bien les différents rôles qu'un psychologue peut jouer auprès des parents :

En passant en revue la gamme des tâches que nous avons à mener à bien avec les parents, j'ai été conduite à en distinguer quatre catégories principales. À l'une des extrémités du spectre se trouvent des situations dans lesquelles le but essentiel de ce travail est d'obtenir le soutien des parents pour protéger la thérapie de l'enfant et pour la maintenir. Un autre groupe de parents correspond à ceux qui cherchent un soutien dans leurs fonctions parentales. Ce deuxième groupe réunit des parents qui cherchent à mieux comprendre les problèmes de leur enfant, mais qui se trouvent dans l'impossibilité de donner du sens à ses comportements et à ses modes de relation, ainsi que des parents qui se trouvent aux prises avec des situations familiales très difficiles – maladie familiale, pression économique, handicap, deuil, etc. Ces parents peuvent se considérer soit comme des partenaires des professionnels, soit comme ayant besoin d'une aide, mais d'une aide toujours clairement centrée sur leurs rôles de parents. Un troisième groupe de parents correspond au cas où le but explicite du travail, avec leur accord, est d'amener un

changement dans le fonctionnement familial. Cet objectif est alors un aspect du traitement connu comme un tout. Dans ces cas, différentes modalités de travail peuvent être indiquées. Cela va de la thérapie conjugale à la thérapie familiale proprement dite, en passant par un travail individuel centré sur les relations à l'intérieur de la famille. À l'autre extrémité du spectre se situe la psychothérapie individuelle de l'un ou l'autre des parents, voire des deux. Les parents s'y engagent d'eux-mêmes, même s'ils ont été mis en contact avec des psychothérapeutes à propos de problèmes concernant un de leurs enfants. La psychothérapie des parents peut se faire soit parallèlement à la thérapie de l'enfant, soit se poursuivre pour son propre compte, l'une comme l'autre visant un changement intra-familial. Je suis bien consciente du fait que les catégories que je décris sont schématiques et que les cas cliniques nous conduisent souvent à passer d'un mode de travail à un autre. (p. 582).

Le travail avec la famille

Les moments où les parents sont rencontrés avec l'enfant sont tout indiqués lorsqu'il est jugé nécessaire de travailler la dynamique familiale ou de dénouer des impasses relationnelles. Ces rencontres permettent de favoriser les échanges entre les membres de la famille, d'appuyer l'enfant ou le parent dans une démarche d'affirmation, d'expression de ses besoins, de ses attentes ou de ses sentiments. Elles servent aussi à leur faire prendre conscience que des patterns relationnels, trouvant leur origine dans leur histoire antérieure, peuvent se rejouer au sein des relations familiales actuelles.

Selon l'approche systémique, qui s'attarde à la famille en tant que système, le symptôme que présente l'enfant (par exemple, des comportements opposants ou agressifs) représente en quelque sorte le moyen qu'il a trouvé pour exprimer un mal être à l'intérieur de sa famille. Ce symptôme n'est pas travaillé comme étant une manifestation qui appartient à l'enfant, mais plutôt au système familial. C'est dans cette famille qu'il trouve sa fonction et son sens. Il témoigne d'un problème dans les relations

familiales. L'enfant n'en a pas nécessairement conscience. La thérapie consistera à amener l'enfant et sa famille à une autre perception de la situation pour engendrer des changements (Albernhe & Albernhe, 2004). C'est en agissant sur la famille que le changement s'opère. Le fonctionnement du système en est amélioré et le symptôme peut dès lors s'estomper.

Le psychologue peut utiliser divers moyens, comme des techniques expressives (jeux de rôles, chaise vide, etc.) pour travailler avec la famille. Il peut permettre à l'enfant de continuer à s'exprimer par le biais du jeu en présence du parent. Ces moments sont des moments privilégiés pour observer les relations et la communication dans la famille. Les séances familiales peuvent prendre différentes formes et trouvent leur particularité à travers la personne du psychologue qui possède un bagage théorique, des outils, une connaissance et une aisance qui lui sont propres.

L'approche axée principalement sur l'enfant ne tient pas toujours compte des autres variables liées à la problématique (Egel & Powers, 1989). Ce qui fait que bien souvent, des éléments-clés sont laissés de côté, ce qui amène à de piètres résultats. Il apparaît qu'une approche plus holistique, qui tient compte à la fois de ce qui est propre à l'enfant et à la dynamique familiale, donnerait de meilleurs résultats (Hansen & Cohen, 1984). Les psychothérapies familiales donnent plus souvent des résultats à long terme, puisqu'elles touchent aux besoins des enfants et à ceux des parents. Selon cette approche, il est primordial que les parents fassent partie intégrante du traitement.

Les enfants présentant des comportements agressifs

Les enfants présentant des comportements agressifs et l'expression des émotions

Les enfants présentant des comportements agressifs et opposants sont avant tout des enfants qui souffrent. Ils ne comprennent généralement pas pourquoi ils agissent ainsi. Habituellement, ces enfants connaissent un nombre limité d'émotions et les expriment mal. Ils communiquent leur rage en actions plutôt qu'en mots (Crenshaw & Mordock, 2005).

Il est désormais établi que la rage, l'hostilité et l'irritabilité sont associées aux problèmes de comportements extériorisés (Eisenberg, Sadovsky, Spinrad, Fabes, Losoya, Valiente, & al., 2005). Ces enfants sont souvent animés par des sentiments de colère, qui peuvent sous-tendre des sentiments de tristesse. Les émotions sont diffuses et entremêlées. Ils ont souvent accumulé bon nombre de frustrations et se sentent envahis par un trop-plein qu'ils ont de la difficulté à contenir et qui déborde par moments, dans des comportements dérangeants, leur entraînant souvent des conséquences désagréables. Le comportement inadapté, expression du mal être, est lui-même dévastateur pour l'enfant. Lorsqu'il perdure dans le temps, l'estime de soi est atteinte. L'enfant peut se dévaloriser, ou encore se percevoir comme un problème. Généralement, ces enfants ne se sentent pas compris par leur entourage.

De plus, la gestion des émotions est associée aux capacités interpersonnelles (Crenshaw & Mordock, 2005) et à la qualité du fonctionnement social chez les enfants (Eisenberg, Fabes, Guthrie, & Reiser, 2000). Ces enfants vivent donc souvent des difficultés sociales dues à leur impulsivité et à leur agressivité souvent mal dirigées et mal canalisées.

Des raisons cognitives ou encore des difficultés de langage peuvent expliquer cette difficulté à s'exprimer adéquatement, mais les facteurs émotionnels bloquent aussi l'accès entre l'intellectuel et l'affect (Crenshaw & Mordock, 2005). La thérapie permet aux enfants d'apprendre à exprimer leurs émotions autrement qu'en gestes, de façon plus adaptée. Ils développent des habiletés dans l'expression du langage et en viennent à exprimer en mots ce qu'ils ressentent.

Les psychologues doivent servir de contenant pour permettre aux enfants d'exprimer les émotions qui les envahissent (Boston & Szur, 1983). Par contenant, nous entendons ici un cadre (lieu, règles, temps) et une attitude sécurisante de la part du psychologue. Ils apprennent à reconnaître les différentes émotions, et que ces dernières sont expérimentées par tout être humain, même leurs parents et leur psychologue. Les émotions sont ainsi normalisées. Elles ont leur importance, mais elles doivent être exprimées de façon à ce qu'elles ne briment pas les autres. Les enfants sont emmenés à moduler les comportements qui accompagnent généralement leurs fortes émotions.

Certains de ces enfants ont été négligés par des parents préoccupés à combler leurs propres besoins de base pour survivre psychiquement et émotionnellement. D'autres l'ont été parce que leurs parents sont malades physiquement ou mentalement, abusent de certaines substances ou sont absents de leur vie. D'autres encore ont été rejetés par leurs parents naturels. Donc, peu d'entre eux ont été capables de maîtriser les tâches développementales de la petite enfance. Ils sont préoccupés par leur besoin de contrôle, de domination et de pouvoir, et se sentent menacés. Ils composent par les moyens dont ils disposent, avec une angoisse de rejet, d'abandon, de séparation et de perte, et ressentent souvent un besoin d'être punis (Crenshaw & Mordock, 2005). Ils ont des blessures affectives et ont un grand besoin qu'on prenne soin d'eux. Ces thèmes, les enfants les jouent, les parlent, les vivent en thérapie. Ils se chevauchent et connaissent des hauts et des bas tout au long du traitement.

Les enfants présentant des comportements agressifs et l'utilisation du jeu en thérapie

La thérapie par le jeu avec les enfants agressifs est utilisée initialement dans le contexte où la famille perçoit souvent l'enfant comme un problème. Il peut être confrontant d'insister dès le départ auprès de la famille pour qu'elle redéfinisse le problème de l'enfant comme un problème plus large, voire un problème familial. La famille pourrait décider de se retirer de la démarche. Un travail préalable doit donc être fait avec eux. La thérapie par le jeu joue un rôle important dans le traitement initial de l'enfant, mais elle n'a évidemment que peu de valeur si l'enfant habite toujours dans un environnement hostile ou abusif (Crenshaw & Mordock, 2005).

