



LE CENTRE RBC D'EXPERTISE UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE  
DESTINÉ AUX ENFANTS, ADOLESCENTS ET ADOLESCENTS ET AUX  
JEUNES ADULTES

# RECENSION DES ÉCRITS SUR LES CRITÈRES D'EFFICACITÉ ET LES PROGRAMMES D'INTERVENTION PRÉCOCE EN MATIÈRE D'ANXIÉTÉ CHEZ LES ADOLESCENTS DE 12 À 17 ANS

Par **Andrée-Anne Houle**, ps.éd., C. Ph.D., auxiliaire de recherche



UNIVERSITÉ DE  
**SHERBROOKE**

3 novembre 2017

## Table des matières

INTRODUCTION.....	4
PROBLÉMATIQUE.....	4
DÉFINITIONS .....	5
OBJECTIFS DE RECHERCHE .....	5
DÉMARCHE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE .....	6
RÉSULTATS .....	7
CRITÈRES D’EFFICACITÉ DES PROGRAMMES .....	7
PROGRAMMES D’INTERVENTION PRÉCOCE EN MATIÈRE D’ANXIÉTÉ CHEZ LES ADOLESCENTS... 11	
<i>Programme internationaux d’approche cognitivo-comportementale</i> .....	11
<i>Coping Cat / Coping Koala / Coping Bear – C.A.T. Project</i> .....	11
FRIENDS .....	12
Cool Kids.....	14
<i>Coping and Promoting Strength Programme (CAPS):</i> .....	15
<i>Creating Opportunities for Personal Empowerment (COPE)</i> .....	16
<i>Skills for Social and Academic Success (SASS) program</i> .....	17
<i>Penn Resiliency Program for Children and Adolescents</i> .....	18
<i>Feelings Club</i> .....	19
<i>Trauma Affect Regulation: Guide for Education and Therapy for Adolescents (TARGET-A)</i> .....	19
<i>Méthodes et approches additionnelles</i> .....	20
<i>Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children (MBCT-C)</i> .....	20
<i>Trauma Interventions using Mindfulness Based Extinctions and Re-consolidation (TIMBER)</i> ..	20
<i>Stress inoculation training (SIT):</i> .....	21
<i>Autres approches :</i> .....	21
<i>Programmes québécois</i> .....	21
<i>In Vivo</i> .....	21
<i>Le stress vu d’en haut (LSVDH)</i> .....	23
<i>Programmes offerts en ligne</i> .....	25
<i>Cool Teens programme</i> .....	25
<i>BRAVE for Children-Online</i> .....	26
<i>Think, Feel, Do (Attwood et al., 2012; dans Clarke et al., 2015)</i> .....	26
COMPARAISON DES PROGRAMME RECENSÉS SELON LEUR RÉPONSE AUX CRITÈRES D’EFFICACITÉ .....	26

Références bibliographiques ..... 29

## INTRODUCTION

---

La présente démarche a pour but de recenser les critères d'efficacité ainsi que les programmes d'intervention précoce en matière d'anxiété chez les adolescents de 12 à 17 ans. Pour ce faire, une démarche de recherche documentaire structurée a été mise en place.

Dans un premier temps, un bref survol de la problématique de l'anxiété sera adressé et les définitions des concepts clés seront présentées. Les objectifs de recherche ainsi que la démarche de recherche documentaire empruntée seront décrits. Par la suite, les résultats de recherche seront présentés en trois parties : 1) Présentation des critères d'efficacité des programmes d'intervention précoce, 2) Présentation des programmes d'intervention précoce recensés et 3) comparaison et analyse des programmes en regard de leur réponse aux critères d'efficacité.

## PROBLÉMATIQUE

---

L'anxiété est une problématique préoccupante. Selon différentes études, on estime que la prévalence des troubles anxieux varie de 6 à 20%. Ils font partie des troubles qui apparaissent le plus tôt chez les jeunes : le plus souvent, ils débutent entre le milieu de l'enfance et le milieu de l'adolescence. Les estimations de l'âge moyen de début des différents troubles anxieux chez l'enfant sont les suivantes :

- Phobie d'un animal : début de l'enfance (autour de 6-7 ans)
- Anxiété de séparation : début à milieu de l'enfance (autour de 7-8 ans)
- Anxiété généralisée : fin de l'enfance (autour de 10-12 ans)
- Phobie sociale : début de l'adolescence (autour de 11-13 ans)
- Trouble obsessionnel compulsif : milieu de l'adolescence (autour de 13-15 ans)
- Trouble panique : début de l'âge adulte (autour de 22-24 ans)

Chez l'adulte, la prévalence de l'anxiété s'accroît. On estime qu'autour de 15% des adultes de 18 à 65 ans présenteront un trouble anxieux au cours de la présente année, tandis qu'environ 21% des adultes présenteront un trouble anxieux au cours de leur vie.

Les troubles anxieux sont parmi les formes de psychopathologies les plus stables et ne présentent que relativement peu de rémission spontanée. Les enfants anxieux présentent un risque accru d'autres troubles durant l'adolescence et à l'âge adulte. Des études longitudinales ont montré que les enfants anxieux présentent un risque majoré de troubles de l'humeur à l'adolescence et un risque augmenté d'anxiété, de troubles de l'humeur, de dépendance ainsi que de suicide à l'âge adulte (Last et al, 1997 ; Pine et al, 1998). De plus, des données de recherche récentes indiquent que plusieurs personnes anorexiques présentent un haut niveau d'anxiété antérieur au développement du trouble alimentaire (Attia, 2010; Garner, 2004; Jacobi et al., 2004;

Kaye et al., 2005; Keys et al., 1950; Klump et Gobrogge, 2005; Landt et al., 2005; Pinheiro et al., 2009; Thornton et al., 2011; Zink et Weinberger, 2010).

Différents facteurs de risque prédisposants sont associés aux troubles anxieux : un tempérament inhibé, une faible capacité de régulation émotionnelle, un attachement insécuré, une faible estime de soi, de faibles compétences sociales, une attitude négative face aux problèmes, l'intolérance face à l'incertitude, des pratiques parentales surprotectrices et l'exposition à des stimuli anxiogènes. Parmi les principaux facteurs précipitants de ces troubles notons le fait de vivre des événements négatifs (accidents, pertes, deuils), d'être confronté à des stress environnementaux, vivre des difficultés quotidiennes et relationnelles, la consommation de drogues, etc.

## DÉFINITIONS

---

### **Adolescents admissibles pour un programme d'intervention précoce au secondaire :**

Jeunes âgés entre 12 et 17 ans ayant été dépistés comme présentant des signes d'anxiété ou comme étant à risque de développer un trouble anxieux en raison de différents facteurs de risque d'ordre environnemental, familial ou bien personnel/individuel (Lawrence et al., 2017).

**Prévention ciblée (*selective prevention*) :** S'adresse aux sous-groupes de personnes à risque de développer un trouble anxieux (Haggerty et Mrazek, 1994).

**Prévention indiquée (*indicated prevention*) :** Cible les individus qui sont à hauts risques d'avoir des symptômes détectables de troubles anxieux (Haggerty et Mrazek, 1994).

---

### **Programme d'intervention précoce :**

Programmes d'intervention qui vise à réduire les symptômes d'anxiété et/ou à prévenir l'émergence d'un trouble anxieux. Programmes de prévention ciblée et indiquée qui s'adressent aux jeunes à risque ou qui présentent des symptômes de troubles anxieux. Ces programmes s'adressent aux jeunes et incluent ou non une composante familiale. Les jeunes éligibles aux programmes sont identifiés à risque de trouble anxieux en raison de facteurs de risque personnels, environnementaux ou familiaux.

## OBJECTIFS DE RECHERCHE

---

### OBJECTIFS DE RECHERCHE

La présente démarche poursuit deux principaux objectifs.

- 1) Recenser les critères d'efficacité des programmes d'intervention précoce en matière d'anxiété.

- 2) Recenser les programmes d'intervention précoce en matière d'anxiété qui sont reconnus probants et prometteurs pour une clientèle adolescente de 12 à 17 ans.

Par la suite, une analyse comparative des programmes d'intervention recensés sera effectuée sur la base de leur réponse aux critères d'efficacité identifiés.

## DÉMARCHE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

### Critères d'inclusion et d'exclusion

Afin d'être retenus pour faire partie de la présente recension, les critères d'efficacité et les programmes devraient s'adresser à une clientèle adolescente âgée entre 12 et 17 ans. Les programmes prévus pour être implantés dans différents milieux d'intervention, et non uniquement en milieu scolaire, ont été considérés. Par ailleurs, les programmes s'adressant directement au jeune en ayant uniquement une composante *adolescent*, de même que les programmes multimodaux (composantes jeunes et/ou parents/famille et/ou école) ont été inclus.

