

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'EXPÉRIENCE SUBJECTIVE DU DIAGNOSTIC DE TROUBLE ANXIEUX
CHEZ L'ENFANT

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR
JUSTINE FAVREAU

AVRIL 2021

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Avant tout, je tiens à remercier les quatre enfants qui ont accepté de participer à mon étude et de parler de leur situation personnelle avec une étudiante qu'elles ne connaissaient pas. Je tiens également à remercier les parents qui m'ont non seulement ouvert la porte de leur domicile familial pour que je rencontre leur enfant, mais qui m'ont également ouvert une porte sur leur univers. Merci pour votre confiance.

Un merci tout particulier à ma directrice Anne-Marie Piché qui a accepté d'embarquer avec moi dans ce projet, qui m'a offert un incroyable accompagnement au courant des deux dernières années et qui a su m'éclairer à de nombreuses reprises. Merci d'avoir toujours été présente pour répondre à mes questions et d'avoir eu confiance en mes idées.

Merci à mon conjoint Vincent qui, à force de m'écouter parler de mon étude quotidiennement, est presque devenu un expert des troubles anxieux chez les enfants. Merci de m'avoir lue, mais surtout de t'être toujours montré compréhensif et à l'écoute.

Un immense merci à ma famille pour leur soutien inconditionnel, pour leur implication et pour leur écoute. Merci à mes ami(e)s pour leur compréhension et leurs encouragements. Merci à mon amie Élisabeth pour nos nombreuses journées d'étude et de rédaction depuis la propédeutique. Merci aux intervenants et intervenantes des différents organismes, aux professeures et aux directrices d'école ainsi qu'aux différents membres de mon entourage qui m'ont aidée de près ou de loin dans mes démarches.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	i
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
PROBLÉMATIQUE	3
1.1 Troubles de santé mentale chez les enfants	3
1.2 Perceptions de la santé mentale chez l'enfant par les parents	5
1.3 Perceptions de l'enfant par la fratrie	7
1.4 Perceptions de la santé mentale par l'environnement social	8
1.5 Le point de vue des enfants dans la recherche : une lacune à combler	10
1.5.1 Question générale de recherche	13
1.5.2 Objectif général et objectifs spécifiques de la recherche	13
CHAPITRE II	
CADRE CONCEPTUEL	15
2.1 Interactionnisme symbolique	15
2.1.1 Sens du diagnostic de trouble de santé mentale.....	19
2.1.2 Relations et langage.....	21
2.2 Influence des discours sur la santé mentale.....	22
2.2.1 Influence du discours biomédical	23
2.2.2 Influence du discours psychologique	26
2.2.3 Introduction de la perspective sociologique	30
2.3 Construction de l'expérience de la santé mentale.....	32
2.3.1 Construction des perceptions envers les enfants dans le domaine de la santé mentale.....	33
2.3.2 Construction des troubles anxieux.....	34
2.3.3 Complexité dans la compréhension de la santé mentale	35

CHAPITRE III	
MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE	39
3.1 Stratégie générale de recherche	39
3.2 Population à l'étude	40
3.3 Critères de sélection	41
3.4 Composition du groupe de participantes	42
3.5 Groupe de participantes	45
3.6 Méthodologie employée pour l'analyse des données	47
3.7 Méthode et instruments de collecte des données	50
3.8 Considérations éthiques	52
3.9 Défis et limites de l'étude	53
 CHAPITRE IV	
ANALYSE ET DISCUSSION	57
4.1 Portrait des enfants rencontrées.....	58
4.1.1 Léa	58
4.1.2 Juliette	58
4.1.3 Charlotte	59
4.1.4 Chloé	59
4.2 Frontières de la souffrance au sein de l'environnement familial de l'enfant : reconnaissance de l'anxiété dans la famille.....	60
4.2.1 Permission d'être soi-même dans la famille	61
4.2.2 Réception des difficultés de l'enfant par sa famille	68
4.2.3 Anxiété familiale comme phénomène qui remet en cause l'individualisation de l'anxiété	76
4.2.4 Soutien inconditionnel de la famille.....	80
4.2.5 Effets du secret dans la mise en récit de l'enfant.....	84
4.3 Non-reconnaissance de la souffrance à l'extérieur de la famille	90
4.3.1 Regard d'autrui qui dérange : l'incompréhension d'autrui.....	90
4.3.2 Regard d'autrui qui dérange : le malaise envers l'anxiété	92
4.3.3 Conséquence du regard social sur l'enfant	93

4.4 Irréalisme du stress.....	97
4.4.1 Se créer des problèmes qui ne sont pas réels	98
4.5 L'anxiété comme frein social	101
4.5.1 Limiter les interactions sociales.....	102
4.5.2 Entrer en relation par les conflits.....	103
4.5.3 Image de soi à travers le regard d'autrui et le regard de l'enfant	105
4.6 Synthèse de l'analyse	110
4.7 Intérêt pour le travail social	111
CONCLUSION	117
APPENDICE A AFFICHE DE RECRUTEMENT	121
APPENDICE B FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (participant mineur)....	123
APPENDICE C GRILLE D'ENTREVUE SEMI-STRUCTURÉE.....	129
APPENDICE D FORMULAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE	132
APPENDICE E EXEMPLE DE GRILLE D'ANALYSE EXCEL POUR UNE PARTICIPANTE.....	134
APPENDICE F CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE	135
APPENDICE G EXEMPLE 1 D'UN DESSIN D'ENFANT	137
APPENDICE H EXEMPLE 2 D'UN DESSIN D'ENFANT	139
RÉFÉRENCES	141

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
3.4 Synthèse des participantes	44

RÉSUMÉ

Cette étude qualitative à visée exploratoire s'intéresse à l'expérience des enfants de 6 à 12 ans ayant reçu un diagnostic un trouble anxieux. L'objectif général de la recherche est d'offrir la parole aux enfants; d'identifier comment ces enfants composent avec le trouble sur le plan de leurs émotions et de leurs pensées au quotidien ainsi que de leur demander de préciser l'impact des mots employés par les parents, les pairs, la fratrie et leur entourage sur leur définition de soi. La problématique du mémoire aborde les diverses perceptions engendrées par les troubles de santé mentale auprès des enfants, des parents, de la fratrie, de l'entourage, des pairs et de l'environnement social. En ayant comme point de départ l'interactionnisme symbolique, lequel suggère que les interactions avec autrui construisent l'identité, nous nous sommes appuyées sur la construction sociale des troubles de santé mentale ainsi que sur les discours en lien avec l'intervention en travail social pour analyser nos entretiens. Guidées par une méthodologie de théorisation enracinée, les entretiens individuels réalisés avec les quatre enfants ont permis de faire émerger des concepts décrivant leur expérience. Nous avons constaté que le recrutement d'enfants est un processus complexe, tout comme le fait d'aborder un sujet aussi complexe que la santé mentale avec eux. En même temps, l'expérience de cette étude nous a confirmé la pertinence de s'adresser directement à eux. C'est ainsi que les enfants participants nous ont appris : l'importance de la reconnaissance de la souffrance par les membres de leur famille, de leur implication dans l'apprentissage de la gestion de leurs émotions de l'enfant et surtout, de le soutien inconditionnel. Du point de vue de ce petit groupe d'enfants, la famille joue un rôle important dans la construction d'une perception de soi positive. À l'opposé, la non-reconnaissance de leur souffrance en lien avec l'anxiété, surtout à l'extérieur de la famille, entraînait chez eux un sentiment d'incompréhension et de solitude. Les résultats démontrent également que ces enfants, malgré leur jeune âge, peuvent être conscients de ce qui crée leur stress, notamment le caractère irréaliste des pensées. Nous terminons en suggérant des pistes de réflexion pour les intervenants en travail social oeuvrant auprès des enfants.

MOTS-CLÉS : diagnostic en santé mentale, troubles anxieux, construction sociale, regard d'autrui, enfant

INTRODUCTION

La présente étude vise à poursuivre le développement des connaissances quant à l'expérience des enfants ayant des diagnostics de troubles anxieux afin de pallier les lacunes dans la littérature. En effet, dans le domaine de la recherche, les enfants ont rarement un espace pour partager leur expérience du diagnostic en santé mentale (Crane, 2015, p. 103; Mueller, Callanan et Greenwood, 2016, dans Georgakakou-Koutsonikou, 2018, p. 28). En fait, les études les impliquant sont davantage effectuées « sur » les enfants plutôt qu'« avec » ces derniers (Hill, Laybourn et Borland, 1996; Porcellato, Dughill et Springett, 2002; Hinshaw, 2005). De plus, les études réalisées dans le domaine de la santé mentale sont davantage orientées vers les adultes. Pourtant, malgré leurs connaissances limitées du concept de trouble de santé mentale, les enfants sont en mesure de nous partager leur point de vue et ils affichent une capacité à exprimer et à verbaliser leurs perceptions de leur situation. Sans prétendre que les enfants soient des experts des diagnostics en santé mentale, nous pouvons considérer qu'ils sont les experts de leur propre expérience et qu'ils sont les mieux positionnés pour nous partager leur propre réalité. Enfin, il est pertinent d'accorder aux enfants une place centrale dans notre recherche et de faire émerger des connaissances par le biais des entrevues réalisées avec ceux-ci. Pour ce faire, nous nous posons la question de recherche suivante : comment se construit l'expérience subjective du diagnostic de trouble anxieux chez l'enfant ?

Le présent mémoire est divisé en quatre chapitres. Le premier chapitre, soit la problématique, dresse l'état actuel des connaissances sur notre sujet de recherche, démontre la pertinence sociale et scientifique de ce dernier, met en lumière des

questions découlant de notre revue de la littérature et souligne des objectifs ayant pour but d’y répondre. Le deuxième chapitre abordant le cadre conceptuel détaille les concepts théoriques sur lesquels s’appuient notre collecte de données et notre analyse. Ainsi, les concepts de relation, de langage, de sens et de construction sociale sont placés au cœur de ce chapitre. Le troisième chapitre expose la méthodologie de recherche ayant guidé notre étude, soit la théorisation enracinée. Nous y présentons également la stratégie générale de recherche, la population à l’étude, les critères de sélection, la composition du groupe de participants la méthodologie employée pour l’analyse des données, les considérations éthiques ainsi que les limites de notre étude. Le quatrième chapitre aborde d’abord brièvement les portraits des quatre cas, puis présente les résultats obtenus à l’aide des entrevues réalisées et offre une discussion de nos analyses quant à l’expérience des enfants du diagnostic en santé mentale. Enfin, le dernier chapitre se conclut par une synthèse thématique des éléments pertinents de notre recherche et suggère des pistes de réflexion pour le domaine du travail social.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Dans ce premier chapitre, nous aborderons l'état des connaissances à l'égard de la santé mentale chez les enfants en expliquant ce qui motive le choix d'étudier les troubles anxieux pour ce mémoire. Ensuite, nous traiterons des diverses perceptions engendrées par les troubles de santé mentale. Enfin, nous poserons notre question de recherche ainsi que les objectifs y étant reliés.

1.1 Troubles de santé mentale chez les enfants

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, 20 % des enfants et les adolescents âgés de 0 à 19 ans développent un trouble de santé mentale à l'échelle mondiale (OMS, 2005 dans Roy et Gureau, 2013). Au Canada, près d'un jeune sur quatre âgé de 9 à 19 ans affiche un trouble de santé mentale et se trouve plus à risque d'en présenter également à l'âge adulte (Commission de la santé mentale du Canada, 2013, dans Roy et Gureau, 2013, p. 4). Il existe sept troubles en lien avec la santé mentale et le développement pouvant être retrouvés plus fréquemment chez les enfants, « les troubles anxieux, les troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, la dépression, les troubles de conduite, la psychose, les troubles du sommeil et les troubles de l'alimentation » (Douglas, 2014).

Les troubles anxieux et dépressifs font partie des troubles étant fréquemment rencontrés chez les jeunes au Québec (Piché, Cournoyer, Bergeron, Clément et Smolla, 2017). En fait, le trouble anxieux est celui qui est le plus fréquemment diagnostiqué chez les jeunes de 5 à 19 ans (Piché *et al.*, 2018, dans Couture, 2019, p. 1). Généralement, ces troubles apparaissent lorsque l'enfant est en âge de fréquenter l'école (OMS, 2005, p. 8).

La prévalence des troubles anxieux et dépressifs est plus élevée chez les filles que chez les garçons, et ce, de manière significative (Couture, 2019, p. 18; 19). Dans le cadre de ce mémoire, nous nous intéresserons plus particulièrement au trouble anxieux pour son expérience subjective chez des enfants qui viennent d'en avoir le diagnostic. Ce trouble peut apparaître dès l'âge de 6 ans et aurait tendance à se maintenir et/ou à s'aggraver lors des différents stades de développement (Piché *et al.*, 2017, p. 20).

Il est important de souligner que la manifestation des troubles anxiodépressifs n'appartient pas qu'à des facteurs individuels. Elle peut être en réaction à des éléments environnementaux stressants. En effet, diverses caractéristiques individuelles, familiales et socioéconomiques entrent en « interrelation dynamique » et peuvent amener l'enfant à composer quotidiennement avec des conditions hors de son contrôle (Piché *et al.*, 2017, p. 33). L'augmentation des troubles anxieux et dépressifs chez les enfants peut également s'expliquer par le fait que les enfants font régulièrement face à des changements causés par les adultes (par exemple, des déménagements fréquents), alors qu'ils sont moins outillés que ces derniers pour gérer ces situations difficiles (Papalia *et al.*, 2010, p. 250).

Étant donné que nous nous intéressons à la manière dont les enfants vivent, perçoivent et comprennent un diagnostic de santé mentale, nous tenterons d'aborder le problème sous un angle différent. En fait, nous accorderons une place centrale à l'expérience subjective des enfants, dans le but de leur donner une voix. De cette manière, ils pourront s'exprimer et être considérés comme les mieux placés pour nous partager leur perception de leur propre état.

Il est d'abord nécessaire d'effectuer une revue de la littérature sur les différentes perceptions reliées aux troubles de santé mentale pour leur rôle dans la constitution de cette expérience subjective. Le système familial et social de l'enfant joue un rôle important qui peut influencer son expérience subjective du trouble anxieux. Ainsi, les perceptions des adultes et des enfants qui l'entourent peuvent contribuer à construire la perception que développera l'enfant de lui-même et de sa condition.

1.2 Perceptions de la santé mentale chez l'enfant par les parents

Le système familial peut être perturbé par le diagnostic de trouble de santé mentale, qu'il soit associé à l'adulte ou à l'enfant. Schousboe (2005) indique que les enfants sont le reflet de leurs parents et de la « qualité de vie dans la famille »¹ (Liegghio, 2016, p. 1238). Lorsque le trouble de santé mentale touche le parent, divers impacts négatifs peuvent être observés chez l'enfant puisque « [s]a santé mentale [...] est en grande partie tributaire de l'équilibre de sa structure familiale » (Becker, 2011, p. 349). Selon cette perspective, une influence réciproque peut s'observer, car un enfant est plus à risque de présenter un trouble de santé mentale en grandissant si son parent

¹ Traduction libre

a également reçu un diagnostic (Mordoch et Hall, 2008; Piché *et al.*, 2017). Lorsqu'un diagnostic est posé au sein d'une famille, les autres membres peuvent en ressentir les effets puisqu'ils sont associés à celui présentant un trouble de santé mentale (Lefley, 1989, dans Liegghio, 2016, p. 1237).

Quant au diagnostic de trouble anxieux chez l'enfant, une étude réalisée par Lebowitz et Omer (2013) indique qu'il peut avoir une influence auprès de la famille. En effet, les membres de celle-ci peuvent « adapter et modifier leurs propres comportements dans un but de réduire l'anxiété chez l'enfant »² (Lebowitz et Omer, 2013, p. 36). Malgré l'aspect perturbateur du diagnostic, il est possible qu'il soit associé à un certain soulagement, tant chez l'enfant que chez le parent. En effet, le diagnostic peut être « rassurant [...] en ce qu'il donne une explication à des phénomènes incompréhensibles, angoissants et qu'il pens[ait] être le seul à vivre » (Galinowski, 2011, p.50). Cette notion de soulagement ne doit pas être ignorée, car il est possible que la consultation auprès d'un professionnel soit motivée par le désir de trouver une explication à la souffrance de l'enfant.

Dans les recherches, peu d'attention est accordée à la notion de « trouble » et à la position des parents par rapport à celle-ci. Adhèrent-ils à cette notion? Questionnent-ils l'existence objective du trouble ? Adhèrent-ils au discours médical et psychologique ou abordent-ils le problème avec un autre angle ? À quoi attribuent-ils la souffrance de leur enfant ?

² Traduction libre

1.3 Perceptions de l'enfant par la fratrie

Afin d'étudier le bien-être et les perceptions de la famille, l'approche écosystémique nous amène à étudier la fratrie de l'enfant ayant reçu un diagnostic de trouble anxieux. Peu d'études s'intéressent aux perceptions de la fratrie lorsqu'un membre de la famille reçoit un diagnostic de trouble anxieux. Lebowitz et Omer (2013) indiquent que la fratrie peut ressentir les effets du diagnostic de trouble anxieux chez l'enfant. Afin de vouloir apaiser l'enfant ayant le trouble, il est possible que la routine familiale soit modifiée et adaptée pour lui (Lebowitz et Omer, 2013, p. 37).

En considérant la famille comme un système (Minuchin, 1985) et la fratrie comme un sous-système dans la famille, il est pertinent de relever le regard de la fratrie. En effet, les autres enfants de la famille vivent les répercussions du trouble et peuvent rapporter une expérience négative, notamment quand le diagnostic est chronique, qu'il est la source de conflits et de tensions et qu'il interfère avec les relations familiales (Liegghio, 2016, p. 1240). De plus, la fratrie pourrait associer le diagnostic du membre de sa famille à une charge (« *burden* ») créant une inquiétude quotidienne (Liegghio, 2016, p. 1240). Enfin, la fratrie peut ressentir les effets de la stigmatisation et craindre que les croyances et les perceptions négatives associées aux troubles soient transposées sur elle, en raison de son appartenance à la famille (Liegghio, 2016, p. 1241). Afin d'éviter de faire face à l'« embarras, au rejet des pairs, à la perte d'un statut social au sein du voisinage ou du groupe de pairs, aux abus verbaux et aux insultes »³, la fratrie pourrait se montrer hésitante à parler du trouble de santé mentale à l'extérieur de la famille (Liegghio, 2016, p. 1241). En fait, elle pourrait avoir

³ Traduction libre

tendance à ne pas le partager afin d'éviter les regards négatifs et l'incompréhension, mais aussi pour protéger l'enfant ayant reçu le diagnostic (Liegghio, 2016, p. 1243).

1.4 Perceptions de la santé mentale par l'environnement social

L'environnement social génère également des perceptions associées à la santé mentale et l'enfant y est exposé quotidiennement. Bien que la population soit de plus en plus sensibilisée aux troubles de santé mentale, des croyances négatives persistent :

Despite real progress in terms of scientific knowledge regarding causal factors for mental disorders, the development of empirically supported treatment strategies, and increased public knowledge of the concept of mental disorder, mental illness – particularly its most severe forms – continues to be engulfed in stereotype, prejudice, and stigma, promoting shame and silence and perpetuating a vicious cycle of ignorance, distancing, and punitive societal responses (Corrigan, 2005; Hinshaw, Cicchetti et Toth, in press; Phelan, Link, Stueve et Pescosolido, 2000) (dans Hinshaw, 2005, p. 714).