Plusieurs de ces enfants n'ont jamais exprimé leurs inquiétudes à leurs parents ou à d'autres adultes. Il est alors difficile de parler d'eux spontanément. L'enfant tend à externaliser ses conflits intérieurs, et il est invité à le faire par le biais du jeu. C'est un langage qu'il connaît bien. Même si un enfant est réticent à venir rencontrer un psychologue, la thérapie par le jeu peut être désarmante puisque qu'elle utilise le mode d'expression et de communication naturel de l'enfant (Crenshaw & Mordock, 2005). Le psychologue clinicien pour enfants maîtrise des techniques pour faciliter l'expression de l'agressivité directement, symboliquement, et verbalement.

Les symboles amenés par l'enfant (ou parfois choisis par le psychologue) sont importants puisqu'ils permettent à l'enfant de prendre une distance face à ses pensées inacceptables, de ses impulsions et de ses actions. Plusieurs de ces enfants n'ont jamais développé l'habileté à utiliser des images ou des symboles pour composer avec des expériences qui leur font peur. Ils rejouent alors ces expériences à travers des agirs comportementaux au lieu de le faire à travers les jeux imaginaires. Le développement de deux défenses, le déplacement⁴ et l'isolation⁵ aide l'enfant à développer ces habiletés (Crenshaw & Mordock, 2005).

⁴ Processus qui consiste à détacher un affect de la représentation à laquelle il est lié. Par exemple, désirer un homme interdit qui porte une chemise verte peut entraîner l'horreur du vert. Cette représentation étant inacceptable pour le sujet, l'affect sera dirigé vers une autre représentation plus acceptable (Caralp & Gallo, 2004).

⁵ Mécanisme de défense qui consiste à séparer une représentation de l'affect qui l'investit. La représentation peut rester dans l'inconscient, car elle n'est plus considérée comme dangereuse ou compromettante pour le sujet (Caralp & Gallo, 2004).

L'enfant utilise aussi la relation thérapeutique pour tester (les limites, les interdits, l'engagement du thérapeute dans la relation) et pour modifier les anciennes images intériorisées du soi en relation aux autres. La relation thérapeutique est utilisée pour se construire une nouvelle image positive de soi et pour approfondir ses relations interpersonnelles pour permettre à l'enfant d'être mieux adapté et d'adopter des comportements constructifs (Crenshaw & Mordock, 2005). Les interventions du psychologue aident l'enfant à moduler l'expression de ses émotions.

La thérapie par le jeu est très efficace pour traiter le comportement, l'adaptation sociale, et la personnalité (Bratton, Ray, Rhine & Jones, 2005). D'ailleurs, Kazdin, Marciano et Whitley (2005), ont étudié l'importance de l'alliance thérapeutique dans un traitement d'enfants référés pour des comportements agressifs, opposants et antisociaux. Ils ont observé qu'une grande alliance thérapeutique est associée avec une meilleure acceptation du traitement et de grands changements comportementaux. À mesure que la relation thérapeutique grandit, l'enfant passe de l'expression d'une anxiété diffuse à l'expression d'une anxiété plus spécifique, liée à des thèmes plus précis, qu'il peut rattacher à sa réalité. Il peut alors commencer à faire face aux vraies douleurs issues de traumatismes précoces (Crenshaw & Mordock, 2005). Éventuellement, il sera en mesure d'exprimer ses insatisfactions, sa colère, dans des moments plus opportuns, de façon plus adéquate, et aux personnes appropriées.

Chapitre 2

Présentation d'Enfance à petits pas

L'organisme

Enfance à petits pas est un organisme sans but lucratif et un organisme de charité visant à offrir des services de traitements psychologiques aux familles monoparentales ou à faibles revenus. Il est composé de professionnels psychologues. Le principal objectif est de fournir des soins de qualité égale à ceux offerts dans les cliniques privées à une clientèle qui ne pourrait se permettre de tels services, faute de moyens financiers. Leur mission joue un rôle dans la lutte contre la pauvreté et la prévention de la délinquance, des problèmes de santé mentale, du décrochage scolaire, et même du suicide. L'organisme est situé à Québec⁶.

La clientèle

Les clients sont âgés de moins de douze ans et proviennent de familles à faibles revenus et/ou monoparentales. Les motifs de consultation sont diversifiés: abandon, abus, agressivité, intimidation, faible estime de soi, peurs, deuil, idées suicidaires, séparation/divorce, repli sur soi, somatisations, indiscipline, guidance parentale, etc.

⁶ L'organisme a dû fermer ses portes en février 2007.

En 2002, 30% des enfants qui consultent *Enfance à petits pas* vivent des problèmes reliés à l'agressivité et à la colère, et 23% sont agressifs envers eux-mêmes (manque d'estime de soi, idéations suicidaires, automutilation...) (Rapport annuel 2003).

Les enfants ayant besoin d'aide sont référés principalement par les CLSC, les écoles, les organismes communautaires, les parents et amis, le service de police de la ville de Québec (en vertu d'un protocole de prévention de la criminalité).

Les objectifs de l'organisme

Voici les objectifs de l'organisme tels qu'on les retrouve dans le Rapport annuel de 2003 :

- Offrir une ressource psychologique en milieu communautaire centrée principalement sur l'enfant âgé de moins de douze ans;
- Offrir, si possible, des services dès l'apparition d'indices précurseurs, au lieu d'agir seulement en situation de crise;
- Offrir à l'enfant provenant d'une famille aux revenus modestes un suivi personnalisé s'avérant essentiel pour liquider les émotions douloureuses reliées aux nouvelles réalités (départ soudain d'un parent, séparation, divorce, monoparentalité, familles reconstituées, etc.) et/ou pour l'aider à dépasser les difficultés vécues dans certains domaines (relations difficiles avec les pairs, avec les parents, échec scolaire, etc.);
- Développer un service axé davantage sur l'aide concrète et sur l'intervention en minimisant au maximum les tâches administratives reliées au suivi clinique;
- Permettre à l'enfant d'obtenir de l'aide dans un environnement chaleureux, discret et neutre, c'est-à-dire hors de l'école et des structures parfois rigides des établissements publics du réseau;
- Intervenir auprès des parents dans le but de consolider leurs compétences parentales, les rendant ainsi plus aptes à appliquer une saine discipline, à assumer leur rôle parental de façon cohérente et responsable, à mieux communiquer et ainsi favoriser le plein épanouissement de leur enfant;

- Rendre le parent responsable et autonome dans sa démarche vers des changements profonds et durables. Ici, le parent n'est pas pris en charge par l'équipe, il est plutôt accompagné dans son cheminement;
- Permettre à l'enfant et à son parent de développer des compétences personnelles, sociales, et leur estime de soi ce qui facilitera l'intégration aux autres et le développement de relations interpersonnelles gratifiantes;
- Amener l'enfant et son parent à développer une vigilance face aux facteurs de risque et aux facteurs de protection de l'estime de soi.

Les services

Depuis sa fondation en 2000, *Enfance à petits pas* est la seule ressource qui offre un service de suivis psychologiques pour enfants et familles en milieu communautaire dans la grande région de Québec.

Pour obtenir un suivi psychologique, les clients font d'abord une demande de consultation par téléphone. Durant cet appel, un questionnaire d'admissibilité est rempli afin de s'assurer de prioriser les familles-cibles (familles monoparentales et/ou à faible revenu, enfant âgé de moins de douze ans). *Enfance à petits pas* recueille aussi certaines informations sur le portrait familial et les motifs de consultation.

Les parents sont reçus ensuite dans les locaux d'*Enfance à petits pas* pour une entrevue d'accueil. Ils reçoivent alors des renseignements plus complets sur les services et le fonctionnement de l'organisme.

La liste d'attente dénombre en général plus de vingt enfants qui doivent s'attendre à un délai d'environ trois mois. Durant l'attente, une relance est effectuée à

chaque mois dans le but de vérifier la pertinence de maintenir active la demande de consultation.

Pour les besoins de cet essai, nous ne ferons pas état ici des autres services offerts par *Enfance à petits pas*, notamment les rencontres de groupes d'enfants et un service de documentation.

Le traitement psychologique

Tous les psychologues de l'équipe, qu'ils soient salariés ou bénévoles, sont membres en règle l'Ordre des psychologues du Québec. Leurs interventions respectent le code de déontologie et l'éthique professionnelle exigés par cet Ordre. De plus, ils sont spécialisés dans l'intervention auprès des enfants et des familles.

Chez *Enfance à petits pas*, l'enfant est au cœur des interventions. Chaque salle de thérapie, de même que les murs de la réception et de la salle d'attente, sont aux couleurs de l'enfance; des couleurs vives et accueillantes, choisies dans le but que l'enfant qui consulte pour la première fois se sente à l'aise. Il se retrouve dans un univers familier, il est entouré d'animaux en peluche, et de différents jouets.

Comme l'enfant est dépendant du milieu dans lequel il vit, les psychologues d'*Enfance à petits pas* jugent qu'il est incontournable de travailler également avec la famille. Celle-ci est mobilisée autour de la recherche de solutions de façon à développer

des relations plus harmonieuses, à reprendre du pouvoir sur la situation et une place dans la société.