Les programmes ciblant une comorbidité de problématiques associées aux troubles anxieux ont été considérés. Toutefois, l'anxiété devait être la cible principale du programme. Les programmes ciblant la petite enfance, l'enfance et l'âge adulte n'ont pas été considérés.

Les publications parues depuis 2010 ont été consultées et les recensions systématiques des écrits ainsi que les méta-analyses ont été priorisées pour identifier les programmes.

### Catégories de mots clés utilisées, banques de données et organisations consultées

Le tableau 1 fait état des banques de données consultées ainsi que des catégories de mots clés utilisées.

Tableau 1

Banques de données consultées	Mots clés - Problématique	Mots clés – Niveau d'intervention	Mots clés – Clientèle cible + Milieu d'implantation	Critères d'efficacité
MEDLINE with full Text, PsycARTICLES, Psychology and Behavioral Sciences Collection, PsycINFO, Social Work Abstracts et SocINDEX with Full Text.	anxiety OR anxiété OR anxious OR "anxiety disorder" OR stress OR "trouble anxieux"	prevent* OR prevention OR intervention OR treatment OR "early intervention" Or "targeted prevention" OR "selective prevention" OR "indicated prevention" AND program*	adolescen* OR teen	"best practice*" OR "evidence-based" OR evidence

Pour identifier des programmes additionnels, les sites des organisations suivantes ont également été consultés : *Blueprints Programs*, *Samhsa's national registry of evidence-based programs and practices (NREPP)*, *Promising Practices Network (PPN)* et *The California evidence based clearinghouse for child welfare (CEBC)*. Pour identifier des programmes québécois et canadiens, les portails de l'Ordre des psychoéducateurs et des psychoéducatrices du Québec (OPPQ), d'*Unipsed.net*, CESH et du Centre de transfert pour la réussite éducative (CTREQ) et ont été consultés. Une fois les programmes déterminés, une recherche documentaire a été faite pour voir si des sites internet des programmes pouvaient contribuer à obtenir davantage d'information quant à la description des programmes.

## RÉSULTATS

Même si les programmes de prévention universelle peuvent susciter des bienfaits généraux chez les jeunes en augmentant leur mieux-être et en améliorant leur état de santé mentale en s'adressant à l'ensemble de la communauté, les programmes universels peuvent avoir des effets limités pour réduire les risques de niveaux cliniques d'anxiété chez les jeunes qui sont à risque ou bien qui présentent déjà des symptômes (Lawrence, Rooke, Creswell, 2017 ; Stallard et al., 2014 ; Stockings et al., 2016). Pour ces raisons, il est pertinent de s'intéresser aux programmes de prévention ciblée et indiquée qui s'adressent aux jeunes identifiés comme à risque ou qui présentent déjà des symptômes de troubles anxieux.

L'efficacité des programmes d'intervention ciblée et indiquée pour prévenir l'émergence des troubles anxieux est largement moins étudiée, documentée et connue que l'est celle allouée aux programmes de prévention universelle (Stockings et al., 2016). La variabilité des effets des programmes de prévention ciblée et indiquée peu, du moins en partie, être due aux différents critères pour identifier et définir les jeunes dits « à risques » (Lawrence et al., 2017). Les connaissances actuelles permettent des repères limités pour prendre des décisions pour l'intervention basées sur des choix probants (Bennett et al., 2015).

## CRITÈRES D'EFFICACITÉ DES PROGRAMMES

Sur la base de 11 recensions systématiques et méta-analyses (Bennett et al., 2015 ; Chorpita et al., 2011 ; Corrieri et al., 2013 ; Drake et Ginsburg, 2012 ; Fisak, Richard et Mann, 2011 ; Higa-McMillan, Francis, Rith-Majarian et Chorpita, 2016 ; Lawrence, Rooke et Creswell, 2017 ; Lee et al., 2013 ; Stockings et al. 2016 ; Turgeon et Gosselin, 2015 ; Yap et al., 2014), différents critères d'efficacité qui représentent les gages de qualité d'un programme d'intervention précoce au niveau de l'anxiété chez les adolescents ont été identifiés. Ces critères d'efficacité seront présentés selon différentes composantes du modèle psychoéducatif (objectifs, sujets/cibles de l'intervention, programme (approche, format et contenu), animateurs, moyens de mises en interaction, temps/durée et espace).

### **Objectifs :**

---

- ✓ Les programmes de prévention ciblée qui s'intéressent aux facteurs de risque développementaux, apparaissent pour être les plus prometteurs (Lawrence et al., 2017).
- ✓ Les programmes dont les objectifs sont plus larges que de prévenir l'anxiété, en visant par exemple l'amélioration des compétences sociales, l'apprentissage de stratégies de coping, la régulation des émotions et le développement de la résilience seraient plus prometteurs (Lawrence et al., 2017 ; Turgeon et Gosselin, 2015).
- ✓ Les programmes doivent chercher à modifier les interactions parent-adolescent (Lawrence et al., 2017).

### **Sujets, Cibles de l'intervention :**

---

- ✓ Les programmes de prévention ciblée et indiquée peuvent être bénéfiques pour les jeunes qui présentent de multiples facteurs de risque pour le développement d'un trouble anxieux, tels le fait d'être victime d'intimidation et de fréquenter une école dans un secteur désavantagé sur le plan socio-économique.
- ✓ Plusieurs programmes s'adressent simultanément aux jeunes qui vivent de l'anxiété et aux jeunes qui sont dépressifs (Corrieri et al., 2013).
- ✓ Les programmes de prévention ciblée et indiquée devraient cibler les facteurs de risque malléables qui amènent les jeunes à être plus à risque (Lawrence et al., 2017).
- ✓ Au moment d'offrir l'intervention précoce, il faut porter une attention à la stigmatisation des adolescents et des familles ciblés par l'intervention (Turgeon et Gosselin, 2015).
- ✓ L'efficacité des programmes est reconnue autant pour les garçons que pour les filles et ce, auprès d'une clientèle provenant d'origines ethniques diverses (Chorpita et al., 2011 ; Higa-McMillan et al. 2016).
- ✓ Les programmes d'intervention précoce devraient s'adresser au jeune mais également au parent. Les parents devraient être non seulement impliqués dans l'intervention mais également être la cible de l'intervention (Turgeon et Gosselin, 2015 ; Yap et al., 2014). L'offre de programme cognitivo-comportemental en format familial est donc recommandée (prometteur) et a su démontrer son efficacité (Drake et Ginsburg, 2012).

### **Programme (approche, format) et contenu :**

---

- ✓ L'approche la plus recommandée de par l'efficacité qui lui est reconnue et qui est utilisée par la plupart des programmes probants est l'**approche cognitivo-comportementale** (TCC, Bennett et al., 2015 ; Chorpita et al., 2011 ; Higa-McMillan et al., 2016 ; Lawrence et al., 2017 ; Lee, Horvath et Hunsley, 2013 ; Turgeon et Gosselin, 2015). Plus particulièrement, la TCC cible les émotions, les manifestations physiologiques, les cognitions ainsi que les comportements liés à l'anxiété (Turgeon et Gosselin, 2015).
- ✓ La majorité des programmes qui ont les plus grands niveaux d'évidence incluent l'approche cognitivo-comportementale ainsi que des pratiques d'exposition (Bennett et al., 2015 ; Chorpita et al., 2011 ; Higa-McMillan et al., 2016).
- ✓ La majorité des programmes comprennent des composantes psychologiques uniquement, avec la majorité qui emploient l'approche cognitivo-comportement (TCC). Des approches éducatives sont également utilisées, souvent en combinant les composantes psychologiques et éducatives (Stockings et al., 2016).



- ✓ **Les pratiques courantes, et les plus fréquentes, dérivées de l'approche cognitivo-comportementale sont :** l'exposition in vivo graduée aux situations anxiogènes, la relaxation, la psychoéducation, la rééducation respiratoire, l'entraînement à la résolution de problèmes, la restructuration cognitive, l'auto-instruction, l'entraînement aux habiletés sociales, la psychoéducation adressée aux parents, la résolution de problèmes, la prévention de la rechute, la reconnaissance et la renforcement par l'animateur, l'utilisation de renforcements tangibles, l'entraînement au développement de relations sociales, l'entraînement à l'affirmation de soi, l'apprentissage d'habiletés de communication, les stratégies de coping pour les parents, l'utilisation d'imageries guidées, le pairage à des pairs, l'utilisation de l'activité physique ainsi que la psychoéducation pour les enseignants et le personnel scolaire. (Higa-McMillan et al., 2016 ; Kendall, 2012 ; dans Turgeon et Gosselin, 2015).
  