Le regard d'autrui et le langage employé pour décrire l'état de santé mentale d'un individu peuvent avoir une influence sur sa manière de se percevoir.

Les enfants seraient plus dichotomiques dans leur manière de penser que les adultes et tendent à accepter plus facilement les mots négatifs qui leur sont adressés (OMS, 2005, p. 5). Ainsi, les perceptions des enfants semblent se construire par le regard et le discours d'autrui. La prophétie autoréalisatrice, qui suggère que d'étiqueter un individu influence la manière dont il est perçu par les autres, ce qui en revanche influence le comportement de cet individu étiqueté, peut s'observer au sein d'une population d'enfants (Harris *et al.*, 1992, dans Hinshaw, 2005, p. 722). Étiqueter un enfant peut contribuer à le stigmatiser et à occasionner du rejet envers lui de la part de

ses pairs (Harris *et al.*, 1992, p. 49; Hinshaw, 2005). Selon cette étude, un enfant présentant un diagnostic pourrait être plus à risque d'être rejeté en raison des symptômes qu'il affiche, et ce, même s'il n'en possède pas réellement (Hinshaw, 2005). Les enfants de la troisième année du primaire seraient portés à accorder plus de caractéristiques négatives aux enfants ayant été étiquetés comme « malades mentaux » (« *mentally ill*») en comparaison à ceux ayant été caractérisés comme des « individus normaux » (« *normal grown up* ») ou avec une « incapacité physique » (« *physically disabled* ») (Adler et Wahl, 1998, dans Hinshaw, 2005, p. 723).

Inconsciemment, des enfants d'âge préscolaire peuvent également utiliser quotidiennement des mots qui contribuent à renforcer les attitudes négatives envers les troubles de santé mentale (Hinshaw, 2005).

Il appert que les « programmes de prévention et d'intervention précoce en milieux scolaires » permettent une diminution des symptômes d'anxiété chez les enfants (Neil et Christensen, 2009; Stallard, 2010; dans Gervais, Bouchard, Guilbert et Gagnier, 2013, p. 71) et permettent d'informer et de sensibiliser les enfants. C'est pourquoi une mobilisation de la part des « différents domaines d'influence (la communauté, l'école, la famille, le jeune et ses pairs) tout au long du parcours scolaire » devrait être effectuée (Couture, 2019, p. 4).

Des enfants ayant un besoin de consultation et d'évaluation peinent cependant parfois à obtenir rapidement les services nécessaires. Au Québec, les « services spécialisés de psychiatrie dans les CISSS et CIUSSS » sont difficilement accessibles (Champagne, Contandriopoulos, Ste-Marie et Chartrand, 2018, p. 32).

En fait, au Québec, « seulement 5 % des enfants ayant un problème de santé mentale ont accès à des services professionnels » (Couture, 2019, p. 19). Considérant « l'importance des troubles anxieux au sein de la population et les coûts sociaux qu'ils engendrent », un investissement plus grand devrait être effectué quant à la sensibilisation des jeunes (Poulin, Lemoyne, Poirier et Fournier, 2004, p. 64). Il existe désormais des programmes basés sur la pleine conscience associés au « traitement et [à] la prévention de l'anxiété chez les enfants et les adolescents, particulièrement en milieu scolaire » (Gosselin et Turgeon, 2015, p. 50). À travers les différentes études réalisées, des bienfaits sont relevés chez les enfants d'âges scolaires et chez les adolescents :

Parmi les bienfaits observés, on trouve une amélioration du contrôle attentionnel et de l'autorégulation (Semple et al., 2010), une diminution des symptômes physiques liés au stress (Santangelo White, 2012) et une meilleure prise de conscience de ses émotions, habiletés nécessaires à la gestion du stress et de l'anxiété (McLaughlin, 2010). (Gosselin et Turgeons, 2015, p. 58).

Les différentes perceptions identifiées dans cette section nous amènent différentes pistes de réflexion. Quelle est la place des attentes envers les enfants dans la société et peut-elle influencer le fait qu'autant d'enfants soient anxieux? Quels sont les contre-discours au diagnostic centré sur le déficit individuel? Les services mobilisent-ils ces domaines d'influence du point de vue individuel, familial ou sociétal?

1.5 Le point de vue des enfants dans la recherche : une lacune à combler

Il est pertinent de s'intéresser aux enfants, car il est exceptionnel que ceux-ci se voient offrir un espace leur permettant de prendre la parole et de partager leurs perceptions et leurs expériences. En effet, rares sont les études désirant travailler

« avec » les enfants plutôt que « sur » ceux-ci (Hill, Laybourn et Borland, 1996; Porcellato, Dughill et Springett, 2002; Hinshaw, 2005). La majorité des études sur la santé mentale sont généralement effectuées auprès des adultes et, à ce jour, elles explorent peu le vécu des enfants présentant un diagnostic.

Les enfants devraient être considérés comme étant les mieux positionnés pour décrire leur propre expérience. Pourtant, les recherches démontrent que ces derniers sont peu consultés par ceux prenant des décisions dans leur vie (Aubery et Dahl, 2006, dans Davies et Wright, 2008). En fait, ce n'est que récemment qu'il a été reconnu qu'ils « sont des êtres qui réfléchissent et qui éprouvent des sentiments avec un degré de complexité mentale » (OMS, 2005, p. 1). Dès lors, ils ont des droits et ceux-ci doivent être respectés (Porcellato, Dughill, Springett, 2002; Hinshaw, 2005). Pour comprendre les pensées, les émotions, les comportements et les croyances des enfants, il est nécessaire de prendre en compte leurs propres perceptions (Porcellato, Dughill et Springett, 2002, p. 311).

Bien que les jeunes enfants aient des connaissances limitées quant au concept de « maladie mentale », ils ont la capacité de s'exprimer, de verbaliser ou d'illustrer leurs conceptions de leur situation. En effet, les enfants en situation de vulnérabilité sont en mesure de commenter de manière appropriée différents aspects de leur vie et de partager leurs opinions sur les services qu'ils reçoivent (Mudlay et Goddard, 2006; Dance et Rushton, 2005; Potter, Holmes et Barton, 2002; Thomas et Beckford, 1999; Prior, Lynch et Glaser, 1999, 1995, dans Davies et Wright, 2008, p. 27).

Par ailleurs, au terme de leur thèse de doctorat, des auteurs suggèrent qu'il serait nécessaire d'accorder une plus grande place à l'expérience des enfants ayant des diagnostics en santé mentale dans la recherche, car ils sont rarement interrogés (Crane,

2015, p. 103; Mueller, Callanan et Greenwood, 2016, dans Georgakakou-Koutsonikou, 2018, p. 28). En effet, accéder à leurs conceptions de la santé mentale nous permettrait de mieux comprendre la manière dont celles-ci se développent et pourrait bénéficier à la « pratique clinique ainsi qu'à l'éducation de la santé mentale »⁴ (Georgakakou-Koutsonikou, 2018, p. 27).

Les études accordant une attention à la santé des enfants s'orientent davantage vers les maladies physiques (Georgakakou-Koutsonikou, 2018, p. 32). Celles s'intéressant à leur compréhension des troubles de santé mentale ciblent la reconnaissance et le classement de comportements déviants chez autrui et l'identification des causes, des caractéristiques, des traitements et des conséquences (Spitzer et Cameron, 1995, p. 399; Fox, Buchanan-Barrow et Barret, 2007; Georgakakou-Koutsonikou, 2018).

Les enfants de moins de dix ans sont sous-représentés dans les recherches dans le domaine de la santé (Porcellato, Dughill, Springett, 2002, p. 310; Davies et Wright, 2008). Pourtant, dès l'âge de cinq ans, ils peuvent exprimer leur opinion et, en vieillissant, ils ont davantage de connaissances reliées à la santé mentale. Lors des premières années à l'école, les enfants intègrent et comprennent la signification du mot « *crazy* » (Scheff, 1999, p. 74, dans Wahl, 2003, p. 250).

Il appert que plus les enfants vieillissent, plus ils tendent vers des causes externes à l'individu pour expliquer les comportements problématiques (Maas et *al.*, 1978, dans Hennessy, Swords et Heary, 2007, p. 6). Au terme de leur étude, Fox et ses collaborateurs (2010) en viennent à la conclusion qu'en vieillissant, « les

⁴ Traduction libre

connaissances et la compréhension de la santé mentale se développent et deviennent plus nombreuses et précises »⁵ (p. 16).

Crane (2015), s'intéressant aux expériences des enfants placés dans un centre de traitement, énonce que ceux ayant un diagnostic en santé mentale ont une histoire à raconter, mais qu'elle est teintée par le biais du chercheur et par les croyances des adultes (p. 102). Enfin, Hinshaw (2005) indique qu'il serait pertinent d'étudier la compréhension que se fait l'enfant du trouble de santé mentale en fonction des mots qui ont été utilisés par les parents pour leur expliquer (2005, p. 723).

1.5.1 Question générale de recherche

Face au manque de documentation du point de vue des enfants, il est pertinent d'obtenir leur perception lorsqu'ils composent avec un diagnostic de trouble anxieux. Nous en venons à nous poser la question suivante : comment se construit l'expérience subjective du diagnostic de trouble anxieux chez l'enfant ?

1.5.2 Objectif général et objectifs spécifiques de la recherche

L'objectif général de la recherche était de s'intéresser à la parole d'enfants âgés de 6 à 12 ans ayant reçu un diagnostic de trouble anxieux . La démarche de notre étude exploratoire visait à poursuivre les sous-objectifs suivants afin :

⁵ Traduction libre

a) d'identifier comment ces enfants composent avec ce fait sur le plan de leurs émotions et de leurs pensées au quotidien;

b) de préciser l'impact des mots employés par les parents, les médecins, les pairs, la fratrie et l'entourage sur leur définition et l'image qu'ils construisent d'eux-mêmes.

CHAPITRE II

CADRE CONCEPTUEL

Afin d'étudier l'expérience des enfants ayant des troubles anxieux, nous proposerons d'étudier la construction sociale des troubles de santé mentale chez les enfants. Nous exposerons d'abord les grandes lignes de l'interactionnisme symbolique, puis nous aborderons l'épistémologie de la construction sociale des problématiques, telle qu'abordée par le psychologue social Kenneth J. Gergen. Enfin, nous étudierons le concept de discours en lien avec l'intervention en travail social de Karen Healy et ses influences dans le champ de la santé mentale.

2.1 Interactionnisme symbolique

Il est intéressant d'aborder l'interactionnisme symbolique ainsi que ses principaux acteurs dans le cadre de ce mémoire, étant donné notre intérêt pour les répercussions des mots et des perceptions générées par autrui sur l'expérience des enfants. La subjectivité pourrait également être abordée selon certains auteurs (tels que Berger et Luckmann, 1966), mais nous considérons que l'interactionnisme symbolique pousse davantage la réflexion par rapport aux troubles de santé mentale et permet d'introduire la construction sociale.

Dans sa recension historique de la construction sociale et de l'interactionnisme symbolique, Burr (2003) indique que les interactions sociales se créent quotidiennement avec autrui et permettent aux individus de construire leur identité

ainsi que celle des autres (Mead, 1934, dans Burr, 2003, p. 13). Mead suggère que le « *self* » se développe grâce aux relations et elle accorde une valeur importante à la réciprocité des « gestes », en indiquant que ceux-ci se modifient lors des interactions sociales en réponse à ceux d'autrui (Mead, dans Blumer, 1969, p. 9). La perception de soi est ainsi « construite par le reflet de l'évaluation que se font les individus significatifs »⁶ (Baldwin, 1906; Mead, 1934, dans Minuchin, 1985, p. 298). L'interactionnisme symbolique, proposé par Berger et Luckmann, suggère que la socialisation s'effectue entre des êtres humains en interaction et contribue au maintien des phénomènes sociaux (Berger et Luckmann, 1966, dans Burr, 2003, p. 13).

Blumer (1969), autre acteur clé propre à l'interactionnisme symbolique, propose trois prémisses. D'abord, il indique que l'être humain agit envers les « *things* » en fonction de la signification qu'elles ont pour lui (p. 2). Il emploie le terme « *things* » pour qualifier des « êtres humains, des objets, des catégories d'êtres humains, des institutions, des valeurs, des activités ou des situations »⁷ (Blumer, 1969, p. 2). Ensuite, il suppose que leur signification est le résultat des interactions sociales et enfin, qu'elle varie selon un « *interpretative process* » (Blumer, 1969, p. 2). Ainsi, le regard social construit les différentes réalités et amène les individus à se comporter de manière à justifier leur signification.

Il est pertinent d'accorder une attention à l'expérience des enfants à qui l'on appose un diagnostic de santé mentale en mettant de l'avant l'influence des interactions, des perceptions d'autrui et des mots utilisés par l'entourage dans la construction de soi.

⁶ Traduction libre.

⁷ Traduction libre.

2.2 Construction sociale de la santé mentale

Les êtres humains construisent donc leur réalité par les relations et par les interactions quotidiennes avec autrui. Ainsi, le recours au paradigme de construction sociale dans le cadre de ce mémoire est justifié par la place que nous accordons au regard des autres sur la construction des troubles de santé mentale.

Le constructionnisme social, selon lequel « l'identité humaine est fondamentalement sociale et fondée sur le langage » se distingue du constructivisme, bien qu'ils soient semblables sur certains points (Gingras et Lacharité, dans Lacharité et Gagnier, 2009, p. 133). La principale différence entre les deux paradigmes est la place accordée au contrôle de l'individu dans le processus de construction : selon le constructivisme, l'individu s'engage activement dans la création de son monde (Burr, 2003, p. 19) alors que selon le constructionnisme social, « les constructions sont le produit des forces sociales, structurelles et interactionnelles »⁸ (Burr, 2003, p. 20). Gergen (2005), quant à lui, indique que la construction sociale relève d'un :

ensemble de conversations qui se déroulent partout dans le monde et participent toutes d'un processus qui tend à générer des significations, des compréhensions, des connaissances et des valeurs collectives. (Gergen, 2005, p. 33)

Dans la plupart des milieux d'intervention en santé mentale, le paradigme positiviste est dominant (Gingras et Lacharité, 2009). Nous choisissons cependant, dans le cadre de ce mémoire, le modèle du constructionnisme social afin de situer et de comprendre la construction des troubles de santé mentale.

⁸ Traduction libre

En proposant que les troubles de santé mentale relèvent d'une construction sociale, il est d'abord fondamental de préciser qu'il ne s'agit pas d'invalider les individus recevant les diagnostics ni de douter de leur souffrance. Un « problème » est identifié comme appartenant au domaine de la santé mentale, car il relève d'« un processus complexe où la culture, les normes et les rapports de force entre les groupes interviennent de manière forte et décisive » (Otero et Roy, 2013, p. 4) pour le construire. Les troubles de santé mentale ne sont donc pas que des problèmes médicaux, mais ils sont aussi sociaux. En effet, les comportements « socialement problématiques » sont déterminés par la société qui impose des normes bien précises et qui définit ce qui n'est pas accepté (Otero, 2013, dans Otero et Roy, 2013, p. 361). Gergen suggère également que les troubles de santé mentale sont socialement construits par les « termes du déficit mental » qui portent en eux des significations implicites (2005, p. 155). Ces mots, employés pour définir l'état mental d'un individu, sont déterminés par une culture et une période donnée :

Les conceptions professionnelles du « fonctionnement sain » sont imprégnées de notions culturelles sur la personnalité idéale (London, 1986; Margolis, 1966) et sur les idéologies politiques qui lui sont associées (Leifer, 1990). (Gergen, 2005, p. 152)

Les termes qui réfèrent aux troubles mentaux, porteurs de sens et employés pour désigner des états internes, servent à déterminer la nature du « problème », mais également à construire les relations (Gergen, 2005, p. 148; 155). Il s'agit d'un « travail technique » (Gergen, 2005, p. 159) où un processus de construction est instigué par des experts qui ciblent le problème et choisissent des termes précis pour le caractériser. Le langage utilisé apporte ainsi des changements au niveau du statut de l'individu recevant le diagnostic et lui confère une position « d'infériorité » (Gergen, 2005, p. 152). En ayant recours à des termes tels que « maladie »,

« pathologie » et « dysfonctionnement », une orientation vers le « déficit humain » est observée, participant à l'augmentation de la souffrance (Gergen, 2005, p. 144).

Brun et ses collaborateurs (2015) indiquent que la « construction sociale d'une maladie est étroitement associée à celle d'un marché » (Coriat et Weinsten, 2005, dans Brun *et al.*, 2015, p. 3). En effet, la manière dont la normalité et le pathologique sont socialement construits répond aux exigences de l'industrie pharmaceutique qui vise la promotion de traitements médicaux (Brun *et al.*, 2015, p. 3).

Les recherches abordant la construction sociale des troubles de santé mentale chez les enfants sont peu explorées. Nous justifions l'association de ces concepts dans notre étude par la forte présence de diagnostics en santé mentale chez les enfants et par la prédominance du paradigme de la psychiatrie dans les recherches. Nous tentons donc d'aborder cette problématique sous un nouvel angle et d'entamer une réflexion à cet effet.

2.1.1 Sens du diagnostic de trouble de santé mentale

Afin de justifier la construction sociale de la santé mentale chez les enfants, il est nécessaire de comprendre l'importance du sens du diagnostic. Burr (2003) rappelle la position centrale des croyances dans la construction de la réalité. Considérant que les observations ne sont pas neutres, mais bien teintées par les interactions sociales entre les individus, elle avance qu'il n'existe pas de réalité objective (Burr, 2003). Un enfant qui vient au monde est immédiatement exposé à des catégories préalablement existantes propres à une culture et à une période historique donnée (Burr, 2003). Ainsi, l'environnement familial et les croyances des parents ont une incidence directe sur la manière dont l'enfant perçoit sa réalité, sa situation et par le fait même, son diagnostic.

Le regard social est porteur de sens et il appert que d'une même situation peuvent se dégager plusieurs interprétations. C'est pourquoi la manière de percevoir, d'interpréter et de catégoriser ne reflète pas nécessairement la réalité et ne réfère pas forcément à de vraies divisions du monde (Burr, 2003). Les catégories diagnostiques, créées par les êtres humains, séparent les individus selon des caractéristiques spécifiques et leur imposent une position sociale. Par ailleurs, le fait de placer un enfant rapidement dans une catégorie diagnostique peut contribuer à influencer les perceptions d'autrui et, par le fait même, son expérience (Dumas, 2013, p. 37). Il existe une « connotation » négative parmi les mots employés pour définir l'état mental d'un individu qui semblent le « marque[r] du sceau du dysfonctionnement » (Gergen, 2005, p. 152).

Le sens que prend un comportement peut en retour affecter la manifestation de ce dernier chez un individu, pour finalement confirmer la croyance initiale. Paradoxalement, ces mêmes croyances peuvent avoir des répercussions sur les observations du professionnel de la santé qui déterminera le diagnostic en fonction de ce qu'il perçoit (Eisenberg, 1988). Il est possible de croire que la manière dont le diagnostic est expliqué, perçu et compris par la famille modifie la perception de l'enfant et contribue au maintien du trouble. Le constructionnisme social ne remet pas en question la présence des symptômes et « n'a pas pour objet de nier les dimensions biologiques du phénomène » (Loriol, 2012, p. 17), mais s'intéresse plutôt à la construction de sens du diagnostic chez l'enfant. Le constructionnisme s'intéressera donc à d'autres hypothèses de constitution du problème et évitera de se camper uniquement dans une explication biologique.