La mise en place d'un suivi psychologique comporte des modalités particulières. Il y a parfois une mésentente entre les parents concernant la nécessité d'un suivi psychologique pour leur enfant. Les deux parents doivent donner leur accord et signer les formulaires de consentement requis. À partir de ce moment, différents niveaux d'implication sont possibles, selon la capacité et la motivation des enfants et des parents de s'engager dans le travail psychothérapeutique. Il arrive fréquemment que toute une partie du monde de l'enfant devienne inaccessible au psychologue, lorsque ce dernier n'a pas accès à l'un des deux parents pour diverses raisons (refus, éloignement géographique, emprisonnement, déchéance parentale, etc.). L'implication des deux parents est la façon la plus souhaitable de travailler avec un enfant ou une famille. Les psychologues d'*Enfance à petits pas* sont sensibilisés à l'importance de faire les démarches nécessaires pour impliquer les deux parents lorsque cela est possible.

La famille qui vient consulter à *Enfance à petits pas* doit verser une contribution financière volontaire en échange des services rendus. Le montant est laissé à leur discrétion. Ceci a pour but d'assurer l'implication de la famille dans le suivi.

Certaines restrictions influencent le rythme des rencontres. Pour diminuer la liste d'attente, *Enfance à petits pas* a choisi de rencontrer les clients aux trois semaines.

Évidemment, l'organisme fait preuve de souplesse, ce qui fait que selon le jugement du psychologue traitant, un enfant en situation de crise ou qui nécessite un suivi plus rapproché en regard de besoins spécifiques, peut être rencontré dans des délais plus courts pendant un certain temps, en cours de suivi ou au tout début.

La clientèle d'*Enfance à petits pas*, en plus d'être généralement aux prises avec des difficultés économiques, fait souvent face à un bon nombre d'autres problématiques : monoparentalité, violence conjugale, maladie mentale ou physique, etc. Il arrive que l'environnement de l'enfant ne lui permette pas d'éliminer les causes à l'origine de ses symptômes. L'angoisse est alors liée à une menace ou une source de stress bien réelle et identifiable. Le travail thérapeutique devient davantage un travail d'accompagnement et de soutien avec ces enfants. Conséquemment, les psychologues sont souvent appelés à gérer des crises familiales à l'intérieur d'un suivi. Le psychologue doit avoir une bonne capacité d'adaptation et savoir modifier ses interventions si elles ne répondent plus au besoin le plus important de la famille. Son jugement clinique l'amènera à intervenir auprès de la personne qui semble en plus grande détresse, et à accorder une priorité aux problèmes les plus urgents.

Les psychologues d'*Enfance à petits pas*, en plus d'assurer un suivi adapté à l'enfant, doivent : soutenir les parents, être en mesure de suggérer des conseils pratiques pour la vie quotidienne, leur parler des autres approches éducatives existantes ou les référer à d'autres organisations lorsque nécessaire, entrer en contact avec l'enseignant ou

tout autre professionnel ou intervenant actif dans la vie de l'enfant, et travailler en concertation avec eux pour assurer un meilleur service. Il arrive qu'ils participent à des rencontres multidisciplinaires dans une école ou un CLSC.

Il n'y a pas d'approche théorique unique privilégiée chez *Enfance à petits pas*. Bien que l'organisme adopte une philosophie humaniste en trame de fond, l'intervention directe avec les clients emprunte autant à l'approche psychodynamique, systémique, cognitive, comportementale, qu'éducative. On peut parler d'une intervention intégrative, avec à la base un savoir-faire et un savoir-être humanistes. L'approche thérapeutique et le choix des techniques d'intervention peuvent varier selon la problématique et le psychologue traitant.

Les psychologues sont accompagnés dans leurs actions. Ils bénéficient de supervisions individuelles et en groupe, et de rencontres cliniques avec l'équipe. De la documentation est aussi mise à leur disposition. *Enfance à petits pas* s'exerce à offrir de la formation à leurs psychologues sur des sujets qui touchent de près leurs interventions avec les enfants et les familles (techniques d'impact, analyse de dessins, psychosynthèse, jeu de sable, art thérapie, etc.).

La compréhension de la dynamique familiale (quels sont les rôles de chacun, comment se déroule le quotidien, qui émet la discipline, quel est l'état des relations entre les membres de la famille), et de la dynamique interne de l'enfant (ses désirs, ses besoins

affectifs, ses angoisses) est incontournable et doit se faire dans les débuts du suivi. L'évaluation de tous ces éléments permet au psychologue d'intervenir de la façon la plus aidante possible pour la famille et d'émettre des recommandations pertinentes à l'évolution et au bien-être de l'enfant. Le travail des psychologues d'*Enfance à petits pas* est donc spécifique et adapté à chaque famille rencontrée.

Afin de maximiser la participation et de maintenir le processus actif, étant donné que les rencontres se font aux trois semaines, les psychologues peuvent recommander aux familles des exercices, des activités et des lectures pertinentes à effectuer entre les rencontres. Ils peuvent aussi leur remettre de la documentation puisqu'un centre de documentation à l'intention des parents est disponible sur place. Voici des exemples d'outils sur lesquels la famille peut travailler entre deux rencontres : tableau de comportements, temps d'arrêt pour réfléchir aux conséquences les plus adéquates, « bons de colère », lectures pertinentes, image à apporter à la maison, métaphore, conte à lire avec son enfant en lien avec sa problématique. Ces outils s'adressent parfois directement au symptôme (soit ici, les comportements agressifs ou d'opposition) que l'on veut voir modifier et peuvent servir à amener un changement observable dans les premiers temps du suivi thérapeutique, ce qui permet souvent aux membres de la famille de se sentir plus compétents dans leurs rôles respectifs. Ce type de travail peut très bien s'effectuer en parallèle avec un travail plus intérieur en séance.

Au cours du processus d'aide, l'enfant, tout comme le parent, apprend à mieux exprimer ses émotions et ses besoins, à mieux communiquer avec les autres et à s'intégrer socialement. Il découvre de nouveaux moyens pour résoudre ses problèmes et atteindre ses buts. Le parent bénéficie lui aussi de ces apprentissages, puisqu'il développe de nouvelles habiletés parentales et connaît davantage son enfant.

Chapitre 3

Méthodologie

Objectifs de l'essai

Cette recherche vise à évaluer l'effet d'un suivi psychologique chez des enfants présentant des comportements agressifs et/ou d'opposition. Plus particulièrement, nous nous attarderons aux comportements agressifs, selon leur fréquence et leur intensité, aux problèmes à l'école liés aux comportements agressifs, et à l'expression de la colère en mots et en gestes. Nous espérons être en mesure de donner une appréciation adéquate de l'évolution des enfants en regard des variables choisies.

L'essai souhaite répondre aux questions suivantes :

- 1) Est-ce qu'une meilleure gestion de la colère entraîne une diminution des comportements agressifs?
- 2) Est-ce qu'un suivi psychologique tel qu'offert chez *Enfance à petits pas* peut aider les enfants qui présentent des comportements agressifs et/ou d'opposition?

Comme objectifs, nous espérons :

- Dresser un portrait du niveau d'efficacité de la psychothérapie selon des variables précises touchant la gestion de la colère;

- Arriver à des recommandations pertinentes pour augmenter la qualité des services ou encore la rigueur du processus d'évaluation des activités d'*Enfance à petits pas*;
- De façon plus générale, documenter et informer sur les services de psychothérapie pouvant être offerts aux enfants.

Pour ce faire, nous ferons état des données recueillies par *Enfance à petits pas*. Elles seront analysées, avec un regard clinique, sous différents angles. Les conclusions et les recommandations qui en découleront permettront à l'organisme, dans un premier temps, d'être plus au fait des résultats de leur travail. Dans un deuxième temps, elles les éclaireront sur les avenues pertinentes à prendre dans la cueillette de leurs données futures. Il sera donc question de l'efficacité du travail en regard des variables observées, ainsi que de l'efficacité de l'évaluation.

Description de l'échantillon

Enfance à petits pas, par le biais de sa mission visant la prévention, et en collaboration avec le service de police de la ville de Québec, a obtenu une subvention dans le cadre d'un programme appelé « Agir pour prévenir ». Ce programme vise à prévenir la criminalité et la délinquance en offrant des services psychologiques aux jeunes enfants. Cette cueillette de données s'effectue dans le cadre de ce programme. La sélection des participants se fait à *Enfance à petits pas*. Parmi les demandes de suivis reçues, les parents dont le motif de consultation concerne les comportements agressifs de leur enfant sont sollicités. Donc, parmi l'échantillon, au moins un des motifs de

consultation de tous les participants touche à l'agressivité d'un enfant âgé entre 0 et 12 ans. Le tableau 1 décrit l'échantillon selon le sexe et l'âge des enfants, le(s) répondant(s) et le nombre de rencontres en psychothérapie.