- ✓ **Pour augmenter l'efficacité des programmes cognitivo-comportementale traditionnels, les programmes devraient impliquer les parents de façon centrale dans l'intervention, en adaptant les protocoles d'intervention initialement prévus** (Drake et Ginsburg, 2012). **Les programmes d'intervention précoce devraient s'adresser au jeune mais également à son parent.** Ils devraient s'intéresser à l'amélioration les interactions parent-enfant, ce qui implique de proposer un programme multimodal qui regroupe minimalement une composante parent-enfant (Lawrence et al., 2017). Les programmes qui démontrent les plus grands niveaux d'évidence devraient inclure des stratégies de coping pour les parents ainsi que des techniques d'entraînement aux habiletés parentales (Higa-McMillan et al., 2016). Les programmes d'intervention précoce devraient aborder les comportement anxieux modelés par le parent et les réponses parentales qui augmentent l'anxiété du jeune (Lawrence et al., 2017). Par ailleurs, certains **facteurs parentaux**, particulièrement les facteurs modifiables, prédicteurs de l'anxiété de l'enfant, devraient être **intégrés dans l'intervention** tels : la gestion de l'anxiété du parent, la résolution de problèmes, la chaleur parentale, les conflits entre parents, la surprotection, l'aversion du parent, l'autorité parentale, l'autonomie allouée à l'adolescent, l'encouragement à la socialisation de l'adolescent, la discipline, la surveillance parentale, les permissions parentales ainsi que la brisure et les conflits dans la relation parent-adolescent (Drake et Ginsburg, 2012 ; Yap, Pilkington, Ryan et Jorm, 2014).

Selon les recensions systématiques et les méta-analyses de Chorpita et ses collaborateurs (2011) ainsi que de Higa-McMillan et ses collaborateurs (2016), différentes approches peuvent être classifiées selon leur niveau de preuves :

- **Niveau 1 (Traitements bien établis, Best support)** : Approche cognitivo-comportementale, Exposition, Modeling (par les intervenants et par les pairs), Thérapie cognitivo-comportementale conjointe avec les jeunes et les parents ou bien individuelle avec les parents (psychoéducation, stratégies de coping pour les parents et techniques d'entraînement aux habiletés parentales), Éducation, Approche cognitivo-comportementale combinée à de la médication. Pour être de niveau 1, la TCC peut être offerte en famille, en groupe de jeunes ou de parents, en format individuel, en groupe de

- familles, en dyade parent-enfant, auprès du parent individuellement ou bien en format auto-administré (Chorpita et al., 2011).
- **Niveau 2 (Approches jugés probablement efficaces, *Good Support*)** : Ces approches sont cohérentes avec la TCC et incluent la psychoéducation familiale, la relaxation, des entraînements à l'affirmation de soi et l'inoculation au stress (Higa-McMillan et al., 2016). Une approche de Niveau 2 non-définie comme une TCC est l'hypnose (inclut de la relaxation, une imagerie guidée et de l'exposition, Chorpita et al., 2011 ; Higa-McMillan et al., 2016).
  - ✓ ---- Les traitements de niveaux 1 et 2 qui n'incluent pas d'exposition tendent à avoir de plus petites tailles d'effets, une durée d'effets plus petite, des supports empiriques plus âgés, ou démontrent moins de possibilité de diversité au niveau des caractéristiques des participants, au niveau du format, au niveau du lieu ainsi que concernant la formation de l'intervenant.
  - ✓ La plupart des programmes probants et prometteurs sont offerts dans un format de groupe (Lawrence et al., 2017). Des taux de complétion des programmes comparables sont possibles pour les interventions offertes en famille ou en groupe, alors que des taux supérieurs sont possibles pour les programmes de TCC offerts en format individuel (Lee et al., 2013).

#### ***Animateurs :***

---

- ✓ La majorité des études emploient des cliniciens ou des experts formés au programme pour offrir l'intervention (Stockings et al., 2016).

#### ***Moyens de mise en interaction :***

---

- ✓ Les programmes les plus efficaces incluent des séances d'exposition (Chorpita et al., 2011 ; Higa-McMillan et al., 2016).
- ✓ Pour favoriser l'intégration des acquis, il est fortement recommandé d'inclure des pratiques entre les sessions du programme, sous forme de devoirs ou d'exercices (Mohatt, Bennett et Walkup, 2014 ; dans Turgeon et Gosselin, 2015).
- ✓ Quelques programmes emploient des interventions basées sur l'activité physique et des activités motrices (résultats prometteurs ; Stockings et al., 2016). Les médiums moteurs utilisés sont le jogging, la marche, l'entraînement physique et l'entraînement par stations (Bennett et al., 2015). L'utilisation de l'exercice démontre des résultats prometteurs particulièrement pour les programmes de prévention ciblée et indiquée (Bennett et al., 2015), alors que l'entraînement physique intégré au traitement de l'anxiété est reconnue pour réduire les symptômes d'anxiété chez les adultes (Stonerock et al., 2015)
- ✓ Certains programmes intègrent l'approche de pleine conscience (incluant de la méditation et du yoga) à l'intervention, mais les connaissances demeurent limitées en raison de biais dans les publications s'y étant intéressé (Kallapiran, Koo, Kirubakaran et Hancock, 2015). Par ailleurs, la pleine conscience semble utilisée davantage dans une optique de prévention universelle, et moins lorsqu'il est question d'intervention précoce (Broderick, et Fennings, 2012).

- ✓ Des programmes utilisent internet comme plateforme pour offrir des services (Stockings et al., 2016).

#### **Temps- Durée :**

---

- ✓ Nécessité de travailler de concert avec les parents pour déterminer le temps, développemental et pratique, qui est préférable pour prévenir et intervenir auprès des troubles anxieux des jeunes et pour que les parents soient disposés à s’impliquer sans se sentir stigmatisés (Lawrence et al., 2017).
- ✓ La durée moyenne d’une activité est de 66 minutes (entre 20 à 180 min) (Stockings et al., 2016).
- ✓ Le nombre moyen d’activités comprises dans un programme est de 10 activités (Stockings et al., 2016). Le programme est habituellement de courte durée (10-16 semaines ; Turgeon et Gosselin, 2015) mais peut aller jusqu’à 24 semaines (Chorpita et al., 2011).
- ✓ La fréquence la plus courantes des activités est sur une base hebdomadaire (Stockings et al., 2016), mais elle varie allant d’une base quotidienne à mensuelle (Chorpita et al., 2011).
- ✓ Les programmes diffèrent quant à l’inclusion de session booster, où la majorité n’en incluent pas. Toutefois, en ce qui concerne la littérature à propos du traitement des troubles anxieux chez les adultes, l’inclusion de booster sessions est reconnu pour contribuer positivement aux effets du programme (Craske et al., 2006, 2009 ; dans Lawrence et al., 2017).

#### **Espace :**

---

- ✓ Pour proposer une intervention selon l’approche cognitivo-comportementale et permettre une intervention de Niveau 1 (Best support), l’intervention peut se dérouler tant en clinique, en communauté, à domicile, qu’à l’école (Chorpita et al., 2011 ; Higa-McMillan et al., 2016).

## **PROGRAMMES D’INTERVENTION PRÉCOCE EN MATIÈRE D’ANXIÉTÉ CHEZ LES ADOLESCENTS**

Suite à la recension, il a été observé que les contenus et les formats des programmes de prévention varient entre les études et qu’ils manquent souvent de précision. Par exemple, certains mentionnent une implication attendue de la part des parents, sans toutefois préciser en quoi et à quelle fréquence cette implication est souhaitée (Lawrence et al., 2017).

### ***Programme internationaux d’approche cognitivo-comportementale***

#### ***Coping Cat / Coping Koala / Coping Bear – C.A.T. Project***

---

*Coping Cat* est un programme développé par Philip Kendall (1994) qui a été le premier programme manualisé d’approche cognitivo-comportementale, spécialement testé pour les

jeunes ayant des troubles anxieux. Son efficacité a été démontrée à plusieurs reprises concernant la diminution des troubles anxieux. Toutefois, il a été démontré que l'ajout d'une composante familiale augmentait l'efficacité de l'intervention (Kendall et al., 2004; dans Turgeon et Gosselin, 2015).

*Coping Koala* (Barrett, Dadds et Rapee, 1996) a été la première adaptation (australienne) de *Coping Cat*, alors que *Coping Bear* est l'adaptation canadienne.

Le programme *Coping Cat* a par la suite été converti en programme *Friends for Life* (Barrett, 2010) et le programme *Cool Kids* (Rapee, Wignall, Hudson et Schniering, 2000) s'en est également inspiré.

*C.A.T. Project* est un programme identifié prometteur par le CEBC (2017a) et est similaire à *Coping Cat*.

Clientèle cible : Il n'est pas prévu pour les jeunes qui présentent des problèmes trop graves d'anxiété ou qui ont d'autres troubles associés tels la dépression, un déficit d'attention, une déficience intellectuelle ou un TSA (Turgeon et Gosselin, 2015). *Coping Cat* peut être utilisé auprès d'une diversité de trouble anxieux (anxiété de séparation, phobie sociale, anxiété généralisée, phobies spécifiques; Mychailyszyn, 2017). ***Coping Cat*** serait adapté pour les jeunes âgés de 7 à 13 ans, alors que ***C.A.T Project*** s'adresse aux adolescents anxieux de 12 à 18 ans (CEBC, 2017a).