2.1.2 Relations et langage

Le sens attribué à une situation est donc créé par les interactions sociales, grâce aux relations humaines et au langage. Ces deux notions centrales de la théorie de la construction sociale de Gergen supposent qu'il est possible d'observer un changement dans le milieu humain en modifiant le langage. Le langage ne représente pas uniquement un moyen de communication « passif » des émotions et des pensées, mais est une forme d'action qui porte un sens et des conséquences (Burr, 2003, p. 8). Le langage donne alors un sens aux pensées par le biais de la parole (Huot, 2013, dans Harper et Dorvil, 2013, p. 119), sert à créer ce qu'il décrit, construit les phénomènes sociaux (Healy, 2014, p. 208; p. 212) et est influencé par la nature des relations humaines (Gergen, 2005, p. 8). Comme Elkaïm (2010) le mentionne :

un système humain n'est pas simplement un système d'individus en relations, mais bien un système de constructions du monde en relation (Mongeau, Asselin et Roy, 2013, dans Harper et Dorvil, 2013, p. 196).

Il serait donc possible de croire que l'expérience de l'enfant recevant un diagnostic de trouble anxieux se voit construite par le langage véhiculé par autrui (le langage de la pathologie) et par la nature de ses relations. Une attention particulière doit notamment être dirigée vers le contexte, car celui-ci permet de comprendre les variations pouvant être relevées entre les différentes interprétations des mots (Harper et Dorvil, 2013, p.119). Considérant que le langage généralement employé dans le domaine de la santé mentale fait porter le problème à l'individu et que la conception réductionniste véhiculée dans les institutions psychiatriques exclut les conditions familiales, professionnelles et socioculturelles (Gergen, 2005, p. 156), il est nécessaire d'orienter notre regard vers les facteurs environnementaux. Étant donné que « la relation entre le langage et l'objet auquel il réfère n'est pas fixée, mais plutôt construite par les

différentes significations que le discours met à la disposition »⁹ (Healy, 2014, p. 212), il est nécessaire de mettre en lumière les discours reliés à la santé mentale.

2.2 Influence des discours sur la santé mentale

Conformément à ce qui précède, les divers discours en santé mentale sont le reflet des constructions sociales et ont une influence considérable sur la manière de décrire la réalité, sur les médias, sur l'entourage, sur les pairs, mais également sur l'intervention. Les discours entourant la pratique dans le champ de la santé mentale ont des incidences directes sur la manière d'observer, de définir et de nommer le problème. Il existe peu d'études sur la compréhension des enfants quant à leurs troubles de santé mentale. Pourtant, nous savons que leurs croyances et leur manière de se percevoir sont influencées par la société dans laquelle ils grandissent (Crane, 2015, p. 91). Nous jugeons donc pertinent d'explorer les divers discours dans le domaine de la santé mentale afin de comprendre leur influence sur les perceptions des familles et des enfants.

À travers sa notion de discours, Healy propose différentes lectures d'une même problématique et suggère, selon chacune, des interventions. Elle définit le discours comme étant un « ensemble de pratiques de langage construisant les pensées, les actions et les identités »¹⁰ (Healy, 2014, p. 3) entourant l'intervention. Foucault (1980), quant à lui, définit le discours comme étant la manière dont le langage permet

⁹ Traduction libre

¹⁰ Traduction libre

de comprendre la réalité et d'agir sur celle-ci (Healy, 2014, p. 212). Sachant que « les significations des discours peuvent varier selon la situation, l'interprétation et la position de l'individu »¹¹ (Healy, 2014, p. 212), il est pertinent de les identifier et d'en prendre connaissance.

Dans le domaine de la santé mentale, les discours peuvent teinter le regard porté sur une situation et amener un même comportement à être défini de plusieurs manières et ce, en fonction du contexte, de l'époque et de la culture. Généralement, les discours dans le domaine de la santé mentale s'appuient sur la biologie et la psychologie pour fournir des causes et des explications à leurs problèmes. Il est toutefois primordial de souligner que, malgré les discours dominants dans la société et dans le milieu de pratique, chaque professionnel a la possibilité d'entrevoir la réalité de son client différemment. La pédiatrie sociale est un exemple où se côtoient des discours psychologiques, médicaux, sociologiques et environnementaux. De plus, la présence d'un discours dominant n'oblige pas nécessairement les professionnels à se soumettre passivement à celui-ci. En effet, ils peuvent poser un regard critique envers ce dernier et participer à leur manière à sa construction et à sa transformation.

2.2.1 Influence du discours biomédical

a) Perceptions du « malade »

Le discours biomédical occupe une place importante au sein des sciences sociales. Il sous-tend un vocabulaire médical où des diagnostics et des méthodes de traitements sont proposés pour éliminer le problème, plutôt que d'envisager une quelconque modification de l'environnement (Gergen, 2005, p. 153; Healy, 2014, p. 37). En fait,

¹¹ Traduction libre

« pour tout « malade » qui entre dans cette procédure, « le problème » est retiré de son contexte opérationnel habituel et reconstitué en termes professionnels » (Gergen, 2005, p. 153).

Se développe ainsi une conception selon laquelle le problème se situe à l'intérieur de l'individu, et selon laquelle il contribue à le faire dévier d'une trajectoire « normale » (Healy, 2014, p. 37). De cette façon, le discours biomédical considère que les troubles sont une déviation du fonctionnement biologique normal, que les malaises ont des explications relevant de la biologie plutôt que de l'environnement social et que tous les troubles de santé mentale sont semblables, peu importe le contexte et la culture (Healy, 2014, p. 37). Une hiérarchie sociale place le discours biomédical au sommet et lui accorde une prédominance sur les autres discours existants, particulièrement quant à la construction des pratiques dans le domaine de la santé mentale (Healy, 2014, p. 36).

b) Médicalisation du problème

Selon ce discours, l'individu est considéré comme un patient qui doit répondre à des critères diagnostiques : « chaque trouble psychopathologique se compose d'un ensemble distinctif de symptômes, ou syndrome, permettant de l'identifier et de le classer correctement » (Dumas, 2013, p. 35). Suivant une telle logique, « le problème, défini en termes médicaux, doit nécessairement opter pour une solution ayant un traitement médical »¹² (Hunter et al., 1997, dans Healy, 2014, p. 41). Ce discours entraîne généralement la médicalisation d'un problème qui répond à des critères

¹² Traduction libre

médicaux précis, mais qui pourrait également être considéré comme un comportement « normal » selon un autre discours (Healy, 2014, p. 41).

[...] une perspective essentiellement biomédicale considère inutile de tenir compte de l'expérience de la personne et d'obtenir sa collaboration afin de comprendre ses symptômes et de travailler sur eux en discutant avec elle (Fowler et al., 1999). On tend ainsi à évacuer, tant dans le processus diagnostic que dans le traitement, les aspects de l'expérience subjective qui dépassent le cadre des symptômes. (Rodriguez Del Barrio, Corin et Poirel, 2001, p. 5)

L'intervenant œuvrant sous une approche médicale « pose des diagnostics, soigne, tente de guérir et de faire « disparaître » le mal » (Sévigny, 1986, p. 18). Selon cette vision où l'enfant est la source du problème et où ses comportements entravent son bon fonctionnement, le recours aux médicaments pour l'« apaiser » semble être une solution couramment utilisée pour les troubles anxieux. L'utilisation de la médication¹³ chez les enfants est toutefois critiquée, bien qu'elle cherche à « réduire les symptômes afin de faciliter l'adhésion aux thérapies psychosociales » (Roy et Gureau, 2013, p. 28).

c) Forces de l'utilisation du discours biomédical

Le discours biomédical permet la classification des troubles de santé mentale et l'identification d'un traitement précis (Healy, 2014, p. 40). De plus, le recours à la

¹³ Bien que l'utilisation de la médication semble critiquée dans cette section, il est nécessaire de souligner qu'elle est parfois nécessaire et que son efficacité et son utilisation ne sont pas remises en question. La nature et la gravité du trouble ainsi que ses atteintes au fonctionnement dans le quotidien font partie des nombreux facteurs pouvant amener un parent ou un enfant à avoir recours à la médication pour apaiser les symptômes. Il ne s'agit pas de critiquer ou de douter de la souffrance apportée par le trouble de santé mentale. Chaque enfant présente des besoins spécifiques et des symptômes différents.

médication est parfois la solution priorisée qui permet d'apaiser la souffrance chez l'enfant et de diminuer quotidiennement son anxiété.

d) Limites de l'utilisation du discours biomédical

En ayant un regard biomédical sur la situation, la structure sociale est toutefois écartée des causes et des pistes de solution (Loseke, 2003, p. 87). Ainsi, en faisant abstraction du contexte social, un risque de « blâmer et pathologiser l'individu et la famille pour les problèmes qu'ils vivent »¹⁴ peut s'observer (Healy, 2014, p. 80). Conséquemment, seules des solutions médicales sont envisagées pour faire disparaître le problème (Healy, 2014). Ce discours amène également un « déplacement de la frontière entre le normal et le pathologique » (Collin et David, 2016, p. 5) et transforme en termes médicaux des problèmes sociaux (Healy, 2014).

2.2.2 Influence du discours psychologique

a) Symptômes pathologiques

Il existe des tensions entre le discours médical et le discours psychologique au sein de la société, car tous les deux ont de grandes influences dans le champ de la santé mentale, particulièrement chez les travailleurs sociaux (Sévigny, 1986; Healy, 2014, p. 62). Il existe des critères servant à relever des symptômes pathologiques chez l'enfant, bien qu'ils ne soient pas suffisants pour conclure à la présence du trouble s'ils sont pris séparément (Dumas, 2013).

¹⁴ Traduction libre

Un comportement peut donc être diagnostiqué comme problématique chez l'enfant s'il est présent en « excès ou en insuffisance », s'il « enfreint les normes », s'il « entrave au fonctionnement adaptatif » ou s'il est décalé des autres enfants ayant le même âge que lui et se situant au même stade développemental (Dumas, 2013, p. 14).

Selon l'*American Psychiatric Association* (1994), il est possible d'évaluer la santé mentale d'un enfant en évaluant la présence d'une détresse dans minimalement deux secteurs de fonctionnement, la présence de comportements ou d'émotions non adéquats pour son âge, la présence de plusieurs problèmes au même moment et la présence de difficultés malgré une aide apportée, le tout entravant aux habiletés sociales, scolaires ou personnelles (Papalia *et al.*, 2010, p. 246). Compte tenu de ces définitions, le discours psychologique compare l'enfant aux autres et le cible comme étant la source ses difficultés.

b) Catégories diagnostiques

Bien qu'il soit plus complexe de repérer les troubles de santé mentale chez les enfants, il existe des outils pour déterminer le type de pathologie, soit le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) et la Classification statistique internationale des maladies (CIM-10) (Dumas, 2013). Cependant, il est important de retenir qu'« il n'existe aucun critère « *gold standard* », c'est-à-dire un critère externe permettant d'établir, d'une façon absolue, l'existence d'un trouble mental chez un individu » (Piché *et al.*, 2017, p. 22). Le professionnel peut alors se référer à des symptômes préalablement établis dans le DSM pour poser un diagnostic clinique. Il est intéressant de souligner que ce livre, considéré comme « la bible » des maladies mentales, est « accepté par la majorité de la population comme présentant une vérité

scientifique, alors qu'en réalité, il est le produit de processus sociaux et politiques réfléchis »¹⁵ (Loseke, 2003, p. 39). Le discours psychologique suggère donc de classer des symptômes dans des catégories diagnostiques réfléchies permettant de relier des comportements à des troubles précis, ces derniers pouvant en retour être traités (Healy, 2014, p. 64).

c) Langage psychologique

Le discours psychologique a une influence considérable sur la pratique des travailleurs sociaux, particulièrement dans le domaine de la santé mentale (Nicolson *et al.*, 2006, p. 9, dans Healy, 2014, p. 67). Le langage psychologique est employé pour décrire le monde intérieur d'un individu et pour tenter de décrire son état d'esprit (Gergen, 2005, p. 144). Les « termes du déficit mental » cherchent ainsi à détecter une caractéristique individuelle qui se maintient au fil du temps et des circonstances (Gergen, 2005, p. 155). Le professionnel en santé mentale, considéré comme « expert du savoir sur le sujet » (Gergen, 2005, p. 159), choisit alors des termes précis qui entraînent d'importantes conséquences :

Lorsque ce vocabulaire est utilisé, les individus « non idéaux » sont contraints de suivre des « programmes de traitement », de se soumettre à des soins psychopharmacologiques ou d'entrer dans une institution pour être isolés de la société. (Gergen, 2005, p. 153)

¹⁵ Traduction libre

Le langage psychologique confère donc un statut au professionnel en lui octroyant le pouvoir de prendre des décisions sur l'individu tout en l'excluant du « domaine de la connaissance » (Gergen, 2005, p. 157).

d) Forces de l'utilisation du discours psychologique

L'utilisation de ce discours tente de créer une frontière entre la normalité et le pathologique en classant et catégorisant les comportements en diagnostics, tout en identifiant les facteurs de risques et les besoins individuels (Healy, 2014, p. 72; 73). Il peut également permettre d'identifier une souffrance, de mieux la cerner et de composer avec cette dernière (Healy, 2014).

e) Limites de l'utilisation du discours psychologique

L'individu recevant le diagnostic se retrouve plus à risque de se faire étiqueter, de se définir uniquement par ce dernier et de généraliser ces « termes du déficit mental » à toutes les sphères de sa vie (Gergen, 2005, p. 155; Becker, 2017). Selon la manière dont le discours psychologique est utilisé, il peut laisser peu de place aux dimensions sociales, structurelles et culturelles du contexte, car il peut mettre l'accent sur l'individu (Sévigny, 1986; Healy, 2014, p. 73).

Utiliser ce type de langage suppose la présence d'une universalité quant aux pensées et aux maladies (Gergen, 2005, p. 147). Enfin, la création de nouvelles catégories diagnostiques dans le DSM-5 entraîne l'apparition de pathologies autrefois non problématiques (Becker, 2017, p. 86).

2.2.3 Introduction de la perspective sociologique

Plusieurs auteurs ont revendiqué des conceptions différentes aux deux modèles dominants précédents, mais pouvant aussi expliquer les troubles de santé mentale : l'antipsychiatrie (Szasz, 1974), le modèle écologique (Bronfenbrenner, 1979), l'épigénétique (Francis, 2011), les déterminants sociaux (Goldberg, Melchior, Leclerc, et Lert, 2002), le modèle écobiodéveloppemental (Shonkoff *et al.*, 2012), le modèle du rétablissement en santé mentale (Carpenter, 2002; Healy, 2014) et le discours sociologique (Healy, 2014). Ces modèles partagent une vision commune par laquelle ils offrent des explications historiques, culturelles, socioéconomiques, environnementales et structurelles aux problèmes dans la société (Healy, 2014). Selon un discours sociologique, une vision collective des troubles de santé mentale est priorisée, selon laquelle ces derniers sont influencés, entre autres, par des injustices sociales et structurelles (Healy, 2014).

L'état de santé mentale des individus serait donc le résultat des interactions de facteurs mis en relation dans l'environnement et dans le contexte de vie de l'enfant. Des caractéristiques du contexte social et scolaire peuvent être également être associées aux troubles anxieux, comme nous l'avons brièvement mentionné dans le chapitre précédent. En effet, il appert que l'environnement familial a une influence sur le développement du trouble. Par exemple, « la présence de trouble mentaux chez les parents », les « comportements punitifs » de ceux-ci et leur « faible niveau de scolarité » sont davantage associés, chez les enfants et les adolescents, à la présence de troubles anxieux (Piché *et al.*, 2017, p. 32). La composition de la famille, le revenu des parents, la position dans la famille, le type d'environnement scolaire et la nature des relations avec le personnel scolaire font également partie des facteurs à prendre en considération lors de l'évaluation de la dépression chez les enfants et les

adolescents (Piché *et al.*, 2017, p. 33). En effet, ceux-ci peuvent placer davantage un enfant à risque de développer des troubles de santé mentale (Dumas, 2013, p. 46).

Toutefois, comme le souligne Dumas (2013), il est important de se rappeler que les facteurs de risque ne causent pas le trouble, mais augmentent la probabilité d'y voir apparaître certains comportements problématiques (p. 40). Il n'existe pas de vérité absolue quant à la manière de comprendre une situation; chacun possède une perception qui représente une réalité différente. C'est pourquoi nous considérons qu'il est important d'accorder une voix aux enfants afin d'accéder à leur propre construction de leur expérience, et ce, malgré les nombreux discours en interaction. En effet, il est nécessaire d'être attentif à la manière dont leur langage est construit par l'environnement, par les interactions et par le contexte. De plus, comme le souligne Komulainen (2007), nous devons également :

être conscients, en tant que chercheurs du fait que nos propres hypothèses, notre propre langage, le contexte institutionnel dans lequel nous opérons ainsi que les idéologies et les discours peuvent contribuer à construire la parole des enfants rencontrés.¹⁶ (Spyrou, 2011, p. 152)

Malgré leur jeune âge, les enfants possèdent un discours qui s'intègre à ceux qu'ils entendent et ressentent autour d'eux. Par contre, rares sont les études où leurs discours sont abordés; c'est pourquoi nous considérons nécessaire de nous y intéresser. Considérant l'interaction de facteurs et de discours, il devient pertinent de comprendre le contexte dans lequel l'enfant évolue et de le questionner afin d'accéder à ses perceptions de son environnement afin de mieux cerner sa conception de soi.

¹⁶ Traduction libre

2.3 Construction de l'expérience de la santé mentale chez les enfants

Comme nous l'avons mentionné antérieurement, les études explorant la construction de la santé mentale chez les enfants sont peu nombreuses, c'est pourquoi nous devons remonter à plusieurs années parfois pour les repérer. Celles réalisées auprès des enfants où leur expérience est sollicitée sont encore plus rares. Les autres études tentent de relever leurs perceptions de la maladie mentale en termes descriptifs en interrogeant une population régulière d'enfants et ne questionnent pas ceux ayant des diagnostics. Il appert cependant que les enfants ont la capacité d'identifier leurs pairs ayant des troubles de santé mentale, de nommer des causes et de fournir des explications à ceux-ci (Hennessy *et al.*, 2007). Il est intéressant de souligner que ces enfants attribuent à la maladie mentale des comportements qu'ils ont de la difficulté à identifier, mais qu'ils considèrent comme « normaux » des comportements qu'ils peuvent facilement repérer et expliquer (Secker, Armstrong et Hill, 1999, p. 733). Par ailleurs, dans l'étude de Secker, Armstrong et Hill (1999), les enfants ne considéraient pas la dépression comme une maladie mentale. Toutefois, il y avait peu de discours de sensibilisation à la santé mentale à l'époque.