Tableau 1
Caractéristiques des clients aux quatre temps de mesure

		Temps 1 (n=151)	Temps 2 (n=99)	Temps 3 (n=57)	Temps 4 (n=28)
Sexe	Féminin	45	29	15	8
	Masculin	106	70	42	20
Répondant	Mère	129	85	44	21
	Père	14	6	8	4
	Mère et père	7	6	3	3
	Tuteur	2	2	---	---
Âge moyen	Moyenne	7,7	---	---	---
	Écart type	2,2			
	Minimum	2			
	Maximum	12			
Nombre de rencontres	Moyenne	3,0	7,7	13,1	19,1
	Écart type	3,6	4,2	7,3	5,8
	Minimum	1	2	7	15
	Maximum	14	22	35	35

Sur le plan du sexe de l'enfant, les garçons sont surreprésentés. Ils représentent 70% de l'échantillon total au temps 1. Il y a donc beaucoup plus de demandes de consultation pour ce type de problématiques chez les garçons. C'est la mère qui remplit le questionnaire dans 85% des cas. L'âge moyen des enfants observés au début de la cueillette des données est 7,7 ans, avec un écart type de 2,2. Le plus jeune enfant de l'échantillon est âgé de deux ans, alors que le plus âgé a 12 ans. La consigne était que la cueillette de données se fasse à toutes les cinq rencontres. Il est à noter qu'au moment où s'effectue la première cueillette de données (temps 1), il y a en moyenne 3,0 rencontres d'effectuées depuis le début du suivi (avec un écart type de 3,6), et qu'au temps 4, le nombre moyens des rencontres effectuées est de 19,1 (avec un écart type de 5,8).

Instrument de mesure

L'instrument de mesure utilisé par l'organisme est appelé « Bilan évolutif » (présenté dans l'Appendice A). Il a été conçu en 2002 par Chantal Belley, psychologue et coordonnatrice à *Enfance à petits pas*. Il s'agit d'un « questionnaire-maison » administré aux parents visant à évaluer le lien entre la discipline parentale et l'expression des émotions des enfants avec les comportements agressifs et/ou oppositionnels. Ce bilan évolutif a la forme d'un questionnaire sur lequel le parent identifie dans une première partie la fréquence et l'intensité des comportements agressifs de l'enfant, s'il y a présence de problèmes à l'école en lien avec ces comportements agressifs, et la capacité de l'enfant à exprimer correctement ses émotions (colère, tristesse, joie, peur) et ses besoins, en mots et en gestes. La seconde partie du

questionnaire permet aux parents de faire une auto-appréciation de l'écoute et de la discipline qu'ils adoptent avec leur enfant.

Ce questionnaire est anonyme et respecte les règles de la confidentialité⁷. Les familles sont identifiées par un numéro. Toutes les questions comportent des échelles de type Likert allant de 0 (rarement) à 5 (très souvent). De plus, les questions concernant les comportements agressifs, et l'expression des émotions par l'enfant comprennent aussi un espace où le parent peut développer ses réponses.

Pour l'organisme, ce questionnaire constitue un moyen rapide qui n'empiète pas sur le temps des séances, le parent pouvant le compléter dans la salle d'attente. Ce moyen a aussi l'avantage d'assurer l'obtention des données puisqu'il s'effectue sur place. En plus de faciliter l'évaluation du programme, la répétition de l'administration du questionnaire à toutes les cinq rencontres peut permettre cliniquement, tant aux familles qu'aux psychologues, d'avoir une meilleure appréciation de l'évolution du suivi.

Déroulement

Le suivi psychologique est offert par les psychologues d'*Enfance à petits pas*. Il prend la forme de rencontres individuelles (enfant, parent) et/ou familiales. Les parents

⁷ Ce projet a reçu l'approbation du comité d'éthique et de déontologie de l'UQTR.

doivent compléter un bilan évolutif à la toute première rencontre, et subséquemment à toutes les cinq rencontres.

La cueillette de données s'est effectuée de 2002 à 2006, par l'équipe de psychologues sur place. Le contact s'établit à chaque début de suivi par le ou la psychologue en charge du suivi de l'enfant et de sa famille. Le psychologue doit s'assurer que le questionnaire soit complété à toutes les cinq rencontres.

Il n'y a pas un nombre prédéterminé de rencontres. Le suivi psychologique se maintient aussi longtemps que la famille en a besoin. Les rencontres s'effectuent aux trois semaines.

Analyses statistiques

Les résultats sont comparés sur quatre temps de mesure, pour les cinq variables suivantes : fréquence des comportements agressifs, intensité des comportements agressifs, problèmes à l'école, colère exprimée en mots et colère exprimée en gestes. Des tests t sur échantillons appariés ont été réalisés pour pouvoir comparer les mêmes répondants.

Chapitre 4

Résultats

Ce chapitre présentera les résultats moyens des répondants sur chacune des variables étudiées, selon les différents temps de mesure. Les résultats seront observés de façon globale, c'est-à-dire en comparant le début et la fin de la cueillette de données et entre chacun des temps de mesure. De plus, la question de la différence entre les sexes méritera une attention particulière.

En observant les scores moyens des clients aux variables des quatre temps de mesure pour l'ensemble des répondants (voir tableau 2) aux questions 1b (comportements agressifs, fréquence et intensité), 2 (fréquence des comportements agressifs à l'école) et 3 (fréquence et expression de la colère en mots, en gestes), on remarque une moyenne plus élevée pour les comportements agressifs (l'intensité d'abord, suivie par la fréquence). On peut observer que les enfants qui consultent pour un problème d'agressivité tendent à exprimer davantage leur colère en gestes qu'en mots au temps 1. Cet écart s'amenuise en cours de suivi, pour se rapprocher au temps 4. On remarque aussi que le nombre de répondants diminue de façon importante au fil des temps de mesure puisque la durée du suivi varie pour chaque enfant.

Tableau 2

Score moyens des clients aux variables des quatre temps de mesure pour cinq variables
pour l'ensemble des répondants

Variables	Temps 1		Temps 2		Temps 3		Temps 4	
	(n=150)		(n=98)		(n=57)		(n=28)	
	moy.	é.-t.	moy.	é.-t.	moy.	é.-t.	moy.	é.-t.
Comportements agressifs- fréquence	3,23	1,11	2,69	1,15	2,53	1,28	2,57	1,32
Comportements agressifs- intensité	3,35	1,00	2,95	2,11	2,94	1,18	2,65	1,32
Problèmes à l'école	1,95	1,54	1,47	1,42	1,46	1,53	1,54	1,66
Colère en mots	2,05	1,52	2,38	1,36	2,53	1,43	2,39	1,42
Colère en gestes	3,09	1,52	2,76	1,37	2,68	1,44	2,45	1,45

Une attention est portée à l'évolution des clients à l'intérieur de chacun des temps de mesure. Ces observations sont importantes puisque ce ne sont pas tous les clients qui sont évalués aux quatre temps de mesure, étant donné que plusieurs d'entre eux ont déjà complété leur psychothérapie. Au tableau 3, on trouve les différences significatives pour toutes les variables entre les scores au temps 1 et au temps 2.

Tableau 3

Analyse de variance aux scores entre le temps 1 et le temps 2

Variables	Temps 1			Temps 2			<i>t</i>	<i>p</i>
	n	moy.	é.-t.	moy.	é.-t.			
Comportements agressifs- fréquence	97	3,24	1,11	2,69	1,16	3,997	< .001	
Comportements agressifs- intensité	69	3,35	1,00	3,06	1,10	2,090	,040	
Problèmes à l'école	87	1,94	1,58	1,48	1,42	2,672	,009	
Colère en mots	95	1,76	1,43	2,35	1,34	-4,010	< .001	
Colère en gestes	91	3,16	1,54	2,75	1,37	2,409	,018	

Même si on constate encore une diminution des scores pour la fréquence, l'intensité des comportements agressifs, la diminution des problèmes à l'école et une augmentation de la mise en mots de la colère, aucune des différences n'est significative entre les temps 2 et 3 (tableau 4).

Tableau 4

Analyse de variance aux scores entre le temps 2 et le temps 3

Variables	Temps 2			Temps 3		<i>t</i>	<i>p</i>
	n	moy.	é.-t.	moy.	é.-t.		
Comportements agressifs- fréquence	54	2,76	0,97	2,50	1,27	1,459	,150
Comportements agressifs- intensité	39	3,10	1,05	2,95	1,15	0,829	,412
Problèmes à l'école	50	1,70	1,49	1,40	1,54	1,364	,179
Colère en mots	53	2,32	1,34	2,53	1,45	-1,026	,310
Colère en gestes	52	2,69	1,48	2,75	1,43	-,275	,785

Aucune différence significative n'est retrouvée également entre les scores au temps 3 et au temps 4 pour les cinq variables (tableau 5).