Objectifs : *C.A.T. Project* vise à favoriser l'adaptation émotionnelle des adolescents qui ont un trouble anxieux.

Programme et Contenu : Ce programme d'approche cognitivo-comportementale inclut des techniques physiologiques telles de la relaxation et des techniques de respiration, de la restructuration cognitive, de la psychoéducation ainsi que de l'exposition graduelle aux situations anxiogènes (Turgeon et Gosselin, 2015).

Temps : Il comprend 16 à 18 rencontres individuelles.

## **FRIENDS**

---

*FRIENDS* est composé de trois programmes distincts selon l'âge des jeunes concernés :

- ***Fun Friends*** (*Grandir entre amis*) : 4-7 ans
- ***FRIENDS for life-Child*** (*Des amis pour la vie*) : 8-11 ans
- ***My Friends Youth*** ou ***Fun Friends*** (*Entr'amis*) : 12-16 ans

Clientèle cible: *FRIENDS* est un programme universel, également utilisé en prévention ciblée, d'origine australienne conçu pour être appliqué en milieu scolaire auprès de jeunes de 4 à 16 ans. Il a été développé au début des années 1990. En prévention ciblée, il s'adresse aux jeunes qui présentent des facteurs de risques liés au développement de l'anxiété, comme le tempérament

inhibé de l'enfant, les problèmes d'anxiété des parents, un milieu socioéconomique défavorisé, des événements de vie stressant ainsi que des pratiques éducatives comme la surprotection (Spence, 2001; dans Turgeon et Gosselin, 2015). Il peut être utilisé auprès d'une diversité de trouble anxieux (anxiété de séparation, phobie sociale, anxiété généralisée, phobies spécifiques; Mychailyszyn, 2017).

Intervenants et milieu d'implantation : *FRIENDS* est adapté pour être offert en milieu scolaire, en étant animé par l'enseignant. Il peut aussi être donné par un professionnel extérieur ou scolaire. Il peut également être donné en co-animation (Werner-Seidler *et al.*, 2017).

Objectifs : *FRIENDS* a pour but de prévenir l'anxiété et de la dépression chez les jeunes, en plus d'encourager le développement de la résilience (Barrett, 2007). Il vise aussi à ce que les jeunes apprennent des stratégies pour affronter des situations anxiogènes ou qui représentent un défi pour eux. Les objectifs généraux varient légèrement selon le programme :

***My Friends Youth / Fun Friends*** (*Entr'amis*, 12-16 ans et *Grandir entre amis*, 4-7 ans) : comprendre ses émotions, explorer des façons de relaxer, se dépasser et oser essayer de nouvelles choses, ainsi que mieux s'entendre avec les autres (Barrett, 2008, tiré de OPPQ, 2014).

Sur le plan scolaire, ce programme fait la promotion d'un climat de classe positif et encourage les jeunes à prendre conscience et à miser sur leurs forces.

Programme, Contenu et Moyens de mise en interaction : *FRIENDS* s'appuie sur un cadre théorique cognitivo-comportemental. L'ensemble des activités se déroulent en groupe. Il est composé d'un guide de l'animateur et d'un cahier d'exercice pour les participants pour les programmes *Friends for life –Child* et *My Friends Youth* (Barrett, 2008; tiré de OPPQ, 2014). *Fun Friends* est également composé d'un guide de la famille qui regroupe des activités ludiques parent-enfant.

Les principaux thèmes abordés sont les suivants : la connaissance des autres; accepter la différence; normaliser l'anxiété; comprendre, reconnaître et exprimer ses émotions; comprendre et reconnaître les émotions des autres; apprentissage de techniques de relaxation et de respiration; développer son sentiment de confiance; distinguer les pensées des émotions; distinguer les pensées aidantes des pensées non aidantes; reformuler les pensées non aidantes en pensées aidantes; apprivoiser progressivement les situations difficiles et les peurs; apprendre à se faire des amis; se récompenser, se donner des modèles sociaux positifs, identifier les personnes aidantes dans notre entourage; stratégies de coping; apprentissage et pratique d'une démarche de résolution de problèmes efficace; identifier des expériences positives.

À travers la composante parent, il y a de la restructuration cognitive, une formation au soutien entre conjoints et le développement d'un réseau social de soutien (Turgeon, Brousseau et Denis, 2007). Ces sessions permettent aux parents d'apprendre à encourager et à renforcer leurs jeunes à la maison à l'aide des habiletés apprises.

Deux sessions de rappel sont facultatives.

Les activités prennent la forme de jeux de rôles, d'activités pratiques et de groupes de discussion (SAMHSA, 2017). Les activités permettent aussi la pratique de stratégies de relaxation et de respiration.

Temps : *FRIENDS* comporte généralement 10 rencontres hebdomadaires de groupe de 60 à 90 minutes (varie entre 6 et 13; Werner-Seidler *et al.*, 2017; Barrett, 2008. tiré de OPPQ, 2014). Deux rencontres avec les parents sont optionnelles mais fortement encouragées.

### ***Forces et limites***

FRIENDS est un programme reconnu internationalement qui a fait l'objet de nombreuses études évaluatives et qui lui permet d'être reconnu probant (Friends Resilience, 2017; SAMHSA, 2017). Une version du programme a également été conçue pour être adaptée aux diversités culturelles (*Friends program culturally enriched version*).

L'implantation du programme est encadrée, une formation obligatoire étant requise pour avoir accès au programme et pour être accrédité pour l'animer.

## ***Cool Kids***

---

*Cool Kids* est un programme de prévention ciblée. Il peut être offert en groupe ou individuellement. Lorsqu'offert en groupe, deux intervenants sont requis. Il a été adapté afin de pouvoir être implanté en milieu scolaire (CEBC, 2016).

Le programme *Cool Kids Outreach Program* a également été élaboré pour permettre aux enfants et aux adolescents qui ont un trouble anxieux et qui ne sont pas en mesure de prendre part à des services clinique réguliers.

Clientèle cible : *Cool Kids* s'adresse à des jeunes qui vivent de l'anxiété et qui ont un diagnostic de trouble anxieux (CEBC, 2016). Il accepte par contre les jeunes qui ont une comorbidité de problématiques. Il s'adresse aux jeunes de 7 à 17 ans et à leurs parents. Deux versions sont disponibles (7-12 ans et 13-17 ans) Il peut être utilisé auprès d'une diversité de trouble anxieux (anxiété de séparation, phobie sociale, anxiété généralisée, phobies spécifiques; Mychailyszyn, 2017).

Objectifs : *Cool Kids* a pour but que les jeunes apprennent et appliquent des habiletés en matière de gestion de l'anxiété. Il a pour objectifs que les jeunes identifient et reconnaissent leurs émotions, qu'ils réduisent leurs symptômes anxieux et les conséquences sur leur vie personnelle; que les jeunes réduisent l'évitement de situations anxieuses, que la détresse familiale diminue, que les jeunes augmentent leur estime de soi et la confiance en leurs capacités, qu'ils améliorent la qualité de leurs relations avec les pairs et qu'ils augmentent leurs engagements parascolaires (CEBC, 2016).

Programme et Contenu et: *Cool Kids* se base sur l'approche cognitivo-comportementale. 6 principaux thèmes composent le programme : 1) éducation sur l'anxiété, 2) restructuration cognitive, 3) compétences parentales (gestion des pensées anxieuses du jeune et importance de ne pas surprotéger) et stratégies de gestion de l'anxiété pour parents, 4) exposition in vivo (exposition graduelle à la peur), 5) enseignement d'habiletés sociales et 6) stratégies d'adaptation face à différentes situations (CEBC, 2016).

Pour la composante Jeune, 12 activités composent le programme (8 activités de 1 heure et 4 activités de 2h). Les activités sont données à raison d'une fois par deux semaines (CEBC, 2016). Les parents se voient offrir deux ateliers pour apprendre à gérer l'anxiété de leurs jeunes ainsi que pour les aider à appliquer les stratégies apprises pour les généraliser à la maison (CEBC, 2016). Lorsqu'implanté en milieu scolaire, les activités ont lieu pendant les heures de cours et les parents sont plutôt invités à téléphoner au professionnel pour avoir un suivi des rencontres (SAMHSA, 2017a).

Animateurs, Intervenants : *Cool Kids* peut être donné par un professionnel scolaire ou de l'extérieur.

Moyens de mise en interaction : Les activités ont lieu par le biais de discussions, de modelage et de jeux de rôles (SAMHSA, 2017a). Des devoirs sont également à faire à l'extérieur des activités (CEBC, 2016). Le programme offrirait des activités au jeune et à ses parents dans des groupes séparés (Rapee, Wignall, Hudson et Schniering, 2000).