Bien que plusieurs études s'intéressent à la qualité de vie des enfants ayant divers diagnostics, celles-ci restent plutôt larges en abordant, par exemple, les sphères de la vie de l'enfant affectées par le trouble (physique ou mental) sans toutefois explorer la manière dont ils se perçoivent et comprennent de leur situation. Crane (2015), s'intéressant à l'expérience des enfants avec des troubles de santé mentale, relève que les relations avec les autres enfants sont négatives et qu'ils ressentent un manque de contrôle sur leur situation (p. 58). Cependant, elle oriente davantage son analyse

critique en fonction du pouvoir que le système a sur l'enfant et elle n'explore pas en détail leur expérience en lien avec la perception d'autrui.

Malgré la posture que nous adoptons selon laquelle les troubles de santé mentale sont construits, il est important de souligner que la souffrance chez les enfants ayant des diagnostics n'est pas négligeable et qu'il est primordial de la reconnaître. En effet, « la douleur et les nuisances associées au trouble de santé mentale sont incontestables » (Hinshaw, 2006, p. 726). Peu importe le paradigme selon lequel la santé mentale est observée ainsi que le discours dominant utilisé pour l'expliquer, il est nécessaire de légitimer les symptômes et de reconnaître qu'ils ont d'importantes répercussions négatives dans le quotidien de l'enfant et de sa famille.

2.3.1 Construction des perceptions envers les enfants dans le domaine de la santé mentale

Un changement dans la manière de percevoir les enfants et leur statut s'est observé au sein des sociétés occidentales. À partir du XIXe siècle, les enfants sont considérés comme des êtres « ayant des besoins sociaux, affectifs et cognitifs particuliers » qui nécessitent l'investissement des parents pour leur bon développement (Dumas, 2013, p. 18). Dumas indique qu'ils ne sont plus perçus comme de « petits adultes » et des responsabilités importantes dans la société et l'économie familiale leur sont retirées. Jusqu'au début du XXe siècle, les études abordant les psychopathologies considèrent que les enfants ayant des difficultés sont les mêmes que celles qu'ont les adultes (Dumas, 2013, p. 20).

Puis, au siècle suivant, un intérêt déterminant envers les psychopathologies pouvant être répertoriées chez les enfants démontre qu'ils affichent une vulnérabilité et des besoins spécifiques ainsi que des troubles différents des adultes (Dumas, 2013, p. 20).

Par ailleurs, les travaux de Rutter (1970), associés aux sciences développementales, orientent un regard nouveau sur les troubles de santé mentale chez les enfants (Rutter et Tizard, 1970, dans Fombonne, 2005). Outre l'évolution du statut de l'enfant au sein de la société, une augmentation des connaissances fut entraînée par un nombre ascendant de publications reliées à la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent (Dumas, 2013, p. 15).

2.3.2 Construction des troubles anxieux

Les recherches sont donc peu exhaustives quant à l'expérience de l'enfant ayant reçu le diagnostic de trouble anxieux. Pourtant, il s'agit d'une préoccupation actuelle étant donné la forte présence de ces troubles dans notre société occidentale. Un nombre important d'études recensent les statistiques concernant les troubles de santé mentale et dressent un portrait inquiétant. En effet, ils sont en croissance, tant dans la population d'adultes que de jeunes (Institut de la statistique du Québec, 2013, dans Couture, 2019).

Dans les pays industrialisés, une orientation envers la performance et la réussite scolaire semble s'observer, occasionnant une pression supplémentaire chez les enfants (Dumas, 2013, p. 46). Par le fait même, « notre société est en constant changement et la nouveauté, l'imprévisibilité sont devenues des constantes de la vie » (Lupien, 2010, p. 98). Lupien, fondatrice et directrice du Centre d'études sur le stress humain de l'Institut universitaire en santé mentale, a effectué plusieurs recensions d'études sur le stress et accorde une place centrale à la notion d'interprétation. Avec les jeunes qu'elle rencontre, par exemple, elle indique qu'une même situation peut entraîner une réaction de stress chez eux, sans que ce soit pour les mêmes raisons (Lupien, 2010, p. 169). Selon Lupien, les caractéristiques psychologiques du stress se

définissent par un sentiment de contrôle, une imprévisibilité, une nouveauté ainsi qu'une menace à l'égo (CINÉ) (Lupien, 2010, p. 25). Le stress devient alors chronique quand « notre cerveau ne fait pas la différence entre un stress absolu (qui menace notre survie) et un stress relatif » (Lupien, 2010, p. 98).

Qu'il s'agisse, entre autres, de phobie scolaire, de trouble d'anxiété généralisée, de trouble obsessionnel compulsif ou de phobie simple, il est possible d'observer des manifestations dès l'âge de 6 ans (Papalia *et al.*, 2010, p. 248). Selon Roy et Gureau (2013), les troubles anxieux ont un développement et une évolution graduelle, mais non uniforme, car certains comportements peuvent apparaître ou se résorber au fil du temps. Par ailleurs, les troubles anxieux sont les plus fréquemment diagnostiqués chez les jeunes de 5 à 17 ans (Couture, 2019, p. 1).

2.3.3 Complexité dans la compréhension de la santé mentale

a) Distinction normalité/pathologie plus difficile chez l'enfant

Selon l'étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2010) réalisée par l'*Institut de la statistique du Québec*, il appert que certains comportements perçus comme problématiques peuvent disparaître à l'intérieur d'une année et peuvent être causés par un événement extérieur auquel l'enfant réagit (Riberdy, Tétreault et Desrosiers, 2013, p. 3). En effet, des symptômes d'anxiété peuvent s'observer, par exemple, chez un enfant qui fréquente une nouvelle école à la suite d'un déménagement. Cet événement isolé n'est alors pas obligatoirement synonyme de pathologie (Riberdy *et al.*, 2013). Aussi, certaines méthodes d'évaluation ont été développées pour les adultes et ne sont pas adaptées aux besoins et aux problèmes spécifiques reliés aux enfants, d'où le malaise entourant le fait de diagnostiquer un jeune enfant avec un trouble de santé mentale.

b) Variation en fonction des stades développementaux

Les stades développementaux que les enfants traversent les amènent à rencontrer d'importants changements, tant biologiquement, émotionnellement, cognitivement que socialement (Piché *et al.*, 2017, p. 22). Dans un paradigme psychopathologie, l'évaluation du trouble de santé mentale par le professionnel est complexe. Selon cette perspective, il n'est pas évident d'affirmer en toute certitude qu'un comportement relève d'un trouble de santé mentale plutôt que d'une instabilité causée par une transformation reliée au développement. Selon le discours médicalisant de la santé mentale, un enfant peut donc recevoir au fil du temps plusieurs diagnostics puisqu'il se trouve en pleine évolution (Becker, 2017, p. 84).

c) Manque d'accès au point de vue des enfants

Krakov (2010) indique que les enfants en bas âges sont peu étudiés, donc que les connaissances à leur égard sont moindres. Pourtant, ils sont en mesure de fournir des réponses claires et logiques quant à la santé mentale (Fox *et al.*, 2007, p. 16). Paradoxalement, la capacité des jeunes enfants à exprimer leur état diffère de celle des adultes et, selon l'Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants, il est également plus difficile pour eux de nommer ce qu'ils vivent (Tremblay, Boivin, Peters et Rapee, 2013, p. 2). Il est en effet possible que les enfants puissent avoir une vision claire de ce qu'ils ressentent et de la manière dont ils perçoivent leurs émotions, mais parallèlement qu'ils aient de la difficulté à le mettre en parole. Conséquemment, cela peut nous amener à penser que nous avons moins facilement accès à leur compréhension de leur situation et de leurs émotions. Il est d'autant plus intéressant de chercher à comprendre leur point de vue afin de mettre en lumière leur manière de réagir et de composer avec le regard d'autrui. Delage (2008) souligne l'importance du

regard d'autrui posé sur la souffrance qui construit la résilience et qui permet à un individu de « retrouver une valeur à ses propres yeux » (p. 168).

Il n'est pas évident d'opérationnaliser des recherches à partir du concept de résilience étant donné la subjectivité qu'elle sous-tend. En effet, elle implique que « des humains portent des jugements sur la nature désirable ou indésirable des conséquences observées » (Masten et Gewirtz, 2007, p. 2). Afin d'éviter de porter un jugement et de supposer que les enfants ayant des diagnostics dévient d'une trajectoire normale, nous considérons nécessaire d'étudier leurs narratifs¹⁷ et de les questionner à cet effet.

Conformément au paradigme du constructionnisme social, les troubles de santé mentale chez les enfants sont socialement construits par les interactions avec autrui, par le regard social et par le langage y étant associé. La littérature consultée dans le cadre de ce projet de mémoire met en relief des conceptions pathologiques de la santé mentale et incite sur ses impacts sur les individus dans une vision de déficit. En incorporant l'expérience subjective des enfants ayant reçu un diagnostic psychiatrique, il devient possible de prendre du recul sur ce paradigme et d'accéder à leurs interprétations du phénomène.

Il est donc pertinent d'étudier, dans le cadre de cette recherche en travail social, les narratifs d'autrui et leurs impacts sur le développement de l'enfant :

¹⁷ Dans ce mémoire, le terme « narratif » sera employé pour faire référence aux récits, aux mises en mots et aux histoires racontées par les enfants alors que le terme « discours » sera employé pour référer aux systèmes de significations ayant des impacts plus larges.

[...] the experience of family coping may not inevitably be associated with despair, isolation, and silence. Research documenting this type of outlook could help to mitigate the stigma that tends to cling to the portrayal of families who deal with mental disorder on a daily basis. (Hinshaw, 2005, p. 721)

Sachant que l'entourage de l'enfant a une influence importante sur sa manière de réagir (Cyrulnik, 2018), il est nécessaire de comprendre comment l'enfant se perçoit tout en lui offrant la possibilité de nous partager sa vision de sa situation, qu'elle soit positive ou non.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

Le présent chapitre explore le type de méthodologie privilégiée, en abordant la stratégie générale de recherche, la population, la composition du groupe de participants, les critères de sélection, la méthode les instruments de collecte des données, le processus d'analyse des données, les considérations éthiques et finalement les limites et les avantages de cette étude.

3.1 Stratégie générale de recherche

Afin de mettre en lumière l'expérience des enfants quant à leur diagnostic de trouble de santé mentale, il est nécessaire de les placer au centre de la recherche (Anadón, 2006, p. 17). Notre étude qualitative exploratoire impliquant les enfants s'inscrit ainsi dans l'approche de recherche qui vise à donner une voix et à accéder aux pensées et aux émotions associées aux processus de diagnostic en santé mentale (Hill, Laybourn et Borland, 1996; Mahon *et al.*, 1996, dans Porcellato, Dughill et Springett, 2002, p. 310). Comme cette stratégie permet d'accéder aux « significations que les individus donnent à leur propre vie » (Anadón, 2006, p. 15), elle nous est utile pour comprendre la perception des enfants et pour favoriser le partage de leur point de vue quant à la santé mentale. Enfin, la théorisation enracinée (Glaser et Strauss, 1967; Charmaz, 2014; Corbin et Strauss, 2015) guide cette recherche afin de faire émerger

l'expérience des enfants en prenant comme point de départ leurs dessins et leurs propos.

3.2 Population à l'étude

La population de la présente étude cible les enfants d'âge scolaire ayant reçu un diagnostic de trouble anxieux, soit ceux entre 6 et 12 ans. La sélection de cette tranche d'âge se justifie par la particularité des changements rencontrés durant cette période. En effet, l'entrée à l'école primaire signifie la création de nouvelles amitiés et l'exposition à de nouvelles perceptions qui sont parfois différentes de celles véhiculées dans la famille. C'est d'ailleurs à l'âge scolaire que se développe le soi réel et le soi idéal, lequel étant grandement « influencé par les standards de la société » (Papalia *et al.*, p. 229). Pendant cette période, les « relations avec les pairs » et « l'apparence et le degré d'acceptation ressenti » ont une répercussion importante sur la définition de soi (Papalia *et al.*, 2010, p. 229). Ainsi, à cet âge, les enfants sont conscients de leur environnement et sont en mesure de repérer des comportements différents chez leurs pairs, de proposer des causes à ceux-ci et de partager leurs croyances à leur égard (Hennessy *et al.*, 2007, p. 4). À vrai dire, dès l'âge de 7 ans, ils ont une opinion reliée aux causes des troubles de santé mentale et ils peuvent reconnaître des comportements y étant associés (Hennessy *et al.*, 2007, p. 6).

Nous visions initialement un groupe de participants composé de huit enfants, considérant les limites de temps avec lesquelles nous avions l'intention de travailler dans le cadre de cette maîtrise. Toutefois, comme indiqué ci-dessous, le recrutement d'enfants s'est avéré ardu et diverses contraintes nous ont amenées à terminer avec un groupe de quatre enfants.

3.3 Critères de sélection

La sélection des participants s'est effectuée selon des critères préétablis. Initialement, les enfants devaient avoir reçu un diagnostic de trouble anxieux et/ou de trouble dépressif ou avoir entrepris un processus dans lequel une évaluation médicale avait été entamée en raison de difficultés s'apparentant à la dépression ou à l'anxiété. Au début de la recherche, le dévoilement du diagnostic aux enfants n'était pas un critère imposé puisque nous voulions avoir accès à une plus grande variété de situations. Les enfants devaient toutefois éprouver des difficultés relatives et importantes reliées à l'anxiété, sachant que celles-ci pouvaient être présentes malgré le fait qu'ils soient en attente d'un diagnostic.

Lors de la collecte de données, nous avons rencontré un parent qui nous a donné la fausse impression, au moment du contact téléphonique préalable à l'entrevue, que toute la famille, incluant l'enfant, connaissait le diagnostic. En rencontrant le parent à la maison, il nous a admis que le diagnostic n'était pas connu par l'enfant et qu'il n'arrivait pas à l'aborder avec lui. Sur le plan éthique, nous nous sommes retrouvées dans une position inconfortable lors de l'entrevue avec l'enfant. Nous ne voulions pas lui révéler son diagnostic ni lui poser des questions qui y faisaient allusion.

Afin d'éviter de rencontrer d'autres situations similaires, nous avons effectué un changement d'approche et de critère de sélection. Nous avons donc modifié le critère d'inclusion en précisant que l'enfant devait avoir reçu un diagnostic et que celui-ci devait être connu par l'enfant. Les parents devaient fournir cette information en répondant à notre demande et, afin de limiter l'intrusion dans leur vie, nous n'avons eu aucun accès aux dossiers des enfants (médicaux, psychologiques, scolaires, etc.). Les enfants devaient parler la langue française, considérant que nous voulions

analyser leur discours et que nous n'avions pas les ressources nécessaires pour utiliser les services d'un interprète et d'un traducteur.

Les enfants sélectionnés devaient également avoir entre 6 et 12 ans au moment de l'entrevue. L'âge minimal a été déterminé à 6 ans, étant donné qu'il s'agit d'un défi supplémentaire de rencontrer des enfants de moins de 5 ans et de chercher à bien comprendre leurs perceptions (Christie *et al.*, 2011, p. 13). En ciblant les enfants de 6 à 12 ans, nous nous permettons d'augmenter nos possibilités de recrutement, sans trop diverger entre les niveaux de développement qui étaient susceptibles de faire varier le niveau de compréhension ainsi que les expériences vécues. Par ailleurs, la transition entre le primaire et le secondaire pouvait potentiellement représenter une source de stress et aurait été susceptible de teinter les expériences des enfants, ce que nous cherchions à éviter considérant que le but de la recherche était de mieux cibler l'expérience vécue au sein d'un groupe d'âge précis. Lorsqu'un enfant présentait des troubles en comorbidité, le diagnostic de trouble anxieux ou de trouble dépressif devait être primaire. Dans le cas contraire, l'enfant était exclu de l'étude. En fin de compte, seuls les enfants avec un diagnostic d'anxiété ont participé à l'étude.

3.4 Composition du groupe de participantes

Le groupe de participantes se compose de quatre enfants fréquentant tous une classe régulière au 1^{er} et au 2^e cycle de leur école primaire dans la région du Grand Montréal. Les enfants sont de sexe féminin¹⁸ et sont âgées de 8 et 10 ans au moment de

¹⁸ Aux fins du présent mémoire, il sera question des enfants au féminin lorsque nous référons aux quatre participantes de notre étude.

l'entrevue. Les ménages sont composés de familles biparentales, à l'exception d'une famille monoparentale.

Les enfants rencontrés présentent, au moment de l'entrevue, divers troubles anxieux, tels que trouble d'anxiété généralisée, trouble d'anxiété de performance, trouble obsessionnel compulsif et trouble d'anxiété sociale. Pour chacune, le parcours ayant mené au diagnostic s'est avéré complexe. En effet, plusieurs autres professionnels ont été rencontrés avant que les pédopsychiatres, les neuropsychologues et les médecins de famille posent officiellement les diagnostics aux enfants. Les démarches se sont ainsi échelonnées sur plusieurs années et tous les diagnostics ont été confirmés au courant des 4 dernières années.

Certaines participantes affichent des troubles en comorbidité de leur anxiété comme de l'hypersensibilité, de la douance, des troubles d'opposition ainsi que des phobies. Aucune participante rencontrée n'a reçu le diagnostic de trouble dépressif. Enfin, chez certains enfants, les parents soupçonnent d'autres troubles non diagnostiqués au moment de l'entrevue, tels qu'un trouble d'anxiété de séparation et un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité. Les parents nous ont partagé ces informations en s'en tenant au diagnostic. Ils ont en effet employé ce langage pour nous parler des difficultés rencontrées par leur enfant.

Tableau 3.4 Synthèse des participantes

Nom	Âge	Sexe	Classe spécialisée	Type de famille	Diagnostic connu par l'enfant	Diagnostic
Léa¹⁹	10 ans	Féminin	Non	Monoparentale	Oui	Trouble anxieux
Juliette	8 ans	Féminin	Non	Biparentale	Oui	Trouble anxieux
Charlotte	10 ans	Féminin	Non	Biparentale	Oui	Trouble anxieux
Chloé	8 ans	Féminin	Non	Biparentale	Non	Trouble anxieux

¹⁹ Les noms des participantes ont été modifiés pour préserver la confidentialité de chacune.

3.5 Groupe de participantes

Considérant que la nature de notre groupe de participants est non probabiliste (Pires, 1997), notre affiche de recrutement (*voir Appendice A*) a été distribuée à divers endroits dans le but de prendre contact avec le plus de parents pouvant potentiellement participer à notre étude. Nous sommes ainsi entrées en contact avec des groupes de parents ayant des enfants en difficulté sur *Facebook* en demandant préalablement la permission aux administrateurs de ces groupes d'être admises puis d'y afficher notre étude. Nous avons également contacté divers organismes communautaires destinés aux familles étant susceptibles d'être fréquentés par des parents afin qu'ils puissent afficher notre étude sur leur page *Facebook* et dans leurs locaux. À ce jour, plusieurs organismes n'ont pas répondu à notre demande, malgré les relances. Nous avons également affiché notre étude dans notre entourage par le biais de notre page *Facebook* personnelle et cette dernière a été partagée plus d'une centaine de fois.