Tableau 5

Analyse de variance aux scores entre le temps 3 et le temps 4

Variables	Temps 3			Temps 4			<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>n</i>	moy.	é.-t.	moy.	é.-t.			
Comportements agressifs- fréquence	27	2,37	0,79	2,48	1,25	-,366	,717	
Comportements agressifs- intensité	22	2,95	1,09	2,55	1,30	1,402	,175	
Problèmes à l'école	25	1,28	1,28	1,52	1,69	-,647	,524	
Colère en mots	27	2,30	1,30	2,44	1,42	-,471	,641	
Colère en gestes	25	2,60	1,38	2,40	1,44	,490	,629	

Par contre, la comparaison des résultats entre le temps 1 et le temps 4 montre des différences significatives pour quatre des cinq variables, soit la fréquence et l'intensité des comportements agressifs, l'expression de la colère en mots et l'expression de la colère en gestes (voir le tableau 6). La variable problèmes à l'école était significative entre le temps 1 et le temps 2. Cette variable peut être considérée comme ayant évolué de façon positive si on tient compte que les problèmes à l'école ont diminué plus tôt dans le suivi, et que le nombre de répondants est beaucoup plus petit au temps 4 ($n=28$).

Tableau 6

Analyse de variance aux scores entre le temps 1 et le temps 4

Variables	Temps 1			Temps 4		<i>t</i>	<i>p</i>
	n	moy.	é.-t.	moy.	é.-t.		
Comportements agressifs- fréquence	27	3,44	1,01	2,59	1,34	2,533	,018
Comportements agressifs- intensité	23	3,48	1,28	2,61	1,37	2,397	,025
Problèmes à l'école	25	1,96	1,57	1,44	1,61	1,312	,202
Colère en mots	27	1,26	1,40	2,33	1,41	-4,114	,000
Colère en gestes	26	3,38	1,58	2,46	1,45	2,40	,024

Le tableau 7 permet de jeter un œil sur l'ensemble des résultats cités plus haut. Il concerne les scores moyens des répondants aux quatre temps pour les cinq variables. Des graphiques permettent de voir l'évolution dans le temps des moyennes pour les cinq variables.

Tableau 7

Scores moyens des répondants appariés aux quatre temps de mesure pour les cinq variables

Temps	n	Comportements agressifs- fréquence	Comportements agressifs- intensité	Problèmes à l'école	Colère en mots	Colère en gestes
T1	26	3,42 (±1,03)	3,39 (± 1,42)	1,95 (± 1,65)	1,23 (± 1,42)	3,33 (± 1,63)
T2	18	2,69 (±0,88)	2,89 (± 0,96)	1,64 (± 1,36)	1,92 (± 1,16)	2,46 (± 1,38)
T3	26	2,35 (±0,80)	3,06 (± 1,06)	1,27 (± 1,32)	2,23 (± 1,28)	2,58 (± 1,41)
T4	24	2,50 (±1,27)	2,50 (± 1,38)	1,45 (± 1,68)	2,38 (± 1,42)	2,33 (± 1,44)

Donc, si on analyse globalement les résultats, nous pouvons conclure que, de façon significative entre le temps 1 et le temps 4, le suivi psychologique donne les effets escomptés au niveau du traitement de l'agressivité chez les enfants. Il y a une diminution significative de la fréquence et de l'intensité des comportements agressifs et de plus, les enfants arrivent à mieux exprimer leur colère. Ils l'expriment désormais davantage en mots, et moins en gestes.