### ***Forces et limites***

*Cool Kids* a fait l'objet de nombreuses évaluations et est reconnu *promising research evidence* par le CEBC (2016). Une version a été développée pour le milieu scolaire. Différentes variantes pour transmettre l'intervention sont également disponibles, telles que par internet, sur CD ou par téléphone (*Cool Kids Online*).

## ***Coping and Promoting Strength Programme (CAPS):***

---

*CAPS* est un programme familial de prévention ciblée identifié comme prometteur (Ginsburg, 2009; dans Drake et Ginsburg, 2012). Il est un des rares programmes qui cible ouvertement les interactions parent-adolescent.

Clientèle cible : Prévenir l'anxiété généralisée chez les enfants de parents qui ont été diagnostiqués avec un trouble anxieux (Fisak et al., 2011).

Programme et contenu, Objectifs : Ce programme cognitivo-comportemental se donne en groupe et s'adresse à l'ensemble de la famille. Les parents sont toutefois impliqués uniquement dans les deux premières activités.

Ce programme cible l'anxiété du jeune mais également les facteurs de risque associés aux parents comme les comportements qui augmentent l'anxiété de ce dernier. Ce programme inclut de la psychoéducation, de l'entraînement à la relaxation, de l'exposition graduelle, de la restructuration cognitive (pour le jeune et pour le parent), la réduction des comportements parentaux qui augmentent l'anxiété du jeune, la gestion des imprévus, des stratégies pour reconnaître et diminuer les niveaux d'anxiété parentale ainsi que l'amélioration de la résolution de problèmes et de la communication dans la famille (Drake et Ginsburg, 2012).

\*\*Programme qui démontre les résultats les plus robustes à travers la recension de Lawrence et al. (2017) car il démontre des effets de prévention significatifs avant l'émergence d'un trouble anxieux, à la fin du programme (91%) ainsi que 12 mois après (69%) (Ginsburg, 2009; Ginsburg et al., 2015; dans Lawrence et al., 2017). CAPS cible explicitement des facteurs de risques établis du développement des troubles anxieux comme les comportements anxieux modelés par le parent et les réponses parentales qui augmentent l'anxiété (Ginsburg, 2009; dans Lawrence et al., 2017).

### ***Creating Opportunities for Personal Empowerment (COPE)***

---

Programme cognitivo-comportemental qui trouve sa particularité dans le fait d'offrir une intervention brève de 20 à 30 minute par rencontre (Lusk et Mazurek Melnyk,2013). Il a été développé en 2003 par Bernadette Mazurek Melnyk. Il est reconnu efficace pour diminuer les symptômes d'anxiété et de dépression des adolescents, ainsi que pour augmenter leur confiance en soi (Lusk et al., 2013). Il est également reconnu efficace pour l'amélioration des habitudes de vie en habitudes saines, en augmentant les comportements sains et actifs ainsi que l'activité physique. Il permet également d'améliorer la rétention scolaire. Il est souvent offert conjointement suite à un suivi médical.

Clientèle cible : Adolescents âgés de 12 à 18 ans, anxieux et dépressifs, d'une diversité d'origines ethniques. Le programme s'adresse également aux parents.

Programme, Contenu et Objectifs : COPE est un programme manualisé composé de 15 sessions brèves qui met l'emphase sur le développement des habiletés. Il est élaboré selon les étapes développementales des adolescents. Les 7 premières sessions sont composées de contenu éducatif. Ce sont ces 7 activités qui forment le programme COPE for teen depression anxiety version brève. Les 8 sessions suivantes du programme COPE TEEN contiennent de l'éducation et des activités pour permettre le développement des habiletés en se concentrant sur la nutrition, l'activité physique et le changement de comportement bons pour la santé. Les contenus et les objectifs poursuivis par chacune des activités sont les suivants :

1. Thinking, feeling, behaving triangle
2. L'estime de soi, la pensée positive et l'auto-renforcement
3. S'établir des buts et la résolution de problèmes
4. Stress et coping
5. La régulation émotionnelle et comportementale
6. Une communication efficace, les styles de personnalités et de communication.



7. Les barrières à la progression des buts et surpasser les barrières.
8. Le rythme cardiaque; Étirements
9. Les groupes alimentaires et un corps en santé; Mettre fin aux diètes
10. Les nutriments pour avoir un corps en santé : lire les étiquettes, les médias et les effets des choix alimentaires
11. Les grosseurs des portions, L'influence des sentiments sur l'alimentation
12. L'alimentation dans les occasions sociales : stratégies pour manger durant les partys, les fêtes, et les vacances.
13. Les collations et manger à l'extérieur du domicile
14. Intégrer les habiletés et les connaissances pour développer un mode de vie sain.
15. Intégration des acquis, Révision du contenu du programme.

Espace : Ce programme peut être offert dans une diversité de milieux (cliniques, milieu hospitalier, écoles (Lusk et al., 2013).

Moyens de mise en interaction : Le programme est manualisé et est composé d'illustrations.

### ***Skills for Social and Academic Success (SASS) program***

---

Ce programme a été conçu spécifiquement pour être implanté en milieu scolaire (Masia et al., 1999). Il est reconnu efficace pour réduire les symptômes d'anxiété (Mychailyszyn, 2017).

Clientèle cible : Programme qui s'adresse aux adolescents qui vivent de l'anxiété sociale et qui a été développé selon l'approche écologique en s'adressant au jeune, mais en impliquant également le parent, les pairs, l'enseignant et le milieu scolaire.

Programme et Contenu : Programme d'approche cognitivo-comportementale composé de 12 sessions de groupe hebdomadaire d'une durée d'environ 40 minutes chacune, jumelé à 4 fin de semaines sociales avec des pairs prosociaux identifiés à l'intérieur de l'école. Les adolescents ont également des rencontres individuelles de prévues et les parents sont invités à se présenter à deux rencontres psychoéducatives concernant l'anxiété sociale.

Les enseignants sont sollicités pour identifier les élèves qui ont des difficultés spécifiques ainsi que pour exposer les élèves à des situations en classe.

Les parents font l'apprentissage de techniques pour diminuer l'évitement des jeunes et pour améliorer les habiletés de généralisation.

Le programme est également utilisé en dehors des murs scolaires en utilisant des pairs pour faciliter les interactions sociales.

Temps et Espace : Les activités sont prévues pour ne pas dépasser une période de classe régulière et durent approximativement 42 minutes. Elles ne doivent pas interrompre les cours académiques. L'environnement scolaire est utilisé pour favoriser la généralisation des acquis.

## ***Penn Resiliency Program for Children and Adolescents***

---

Le *Penn Prevention program* est un programme d'approche cognitive-comportemental qui vise à prévenir le trouble d'anxiété généralisée. (Fisak et al., 2012).

Clientèle cible : Ce programme s'adresse aux jeunes du deuxième cycle du primaire et du premier cycle du secondaire (9 à 14 ans ; Penn Arts and Sciences, 2017).

Programme et contenu et Objectifs : Ce programme manualisé se déroule en groupe et vise à lier les pensées aux émotions, à faire l'apprentissage de stratégies de coping ainsi qu'à développer des habiletés de résolution de problèmes sur le plan social (Corrieri et al., 2013).

Une notion centrale du programme est le modèle Ellis' Adversity-Consequences-Beliefs (ABC) qui explique que les pensées peuvent avoir des impacts sur les émotions et sur les comportements. À travers le programme, les jeunes apprennent à détecter les pensées inadéquates, à évaluer l'exactitude de leurs pensées et à modifier leurs pensées négatives pour plutôt considérer des interprétations alternatives (Penn Arts and Sciences, 2017). Ils apprennent également une variété de techniques liées à l'affirmation de soi, la négociation, la prise de décision, la résolution de problèmes sociaux ainsi que la relaxation.

Il est souhaité que le contenu appris par les jeunes puisse être généralisé à différents contextes de leur vie tels dans leurs relations avec les pairs, avec les membres de la famille, dans leurs activités sociales ainsi que dans le contexte académique (Penn Arts and Sciences, 2017).

Temps : Ce programme est composé de 12 activités de 90 minutes ou bien de 18 à 24 activités de 60 minutes.

Animateurs: Programme animé par un membre du personnel scolaire formé préalablement au programme (Corrieri et al., 2013).

Moyens de mise en interactions : Les concepts et les habiletés enseignées sont présentés et pratiqués selon différentes méthodes (sketchs, jeux de rôles, courtes histoires, dessins animés pour illustrer les concepts). Une fois les notions enseignées, les jeunes pratiquent à partir d'exemples hypothétiques qui démontrent comment les différentes habiletés peuvent être pertinentes et utiles dans des situations réelles de tous les jours.

Les jeunes sont encouragés à utiliser leurs nouvelles habiletés au quotidien à partir de devoirs.

## *Feelings Club*

---

*Feelings Club* est un programme canadien de prévention ciblée et indiquée de l'anxiété.