Afin d'éviter tout conflit d'intérêts, nous nous sommes assurées de n'avoir aucun lien professionnel ou personnel avec les participants. Nous n'avons recruté aucun participant dans notre cercle d'amis sur *Facebook* ni aucun enfant auprès duquel nous sommes intervenues par le passé. Quelques écoles primaires ont été approchées. Or, chacune possédait un processus d'évaluation des demandes propre à sa direction ou à sa commission scolaire. Certaines écoles ont alors été écartées, car les délais occasionnés par ces demandes étaient trop importants. Ainsi, une demande auprès d'un service des ressources éducatives d'une commission scolaire a été effectuée et une autorisation a été obtenue afin que la direction d'une école primaire puisse distribuer notre affiche de recrutement auprès des parents. Des délais ont toutefois fait

en sorte qu'il s'est écoulé près de 3 mois entre le premier contact avec l'école et la confirmation de cette dernière.

En tout temps, les parents devaient nous contacter afin que leur enfant puisse participer à l'étude. Après une brève rencontre téléphonique où les objectifs de l'étude, la durée de l'entretien et la situation de l'enfant étaient abordés, le formulaire de consentement (*voir Appendice B*) et la grille d'entrevue (*voir Appendice C*) leur étaient envoyés par courriel afin qu'ils en prennent connaissance.

Il était proposé d'aller rencontrer les enfants à leur domicile afin de pouvoir recueillir le consentement préalable des parents. Avant chaque entretien avec l'enfant, nous avons effectué une brève rencontre avec le parent (sans l'enfant) afin de lui faire remplir un court questionnaire d'informations sociodémographiques (*voir Appendice D*) sur la famille. Il s'agissait par ailleurs d'un moment propice pour recueillir les perceptions des parents quant au diagnostic de leur enfant. Aussi, cette rencontre nous permettait de repérer les mots et les narratifs utilisés par la famille et l'enfant pour parler du trouble anxieux.

Le consentement parental a obligatoirement été obtenu, considérant que les enfants avaient moins de quatorze ans, bien que celles-ci nous aient tout de même offert leur assentiment dans le formulaire de consentement. Les enfants étaient informées des objectifs de la recherche, du temps d'implication demandé ainsi que des modalités de confidentialité (Hill, 2005, dans Greene et Hogan, 2005; Porcellato, Dughill et Springett, 2002). Elles étaient volontaires à prendre part à la recherche et elles étaient libres de se retirer, tout comme les parents, à tout moment (Harker, 2002, dans Hill 2005, dans Greene et Hogan, 2005, p. 68).

Nous avons rencontré plus d'obstacles que prévu lors du recrutement ainsi que des délais importants. Malgré le désir de participation à notre étude de certains parents, un manque de temps dans leur horaire chargé a occasionné des difficultés à trouver une date de rencontre. Certaines entrevues ont été remises à la période estivale afin d'alléger les parents et de ne pas causer un stress supplémentaire dans la famille.

Par ailleurs, certains parents que nous avons rencontrés ont témoigné être épuisés et être à court de ressources pour leur enfant. Certains ont rapportés être découragés par les listes d'attente dans les établissements et avoir l'impression qu'ils sont laissés à eux-mêmes, et ce, malgré les nombreuses évaluations effectuées auprès de leur enfant. À cet égard, un enfant a témoigné être épuisé des rencontres trop fréquentes avec les professionnels de la santé, l'amenant par le fait même à ne pas vouloir nous rencontrer. Nous avons également relevé des malaises entourant le sujet de la santé mentale chez certains parents, ce qui a mis un frein aux sujets pouvant être abordés avec leur enfant pendant les entrevues.

3.6 Méthodologie employée pour l'analyse des données

La méthodologie employée pour l'analyse des données est guidée par la théorisation enracinée (« *grounded theory* ») de Glaser et Strauss (1967), qui suggère de « partir du sens que les gestes, les discours et les échanges symboliques ont pour les individus » (Anadón, 2006, p. 20) rencontrés dans le cadre des entrevues individuelles dans le but de faire « émerger des données »²⁰ (Glaser, 1978, dans Charmaz, 2014, p. 115). Autrement dit, notre principale intention est d'amorcer un

²⁰ Traduction libre

degré de théorisation enracinée en partant des dessins et des propos des enfants afin de faire émerger leur expérience. La méthode implique un processus itératif entre les données et l'analyse (Charmaz, 2014) afin de « construire de manière inductive des concepts, des hypothèses et des propositions » (Anadón, 2006, p. 20). Conséquemment, ceci permet de mettre en lumière l'expérience de la santé mentale par les enfants en représentant le « plus fidèlement le discours des participant[e]s » (Veilleux et Molgat, 2010, p. 163), ce qui correspond à un de nos objectifs.

Tout comme l'indiquent Corbin et Strauss (2015), il ne s'agit pas de nier les connaissances antécédentes ni de prétendre que tout ce que dit l'enfant construit l'expérience entière (p. 55). Considérant les limites dans les recherches quant à la connaissance de l'expérience des enfants de ce groupe d'âge affichant un trouble anxieux ainsi que la place centrale accordée au langage et à la construction de sens dans notre étude, avoir recours à cette méthode était pertinent et logique.

Après chaque entrevue, un moment a été accordé à l'écriture de nos observations afin de noter le déroulement de l'entrevue et les éléments émergeant de la discussion avec les parents. Par la suite, la transcription du verbatim a été effectuée et les éléments concernant le non verbal des enfants ainsi que leurs silences et leurs malaises y ont été indiqués. Lorsque toutes les entrevues étaient réalisées et que les verbatims étaient retranscrits, une première lecture, sans annotation, nous a offert une vue d'ensemble. Ensuite, la méthode de codification de la théorisation enracinée a été suivie et ainsi que les trois étapes proposées par Charmaz (2014) permettant d'analyser le matériel issu des entretiens individuels (voir *Appendice E*).

La première étape dite de « *initial coding* » propose de procéder à la codification ligne par ligne de l'entrevue, tout en restant collé aux propos des participantes

(Charmaz, 2014, p. 116; 124). En notant les codes en marge du verbatim (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 124), nous avons cherché à faire ressortir le message transmis par l'enfant et à saisir le sens de ses propos. Ainsi, les codes descriptifs et analytiques ont commencé à émerger. À ce moment-ci, les codes étaient sujets à changement (Charmaz, 2014, p. 118).

La deuxième étape, dite de « *focused coding* », consiste à analyser les codes les plus significatifs, donc de « conserver ceux qui portent un sens analytique et à les catégoriser » (Charmaz, 2014, p. 138). Considérant la quantité importante de codes obtenus, il a été pertinent de les grouper dans une grille à l'aide du logiciel Excel (voir *Appendice E*). Ainsi, une grille a été créée pour chaque participante, dans laquelle les codes ont été séparés sous les dimensions suivantes : familiale, cognitive, sociale, affective et physique.

La troisième étape, dite de « *axial coding* » (Strauss et Corbin, 1990, 1998; Strauss, 1987, dans Charmaz, 2014, p. 147), suggère d'effectuer des liens entre les catégories obtenues en regroupant les codes. En fait, il s'agit de « spécifier les propriétés et les dimensions des catégories en rassemblant les codes » (Charmaz, 2014, p. 147). À cette étape du processus, nous avons dû effectuer un travail de réduction des catégories, car nous avons tendance à les rendre trop précises, donc à en obtenir en trop grand nombre. Pour ce faire, nous avons effectué des liens entre les catégories partageant des sens communs et nous les avons regroupées. À ce moment, il nous a été utile de regrouper les catégories sous forme de carte conceptuelle afin d'obtenir visuellement, un « diagramme causal permet[tant] de voir comment les composants s'interconnectent » (Miles et Huberman, 2003, p. 136).

Ensuite, nous avons procédé à l'écriture de mémos sur les éléments saillants que nous avons obtenus. Il s'agit « d'une étape cruciale qui amène à analyser le matériel et les codes rapidement dans le processus de recherche » (Charmaz, 2014, p. 162). Cette méthode, le « *memo-writing* », nous a permis de nommer nos questionnements, de mettre en lumière nos hypothèses et de commencer à faire des liens avec la littérature. Un travail d'analyse s'est alors poursuivi, dans lequel étaient regroupés sur différents mémos les résultats marquants quant aux expériences des enfants : sur les divergences entre les expériences, sur les congruences entre les enfants, sur ce qui nous a interpellées, sur des éléments importants du contexte social de l'enfant puis sur les enfants.

Parallèlement à la rédaction des mémos, la création d'un arbre thématique (Paillé et Mucchielli, 2012) nous a permis de regrouper nos catégories et d'obtenir nos quatre thématiques principales, lesquelles sont détaillées dans le chapitre suivant.

3.7 Méthode et instruments de collecte des données

Afin d'obtenir le point de vue des enfants, des entrevues individuelles semi-structurées ont été effectuées auprès de ceux-ci. Ce type de méthode offre une flexibilité en permettant l'obtention de diverses données tout en explorant en profondeur les expériences personnelles des enfants (Hill *et al.*, 1996; Secker *et al.*, 1999; Gubrium et Holstein, 1997, dans Mordoch et Hall, 2008). Il est nécessaire de souligner que la participation de ces sujets mineurs suggérait des entrevues adaptées à leur stade développemental et à leur langage. Les questions devaient être « courtes,

simples et concises et couvrir un vaste éventail de sujets, le tout dans un langage pertinent et familier pour le participant »²¹ (Porcellato *et al.*, 2002, p. 314). Afin d'introduire la conversation, nous posons la question suivante en début d'entrevue : « Peux-tu me dessiner les personnes spéciales pour toi en ce moment? ». Nous disposons également de questions de relance afin de pouvoir aborder tous les thèmes. Par exemple, si un enfant nous avait mentionné ne pas vouloir dessiner, nous pouvions lui poser cette question : « si les autres avaient à te dessiner, comment penses-tu qu'ils le feraient? ».

Considérant que les réponses des enfants peuvent être teintées par leur degré de maturité, leur capacité cognitive, leur expression verbale, leur état d'anxiété et leur âge, nous nous attendions à une diversité de leurs réponses. Il était donc nécessaire de nous ajuster à leur capacité verbale en fonction de leur âge et d'adapter les thèmes d'entrevue. La méthode du dessin a été sélectionnée afin de nous permettre d'enrichir nos entretiens individuels. Le « *draw and talk* » permet ainsi à l'enfant de dessiner tout en répondant oralement aux questions. Cette méthode, particulièrement utilisée dans les recherches en santé, est aimée des enfants, augmente la quantité d'informations rapportées verbalement en lien avec leur expérience et offre un moyen alternatif de partager leurs pensées et leurs émotions (Woolford, Patterson, Macleod, Hobbs et Hayne, 2015; Steele, 1998 dans Mordoch et Hall, 2008). De plus, permettre à l'enfant de dessiner lui offre un contrôle et lui remet un certain pouvoir lors d'un entretien individuel (Driessnack, 2006, dans Mordoch et Hall, 2008). Selon Backett et Alexander (1991), demander aux enfants de parler lorsqu'ils dessinent est une bonne manière de commencer l'entrevue (p. 36). Afin d'indiquer à l'enfant que l'entrevue

²¹ Traduction libre

portait sur ses perceptions et d'apprendre à le connaître, nous lui demandions de nous parler de lui en début d'entrevue (Hill *et al.*, 1996, p. 140).

Initialement, nous demandions à l'enfant de se dessiner afin de recueillir ses perceptions d'elle-même dès le début de l'entrevue. Nous avons ajusté cette consigne après la réalisation de trois entrevues, car elle ne permettait pas d'amorcer la discussion au-delà des caractéristiques physiques que relevaient les enfants. Par ailleurs, nous avons noté qu'il était préférable de discuter avec l'enfant et d'amorcer les questions dans le guide d'entrevue avant de lui demander de se dessiner. En outre, en demandant à l'enfant de se dessiner en réalisant l'action de son choix, cela favorisait davantage la discussion avec elle.

3.8 Considérations éthiques

Une demande auprès du comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPÉ) de l'Université du Québec à Montréal a été effectuée et une certification éthique a été obtenue le 5 mars 2019 (*voir Appendice F*).

En plus des considérations éthiques habituelles à respecter avec les humains, d'autres particularités étaient à surveiller en raison d'un échantillon composé de sujets mineurs. Comme il s'agit d'un sujet délicat à aborder, nous devions être vigilantes de ne pas causer de détresse chez les enfants ni de les rendre inconfortables. Les parents étaient informés qu'il se pouvait qu'elles réagissent à certaines questions de manière émotive, en fonction des relations ou événements qui pouvaient être évoqués. Afin d'éviter d'éveiller des souvenirs pouvant potentiellement être pénibles pour elles, diverses précautions ont été prises.

L'enfant avait la liberté de ne pas répondre aux questions ou à certaines questions. Pour ce faire, l'enfant en était informée avant l'entretien. Nous n'exigions pas qu'elle aborde des épisodes difficiles, éprouvants, négatifs ou traumatiques. De plus, les questions ne visaient pas à obtenir de l'information spécifique sur des situations potentielles d'abus d'enfants ni à faire revivre des situations négatives et elles n'abordaient pas le diagnostic (reçu ou en voie d'obtention). Par ailleurs, nous étions sensibles à l'égard des mots employés avec l'enfant afin de ne pas induire des concepts méconnus ni d'influencer son propre langage (Secker *et al.*, 1999). La rencontre préalable avec les parents permettait donc de mettre en lumière la manière dont l'enfant abordait son trouble. Par exemple, une participante employait couramment le terme « stress » pour parler de son trouble anxieux et elle connaissait le terme « anxiété ».

Nous avons la responsabilité de mettre fin ou de suspendre l'entretien lorsqu'un inconfort était ressenti chez l'enfant. Bien que cette situation ne se soit pas présentée, nous avons pris des mesures nécessaires afin de préserver l'estime de soi des enfants, qui se devait d'ailleurs d'être respectée en tout temps (Papalia *et al.*, 2010). Nous avons également envisagé de référer les membres de la famille manifestant le besoin à des spécialistes, soit en les orientant vers les organismes déjà impliqués auprès de la famille ou vers l'établissement de soins de santé et de services sociaux le plus proche.

3.9 Défis et limites de l'étude

Diverses limites avaient été relevées dans la littérature en ce qui a trait aux études avec les enfants et plusieurs ont été rencontrées dans le cadre de notre recherche. Les jeunes enfants peuvent chercher à plaire et à impressionner l'adulte, ce qui peut les amener à fournir la réponse qu'ils croient attendue, sans qu'elle soit nécessairement le

reflet de leur pensée (Hill *et al.*, 1996, p. 133; Francis, 1999; Davies et Wright, 2008; Lichtenberg, 1975, dans Christie *et al.*, 2011, p. 7). Par ailleurs, ceux-ci peuvent avoir plus de difficulté à séparer leur expérience personnelle de celles de leurs parents (Lichtenberg, 1975, dans Christie *et al.*, 2011, p. 7). Il faut donc user de prudence dans le choix des mots employés dans les questions tirées du guide d'entrevue.

Effectuer une étude avec des enfants implique également d'adopter un langage approprié afin qu'ils comprennent bien les questions posées (Garbarino, Scott and Erikson Institute, 1992, dans Hill *et al.*, 1996; Hinshaw, 2005; Christie, 2006 dans Christie *et al.*, 2011). Par ailleurs, les enfants d'un même âge n'auront pas nécessairement les mêmes capacités au niveau de leur compréhension, de leur communication et de leur mémoire (Hill dans Greene et Hogan, 2005, p. 63).

Nous nous sommes ainsi parfois heurtées à des « je ne sais pas », malgré les reformulations. Les réponses des enfants étaient généralement courtes, faisant en sorte que le matériel à notre disposition pour analyse était plus limité. Aucune entrevue n'a été réalisée avec les parents, les professeurs ou toute autre personne significative dans la vie des enfants. Ainsi, nous n'avons pas été en mesure de mettre en relation les discours des enfants avec les discours de leur entourage vu la taille de notre étude de maîtrise.

La principale limite de notre étude concerne la petite taille de notre groupe de participants. Comme indiqué précédemment, et malgré de nombreuses démarches de notre part, une grande difficulté au niveau du recrutement des enfants a été rencontrée. Conséquemment, nous avons eu accès à une moins grande diversité de constructions d'expériences exprimées.

De plus, nous relevons une limite quant au genre puisque nous avons uniquement eu des perspectives de filles, malgré le fait que nous étions également à la recherche de garçons.

Une limite quant à la compréhension des enjeux en santé mentale au niveau social peut être relevée dans notre mémoire puisque les enfants que nous avons rencontrés nous ont fait part uniquement de leur monde privé et de ce qu'ils connaissent.

Il est nécessaire de souligner la démarche exploratoire de notre recherche qui ne prétend pas généraliser les résultats à l'ensemble de la population des enfants présentant des troubles anxieux.

3.10 Avantages de l'étude

Malgré les difficultés rencontrées et les limites abordées, notre étude relève tout de même de nombreux avantages. Le présent mémoire pourrait permettre l'avancement des connaissances, car peu de recherches s'intéressent au point de vue d'enfants dans le domaine de la santé mentale. Rares sont les études désirant travailler « avec » les enfants plutôt que « sur » ceux-ci (Hill *et al.*, 1996; Porcellato *et al.*, 2002; Hinshaw, 2005). La majorité des études dans le champ de la santé mentale sont généralement effectuées auprès des adultes et, à ce jour, elles explorent peu le vécu des enfants présentant un diagnostic.

Les résultats de nos entrevues démontrent que les enfants rencontrés ont un point de vue à partager et qu'elles sont en mesure de le faire. Leurs réponses, bien que potentiellement moins développées que celles des adultes, semblent refléter leurs pensées et leur réalité. Leurs réponses nous ont permis d'obtenir des détails dans leurs mots sur leur expérience de vie et leur souffrance. Aussi, le fait que leurs réponses

soient souvent concises nous a amené à poser notre regard sur leur non verbal et à porter une attention particulière aux silences. Comme le souligne Spyrou (2011), accorder une importance aux silences de l'enfant « peut parfois nous en dire plus sur sa perspective que ce qu'il verbalise réellement »²² (p. 157). Nous avons été privilégiées d'avoir accès à la richesse de leurs perspectives et à la fraîcheur de leur point de vue sur leur situation.

En offrant aux enfants un espace sans jugement lors des entrevues, elles ont eu la chance de s'exprimer par rapport aux difficultés qu'elles rencontrent et d'avoir une voix dans la recherche en étant les protagonistes de la nôtre. Il est bénéfique pour les enfants de leur laisser savoir qu'elles sont l'objet de notre étude et que nous sommes réellement intéressées à ce qu'elles ont à dire (Porcellato *et al.*, 2002).

Un avantage indirect de notre recherche serait d'outiller les intervenants dans leurs interventions auprès des familles et des enfants ayant des diagnostics de troubles anxieux. Le fait d'accéder à la réalité de ces enfants et d'avoir accès à leurs perceptions pourrait guider certaines interventions dans le futur.

²² Traduction libre

CHAPITRE IV

ANALYSE ET DISCUSSION

Le présent chapitre abordera l'analyse des résultats ainsi que la discussion des thèmes obtenus. En lien avec la démarche méthodologique de la théorisation enracinée (Charmaz, 2014), un retour dans les connaissances de la littérature sera fait pour mettre en perspective les témoignages des enfants et pour approfondir certains questionnements soulevés précédemment. La présente démarche est itérative et suggère un aller-retour permettant de construire la théorie à partir d'un phénomène. Les entrevues individuelles réalisées avec les quatre enfants permettent de faire émerger des concepts décrivant leur expérience.