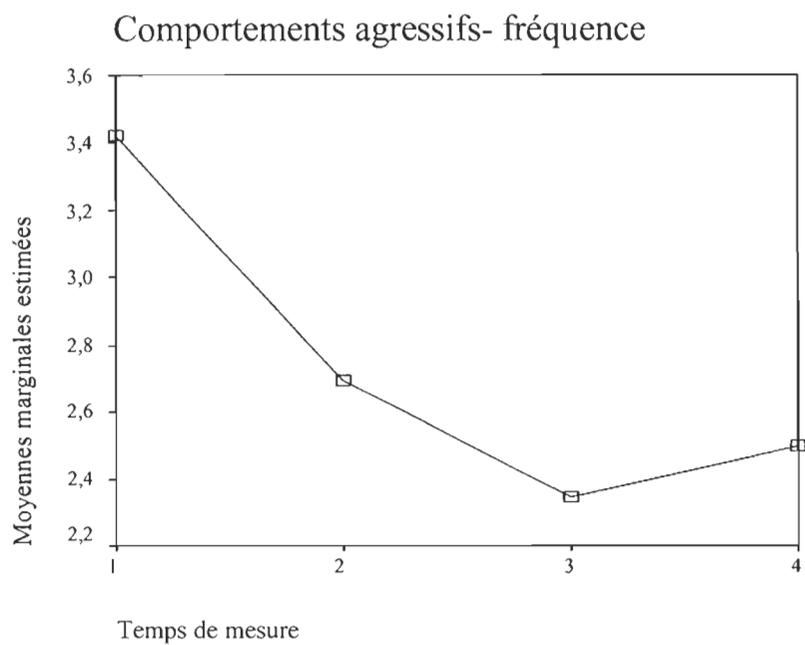


Figure 1. Fréquence des comportements agressifs aux quatre temps de mesure

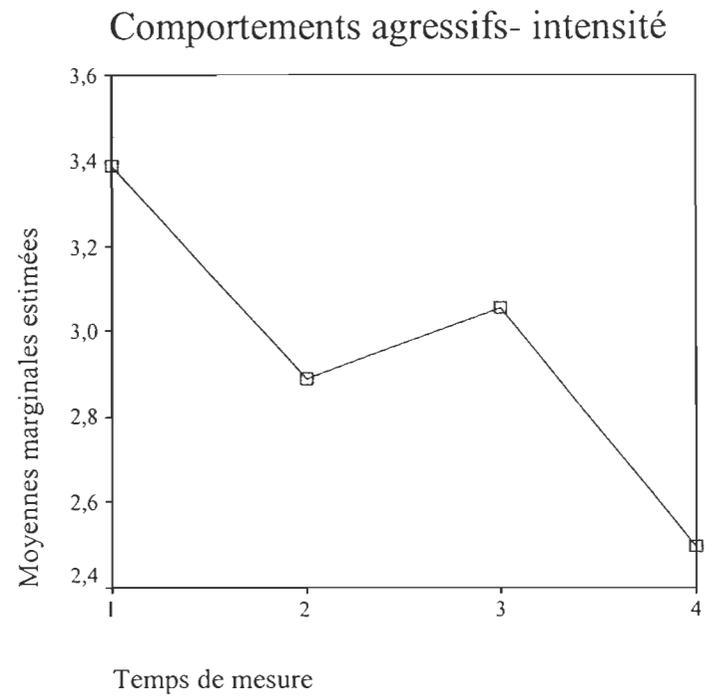


Figure 2. Intensité des comportements agressifs aux quatre temps de mesure

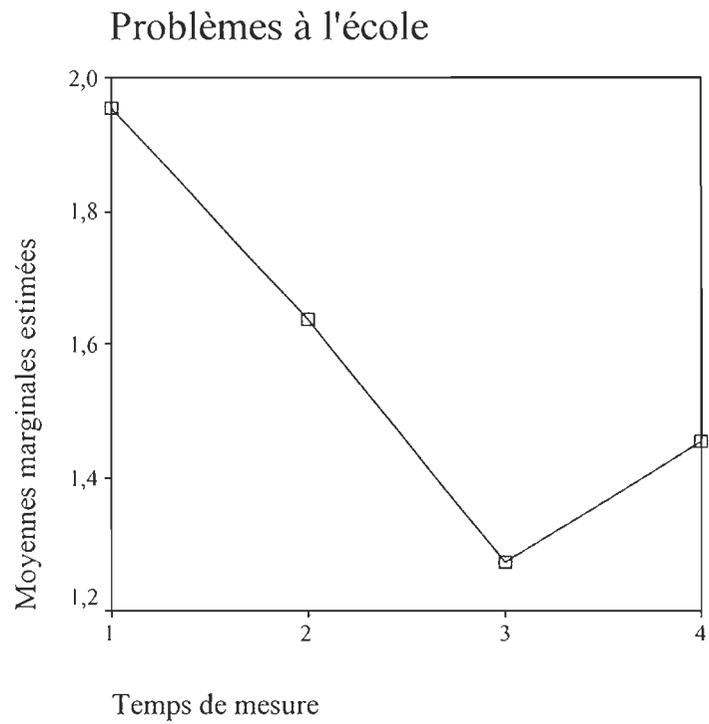


Figure 3. Problèmes à l'école aux quatre temps de mesure

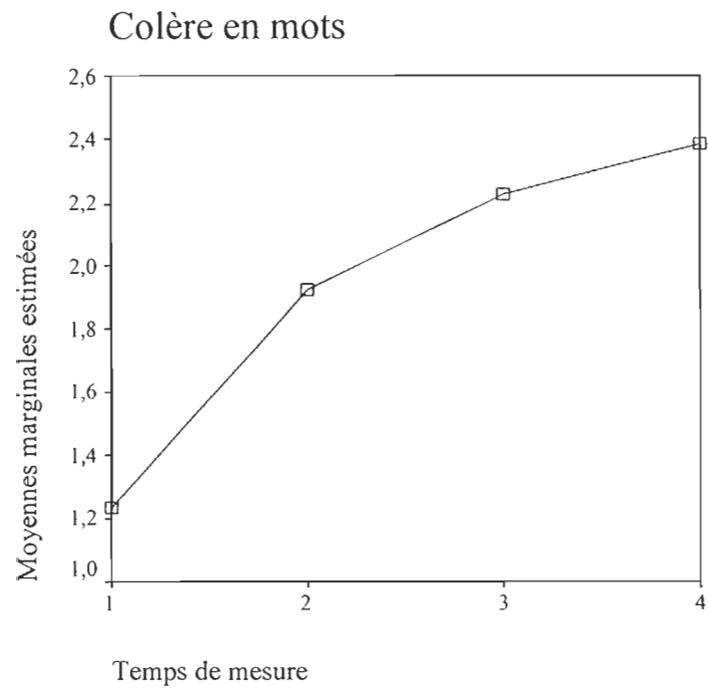


Figure 4. Colère exprimée en mots aux quatre temps de mesure

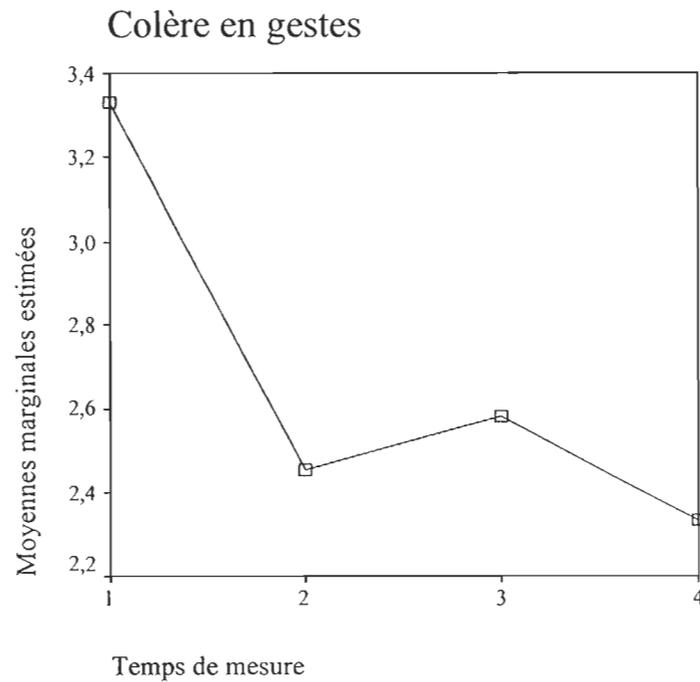


Figure 5. Colère exprimée en gestes aux quatre temps de mesure

De plus, une autre variable paraissait pertinente à l'analyse de la question. Il s'agit de la différence entre les sexes. Le tableau 8 révèle une différence significative entre les sexes au temps 1 pour une des variables. Il s'agit de la variable problèmes à l'école pour laquelle les garçons obtiennent un score significativement plus élevé que les filles.

Tableau 8

Différences entre les scores selon le sexe au temps 1

Variables	Féminin (n=44)	Masculin (n=106)	<i>t</i>	<i>p</i>
	moy. (é.-t.)	moy. (é.-t.)		
Comportements agressifs- fréquence	3,32 (± 1,22)	3,19 (± 1,07)	-,640	,523
Comportements agressifs- intensité	3,38 (± 1,01)	3,35 (± 0,99)	-,151	,880
Problèmes à l'école	1,27 (± 1,25)	2,25 (± 1,57)	3,553	,001
Colère en mots	2,29 (± 1,52)	1,94 (± 1,52)	-1,237	,218
Colère en gestes	3,05 (± 1,47)	3,13 (± 1,54)	,296	,267

Les analyses de variance n'indiquent aucune différence significative entre les sexes au temps 2 et au temps 3. Par contre, au temps 4, le score de la variable problèmes à l'école varie selon le sexe; encore là, les garçons ont un score significativement plus élevé que celui des filles.

Tableau 9

Différences entre les scores selon le sexe au temps 4

Variables	Féminin (n=8)	Masculin (n=20)	<i>t</i>	<i>p</i>
	moy. (é.-t.)	moy. (é.-t.)		
Comportements agressifs- fréquence	2,50 (± 1,60)	2,60 (± 1,23)	,178	,860
Comportements agressifs- intensité	2,43 (± 1,62)	2,74 (± 1,24)	,518	,609
Problèmes à l'école	0,29 (± 0,76)	2,00 (± 1,67)	2,599	,016
Colère en mots	2,38 (± 1,85)	2,40 (± 1,27)	,041	,967
Colère en gestes	1,67 (± 1,86)	2,70 (± 1,26)	1,577	,128

Des analyses de variance à mesures répétées ont été effectuées pour savoir si l'évolution des scores (du temps 1 au temps 4) aux variables est différente selon le sexe du client. La seule différence significative est à la variable problèmes à l'école pour laquelle les garçons et les filles ont des trajectoires différentes (voir la figure 6).

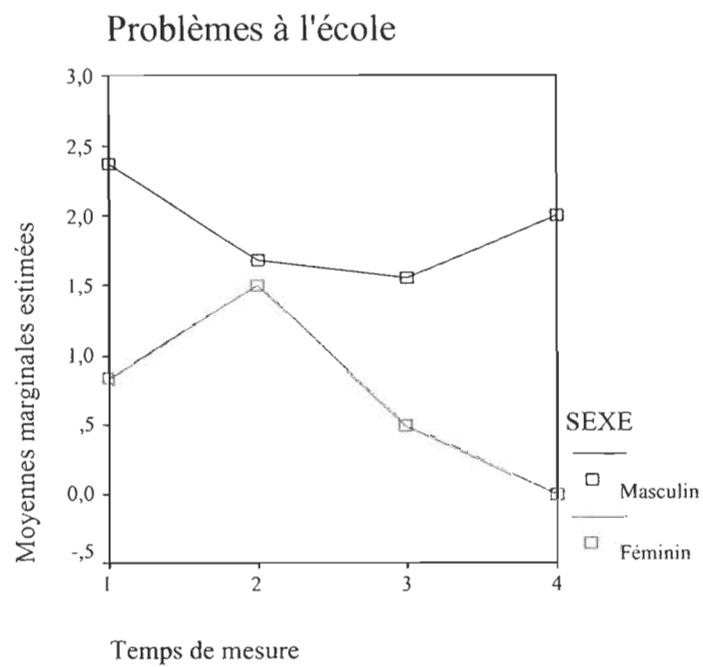


Figure 6. Problèmes à l'école aux quatre temps de mesure selon la différence entre les sexes

Chapitre 5

Discussion

Les résultats obtenus démontrent que, rapidement en cours de suivi, les enfants qui apprennent à exprimer leur colère en mots l'expriment moins en gestes. La fréquence et l'intensité des comportements agressifs diminuent également. Le suivi psychologique ici, se place comme l'élément favorisant l'équilibre du balancier. Ce changement survient tôt dans le suivi puisque la différence majeure se situe entre le temps 1 et le temps 2. Plus précisément, entre les temps 1 et 2 (tableau 3), la fréquence et l'intensité des comportements agressifs, l'expression de la colère en gestes, de même que les problèmes à l'école, diminuent de façon significative, alors que l'expression de la colère en mots augmente de façon significative. Par la suite, il n'y a aucune différence significative entre les temps 2 et 3 (tableau 4), et les temps 3 et 4 (tableau 5).

Comment expliquer que l'évolution ne se poursuit pas de façon aussi évidente par la suite? Certaines hypothèses peuvent être apportées. Premièrement, le fait que la taille de l'échantillon ait diminué à partir du temps 2 peut démontrer que plusieurs de ces familles ont obtenus des résultats suffisamment encourageants pour ne plus avoir besoin du suivi. Leurs objectifs sont donc atteints. Aussi, il se peut que la motivation soit plus grande en début de traitement. Il est également possible que les changements s'opèrent

chez les clients les plus motivés à travailler et que les clients restants soient moins mobilisés ou impliqués dans leur processus thérapeutique.

Il est probable aussi que le comportement soit le premier à subir des modifications observables lorsqu'un enfant apprend à exprimer ses émotions. Il est à noter que la présente étude s'attarde uniquement aux comportements agressifs observables par les parents et souvent attribuables à la colère. Il est possible que d'autres comportements de types plus intériorisés tels que la dévalorisation, la perte d'appétit, l'agitation, l'inattention, souvent attribués à de la culpabilité, de l'anxiété, de la dépression, demeurent présents. Ces derniers ne sont pas rapportés ici. Même si les comportements dits extériorisés semblent subir une nette amélioration dès le début du suivi psychologique, l'enfant peut présenter d'autres symptômes qu'il reste à travailler par la suite. Les clients qui poursuivent au-delà du temps 2 peuvent avoir vu leur plan d'intervention se modifier, soit parce que d'autres événements concomitants sont survenus dans leur vie, soit parce que les manifestations d'agressivité cachaient un autre mal sur lequel on s'attarde davantage dans un deuxième temps. Sous la colère se cache souvent de la tristesse, de la déception, de l'insécurité ou d'autres émotions.