Clientèle cible : Il s'adresse aux jeunes âgés entre 8 et 12 ans.

Objectifs : Ce programme a pour objectif d'accompagner les jeunes pour qu'ils puissent reconnaître et gérer leurs pensées et leurs sentiments négatifs, ainsi que développer des stratégies de coping (Corrieri et al., 2013).

Programme et Contenu : Ce programme d'approche cognitivo-comportemental est composé de 12 activités pour les jeunes et de 3 sessions pour les parents.

Animateurs : Les activités sont animées par un professionnel de la santé mentale (Corrieri et al., 2013).

## *Trauma Affect Regulation: Guide for Education and Therapy for Adolescents (TARGET-A)*

---

Programme dont l'efficacité a été démontrée concernant le traitement des troubles anxieux et de ses symptômes.

Clientèle cible : Jeunes âgés de 10 à 18 ans qui ont un trouble de stress post-traumatique et leurs parents (CEBC, 2-07). Il s'adresse autant aux garçons qu'aux filles et est adapté pour une diversité de cultures.

Objectifs : Programme conçu pour prévenir et traiter le trouble de stress post-traumatique, incluant les troubles sévères d'anxiété, la dépression et les troubles dissociatifs (CEBC, 2017)

Programme et Contenu : Il inclut des stratégies de coping, s'intéresse au fonctionnement général et au bien-être de la personne, aux problèmes internalisés ainsi qu'aux traumatismes troubles associés (CEBC, 2017).

Ce programme enseigne une séquence d'habiletés en 7 étapes (FREEDOM Steps) pour aider les participants à reconnaître, comprendre et gagner du contrôle sur leurs réactions de stress en augmentant leurs forces et leurs habiletés, la pleine conscience, la régulation émotionnelle, les fonctions exécutives ainsi que les interactions sociales.

Temps, Durée : Programme manualisé qui comprend une version brève de 4 sessions, ou version courte de 10 à 14 sessions ou bien une version longue de 26 semaines et plus (CEBC, 2017).

Espace : Programme qui peut être offert en communauté ou en clinique.

### *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children (MBCT-C)*

---

Programme jugé prometteur par le CEBC (2017b).

Clientèle cible : MBCT-C (Randy J. Semple) conçu pour les enfants âgés de 8 à 12 ans qui ont un trouble anxieux ou un trouble dépressif. Programme qui peut toutefois être modifié pour les enfants plus jeunes et plus vieux. Les parents sont invités à participer à 2 sessions adressées pour les adultes.

Objectifs : Vise l'amélioration de l'auto-régulation par le développement d'une attention consciente et de la décentration des pensées et des émotions, améliorer la résilience, promouvoir des changements positifs, apprendre à distinguer les pensées de jugement de celles qui sont descriptives, reconnaître les jugements, les distractions à l'humeur, cultiver l'auto-acceptation de soi et l'acceptation des choses qui ne peuvent pas être modifiées ainsi qu'être sensibilisé aux choix personnels affectifs et comportementaux (CEBC, 2017b).

Programme et contenu : programme de psychothérapie adapté du MBCT prévu pour les adultes. Programme qui combine la théorie basée sur la pleine conscience et des pratiques avec des interventions cognitives. En comparaison aux programmes d'approche cognitivo-comportementale, MBCT-C ne vise pas à restructurer et à changer les pensées et les émotions existantes (CEBC, 2017b).

Les activités peuvent être effectuées individuelles ou en groupe de 6 à 8 jeunes.

Des activités sont prévues pour faire à la maison pour favoriser le développement des habiletés apprises dans chacune des activités.

Temps : 12 activités hebdomadaires de 90 minutes.

### *Trauma Interventions using Mindfulness Based Extinctions and Re-consolidation (TIMBER)*

---

L'efficacité de TIMBER (Basant Pradhan) n'est pas reconnue par le CEBC en raison du manque de recherches à son sujet.

Clientèle cible : Jeunes âgés de 8 à 17 ans qui ont un trouble anxieux ou les symptômes associés. L'intervention peut également être utilisée auprès d'adultes.

Objectifs : Amélioration des symptômes de base et des symptômes associés au trouble anxieux, ainsi que des symptômes de panique et de dépression. Amélioration des comportements d'évitement et des dysfonctionnements. Amélioration de la qualité de vie (CEBC, 2017c).

Programme et contenu : Utilise le yoga, l'approche cognitivo-comportementale ainsi que la pleine conscience. Il comprend des séances d'exposition graduelle.

### ***Stress inoculation training (SIT):***

---

- ✓ Utilisé en prévention ciblée et indiquée auprès d'une clientèle dont l'âge n'est pas spécifié pour prévenir l'anxiété généralisée et les symptômes liés au stress. Cette méthode vise à apprendre aux gens à se comporter normalement dans le cadre de situations stressantes.
- ✓ Approche cognitivo-comportementale qui consiste à 4 étapes pour faire l'apprentissage de techniques de gestion du stress :
  - Étape 1 : identification du stress
  - Étape 2 : Apprentissage de techniques de relaxation à appliquer dans différents environnements stressants.
  - Étape 3 : Self-statement training
  - Étape 4 : Apprentissage de comment se comporter en situations stressantes.

### ***Autres approches :***

---

- Biofeedback video game
- Play therapy
- Progressive Muscle Relaxation (PMR)
- Virtual Reality Exposure (VR Exp)
- Attention Bias Modification (AMB)
- **Approche *Attention only*** : Activité de groupe supervisée, structurée, après l'école où les enfants participent à des activités de groupes agréables qui ne couvrent pas de façon explicite du contenu concernant les sentiments (Manassis et al., 2010; dans Higa-McMillan et al., 2016).

## ***Programmes québécois***

### ***In Vivo***

---

In Vivo est un programme de développement des compétences pour faire face au stress. Les activités se déroulent en groupe restreint de quatre jeunes.

Clientèle cible et milieu d'implantation : Il s'adresse aux adolescents âgés entre 12 et 17 ans qui présentent des difficultés d'adaptation intériorisées (anxiété, dépression) et des troubles extériorisés (réactivité, impulsivité). Il n'a pas été élaboré pour être implanté en milieu scolaire mais nécessite des ressources qui s'y retrouvent (ex : murs d'escalade, trampoline) puisque les activités requièrent un lieu d'entraînement (gymnase, palestine). À ce jour, In Vivo est implanté au CISSS-CJ de Lanaudière et des Laurentides et il était projeté qu'il le soit également à Laval et en Estrie (Bluteau, Salvas et Julien, 2015).

Les activités se déroulent dans un groupe restreint fermé composé de quatre jeunes (Bluteau *et al.*, 2015).

Le programme comporte une composante parent.

Il peut être donné par une variété de professionnels (psychoéducateurs, psychologue, éducateur spécialisé, ergothérapeute, kinésologue,) et il est suggéré que le programme soit animé par un homme et une femme (OPPQ, 2015).

Objectifs : In vivo a pour but de prévenir les problèmes de santé mentale chez les jeunes en s'appuyant sur un entraînement par inoculation au stress. Il vise à favoriser le développement de compétences en situation de stress ainsi qu'à développer des stratégies d'adaptation par l'entraînement et l'inoculation au stress (exposition en laboratoire, UQAM, 2015). Il vise à ce que le jeune comprenne ses réactions à travers des situations stressantes.

Programme, Contenu et Moyens de mise en interaction : Le programme se décompose en trois phases d'intervention intégrées : 1) l'éducation au stress (pédagogie), 2) l'éducation et l'entraînement aux stratégies d'adaptation (pédagogie et entraînement) et 3) les mises en situation stressante (entraînement et thérapie, situations In vivo) (UQAM, 2015). À travers les expériences in vivo, le jeune est accompagné par le professionnel pour réfléchir aux ingrédients de la situation stressante qu'il est en train de vivre : sentiment de contrôle diminué, personnalité menacée, imprévisibilité, nouveauté (SPIN, UQAM, 2015). Le jeune est également accompagné à reconnaître sur une échelle ses signes physiques, ses comportements et ses pensées lors de la situation in vivo (UQAM, 2015). L'intervention est structurée pour que l'exposition du jeune soit graduelle et progressive.

À travers les situations In vivo, le programme utilise des médiums actifs, telles différentes formes d'activité physique. Les médiums utilisés peuvent varier selon les ressources disponibles (ex : trampoline, mur d'escalade, labyrinthe, fil de fer, piscine avec tremplin). InVivo est un programme manualisé qui comprend un guide d'implantation, le manuel de l'animateur, le cahier du participant, le cahier du parent, un DVD, un dépliant, des affiches et des cartes de jeu (OPPQ, 2015). Les parents sont invités à la première et à la dernière activité du programme.

Temps : Le programme se déroule sur une période d'environ dix rencontres de 2h30 chacune.

### ***Forces et limites :***

In vivo est un programme qui accompagne les jeunes dans l'expérimentation des stratégies apprises. Il emploie des médiums actifs.