Pour ce faire, une brève présentation des participantes à l'étude sera d'abord effectuée afin de nous permettre d'avoir un aperçu de leur expérience, de leur monde et de leurs constructions. Ensuite, les quatre principales thématiques construisant l'expérience des enfants seront détaillées dans la deuxième partie, soit la reconnaissance de la souffrance au sein de l'environnement familial, la non-reconnaissance de la souffrance à l'extérieur de la famille, l'irréalisme du stress et l'anxiété comme frein social. Enfin, une synthèse thématique et des recommandations aux travailleurs sociaux seront présentées à la lumière des résultats que nous avons obtenus.

PARTIE I

PRÉSENTATION DES EXPÉRIENCES DES PARTICIPANTES

4.1 Portrait des enfants rencontrés

Afin de situer les différents parcours des participantes et d'obtenir un aperçu de leur expérience du trouble de santé mentale, il est intéressant d'illustrer brièvement les portraits de chacune. Nous avons choisi de présenter l'expérience de l'anxiété de chacune dans son environnement.

4.1.1 Léa

Léa, 10 ans au moment de l'entrevue, possède un diagnostic de trouble anxieux qui a été posé il y a 3 ans, bien qu'elle rencontre des difficultés reliées à l'anxiété dès la maternelle. Sa mère monoparentale s'est récemment tournée vers le secteur privé pour obtenir de l'aide rapidement pour sa fille, car la souffrance de son enfant est trop importante pour attendre qu'un professionnel soit accessible dans le secteur public. Par ailleurs, l'enfant est en attente d'une évaluation psychologique, car un second diagnostic faisant partie des troubles anxieux est soupçonné. Léa est informée de son diagnostic. Elle a d'ailleurs récemment fait la demande à sa mère de consulter une psychologue.

4.1.2 Juliette

Les symptômes d'anxiété entravaient grandement le fonctionnement de l'enfant, ce qui a amené les parents à consulter avec Juliette alors qu'elle avait 6 ans. La fillette, âgée de 8 ans au moment de l'entrevue, nous partage son diagnostic de trouble anxieux. Elle en est donc informée et elle en discute aisément. Au moment de

l'entrevue, Juliette ne consulte pas de psychologue. La mère décrit son enfant comme possédant des moyens et des outils pour réguler son anxiété au quotidien.

4.1.3 Charlotte

Dès la naissance de Charlotte, de nombreuses démarches sont effectuées par les parents afin de trouver l'origine de la souffrance de leur enfant. Après 5 ans de consultations et d'évaluations, l'enfant se voit poser le diagnostic de trouble anxieux. Au moment de l'entrevue, Charlotte a 10 ans et elle est médicamentée afin d'apaiser ses symptômes. La fillette connaît son diagnostic et utilise le terme « anxiété ».

4.1.4 Chloé

Chloé, 8 ans au moment de l'entrevue, possède plusieurs diagnostics de troubles anxieux, lesquels ayant été posés au courant des deux dernières années et elle présente des diagnostics en comorbidité. La souffrance de l'enfant a amené les parents à consulter différents professionnels dans le secteur privé (psychologues, neuropsychologues et psychoéducatrices), puis de poursuivre avec des suivis avec le CLSC de leur quartier. Chloé ne connaît pas ses diagnostics et ses parents préfèrent ne pas lui partager.

PARTIE II

ANALYSE DES RÉSULTATS

Cette seconde partie aborde les thèmes découlant de l'analyse thématique effectuée à la suite des entrevues réalisées avec les quatre enfants présentées dans la partie précédente. Nous aborderons donc les thématiques et les catégories permettant de répondre à notre objectif principal, soit de mettre en lumière l'expérience des enfants ayant reçu un trouble anxieux, et ce, en identifiant le regard et les perceptions d'autrui. Comme il a été mentionné, nous incorporerons des points d'intérêt de notre littérature sélectionnée qui aideront à recadrer ces témoignages. À certains égards, les construits de la santé mentale amenés par nos participantes ajoutent à la manière dont le sujet a été abordé par les études.

4.2 Frontières de la souffrance au sein de l'environnement familial de l'enfant : reconnaissance de l'anxiété dans la famille

Un des objectifs de notre étude est de préciser l'impact des mots employés par les différents systèmes entourant l'enfant sur sa définition de soi. Pour ce faire, nous avons identifié avec les participantes rencontrées les personnes significatives dans leur vie afin de relever les perceptions de chacune envers les enfants. Nous débuterons donc notre analyse en ayant comme point de départ l'individu et ses constructions et irons vers son environnement et la co-construction dans les thématiques qui suivront.

Nous apprenons dans cette section que la connaissance du trouble anxieux ainsi que sa validation par les membres de la famille enseigne aux participantes qu'elles

peuvent être authentiques au sein de leur famille. Ceci peut conséquemment les amener à accepter leur réalité qui est dessinée par leur trouble anxieux. Ce thème central dans l'expérience du trouble anxieux chez l'enfant, soit la reconnaissance de la souffrance par la famille, illustre un phénomène ayant lieu à l'intérieur du système familial.

4.2.1 Permission d'être soi-même dans la famille

a) Permission d'extérioriser le trouble anxieux dans la famille

Le fait de connaître son trouble anxieux et d'en parler dans la famille peut possiblement expliquer l'aisance des enfants à l'aborder lors des entrevues. En général, les enfants emploient le terme « anxiété » dès le début de l'entrevue et affirment en vivre.

Juliette semble se servir des personnages d'un livre pour comprendre et extérioriser son anxiété. De plus, elle s'offre la possibilité de faire sortir son anxiété dans sa famille, tout comme son père : « Mais elle [ma soeur] elle garde au fond d'elle, mais moi je fais ressortir. Je le dis, je pleure. Pis mon père aussi. Mon père parfois il crie à la place de pleurer » (Juliette). À la maison, certaines participantes sont plus enclines à laisser aller les émotions négatives, elles ont moins de retenue. C'est le cas de Charlotte qui indique « je suis pas quelqu'un de violent [...] ben j'essaie de me contrôler, c'est jamais arrivé avec mes amis. Mais déjà avec ma famille » et de Léa qui se décrit comme n'étant « pas gênée » à la maison, alors qu'à l'école elle ne « parle pas beaucoup », elle est plutôt « gênée ». À travers leur discours, les participantes mettent de l'avant une notion selon laquelle elles peuvent être acceptées par les membres de leur famille, et ce, de manière inconditionnelle :

Ben moi je me sens un peu réconfortée. Dans le fond ma famille me réconforte beaucoup. Des fois ils sont pas d'accord, mais ils me démontrent que tout le monde a raison avec leur manière. (Charlotte)

À travers ses propos, Charlotte indique avoir la permission d'être soi-même et être acceptée. Tel qu'abordé dans les chapitres précédents, la perception de soi des enfants se construit à travers le regard des individus qui sont importants pour eux (Baldwin, 1906; Mead, 1934, dans Minuchin, 1985, p. 298). Ainsi, les participantes se définissent par le regard d'acceptation posé sur elles, lequel leur partage une notion d'authenticité. Elles ont la permission d'extérioriser leurs émotions, de montrer les symptômes d'anxiété et de vivre leur trouble anxieux dans la famille, car ce dernier est reconnu par les membres de la famille.

Lorsque le diagnostic est reconnu dans la famille, discuté avec les autres membres et expliqué aux participantes, elles semblent avoir la permission de vivre leurs émotions au sein de la famille. Par ailleurs, extérioriser le trouble peut être bénéfique quant à la gestion de l'anxiété :

Certains apprentissages semblent en effet jouer un rôle clé dans la capacité d'un individu de gérer son anxiété. Ce sont, par exemple, la connaissance de ses réactions personnelles à l'anxiété, la capacité d'identifier la source de cette émotion, celle de verbaliser cet état émotif, ou encore celle de restructurer sa pensée afin de générer de nouvelles émotions qui conduisent à l'action productive (Becker et Chorpita, 2008 dans Gervais *et al.*, 2013, p. 71).

Ces quelques habiletés font partie de celles permettant une meilleure gestion de l'anxiété chez l'enfant. Il apparaît ainsi qu'un enfant ayant la permission de vivre ses symptômes d'anxiété et de les verbaliser est mieux outillé pour composer avec son trouble anxieux.

b) Reprise de pouvoir sur l'anxiété quand la famille connaît le diagnostic

Évoluer au sein d'une famille qui reconnaît la souffrance et la présence du trouble anxieux semble contribuer à l'acceptation du diagnostic chez les participantes rencontrées. Dans la section traitant de la problématique de ce mémoire, nous avons souligné que les perceptions de la santé mentale engendrées par l'entourage, les parents, la fratrie, l'environnement et les professionnels mettent en lumière un regard empreint, entre autres, d'inquiétude (Liegghio, 2016), de négativité (Scheff *et al.*, 1999), de honte (Corrigan et Miller, 2004) et de stigmatisation (Hinshaw, 2005) à l'égard du diagnostic. Pourtant, une expérience positive est observée par les participantes lorsqu'une ouverture est mise de l'avant par la famille afin de discuter et de comprendre le trouble.

En effet, une reprise de pouvoir sur le diagnostic est relevée chez les participantes avec qui les parents utilisent les termes exacts (par exemple : l'anxiété) pour aborder les difficultés de l'enfant. Permettre à cette dernière de connaître son diagnostic et lui remettre des outils lui offrant la possibilité de comprendre son trouble peut contribuer à rendre son expérience du diagnostic plus positive. C'est le cas de Juliette, qui discute aisément de son trouble anxieux ainsi que des émotions négatives y étant associées. Elle affiche une compréhension du trouble et, grâce aux lectures mises à sa disposition par ses parents, elle arrive à mettre des mots sur ses émotions et ses pensées. Elle parle avec aisance du livre que ses parents ont mis à sa disposition :

C'est *Super Anxiété* [nom du livre], je crois, c'est un petit bonhomme qui essaie de vaincre sa peur de l'anxiété et il dit à la fin « il faut pas croire son petit minus, il faut croire petit plus » [...] Parce que petit plus est gentil, c'est lui qui dit « ça va tout bien aller », c'est le seul qu'il faut que tu crois. Faut que tu fasses le vide dans ta tête et que tu crois en petit plus. Et petit minus lui il fait

toute pour que tu te sentes mal. Mais en vrai lui il est gentil. Puis ça m'a un peu appris l'anxiété. (Juliette)

Lire sur le sujet permet donc à certaines participantes de considérer que l'anxiété est un trouble qui existe et qu'elles ne sont pas les seules à vivre. Par conséquent, ceci peut normaliser certains comportements et certaines pensées qui sont partagées et vécues par d'autres enfants. D'autres ressources sont également suggérées par certains parents, telles que l'histoire de la Luciole illustrée dans le guide « Aider l'enfant anxieux » (Leroux, 2016) qui leur a été proposé par l'Hôpital Sainte-Justine. Cet outil vulgarise l'anxiété aux enfants et leur permet, à l'aide de personnages dessinés, de comprendre ce qui se passe dans leur corps et leur tête.

c) Stratégies utilisées par les enfants pour diminuer leur anxiété

La plupart des participantes rencontrées utilisent des méthodes artistiques pour diminuer leur anxiété. L'une d'elles écoute de la musique pour s'endormir : « ça me fait relaxer et je m'endors plus facilement le soir » (Léa) alors qu'une autre se tourne vers le dessin et la lecture : « [...] je lis un livre, un livre que j'aime puis sinon je dessine » (Juliette). Il est nécessaire que les enfants soient informés des moyens existants, car « plus l'anxiété est élevée, plus le recours à des stratégies adaptatives est requis » (Spirito et Donaldson, 2001, dans Gervais *et al.*, 2013, p. 69).

Par ailleurs, en étant informée de son diagnostic, une participante fait la demande à sa mère de consulter une psychologue qu'elle considère comme nécessaire à sa gestion de son anxiété. Léa connaît l'existence de cette professionnelle, qui représente « une personne pour nous aider à enlever... ben des trucs qu'on a peur ». Elle explique que sa mère en consulte une également pour son anxiété : « ma mère allait en voir une ».

Les recherches nous montrent que la gestion des émotions ne peut être effectuée par l'enfant si cette dernière n'a pas à sa disposition les stratégies nécessaires. Sachant que « l'enfance constitue une période cruciale dans le développement des habiletés qui permettent la gestion des émotions » (Connolly, Suarez et Sylvester, 2011; Gendreau et Ravacley 2007; Hirshfeld-Becker *et al.*, 2008; Hirshfeld-Becker et Biederman, 2002, dans Gervais *et al.*, 2013, p. 70), il est pertinent de s'y intéresser.

Les animaux domestiques représentent un moyen important pour certaines participantes afin d'apaiser leur anxiété : « Ben dans le fond quand je me sens pas bien je vais pas mal voir mon chien. [...] Ben un des animaux, un des plus proches » (Charlotte). Alors que nous lui demandons de nous parler des personnes importantes pour elle, l'enfant dessine, en plus des membres de sa famille, tous ses animaux (*voir Appendice G*).

Les animaux peuvent ainsi apporter un réconfort physique et émotionnel aux enfants. Les jouets en peluche occupent également une place importante quant à la gestion de l'anxiété chez les participantes qui les utilisent pour se calmer :

Ça, c'est mon toutou parce que j'ai beaucoup de toutous, mais il y en a un qui a beaucoup d'importance pour moi. Parce qu'à mon camp de jour [prénom d'une monitrice] c'est le boss du camp de jour, elle m'a permis d'amener un toutou que je peux sortir juste au diner et à la collation. [...] Ben je le serre fort fort et moi ça me rend mieux. Moi j'aime pas ça être toute seule comme je t'ai dit tantôt. (Juliette)

Un peu n'importe quand, quand je suis anxieuse ou quand je sais que je vais avoir un examen, des fois je me dis « ben là je vais pocher, je vais pocher, j'ai pas étudié » puis je le prends et ça me calme. (Charlotte)

Ainsi, les enfants possèdent des moyens qui sont intégrés à leur quotidien et y ont recours pour diminuer leur anxiété, laquelle est reconnue par les membres de la famille. Une capacité à vivre avec le diagnostic semble s'être développée chez les enfants, par exemple en ayant recours à un livre pour comprendre l'anxiété et apprendre à la gérer, mais également chez leur famille au sein de laquelle l'enfant perçoit la possibilité de communiquer, d'être soutenu et d'être accompagné à être soi. Nous pouvons réfléchir à la manière dont ces enfants déconstruisent leur propre souffrance. Sont-elles uniquement en train de s'adapter et de composer avec leur souffrance ou déconstruisent-elles, réfléchissent-elles et sélectionnent-elles leurs mécanismes d'apaisement?

Un autre moyen permettant de diminuer l'anxiété consiste à utiliser l'humour. Charlotte souligne que son frère a recours à l'humour pour l'aider dans sa gestion de l'anxiété : « lui il fait un petit peu plus des blagues », tout comme son père : « il fait souvent des blagues, un peu comme mon frère, il aime ça rire avec moi » (Charlotte). Dédramatiser une situation en riant permet ainsi à l'enfant de remplacer ses pensées anxiogènes par des pensées plus apaisantes. Il appert en fait que la production d'hormones de stress diminue considérablement avec le rire (Berk *et al.*, 1989, dans Lupien, 2010, p. 221).

D'ailleurs, l'humour est l'angle avec lequel est abordée l'anxiété chez les jeunes dans une récente campagne cherchant à les sensibiliser et à les outiller. Cette campagne de prévention en ligne « Respire. Laisse pas ton stress avoir le dernier mot ! » (2019) est présentée sous forme de capsules humoristiques et tente de rejoindre le plus de jeunes possible de cette manière tout en désirant informer les parents et outiller les intervenants (tuaslederniermot.com). L'humour semble être un moyen permettant de

rejoindre les jeunes et d'aborder un sujet encore grandement stigmatisé dans la population. Une autre technique soulevée par les enfants permettant de diminuer l'anxiété consiste à volontairement fuir les pensées anxiogènes. Pour ce faire, éviter d'y penser s'avère fonctionner : « souvent c'est aussi de parler. [...] Euh de différentes choses, à chaque fois on parle de d'autres trucs. [...] Pour pu y penser. » (Léa).

Nous observons également que les participantes tentent de se raisonner afin de diminuer leur anxiété et de se convaincre que le danger n'est pas réel. Pour se faire, elles déjouent leur cerveau de plusieurs manières et font des mises en perspective :

J'attends, je peux pas rien faire d'autre. J'essaie de regarder des vidéos sur des choses que j'aime, regarder des images, penser à des choses que j'aime, regarder des photos d'animaux. Tu sais, comme me dire genre « ben c'est pas vrai ». Ben je me mens un peu (*rire*). Je me dis comme « tout va bien, regarde c'est ce chien-là qui a été abandonné, il a été retrouvé, maintenant il est content ». (Charlotte)

Cette façon de faire permet, temporairement, de chasser les pensées anxiogènes, bien que « des fois ça prend longtemps [...] avant que ça parte » (Charlotte). Se parler à soi-même est également une stratégie employée par certains enfants afin de se raisonner : « Parfois je dis « il faut croire en petit plus » puis là après ça j'arrête de pleurer » (Juliette). Chez ces participantes, il est possible de croire qu'elles ont assimilé que l'anxiété prend son origine dans leur cerveau, bien qu'elle soit également ressentie dans leur corps, et qu'en truquant leurs pensées, elles peuvent diminuer leur état anxieux. En concordance avec l'irréalisme du stress, lequel tire son origine des pensées, il est conséquent d'avoir recours à des moyens permettant d'apaiser celles qui sont anxiogènes. Par ailleurs, il a été démontré que de « restructurer sa pensée afin de générer de nouvelles émotions qui conduisent à

l'action productive » (Becker et Chorpita, 2008, dans Gervais *et al.*, 2013, p. 71) peut contribuer à une meilleure gestion de l'anxiété chez les enfants.

Par ailleurs, l'analyse du discours des enfants démontre une compréhension de l'anxiété selon laquelle elles réagissent à des situations qui ne sont pas réellement menaçantes. Ainsi, elles tendent à amplifier les dangers et à craindre des situations qui leur causent de l'anxiété. Diverses stratégies employées pour diminuer le stress témoignent également du fait que l'anxiété tire son origine dans leurs pensées. En effet, les enfants peuvent se mentir, se parler, chasser les mauvaises pensées, faire le vide dans leur tête et se changer les idées afin de s'apaiser. Malgré leur jeune âge, les enfants semblent en mesure de déjouer leur cerveau pour diminuer leur anxiété. Elles arrivent à déconstruire le stress qu'elles vivent et parviennent par le biais de la créativité et par l'appui de leurs proches à constituer un nouveau langage et de nouvelles approches pour s'aider. Pour l'ensemble des participantes à qui les parents offrent la possibilité de prendre part aux démarches concernant le diagnostic, elles possèdent des moyens pour diminuer leur anxiété. En effet, elles connaissent diverses stratégies qu'elles mettent volontairement en application quotidiennement pour déconstruire leur souffrance.