Il est également possible que le plan de traitement ou la forme de psychothérapie offerte à *Enfance à petits pas* ne soit pas adapté aux clients qui poursuivent le traitement. On pense par exemple à la fréquence des rencontres aux trois semaines qui peut ne pas

convenir à leurs besoins réels. Ou encore, peut-être ont-ils besoin d'autres services en parallèle, en travail social, en psychoéducation ou en pédopsychiatrie dans le cas de problèmes de l'ordre de la santé mentale? Ces enfants nécessitent peut-être un autre type d'intervention en premier lieu. Il est plausible aussi que le milieu de vie ne soit pas favorable à un changement. L'expression de l'agressivité garde encore tout son sens et son utilité pour l'enfant dont la situation qui est la source de sa colère demeure inchangée, ou lorsque le milieu n'entend pas le besoin réel qu'il exprime par l'agressivité. Par exemple, d'une manière inconsciente, il peut servir d'appel à l'aide pour l'enfant négligé ou violenté par un membre de la famille. De plus, il serait intéressant de regarder les autres variables qui peuvent influencer les résultats, par exemple l'âge de l'enfant ou la force du lien thérapeutique.

Tout porte à croire que les problèmes de comportements agressifs liés à l'expression de la colère se règlent rapidement à un premier niveau à l'aide de la psychothérapie. En fait, l'hypothèse la plus plausible demeure que les enfants dont la psychothérapie demande un nombre plus élevé de séances soient les cas les plus lourds. On peut donc croire que pour les cas les plus faciles, l'agressivité tend à diminuer plus rapidement que pour les cas plus lourds qui semblent atteindre un plateau dans l'évolution de leur apprentissage de stratégies de gestion de la colère. Il nous est malheureusement impossible avec les données disponibles actuellement, d'aller vérifier si les cas restants au temps 4 présentaient, au départ, des difficultés plus importantes que le reste de l'échantillon au temps 1. Cela aurait permis de nous avancer davantage sur

l'hypothèse que ce sont les cas les plus lourds qui restent à la fin du temps 4 dans notre échantillon.

Il aurait aussi été pertinent de regarder de plus près quels sont les autres aspects que l'on doit travailler chez ceux dont les effets du traitement se font attendre. Une analyse qualitative nous éclairerait peut-être sur la pertinence de revoir les stratégies et les modalités d'intervention pour cette partie de l'échantillon.

Maintenant, si les variables « colère exprimée en mots » et « colère exprimée en gestes » ont été observées par les parents, plusieurs autres variables peuvent expliquer le succès ou le non succès d'une psychothérapie. On peut penser au niveau d'implication des parents et leur cheminement personnel à l'intérieur du suivi de leur enfant, au degré de compréhension et d'empathie de l'entourage face aux difficultés de l'enfant, à l'accompagnement de l'enfant dans la gestion de ses émotions, à la capacité des parents à gérer leurs propres émotions en tant que modèles pour leur enfant, à l'encadrement et la discipline dans les différents milieux de vie de l'enfant (école, famille).

Les résultats démontrent qu'il y a une différence significative entre les problèmes à l'école des garçons et des filles. Il y a lieu de s'interroger sur les raisons pour lesquelles les garçons de l'échantillon présentent significativement plus de problèmes à l'école que les filles. La violence et l'agressivité des garçons est-elle plus présente ou

plus visible? Les garçons seraient-ils plus enclins à exprimer leur agressivité physiquement par des gestes? Sommes-nous plus tolérants envers la violence des filles que celle des garçons?

Apparemment, l'apprentissage de l'expression des émotions au niveau verbal contribue à faire diminuer les gestes agressifs. Il est possible que les filles soient mieux outillées pour exprimer verbalement leurs émotions. Ce qui serait explicable par toutes sortes de facteurs biologiques, sociaux et psychologiques. Soit, socialement, on apprend davantage aux filles à exprimer leurs émotions de façon verbale, soit elles sont prédéterminées biologiquement à le faire, soit on tolère mieux l'expression féminine de l'agressivité dans les écoles primaires. Ces résultats concordent avec les recherches en éducation qui font état des difficultés des garçons dans le système scolaire actuel. Ces derniers semblent avoir plus de difficultés aux plans académique et comportemental comparativement à leurs consœurs.

Pour sa part, l'instrument de mesure employé a suscité certaines réserves au départ. Tout d'abord, il s'agit d'un outil subjectif puisqu'il nous renseigne sur la perception du parent qui le remplit. Il évalue donc la vision du parent concernant les comportements de son enfant. Les questions touchant à l'expression des émotions sont en elles-mêmes fort subjectives. Par exemple, l'énoncé : « Mon enfant exprime correctement comment il se sent » renvoie le parent à sa propre appréciation d'une saine expression des émotions chez un enfant, appréciation qui diffère pour chaque personne.

De plus, dans un souci d'analyse davantage systémique, les mêmes questions pour le parent lui-même pourraient être ajoutées au questionnaire, par exemple : « J'exprime correctement comment je me sens ».

Une importance particulière devrait être accordée à ce que le comportement soit évalué par les deux parents, bien que ce fût le cas pour certains de ces enfants. Par contre, bien qu'elle soit souhaitable, une telle proposition dans la réalité est difficilement réalisable. Les enfants sont rarement accompagnés par les deux parents aux rencontres, sans compter que l'échantillon comporte plusieurs familles monoparentales. Il n'empêche que ces données nous permettraient d'observer la variance entre les perceptions des deux parents pour un même enfant. De plus, il serait tout indiqué d'aller chercher la perception de l'enfant lui-même, avec un outil de mesure adapté à son âge. Il serait intéressant de regarder la possibilité d'encadrer les répondants aux questionnaires dans un premier temps au niveau de la compréhension des items pour s'assurer de tableer sur un langage commun. Cela aurait pour effet d'augmenter la validité des résultats si on s'entend d'abord par exemple sur ce que signifie concrètement l'item « exprime sa colère en gestes ».

D'autre part, il aurait été intéressant de s'appuyer sur un instrument de mesure normalisé, qui aurait permis de comparer les comportements agressifs et opposants des enfants de notre échantillon avec ceux d'autres enfants du même âge.

Ce questionnaire demeure un outil intéressant au plan clinique, puisqu'il permet d'avoir une mesure des progrès du parent au niveau de la discipline, et de l'enfant au niveau de la présence des comportements agressifs et de l'expression des émotions. Il est à noter que les données concernant la discipline parentale (mettre des règles, constance, etc.), variable fort importante chez les enfants dits opposants, n'ont pas été étudiées ici.

Conclusion et recommandations

En regard des questions de départ, il existe une relation entre une meilleure expression verbale de la colère et la diminution des comportements agressifs. Aussi, un suivi psychologique est un moyen efficace d'aider les enfants qui présentent des comportements agressifs et/ou d'opposition.

L'étude aurait été grandement bonifiée si elle avait bénéficié d'un instrument normalisé, et si le comportement de l'enfant avait été évalué systématiquement par les deux parents, ainsi que par l'enseignant(e).

Cette étude donne des indications sur l'évolution d'un suivi psychologique pour enfant. Il est fort intéressant de constater que lorsque l'on compare les résultats à l'intérieur des différents temps de mesure, les résultats les plus significatifs sont obtenus entre le temps 1 et le temps 2, donc entre la première et la cinquième rencontre avec le psychologue. La majorité des changements souhaités concernant les variables choisies pour cette étude, s'observent lors des cinq premières rencontres. Ces résultats portent à croire que les premières rencontres d'un suivi psychologique sont déterminantes et qu'une attention toute spéciale doit y être accordée. Cela dit, il nous a malheureusement été impossible de distinguer l'échantillon selon la gravité de la problématique, ce qui

nous aurait permis de savoir si ce sont les cas les plus lourds qui demeurent en suivi au temps 4.

Les données nous informent également sur la durée des suivis. On remarque que pour plusieurs répondants, le suivi ne s'est pas échelonné au-delà de 15 rencontres. Plus précisément, pour un échantillon de 150 enfants au départ, 52 ont consulté durant moins de cinq rencontres. Sur les 98 restants au temps 2, 41 ont vu leur suivi se terminer en deçà de 10 rencontres. On remarque donc, au bout de la cueillette de données, que seulement 18,6% des enfants de l'échantillon consultent toujours leur psychologue après 15 rencontres. Il est important de spécifier que les motifs de consultation sont souvent multiples chez la clientèle d'*Enfance à petits pas*. Il y a donc 81% des enfants dont le dossier s'est fermé à l'intérieur de 15 séances. Sur ce nombre, 62% ont eu recours à moins de 10 rencontres. Ces résultats sont importants puisqu'ils donnent également une bonne estimation de ce que peut représenter un suivi psychologique pour un enfant en termes de coûts.

Par ailleurs, rappelons que dans le contexte d'un suivi à *Enfance à petits pas*, ces enfants ont été vus à une fréquence d'une rencontre aux trois semaines. Il serait intéressant de comparer avec des enfants qui seraient rencontrés de façon hebdomadaire. Un suivi plus régulier donne-t-il les mêmes résultats à l'intérieur d'un même nombre de rencontres? On peut penser qu'un suivi plus long peut permettre à la famille de consolider ses acquis sur une plus longue période de temps. Par contre, étant donné l'âge

de la clientèle, on peut également émettre l'hypothèse que des rencontres plus rapprochées, surtout pour des jeunes enfants, permettraient une meilleure assise en début de traitement. Il faudrait voir si un accompagnement plus serré permettrait de voir des changements plus rapides dans ce contexte. Ces questions restent à explorer.