Bien qu'un cahier du parent soit disponible, les parents sont impliqués dans le programme uniquement par le biais de documentation qui leur est transmise à propos du programme (principes, buts et objectifs poursuivis, sommaire des activités et présentation des éléments clés du programme). Il ne comporte pas de composante scolaire. Il se donne en groupe restreint.

## ***Le stress vu d'en haut (LSVDH)***

---

LSVDH est un programme de prévention ciblée conjoint parent-enfant qui a pour but de prévenir l'apparition, le développement ou l'aggravation de l'anxiété chez les enfants de 7 à 10 ans et leurs parents (Houle, 2012). Il est implanté dans certains centres de pédiatrie sociale en communauté.

Clientèle cible : Les enfants, les parents ainsi que la relation parent-enfant sont les sujets de l'intervention (Houle, 2012a). LSVDH a été élaboré pour être adapté aux familles, parents comme enfants, qui vivent avec une comorbidité de difficultés (ex : TDA/H, problèmes de comportement, opposition, difficultés d'apprentissages, négligence, trouble de l'attachement).

Objectifs : LSVDH poursuit les objectifs suivants : 1) Que les enfants et les parents identifient les sources de leur anxiété ; 2) Qu'ils apprennent, développent et mettent en pratique des stratégies afin de diminuer leur anxiété ; 3) Que les parents connaissent des stratégies afin d'accompagner leur enfant dans la gestion de son anxiété ; et 4) Que les parents et les enfants améliorent leur relation à travers des moments de plaisir partagé (Houle, 2012a).

Programme, contenu et moyens de mise en interaction : LSVDH est un programme d'approche cognitivo-comportementale. Les activités se donnent en groupe composé de 8 à 12 dyades parent-enfant (16 à 24 participants). Deux volets qui se donnent en alternance composent les activités du programme LSVDH : Volet 1 Compréhension de l'anxiété et développement de stratégies de gestion, Volet 2 Activité d'escalade.

Lors des activités du volet 1, parents et enfants abordent le contenu suivant : manifestations et sources d'anxiété; moyens pour la maîtriser; causes et symptômes pouvant être causés par l'anxiété; identification de leurs propres signes psychologiques et physiologiques d'anxiété; apprentissage et expérimentation d'une démarche de résolution de problèmes; apprentissage et mise en pratique de techniques et de stratégies de gestion de l'anxiété telles l'acquisition d'idées réalistes motivantes, l'affirmation de soi, la capacité de parler et d'exprimer ses émotions, la gestion du temps, le développement d'une bonne hygiène de sommeil, l'établissement d'une routine et des priorités; et finalement l'identification de pensées irrationnelles négatives pour se pratiquer à les recadrer de manière rationnelle et positive.

Certains éléments du contenu sont également spécifiques aux parents : le rôle parental dans l'aide pouvant être apportée à l'enfant concernant la gestion de son anxiété ; les peurs normales des enfants selon les âges et les sexes; l'équilibre entre détachement et surprotection concernant les pratiques parentales; ainsi que l'apprentissage et l'expérimentation de stratégies et de techniques pour être outillés à accompagner leurs enfants dans la gestion de leur anxiété. Ces stratégies et techniques sont : accompagner l'enfant dans la reconnaissance et l'expression de ses émotions, l'écoute des besoins de l'enfant, souligner ses bons comportements et ses efforts, l'établissement de règles claires ainsi que le développement d'une bonne discipline (Houle et Bérubé, accepté).

Lors des activités du volet 2 qui se déroulent dans les murs d'un centre d'escalade partenaire, les enfants pratiquent une activité physique (escalade). Pendant l'escalade, les parents mettent en pratique leurs apprentissages auprès de leurs enfants en les encourageant, les soutenant, les questionnant, en discutant et en passant un moment de plaisir avec eux. L'escalade sert également à l'enfant à mettre en pratique les acquis effectués lors des activités précédentes. L'escalade, tout comme la période d'étirements, ainsi que les pratiques de techniques de respiration et de relaxation, sont des moments privilégiés pour la dyade parent-enfant pour exprimer leurs émotions, former une équipe, s'entraider et pratiquer leurs nouvelles stratégies de gestion de l'anxiété (Houle, 2012a ; Houle et Bérubé, accepté)

LSVDH est un programme manualisé qui regroupe l'ensemble des éléments nécessaires à son déroulement dans un même cartable : rapport d'évaluation préliminaire de l'implantation et des effets, explications, contenu et déroulement des activités (cahiers de l'animateur, du participant et de matériel d'animation), matériel de formation des animateurs ainsi qu'un protocole et des outils d'évaluation (Houle, 2012a, 2012b). Une formation des animateurs est recommandée.

Pour que les activités soient adaptées aux difficultés des enfants et des parents, les médiums traditionnels (lecture et écriture) ont été restreints au maximum. Les activités utilisent des pictogrammes, des discussions de groupe, des périodes de jeux structurés, des discussions en dyade parent-enfant, des jeux moteurs, du dessin, des périodes de lecture d'allégories, des périodes de relaxation et de respiration ainsi que les périodes d'escalade.

Les activités sont données par une équipe multidisciplinaire de quatre intervenants pour assurer du modeling et une présence de qualité auprès de chacune des dyade parent-enfant.

Temps : LSVDH est un programme de groupe d'une durée de douze semaines où les deux volets de l'intervention se donne en alternance. Les activités du volet 1 durent 2h alors que les activités du volet 2 durent 1h30.

### ***Forces et limites***

LSVDH a été élaboré en combinant différents volets, en jumelant différentes stratégies d'intervention et en prenant en considération la comorbidité de problématiques présentes chez les enfants mais aussi chez les parents de familles vulnérables. Il s'agit d'une composante



innovante par l'utilisation de l'activité physique comme approche alternative, en tenant compte de la comorbidité des difficultés présentes chez les familles vulnérables et en offrant un programme d'intervention conjoint parent-enfant. Il emploie des médiums actifs et ludiques.

LSVDH demande un grand ratio d'intervenants par groupe (1 intervenants pour 2 ou 3 dyades parent-enfant). LSVDH n'a pas de composante scolaire.

## **Programmes offerts en ligne**

Certains programmes sont offerts en format informatisés et intègrent l'approche cognitivo-comportementale (Richardson, Stallard et Velleman, 2010). Ces programmes sont interactifs et offerts en format multimédia. Ils incluent de la psychoéducation, des exercices, des quiz, des devoirs à faire à la maison, des vignettes, des narrations, des dessins animés et des vidéos (Richardson et al., 2010).

-Le nombre de sessions varient de 5 à 14, avec une moyenne de 9,2.

-La durée des sessions varient de 15 à 30 minutes.

### ***Cool Teens programme***

---

*Cool Teens programme* est un programme d'approche cognitivo-comportementale basé sur le programme *Cool Kids* de groupe (Lyneham et al., 2005) dans Richardson et al., 2010). Ce programme se donne entièrement en ligne par ordinateur. Il s'adresse aux adolescents âgés de 14 à 16 ans.

Ce programme est composé de 8 sessions de 15 à 30 minutes chacune et les sessions sont accompagnées de contacts téléphoniques réguliers. Les contenus et les stratégies utilisées selon les activités sont les suivants :

1. Psychoéducation
2. Établissement de buts
- 3 et 5. Restructuration cognitive
- 4 et 6. Exposition
7. Stratégies de coping et
8. Maintien des acquis.

Concernant les moyens de mise en interaction utilisés, ce programme comprend des informations enseignées, des exercices, des tâches, des études de cas et des scénarios. Il inclut également du multimédia, des textes, des vidéos, des graphiques et de la narration (voix off).

## ***BRAVE for Children-Online***

---

*BRAVE for Children Online* est un programme d'approche cognitivo-comportementale qui s'adresse aux jeunes âgés de 7 à 14 ans (Richardson et al., 2010). Ce programme est composé, en alternance, de sessions en ligne et de sessions en face à face. Il inclut également des sessions qui s'adressent aux parents.

Le programme est composé de 5 à 10 sessions pour le jeune, de 3 à 6 sessions pour le parent ainsi que de 2 ou 3 booster sessions et toutes les activités ont une durée de 60 minutes. Concernant les approches et les contenus couverts, ce programme aborde les éléments suivants :

Sessions pour les jeunes : identifier les symptômes physiques de l'anxiété, l'entraînement aux habiletés de relaxation (imagerie guidée, respiration), résolution de problèmes, auto-renforcement, techniques de gestion de l'anxiété, restructuration cognitive ainsi que de l'exposition graduelle.

Sessions pour les parents : Psychoéducation, la gestion de l'imprévu, l'entraînement à la relaxation, restructuration cognitive, résolution de problèmes et exposition graduelle.

Concernant les moyens de mise en interaction, ce programme utilise des animations en dessins animés, des sons, des lectures ainsi que des quiz auto-administrés avec une rétroaction automatique.