4.2.2 Réception des difficultés de l'enfant par sa famille

a) Regard de compréhension de la famille

Un des objectifs de notre étude est d'amener les enfants rencontrés à préciser la manière dont ils composent avec leur diagnostic afin d'expliquer de comprendre ce qui permet à certains enfants de développer des stratégies pour vivre avec leur trouble anxieux. Sachant que les croyances d'autrui occupent une place importante dans la

construction de la réalité des individus (Burr, 2003), il est possible de supposer que les croyances familiales auxquelles sont exposées les participantes vont tendre à influencer leur manière de vivre avec leur diagnostic.

Lors des entrevues, les participantes dressent le portrait d'une famille rassurante. Selon elles, un regard empreint de compréhension de la part des parents et de la fratrie leur démontre qu'elles sont validées dans leur souffrance et leurs émotions. Juliette nous parle d'une mère présente qui reconnaît sa souffrance et qui tente de l'apaiser : « elle me donne des idées pour que je me sente mieux » et d'un père qui s'adapte afin de diminuer son anxiété :

Puis mon papa lui, il me comprend un peu plus dans l'anxiété. [...] Ben comme un jour, ma mère elle travaillait, puis là c'était ma première fois que j'allais aller à une pédao puis là moi je me sentais pas bien, j'avais bobo au ventre. Alors là, mon papa il est venu me voir et il a dit « je vais te garder ». À cause que cette journée-là il était pas obligé de travailler, mais il était censé travailler quand même. (Juliette)

S'agit-il d'un contre discours rafraichissant qui nous éloigne de la conception médicale ou psychologique voulant que l'individu doive se restructurer cognitivement seul pour avancer ? S'agit-il d'une adaptation nécessaire de la part des systèmes sociaux et familiaux ?

Charlotte indique également que sa mère est présente pour elle : « ma mère elle fait beaucoup de choses pour moi. Comme, ben, pas juste acheter ». Selon les participantes, leurs parents sont présents émotionnellement pour les soutenir. Se sentir compris dans la famille peut amener les enfants à avoir une expérience plus positive de la santé mentale et peut les outiller à comprendre leurs émotions.

Mindful parenting practices, which involve intentional moment-to-moment awareness, listening with full attention, nonjudgmental acceptance of the child, and emotional awareness (Duncan, Coatsworth et Greenberg, 2009), may play a role in children's perceptual sensitivity in particular. Specifically, these practices may foster emotion-focused behaviors in parents that, in turn, promote children's awareness and sensitivity to their internal and external experiences (Bögels, Hoogstad, van Dun, de Schutter et Restifo, 2008). (Woodward *et al.*, 2019, p. 2)

Ainsi, un regard de compréhension sur la situation des enfants peut leur transmettre des croyances véhiculées au sein de la famille selon lesquelles il est accepté d'avoir des différences et des difficultés tout en étant à l'écoute de celles-ci.

b) Implication de la famille dans le trouble

L'implication de la famille quant à la gestion du trouble anxieux est rapportée par les participantes comme étant bénéfique pour elles et semble avoir des répercussions positives auprès des enfants vivant avec le trouble anxieux. À ce titre, il a été relevé que d'« enseigner des stratégies de communication à la famille [...] afin d'encourager la participation de chacun permet la réduction de l'anxiété »²³ (Wood, Piacentini, Southam-Gerow, Chu et Sigman, 2006, p. 320) dans une étude où sont combinées une thérapie familiale et une thérapie cognitivo-comportementale. Par ailleurs :

La permanence des apprentissages des enfants tient aussi en bonne part à l'aptitude que les parents auront développée à recourir eux-mêmes à des attitudes qui réduisent l'anxiété de leur enfant et à l'inciter à utiliser les techniques apprises en séance. (Dadds, Heard, & Rapee, 1992 dans Gervais, Bouchard, Guilbert et Gagnier, 2013, p. 86)

²³ Traduction libre

L'implication des parents et de la fratrie dans la gestion du trouble anxieux est par le fait même un élément dominant dans le discours de Charlotte. L'enfant est décrite par ses parents comme étant souffrante depuis la naissance, bien qu'aucun professionnel ne soit en mesure de trouver la cause de celle-ci. Les parents effectuent alors tous les tests médicaux possibles et rencontrent le maximum de professionnels à leur disposition. Le diagnostic est finalement posé, après plusieurs années, et l'enfant reçoit enfin les interventions et les traitements nécessaires permettant d'apaiser sa situation temporairement. La souffrance de l'enfant est cependant cyclique et n'a à ce jour pas complètement disparu. Serait-il alors possible de remettre en question la seule efficacité des traitements qui ont été suivis ? Le discours psychologique semble être celui qui continue d'être mis en valeur par les parents, bien qu'une réflexion soit entamée de leur part afin de penser autrement la problématique. Les parents soulignent que leur enfant réagit constamment à son environnement et qu'elle rencontre actuellement une période plus difficile émotionnellement. Paradoxalement, ils continuent d'avoir le désir que Charlotte consulte un psychologue pour modifier ses cognitions sans toutefois apporter des modifications dans leur environnement.

Selon les parents, les « vrais » termes sont utilisés pour discuter du trouble avec leur fille et tous les membres de la famille sont impliqués à leur manière. En effet, Charlotte discute aisément de l'anxiété ainsi que de la participation de chacun dans la gestion de cette dernière : « [...] mon frère c'est un petit peu la même chose. Ouais c'est un peu la même affaire que ma sœur [...]. Ouais, pas mal toute la famille [aide avec l'anxiété] » (Charlotte).

Il appert que l'implication de la famille dans la gestion de l'anxiété chez Charlotte est bénéfique pour elle. De plus, elle reçoit un accompagnement matériel de la part de sa sœur :

Puis des fois elle m'aide comme dans l'anxiété. Dans des choses comme ça. [...] Elle m'aide... hum... surtout à me donner des trucs, à m'acheter des choses, comme admettons elle m'avait acheté un toutou panda que il est lourd, il est doux et que tu peux chauffer puis il y a une poche à l'intérieur que tu peux chauffer et que tu peux refroidir. (Charlotte)

Un accompagnement émotionnel est aussi fourni par la sœur de Juliette : « [...] elle vient me voir et elle reste avec moi et elle essaie de m'aider. Elle dit « va boire de l'eau » et elle dit « est-ce que tu te sens mieux ? » et tout ça. ». Villeneuve (2006) souligne que, lorsqu'un trouble de santé mentale est présent chez un individu, « l'implication des proches paraît alors nécessaire pour combler les besoins émotionnels que la médication et la psychothérapie individuelle ne peuvent satisfaire » (p. 14).

Il a également été démontré que d'impliquer les parents lors des interventions à réaliser chez les enfants ayant des troubles anxieux est important (Eisen, 2008; Piché, Bergeron et Cyr, 2008; Turgeon et Brousseau, 2001; Turgeon *et al.*, 2007 dans Gervais, *et al.*, 2013, p. 86). L'implication de la famille dans la gestion de l'anxiété semble donc favoriser l'expérience positive de celle-ci.

Cette enfant, dans le même registre discursif, pourrait avoir des réactions qui ne relèvent pas uniquement de cette notion de « trouble ». Il pourrait s'agir d'une étape développementale, d'une hypersensibilité sensorielle ou d'une douance par exemple.

c) Dédramatisation parentale au quotidien

La peur, qui est caractérisée dans les troubles anxieux comme étant « excessive pour l'âge, intense, durable, source d'une détresse significative et d'une altération du

fonctionnement » (Denis et Baghdadli, 2017, p. 88) est retrouvée de manière générale chez nos participantes. À vrai dire, cette peur accapare grandement les pensées : « J'ai peur du vomi » (Léa), « J'ai peur des voleurs. J'ai peur qu'ils me volent. J'ai peur qu'ils viennent tout voler et qu'ils rentrent. » (Juliette), « J'ai peur de me noyer » (Juliette) et « j'ai peur que mes parents me chicanent » (Charlotte). Ces peurs privent les enfants de plusieurs situations et les envahissent quotidiennement. Pour Charlotte, la dédramatisation de ses parents dans les actions du quotidien tend à la rassurer :

Des fois je me sens anxieuse de dire « ben ben la si on a pu d'eau à un moment donné » [...] Elle [maman] répond « il va toujours en avoir et au pire on pourra en acheter d'autre ». [...] Je me sens réconfortée. (Charlotte)

C'est un peu comme ma mère. Comme il [papa] dit toujours que c'est pas grave. Ben lui, ce que j'aime chez lui, que il m'a beaucoup appris pendant sa vie, c'est depuis que je suis petite, quand dans le fond s'il arrive quelque chose de mal comme, ben comme admettons, tu cours tu tombes et tu t'érafls le genou, il dit « oui ça fait mal, mais ça va toujours s'enlever ». C'est ça. (Charlotte)

Donc, au-delà de la « non-normativité » du niveau de leur peur chez les enfants anxieux, est-il possible de penser que les enfants, certains plus que d'autres, aient besoin de se conforter davantage à des expériences difficiles pour monter leur confiance? Dans l'exemple cité, Charlotte transfère l'expérience de vie de son père à la sienne. Serait-il possible de penser que les enfants ont aussi besoin d'avoir ce cheminement et qu'il ne s'agit pas uniquement de d'une question d'anxiété?

Les parents de Charlotte cherchent à lui indiquer que rien n'est irréversible, mais également qu'elle a le droit de vivre son anxiété. Ceci entraîne chez elle une diminution de l'anxiété, puisqu'elle a tendance à imaginer le pire de chaque situation. Ainsi, elle comprend que ses parents reconnaissent ses difficultés et qu'ils emploient

un langage qui lui permet de s'apaiser. Par conséquent, les émotions de l'enfant sont validées. Il a par ailleurs été démontré que :

[...] Enseigner à des parents comment répondre à la détresse de leur enfant afin que celui-ci se sente validé et supporté peut influencer les perceptions des émotions chez l'enfant et sa capacité à réguler ses réponses de peur ²⁴ (Woodward *et al.*, 2019, p. 7).

Il est toutefois important de relever que la peur ne se limite pas qu'à un trouble psychiatrique, elle représente aussi un apprentissage et « joue un rôle dans le développement de l'enfant » (Rossignol, 2015, dans Bedin, 2015, p. 110). En effet, « éprouver certaines peurs est une nécessité pour se construire » (*ibid*) et doit être vécu par les enfants afin de développer diverses stratégies pour pouvoir y faire face en grandissant.

Dans notre étude, une partie de notre échantillon a certains parents qui, même s'ils ne sont pas imperméables à l'anxiété, restent tout de même en mesure d'offrir un support à leur enfant.

Des auteurs indiquent que certains parents présentant des diagnostics d'anxiété peuvent avoir de la difficulté à prendre du recul avec leur enfant et à s'impliquer dans la discussion et la régulation des émotions de celui-ci (Suveg, Zeman, Flannery-Schroeder et Cassano, 2005, dans Woodward *et al.*, 2019, p. 7). Il est possible que ces parents ayant des troubles anxieux soient moins disponibles émotionnellement et que ceci puisse entraîner une difficulté chez l'enfant à réguler ses propres émotions.

²⁴ Traduction libre

Par contre, ce qui est relevé dans les recherches à cet effet n'a été que partiellement observé chez nos participantes dans notre échantillon, bien que celui-ci soit réduit. En effet, certains parents des enfants rencontrés se sont montrés, aux yeux des enfants de 8 et 10 ans, disponibles et sensibles. Selon Ainsworth, Blehar, Waters, et Wall (1978), quand les parents affichent une sensibilité parentale dès la petite enfance, une relation d'attachement sécurisée est plus fréquemment observée (Warren et Simmens, 2005, p. 51). De plus, la littérature indique qu'un attachement sécurisé et une sensibilité parentale sont associés à une diminution du risque chez l'enfant de présenter un trouble anxieux (Manassis, 2001, dans Warren et Simmens, 2005, p. 42).

Les participantes rencontrées ont ainsi des perceptions selon lesquelles le système familial et les relations parentales sont sécurisants. Selon les enfants, les parents témoignent d'une sensibilité à l'égard de leur souffrance et sont à l'écoute de leurs émotions. Différentes habiletés peuvent se développer chez les enfants dont les parents démontrent cette sensibilité :

Children of parents who utilize supportive emotion socialization strategies, and more specifically emotion-focused strategies such as comforting or distracting children in order to help them feel better (Fabes, Poulin, Eisenberg, Madden-Derdich, 2002), exhibit increased emotional competency, better emotion regulation, and fewer internalizing problems (Eisenberg, 2002; Hurrell, Hudson, Schniering, 2015). (Woodward *et al.*, 2019, p. 2)

La sensibilité parentale relevée dans le discours des participantes met de l'avant une notion selon laquelle les parents ont la capacité de se mettre à place de leur enfant et de se représenter leurs états mentaux ainsi que ceux de leur enfant. Dédramatiser les situations du quotidien qui sont source d'anxiété chez l'enfant témoigne d'une compréhension de l'état mental de l'enfant par les parents et introduit nous amène à introduire le concept de mentalisation :

La mentalisation réfère au processus inférentiel (Fonagy, Gergely et Target, 2007), subjectif et dynamique (Bateman et Fonagy, 2012a), qui permet à un individu de percevoir et de comprendre ses propres comportements et ceux d'autrui en termes d'états mentaux, incluant les pensées, les sentiments, les désirs, les attentes et les intentions (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008; Fonagy, Gergely, Jurist, et Target, 2002). (Terradas, Domon-Archambault, Achim et Ensink, 2016, p. 136)

Cette capacité de mentalisation soutient qu'un parent compréhensif et impliqué peut se représenter ses propres états mentaux, mais également ceux de son enfant. Conséquemment, « son comportement, celui d'autrui ainsi que ses relations interpersonnelles [sont] compréhensibles, prévisibles et porteurs de sens » (Allen *et al.*, 2008, dans Terradas *et al.*, 2016, p. 136).

4.2.3 Anxiété familiale comme phénomène qui remet en cause l'individualisation de l'anxiété

a) « Fusion » relationnelle qui nourrit l'anxiété dans la famille

Pour certaines participantes, l'anxiété chez les autres membres de la famille est rapportée alors que pour d'autres, aucune observation n'est relevée à cet effet. Dans le discours de Léa, la relation avec sa mère et l'anxiété sont prédominantes. La rencontre préalable avec la mère permet d'illustrer les difficultés rencontrées par l'enfant depuis sa jeune enfance et offre un portrait des démarches ayant mené au diagnostic. À ce titre, depuis plusieurs années, des professionnels sont rencontrés afin de trouver une solution pour apaiser la douleur de l'enfant et diminuer son stress constant. Même si le diagnostic de trouble anxieux est finalement posé, les difficultés et les maux de ventre de l'enfant ne sont pas réduits. Les appels de l'école deviennent trop nombreux et la mère, qui affiche également un diagnostic de trouble anxieux, prend la décision d'arrêter temporairement le travail afin de se montrer disponible

pour son enfant. Après un certain moment, la mère de Léa retourne finalement au travail, mais l'anxiété de son enfant persiste. Par ailleurs, les deux vivent une période de stress plutôt intense au moment où l'entrevue est effectuée, selon la mère.

La mère de Léa continue de s'impliquer dans les démarches visant à réduire l'anxiété de sa fille, mais une récente consultation au privé avec une psychologue soulève une hypothèse de diagnostic d'anxiété de séparation chez l'enfant et l'amène à vouloir outiller cette dernière afin qu'elle gère ses émotions par elle-même. Jusqu'à tout récemment, les moyens que possède Léa pour réduire son anxiété ne concernent que la mère : faire une promenade, dormir ensemble, avoir un contact physique l'une avec l'autre ou regarder une photo de la mère. Bien que l'intention soit d'apaiser son enfant, la mère croit qu'elle n'aide pas son anxiété lorsqu'elle valorise uniquement des moyens la concernant. En entrevue, Léa nomme que la première stratégie qu'elle utilise pour diminuer son anxiété est liée à sa mère : « je vais voir ma mère ». L'anxiété semble occuper une place importante dans leur relation, d'ailleurs la ressemblance que Léa relève avec sa mère est qu'« elle aussi elle est stressée » (Léa).

Il est possible de supposer que l'enfant et la mère vivent leur anxiété simultanément et qu'elle soit partagée dans la famille et non uniquement vécue par l'enfant. En effet, l'anxiété de l'une semble nourrir celle de l'autre.

Dans la littérature psychodynamique et psychanalytique, on pense que l'anxiété est transmise inconsciemment entre les générations (Lamour et Lebovici, 1991, dans Houzel, 2003, p. 403). La dyade parent-enfant semble donc avoir une influence dans l'apparition et le maintien du trouble anxieux. Par contre, il n'est pas évident de connaître la source exacte de l'anxiété. En effet, comme mentionné dans le chapitre du cadre conceptuel de ce mémoire, il est difficile de trouver la cause de l'anxiété, car

la nature de cette dernière est « multifactorielle » (Piché *et al.*, 2018, dans Couture, 2019, p. 19). Ceci nous encourage à continuer de déconstruire ce phénomène et nous amène à le décontextualiser au-delà de la notion de trouble.

b) Transmission de l'anxiété entre les membres

En orientant notre regard vers l'environnement de l'enfant et en mettant l'accent sur les relations, nous pouvons aborder la transmission de l'anxiété au sein de la famille comme point d'ancrage pour mieux comprendre les contextes distincts de son développement et arriver à en parler autrement que par son symptôme. Il est important de se rappeler que le développement de l'anxiété est le résultat de plusieurs facteurs qui entrent en relation les uns avec les autres (Dumas, 2013; Piché *et al.*, 2017). Ainsi, l'interaction de facteurs génétiques, environnementaux et parentaux peut faire apparaître et maintenir le trouble anxieux chez l'enfant (Telman, Van Steensel, Maric et Bögels, 2018, p. 615).

D'abord, nous devons préciser qu'une seule rencontre a été réalisée avec les parents et l'enfant et que nous n'avons pas tous les détails sur le fonctionnement relationnel de la famille ni sur les diagnostics de tous les membres de celle-ci. Les entrevues avec les enfants dressent, chez certaines familles, un portrait où l'anxiété n'est pas uniquement vécue par celles-ci, mais aussi par les parents et par la fratrie :

[...] lui [papa] aussi il fait de l'anxiété puis il fait de l'anxiété lui aussi et il est pareil comme moi parce que moi comme ma sœur elle en fait, mais pas beaucoup, elle en fait vraiment pas beaucoup, riquiqui [...] (Juliette)

D'autres diagnostics sont également partagés par les parents rencontrés. C'est le cas de la mère de Léa qui, lors de notre brève rencontre avec elle, nous avoue vivre avec

la culpabilité d'avoir « transmis » sa phobie à sa fille. Le phénomène de transmission de l'anxiété, se retrouvant également dans plusieurs études effectuées auprès des enfants ayant des troubles anxieux, suggère que « l'anxiété parentale peut construire le style parental et ainsi contribuer au développement de l'anxiété chez l'enfant »²⁵ (Telman *et al.*, 2018, p. 615). Pouvons-nous alors supposer que l'hypothèse de transmission génétique de l'anxiété, dans un discours plus médical, est insuffisante pour comprendre le problème ? Une de ces pratiques parentales est la surprotection, « qui limite l'autonomie de l'enfant et maintient son inhibition et son anxiété »²⁶ (Telman *et al.*, 2018, p. 615). En plus de la surprotection, certains parents présentant des troubles anxieux peuvent transmettre « des réponses de peur et d'anxiété par leur non verbal »²⁷ et « communiquer des réponses de menace face à des situations ambiguës »²⁸ (Aktar, Nikolić et Bögels, 2017, p. 141). L'hypothèse de transmission de l'anxiété suppose ainsi que les enfants ayant des troubles anxieux soient exposés à une éducation parentale pouvant contribuer au maintien de leur trouble anxieux.

c) L'anxiété comme symptôme dans la famille

En supposant ainsi que les autres membres de la famille ont une incidence sur le développement et sur la manifestation du trouble, il est pertinent d'adopter une position systémique du trouble anxieux. Certains chercheurs suggèrent « qu'il serait important de vérifier la présence de trouble anxieux chez la fratrie de l'enfant affichant le diagnostic et de considérer à les impliquer dans le traitement »²⁹ (Telman

²⁵ Traduction libre

²⁶ Traduction libre

²⁷ Traduction libre

²⁸ Traduction libre

²⁹ Traduction libre

et al., 2018, p. 622). Ceci met alors l'accent sur la nécessité de considérer la famille lors de l'évaluation et du traitement.