Au sujet des problèmes de comportements à l'école, une organisation comme *Enfance à petits pas* pourrait mettre sur pied un programme de formation aux enseignants du primaire qui les outillerait à favoriser l'expression des émotions (la colère notamment) chez leurs élèves. Des pistes d'intervention pourraient leur être proposées pour favoriser l'écoute des difficultés de l'enfant à un deuxième niveau lorsqu'un jeune présente des comportements agressifs ou opposants. En d'autres termes, il s'agirait de les outiller à amener l'enfant à exprimer la cause sous-jacente à son agressivité. Il serait intéressant d'explorer concrètement, comment le cadre scolaire pourrait être un lieu qui permette à l'enfant de développer des nouveaux moyens de s'exprimer.

Références

- Albernhe, K., & Albernhe, T. (2004). *Les thérapies familiales systémiques* (2^e édition). Paris : Masson.
- Boston, M., & Szur, R. (Éds).(1983). *Psychotherapy with severely deprived children*. London : Routledge.
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005) The efficacy of play therapy with children : A meta-analytic review of treatment outcomes, *Professional Psychology*, 43(4), 376-390.
- Campbell, R. (1995). *Les enfants en colère; comprendre une dynamique méconnue*. Richmond : Publications ORION inc.
- Caralp & Gallo (2004). *Dictionnaire de la psychanalyse et de la psychologie*. Toulouse : Éditions Milan.
- Crenshaw, D.A., & John B. Mordock, J. B. (2005). *A Handbook of Play Therapy with Aggressive Children*, Oxford: Jason Aronson.
- Doron, R., & Parot, F. (2007). *Dictionnaire de psychologie*, Paris : PUF.
- Dot, O. (1984). *Agressivité et violence chez l'enfant et l'adolescent*. Verviers : Les Nouvelles Editions Marabout.
- Drory, D. (2004). *Cris et châtements : du bon usage de l'agressivité*. Bruxelles : De Boeck.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Guthrie, I. K., & Reiser, M. (2000). Dispositional emotionality and regulation : Their role in predicting quality of social functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 136-157.
- Eisenberg, N., Sadovsky, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Losoya, S. H., Valiente, C., Reiser, M., Cumberland, A., & Shepard, S.A. (2005). The relations of problems behaviors status to children's negative emotionality, effortful control, and impulsivity : concurrent relations and prediction of change. *Developmental psychology*, 41, 193-211.
- Egel, A. L., & Powers, M. D. (1989). Behavioral parent training: A view of the past and suggestions for the future. Dans Cipani, E., *The treatment of severe behavioral disorders* (pp. 153-174). Washington: Ennio Cipani publisher.

- Geissmann-Chambon, C. (2003). Rêves, rêveries agies et jeux. Dans Geissmann-Chambon, C., & Houzel, D., *Psychothérapies de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 425-433). Paris : Bayard Éditions.
- Grand dictionnaire de la psychologie.* (1999). Paris : Larousse-Bordas.
- Kazdin, A. E., Marciano, P. L., & Whitley, M. K. (2005). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73* (4), 726-730.
- Klein, M. (1955). La technique de jeu psychanalytique : son histoire et sa portée. Dans Klein, M. (1995). *Le transfert et autres écrits : inédits* (pp. 24-49). Paris: Presses universitaires de France.
- Landreth, G. L. (2002). Therapeutic limit setting in the play therapy relationship. *Professional Psychology : Research and Practice, 33*, 529-535.
- Le Nouveau petit Robert* (2008), Paris : Dictionnaires Le Robert – SEJER.
- Le Petit Larousse.* (1998). Paris : Larousse-Bordas.
- Levy, S.E. (1991). Nonpharmacologic management of disorders of behavior and attention. Dans Capute, A. J., & Accardo, P. J., *Developmental disabilities in infancy and childhood* (pp. 489-493). Baltimore: Paul Brooks publishing co.
- Meijs, J. (1999). *Aider les enfants en difficulté à travers le jeu, le dessin et les histoires, guide pour les parents et les éducateurs*, Genève : Éditions Anthroposophiques Romandes.
- Minazio, N. (2003). Le travail du jeu. Dans Geissmann-Chambon, C., & Houzel, D., *Psychothérapies de l'enfant et de l'adolescent*, (pp. 435-448). Paris : Bayard Éditions.
- Murphy, T. (2002). *L'enfant en colère*, Montréal : Les Éditions de l'Homme.
- Office québécois de la langue française (site Internet) (2008). <http://www.olf.gouv.qc.ca/>
- Palacio-Espasa, F. (1993). Chapitre 5 : La place du jeu dans la psychothérapie de l'enfant. Dans Palacio-Espasa, F., *La pratique psychothérapeutique avec l'enfant* (pp. 101-110). Paris : Bayard Éditions.
- Paroissien, E. (2006). *10 astuces de parents pour faire face à la colère de ses enfants*. Paris : Fleurus.
- Rapport annuel 2003* (2003). Québec : Enfance à petits pas.

- Rustin, M. (2003). Dialogue avec les parents. Dans Geissman-Chambon, C., & Houzel, D., *Psychothérapies de l'enfant et de l'adolescent*, (pp. 581-598). Paris : Bayard Éditions.
- Sauber, S. R., L'Abate, L., Weeks, G.R., & Buchanan, W.L. (1993). *The dictionary of family psychology and family therapy (2nd ed.)*. Newbury Park: SAGE Publications.
- Warren, N. C. (1990). *Making Anger Your Ally*, Colorado Springs : Focus on the Family Publishing.
- Winnicott D.W. (1975). *Jeu et réalité*, Paris : Gallimard.

Appendice A

Bilan évolutif

Identification

Demande N° 	Bilan N° 	Rencontre N° 	Date ____ / ____ / ____ Jour Mois Année
Personne répondante <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur (trice)		Type de rencontres <input type="checkbox"/> Individuelles / familiales <input type="checkbox"/> De groupe	

Note: Dans ce document, l'usage du masculin inclut la forme féminine.

Questions 1 à 7 • Encermez le chiffre correspondant et commentez les réponses s'il y a lieu.

1. a) Mon enfant présente **ces comportements agressifs**: énumérez.

Par exemple : bagarre, mots grossiers, crise de colère, cris, coups, mord, etc.

- b) En général, ces comportements se produisent :

Fréquence					
0	1	2	3	4	5
Rarement					Très souvent

Intensité					
0	1	2	3	4	5
Faible					Extrême

2. Mon enfant a des problèmes à **l'école** (copies, visite chez le directeur, retenues, expulsion, etc.) en lien avec ces comportements agressifs.

0	1	2	3	4	5
Rarement					Très souvent

3. Quand il est **en colère**, mon enfant exprime correctement comment il se sent :

Commentaires:

En mots					
0	1	2	3	4	5
Rarement					Très souvent

En gestes					
0	1	2	3	4	5
Rarement					Très souvent

4. Quand il est **triste**, mon enfant exprime correctement comment il se sent :

Commentaires:

En mots

0	1	2	3	4	5
Rarement					Très souvent

En gestes

0	1	2	3	4	5
Rarement					Très souvent

5. Quand il est **joyeux**, mon enfant exprime correctement comment il se sent :

Commentaires:

En mots

0	1	2	3	4	5
Rarement					Très souvent

En gestes

0	1	2	3	4	5
Rarement					Très souvent

6. Quand il a **peur**, mon enfant exprime correctement comment il se sent :

Commentaires:

En mots

0	1	2	3	4	5
Rarement					Très souvent

En gestes

0	1	2	3	4	5
Rarement					Très souvent

7. Mon enfant exprime correctement ce qu'il veut :

Par exemple : besoin d'être seul, besoin d'indépendance, besoin d'être accepté, besoin d'être écouté, désir d'obtenir quelque chose, etc.

Commentaires:

En mots

0	1	2	3	4	5
Rarement					Très souvent

En gestes

0	1	2	3	4	5
Rarement					Très souvent

Note. Les questions 8 à 16 sont à remplir uniquement si vous participez à des rencontres individuelles et/ou familiales.

Questions 8 à 16

Indiquez à quel point vous êtes en accord avec les énoncés suivants en encadrant le chiffre approprié.

8. J'échange calmement avec mon enfant.

0	1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord				Totallement d'accord	

9. J'écoute et je suis présent quand mon enfant me parle.

0	1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord				Totallement d'accord	

10. Je comprends ce que ressent mon enfant.

0	1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord				Totallement d'accord	

11. Il y a des règles à la maison.

0	1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord				Totallement d'accord	

12. Mon enfant connaît les règles à la maison.

0	1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord				Totallement d'accord	

13. Mon enfant sait ce qu'il faut faire pour respecter les règles à la maison.

0	1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord				Totallement d'accord	

14. Une conséquence est prévue quand la règle n'est pas respectée.

0	1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord				Totallement d'accord	

15. J'applique les règles et les conséquences de façon constante.

0	1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord				Totallement d'accord	

16. Les règles évoluent avec l'âge de mon enfant.

0	1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord				Totallement d'accord	

Merci!