Ce programme qui peut être offert sans supervision ou bien avec le soutien d'un professionnel en ligne.

## ***Think, Feel, Do (Attwood et al., 2012; dans Clarke et al., 2015)***

---

Ce programme s'adresse aux adolescents de 10 à 16 ans qui ont un niveau faible à modéré de problèmes émotionnels liés à l'anxiété et à l'humeur, dépistés par une infirmière scolaire. Il est basé sur le programme *Think Good, Feel Good workbook* (Stallard, 2002).

*Think, Feel, Do* est un programme d'approche cognitive-comportementale composé de 6 sessions de 45 minutes, offertes sur un CD-ROM.

## **COMPARAISON DES PROGRAMME RECENSÉS SELON LEUR RÉPONSE AUX CRITÈRES D'EFFICACITÉ**

Le tableau 2 qui suit permet un premier regard comparatif sur les différents programmes recensés. Ils ont été comparés sur la base de leur réponse aux différents critères d'efficacité identifiés dans la première partie de la présente recension.

Il est possible d'observer que la majorité des programmes trouvent leurs fondements dans l'approche cognitivo-comportementale et que les principaux contenus abordés par les programmes sont similaires d'un programme à l'autre (restructuration cognitive, psychoéducation, relaxation, respiration, habiletés de communication, habiletés sociales, résolution de problèmes).

Certains programmes mentionnent impliquer ou s'adresser aux parents sans préciser la nature de l'implication attendue et le contenu qui leur est adressé.

La nature, l'intensité et le fonctionnement des séances d'exposition sont peu décrits.

Les sphères parentales et familiales semblent être les sphères les moins développées et exploitées dans les programmes actuels, malgré le fait qu'il soit recommandé de les inclure dans l'intervention.

Peu de programmes d'intervention précoce sont prévus pour être implantés en milieu scolaire.



## Références bibliographiques

Bennett et al., (2015). Preventing child and adolescent anxiety disorders: Overview of systematic reviews. *Depression and anxiety*, 32, 909-918.

Bluteau, J. Salvas, M.-C. et Julien, C. (2015). Le programme In vivo :une pratique innovante dans le développement des compétences adaptatives pour faire face au stress. Dans *Au cœur de l'intervention de groupe, Nouvelles pratiques psychoéducatives*. G. Paquette, C. Plourde et K. Gagné (Dir.). Béliveau éditeur : Boucherville, Québec. P.112-124.

Broderick, P. C. et Fennings, P. A. (2012). Mindfulness for adolescents: a promising approach to supporting emotion regulation and preventing risky behavior. *New Directions for Youth Development*, 136, 111-126.

CEBC (2017). Trauma Affect Regulation: Guide for Education and Therapy for Adolescents (TARGET-A). Page téléaccessible à l'adresse <http://www.cebc4cw.org/program/trauma-affect-regulation-guide-for-education-and-therapy-adolescents/detailed>.

CEBC (2017a). C.A.T. Project. Page téléaccessible à l'adresse <http://www.cebc4cw.org/program/c-a-t-project/>.

CEBC (2017b). Mindfulness-Based cognitive therapy for Children (MBCT-C). Page téléaccessible à l'adresse <http://www.cebc4cw.org/program/mindfulness-based-cognitive-therapy-for-children-mbct-c/>.

CEBC (2017c). TIMBER (Trauma Interventions using Mindfulness Based Extinction and Re-consolidation). Page téléaccessible à l'adresse <http://www.cebc4cw.org/program/timber-trauma-interventions-using-mindfulness-based-extinction-and-re-consolidation/>.

Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., Ebesutani, C., Young, J., Becker, K. D., Hopkins, J., Nakamura, B. J. et al. (2011). Evidence-Based Treatments of Children and Adolescents: An Updated Review of Indicators of Efficacy and Effectiveness. *Clinical Psychology Science and Practice*, 18(2), 154-172.

Clarke, A. M., Kuosmanen, T. et Barry, M. M. (2015). A systematic review of online youth mental health promotion and prevention interventions. *Journal of Youth and Adolescence*, 44(1), 90-113.

Corrieri, S., Heider, S., Conrad, I., Blume, A., Köning, H.-L. et Riedel-Heller, S. G. (2013). School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: a systematic review. *Health Promotion International*, 29(3), 427-441.

Davis, T. E., May, A. et Whiting, S. E. (2011). Evidence-based treatment of anxiety and phobia in children and adolescents: Current status and effects on the emotional response. *Clinical Psychology Review*, 31, 592-602.

Drake, K. L. et Ginsburg, G. S. (2012). Family factors in the development, treatment, and prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15, 144-162.

Fisak, B. J., Richard, D. et Mann, A. (2011). The prevention of child and adolescent anxiety : a meta-analytic review. *Prevention Science*, 12, 255-268.

Haggerty, R. J. et Mrazek, P. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academic Press.

Higa-McMillan, C. K., Francis, S. E., Rith-Najarian, L. et Chorpita, B. F. (2016). Evidence Base Update : 50 years of research on treatment for child and adolescent anxiety. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 45(2), 91-113.

Houle, A.-A. (2012a). *Le stress vu d'en haut !... Programme d'intervention conjoint parent-enfant traitant de la gestion de l'anxiété*. Dans le cadre du programme de maîtrise en psychoéducation. Gatineau, QC : Université du Québec en Outaouais. Avec la collaboration du Centre de pédiatrie sociale de Gatineau.

Houle, A.-A. (2012b). Rapport d'évaluation du programme Le stress vu d'en haut !... (rapport de maîtrise, Université du Québec en Outaouais, Canada).

Houle, A.-A. et Bérubé, A. (accepté). Évaluation de l'implantation du programme Le stress vu d'en haut selon la structure d'ensemble psychoéducative. *Ouvrage collectif en psychoéducation (titre provisoire)*. Sous la direction de M. Lapalme et A.-M. Tougas.

Kallapiran, K., Koo, S., Kirubakarn, R. et Hancock, K. (2015). Review: Effectiveness of mindfulness in improving mental health symptoms of children and adolescents: a meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health*, 20(4), 182-194.

Lawrence, P. J., Rooke, S. M. et Creswell, C. (2017). Review: Prevention of anxiety among at-risk children and adolescents – a systematic review and meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health*, 22(3), 118-130.

Lee, C. M., Horvath, C. et Hunsley, J. (2013). Does it work in the real world? The effectiveness of treatments for psychological problems in children and adolescents. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44 (2), 81-88.

Lusk, P. et Mazurek Melnyk, B. (2013). COPE for depressed and anxious teens: a brief cognitive-behavioral skills building intervention to increase access to timely, evidence-based treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 26, 23-31.

Mychailyszyn, M. P. (2017). Systematic review and meta-analysis of Skills for Social and Academic Success (SASS) program. *Advances in School Mental Health Promotion*, 10(2), 147-160.

Penn Arts and Sciences (2017). *Resilience in Children. The Penn Resilience Program for Middle School Students*. Document tiré du site <https://ppc.sas.upenn.edu/research/resilience-children>.

Rew, L., Johnson, K. et Young, C. (2014). A systematic review of interventions to reduce stress in adolescence. *Issues in Mental Health Nursing*, 35, 851-863.

Reyes-Portillo, J., Mufson, L., Greenhill, L. L., Gould, M. S., Fisher, P. W., Tarlow, N. et Rynn, M. A. (2014). Web-based Interventions for Youth Internalizing Problems: A systematic review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(12), 1254-1270.

Richardson, T., Stallard, P. et Velleman, S. (2010). Computerised cognitive behavioral therapy for prevention and treatment of depression and anxiety in children and adolescents : a systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13(3), 275-290.

Stockings, E. A., Degenhardt, L., Dobbins, T., Lee, Y. Y., Erskine, H. E., Whiteford, H. A. et Patton, G. (2016). Preventing depression and anxiety in young people: a review of the joint efficacy of universal, selective and indicated prevention. *Psychological Medicine*, 46, 11-26.

Stonerock, G. L., Hoffman, B. M., Smith, P. J. et Blumenthal, J. A. (2015). Exercise as Treatment for Anxiety: Systematic review and analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 49(4), 542-556.

Turgeon, L. et Gosselin, M.-J. (2015). Les programmes préventifs en milieu scolaire auprès enfants et des adolescents présentant de l'anxiété. *Éducation et Francophonie*, XLIII(2), 30-49.

Werner-Seidler, A., Perry, Y., Calear, A. L., Newby, J. M. et Christensen, H. (2017). School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 51, 30-47.

Yap, M. B. H., Pilkington, P. D., Ryan, S. M. et Jorm, A. F. (2014). Parental factors associated with depression and anxiety in young people : A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 156, 8-23.

Zenner, C., Hernleben-Kurz, S. et Walach, H. (2014). Mindfulness-based interventions in schools – a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 5, 1-20.