Ainsi, traiter une maladie psychiatrique comme si elle n'existait que dans la chimie du cerveau ou dans les pensées de l'individu ignore une partie importante du fonctionnement humain que constitue le contexte interpersonnel et social de cette maladie. (Villeneuve, 2006, p. 20).

Pourtant, du point de vue de la recherche expérimentale, tout indique la grande complexité des interactions entre l'environnement social et culturel, les facteurs associés au développement psychosocial individuel et les variables biologiques. (Rodriguez Del Barrio, Corin et Poirel, 2001, p. 5)

En supposant que la famille est un système (Elkaïm, 1993), le trouble anxieux chez l'enfant peut représenter le symptôme plutôt que le problème. Prioriser un tel regard sur le trouble anxieux permet d'éviter de poser un regard uniquement biomédical et pathologique sur l'individu (Healy, 2014, p. 80) et considère le contexte de l'enfant. En optant pour une telle vision, l'environnement de l'enfant doit être pris en considération.

4.2.4 Soutien inconditionnel de la famille

a) Mobilisation des parents et des professionnels autour de l'enfant

Les parents de notre étude ont démontré une capacité à mobiliser des ressources autour de leur enfant afin que le trouble anxieux soit moins souffrant, mais ont également fait preuve d'adaptation. Juliette remarque d'ailleurs la flexibilité de ses parents quant à leur horaire de travail qui s'adapte à elle. En effet, la mère de l'enfant prend une journée de congé dans la semaine, en période estivale, dans le but de réduire les situations anxiogènes : « elle [maman] sait que j'aime pas trop le camp de

jour alors elle a pris toujours une journée de congé dans la semaine » (Juliette). Son père, quant à lui, termine parfois le travail plus tôt afin de venir la chercher à l'école puisque le service de garde représente une source d'anxiété pour l'enfant :

Ben parce que parfois ma mère elle vient tard me chercher au service de garde, parce qu'en plus je suis au service de garde, puis ben là mon papa lui il dit « je viens les chercher » puis là il vient plus vite. (Juliette)

Les recherches indiquent que les enfants affichant des troubles d'anxiété généralisée ont une « intolérance à l'incertitude » (Carrion *et al.*, 2013; Ferreri *et al.*, 2011; Galvan et Peris, 2014, dans Lussier, Chevrier, Gascon, 2018, p. 679). En essayant de se montrer constants, certains parents désirent potentiellement pallier cette intolérance en étant disponibles le plus possible.

Au-delà de la flexibilité d'horaire, les parents des enfants que nous avons rencontrés effectuent de nombreuses démarches afin de mobiliser le maximum de ressources autour de leur fille. Toutefois, chez certains parents, ces démarches sont source d'épuisement, car les listes d'attente s'allongent, les rencontres se multiplient et les professionnels se relaient. Tel qu'abordé dans la problématique, au Québec, il n'est pas évident d'avoir accès rapidement aux services spécialisés en santé mentale, tant pour les jeunes que pour les adultes dans le réseau public (Champagne *et al.*, 2018, p. 32). Autrement dit, une souffrance supplémentaire est relevée chez certains parents qui ont de la difficulté à voir s'accroître la souffrance de leur enfant. Cette souffrance persiste en raison des délais d'attente de consultation dans le secteur public.

La majorité des parents ont été recrutés par le biais de groupes de parents d'enfants ayant des troubles anxieux sur *Facebook*. Leur présence sur ces groupes témoigne

d'un intérêt à échanger avec des parents partageant des situations semblables à la leur. Ils nous ont en effet rapporté que ces groupes leur offrent un espace sans jugement où ils peuvent avoir accès rapidement aux conseils des autres parents et où il s'effectue un partage d'expérience. Le fait que ces groupes de parents soient facilement accessibles les encourage à poser leurs questions et leur offre des réponses et des outils dans l'attente de leur consultation avec un professionnel.

b) Réconfort physique apporté par la famille

Les participantes de notre étude, bien qu'elles possèdent d'autres moyens pour apaiser leurs symptômes d'anxiété, ont tendance à se tourner vers les parents ou la fratrie pour obtenir un réconfort physique. La proximité et le contact physique permettent ainsi de calmer les symptômes lors des crises d'anxiété :

Ça me fait du bien. Comme hier, j'en ai fait trois. J'ai fait « câlin » et après ça je me suis rassis, « câlin », je me suis rassis, j'en ai fait un autre et là j'ai arrêté de pleurer puis j'ai fait mes affaires. » (Juliette)

En période d'anxiété, être avec un être aimé est également un moyen apaisant. Juliette considère que la présence de sa sœur peut à elle seule diminuer son anxiété : « je reste avec quelqu'un que j'aime. Ben souvent avec ma sœur » (Juliette). Pendant l'entrevue, Juliette se dessine avec sa mère : « J'ai fait moi et ma maman et je dis merci à ma maman parce qu'elle m'a consolée et là ma maman elle dit « de rien ». Et on se fait un câlin » (*voir appendice H*). La présence de la mère de l'enfant lui permet ainsi de se sentir rassurée et en sécurité. La littérature indique que le contact physique du parent avec l'enfant ayant un trouble d'anxiété sociale peut démontrer à ce dernier

qu'il tente de le « rassurer, ce qui peut l'amener à conclure qu'il a peu de raison d'avoir peur et par le fait-même qu'il peut faire confiance aux autres »³⁰ (Brummelman, Terburg, Smit, Bögels et Bos, 2019, p. 91). Pouvons-nous cependant supposer que le besoin chez l'enfant d'être rassuré et d'avoir un contact physique avec son parent n'est pas uniquement présent lorsqu'il est question de trouble anxieux ?

c) Sentiment de protection dans sa famille

Pour les participantes qui évoluent et qui se développent au sein d'une famille où le diagnostic est reconnu par tous et où une mobilisation ainsi qu'une implication sont observées par les parents et la fratrie quant à la gestion de l'anxiété, il est possible de remarquer un sentiment de protection. Chez ces enfants, un sentiment de bien-être est ressenti dans leur famille : « souvent quand j'ai mal au ventre ben j'aime ça être avec elle [maman] » (Léa); « [...] admettons tu te sens mal d'avoir fait quelque chose ou de faire quelque chose, ben elle [maman] te fait sentir bien » (Charlotte). En période de stress, les enfants peuvent reposer sur leurs parents pour diminuer leur anxiété et pour se sentir rassurées :

Quand maman et papa sont là, moi je me sens bien. Quand je me sens mal au moins je peux leur faire un câlin. Et je me sens mieux. Et les matins quand je suis stressée je fais plein de câlins à ma maman. (Juliette)

En plus de se sentir en sécurité, la confiance peut être identifiée par les enfants : « moi je me sens comme qu'il [mon frère] me fait confiance » (Charlotte). Comme le

³⁰ Traduction libre

soulignent Delage et Cyrulnik (2010), « un enfant doit pouvoir compter sur le soutien inconditionnel de son entourage ou de quelqu'un dans son entourage » (p. 31). Ce soutien peut aussi contribuer à construire l'histoire de l'enfant et lui permettre d'exprimer son trouble malgré le dérangement, l'inconfort et l'adaptation.

Somme toute, la reconnaissance de la souffrance et la validation de celle-ci par les parents et la fratrie donnent à l'enfant la permission, mais également la possibilité d'accepter sa réalité, soit son trouble anxieux. Le regard rassurant et compréhensif de sa famille lui permet de se sentir acceptée et de se sentir encouragée à vivre ses émotions, quelles qu'elles soient. Conséquemment, l'expérience du trouble anxieux par l'enfant est vécue de manière plutôt positive dans la famille. L'hypothèse de la transmission de l'anxiété et de l'anxiété comme symptôme dans la famille doit également être prise en considération dans l'analyse de l'expérience de l'enfant.

4.2.5 Effets du secret dans la mise en récit de l'enfant

a) Omettre de parler du diagnostic avec l'enfant pour le protéger

Dans la famille de Chloé, le diagnostic ne lui a pas été partagé. Dans les dernières années, de nombreuses démarches sont effectuées par les parents afin de trouver ce qui cause une détresse chez leur fille. Des diagnostics de troubles anxieux sont par la suite posés par une neuropsychologue après des années de recherche. Au moment de l'entrevue, la participante est suivie par une psychoéducatrice qui veille à améliorer, entre autres, la régulation des émotions avec l'enfant. Selon les parents, la nécessité de prendre rendez-vous avec les professionnels est expliquée à Chloé par la présence chez elle de comportements différents entre l'école et la maison.

Malgré la mobilisation des parents et des services autour de l'enfant, Chloé est tout de même décrite par sa mère comme n'étant pas une enfant heureuse. La mère de l'enfant soutient qu'ils ne veulent pas lui partager son diagnostic, car ils cherchent à la préserver d'un étiquetage. La mère nous mentionne être consciente des croyances véhiculées dans la société en lien avec la santé mentale et ne veut pas exposer Chloé à un traitement différent de la part des autres enfants. Elle insiste sur le fait qu'elle cherche à protéger son enfant des commentaires négatifs.

Lorsqu'un diagnostic de trouble anxieux est posé chez un membre de la famille, un malaise peut expliquer pourquoi les parents n'en parlent pas à leur enfant « [...]ils ne savent pas comment leur expliquer ou parce qu'ils croient qu'ils ne comprendront pas » (Rector, Bourdeau, Kitchen, Joseph-Massiah et Laposa, 2016, p. 47). Il peut également être complexe de vulgariser à un enfant un trouble qui n'est pas tout à fait maîtrisé ou accepté par l'adulte. Pourtant, dans une perspective psychologique, les enfants sont en mesure de saisir ce qu'est un trouble anxieux avec des explications adaptées à « leur âge ou [à] leur degré de maturité » (Rector, Bourdeau, Kitchen, Joseph-Massiah et Laposa, 2016, p. 48).

Il serait aussi possible de croire qu'un parent pourrait ne pas partager le diagnostic à son enfant, car il ne veut pas lui-même en souffrir en se l'admettant. Il se pourrait que certains parents puissent également refuser le discours dominant et qu'ils choisissent d'en parler autrement à leur enfant. Certains parents pourraient laisser leur enfant leur raconter leur histoire dans leur propre langage. Un désir de protection peut aussi motiver certains parents à ne pas parler du diagnostic avec leur enfant (Legghio, 2016). Ainsi, dans cette explication systémique, certains parents peuvent « s'efforce[r] de maintenir les habitudes familiales comme si de rien n'était » (Rector, Bourdeau,

Kitchen, Joseph-Massiah et Laposa, 2016, p. 47). Le secret pourrait alors représenter un moyen de préserver l'enfant mais aussi, la famille d'un trop grand déséquilibre.

Une prudence quant aux mots utilisés pour parler du diagnostic peut parfois être observée chez certains parents qui cherchent à éviter d'induire des stéréotypes chez leur enfant. Les mots peuvent blesser et peuvent être porteurs de sens, mais peuvent-ils aussi donner un sentiment de plus grande certitude ou de maîtrise de la souffrance ? Qu'est-ce qui représente une plus grande source de stigmatisation : connaître son diagnostic ou l'ignorer ?

Malgré une intention de protéger et de préserver l'enfant de l'étiquetage en santé mentale, le fait de ne pas lui partager son propre diagnostic peut potentiellement entraîner divers effets négatifs. En effet, le secret peut l'empêcher d'avoir « les moyens de comprendre parce que, par souci de le protéger, on lui cache des informations » (Delage et Cyrulnik, 2010, p. 30).

Diverses représentations de soi peuvent se bousculer dans le monde intérieur des enfants. La notion de la souffrance se développant en deux étapes, d'abord proposée par Anna Freud, fait référence au regard d'autrui :

[...] il faut deux coups pour faire un traumatisme. Le premier coup, il est dans le réel [...] Et le deuxième coup est dans la représentation du réel, dans l'idée que je me fais de ce qui m'est arrivé sous votre regard à vous, famille, substitut, institution société.(Cyrulnik, 2003, p. 30)

Ainsi, le regard d'autrui face à la situation de l'enfant peut augmenter la souffrance chez celui-ci, s'additionnant à celle apportée initialement par le diagnostic. Cyrulnik suggère que « pour atténuer la souffrance, du deuxième coup, il faut changer l'idée

que je me fais de ce qui m'est arrivé » (Cyrulnik, 2001, p. 16). La représentation que se fait autrui du diagnostic peut alors teinter le regard que l'enfant porte sur lui-même. Le poids du regard d'autrui sur la construction de soi de l'enfant qui ne connaît pas son diagnostic peut contribuer à augmenter sa souffrance.

Nous pouvons alors nous questionner sur les impacts du secret sur le développement de l'enfant, mais également sur sa définition de soi. En fait, comment un enfant intégrera-t-il le diagnostic s'il réalise que ce dernier lui a été caché? Sera-t-il porté à nier cette partie de lui-même, à la cacher ou même à en avoir honte? Les participantes dont le diagnostic leur a été partagé ont l'occasion d'associer la souffrance au trouble, ce qui n'est pas nécessairement le cas pour un enfant qui est gardé dans le secret et pour qui l'origine de cette souffrance est inconnue. On peut par ailleurs penser que de ne pas avoir accès à un secret que toute la famille connaît peut augmenter la détresse et la stigmatisation.

Au surplus, notons qu'un évitement des discussions émotives par les parents est lié à un niveau d'anxiété plus haut chez l'enfant (Hurrell, Hudson, Schniering, 2015, dans Woodward *et al.*, 2019, p. 3). Il aurait été intéressant avec plus de participantes dans cette situation de constater si cette absence d'attribution du diagnostic entraîne encore plus d'anxiété ou si, au contraire, elle permet un autre type d'élaboration qui permet quand même de se faire un récit positif de soi. Cela représente toutefois des difficultés sur le plan éthique et sur le plan méthodologique. De plus, la notion de diagnostic est courante dans les discours d'aujourd'hui pouvant faire en sorte qu'il peut être difficile d'accéder à des enfants qui grandissent sans entendre le terme trouble anxieux dans ces situations.

c) Individualisation de la santé mentale

L'individualisation du trouble anxieux peut découler du fait de ne pas partager le diagnostic à l'enfant. Selon ses parents, Chloé consulte des professionnels, car elle présente des comportements différents à l'école et à la maison, ce qui tend à lui enseigner, involontairement, que le problème « se situe à l'intérieur de l'individu » (Healy, 2014, p. 37). Ainsi, Chloé peut éventuellement intérioriser qu'elle porte en elle le problème et ainsi écarter toutes dimensions sociales, structurelles et culturelles quant aux causes ou aux traitements du trouble anxieux (Sévigny, 1986; Healy, 2014, p. 73).

d) Confusion dans le rôle des professionnels pour l'enfant

La confusion des rôles des différents professionnels mobilisés peut s'observer auprès d'un enfant chez qui le diagnostic ne lui est pas partagé. Lorsqu'un diagnostic de trouble anxieux est posé chez un membre de la famille, le fait de vouloir préserver les enfants en leur cachant « ne peut que semer la confusion dans l'esprit des enfants qui cherchent à comprendre ce qui ne va pas » (Rector, Bourdeau, Kitchen, Joseph-Massiah, Laposi, 2016, p. 47). Nous pouvons alors supposer que la confusion est plus grande dans la tête de l'enfant lorsque le diagnostic le concerne.

En général, les enfants rencontrés dans le cadre de notre étude effectuent des suivis avec des professionnels, tels que des psychologues, des psychoéducateurs, des travailleurs sociaux et des médecins. Force est de constater qu'il peut être difficile de bien saisir leur rôle quand les causes des consultations ne sont pas connues par l'enfant. Ainsi, Chloé assimile ses consultations chez la psychologue à l'entrevue que

nous avons menée avec elle alors qu'elle tente d'expliquer le rôle de sa psychologue : « Ça... un peu comme toi ».

Chloé met de l'avant la notion de jeu dans ses rencontres avec la psychologue : « on va jouer à des jeux des émotions qu'on ressent. On en met une de côté et une de l'autre ». À vrai dire, la consultation avec un pédopsychiatre peut s'apparenter pour l'enfant à un jeu, car lors de celle-ci, l'enfant joue, dessine et discute avec le professionnel (Vallam, 1983, p. 110). Un parent peut alors possiblement être porté à ne pas expliquer clairement à son enfant les raisons de sa consultation afin de vouloir conserver le caractère plus ludique de la rencontre et ainsi préserver l'enfant. Bien que Chloé « joue » chez la psychologue, elle comprend tout de même qu'elle y travaille la gestion des émotions : « [...] elle essaie de voir pour que ça l'aille mieux avec les émotions ».

Comme d'autres participantes rencontrées, Chloé indique se tourner vers ses animaux pour être « réconfortée » dans les moments où elle se sent moins bien : « quand je suis triste, quand je suis fâchée ». Initialement, l'enfant indique ne pas savoir quoi faire lorsqu'elle ne se sent pas bien : « je sais pas ». Par contre, au fil de l'entrevue, il est possible de relever les différents moyens qu'elle possède, bien qu'elle ne puisse les associer aux situations anxiogènes. L'enfant peut prendre des respirations : « je prends des respirations, je me relaxe », se tourner vers l'art « je peux dessiner pour me calmer » ainsi que se réfugier vers ses peluches : « hum... mes toutous [...] je serre mes toutous. ».

L'entrevue révèle que l'enfant est somme toute consciente des émotions négatives qu'elle ressent, sans toutefois pouvoir les expliquer par son trouble anxieux. Elle

possède également des outils pour y faire face. Par contre, elle n'est pas en mesure de les associer systématiquement aux émotions amenées par l'anxiété.

4.3 Non-reconnaissance de la souffrance à l'extérieur de la famille

Afin de satisfaire un objectif de l'étude qui veut préciser l'impact du regard d'autrui sur la construction et la définition de soi des enfants, il est pertinent d'orienter nos analyses vers les perceptions de l'enfant à l'extérieur de son environnement familial. Nous avons donc questionné les participantes quant à leurs perceptions du regard que porte leur entourage sur elles-mêmes. Une expérience douloureuse semble tirer son origine d'une non-reconnaissance de la souffrance à l'extérieur du système familial.

4.3.1 Regard d'autrui qui dérange : l'incompréhension d'autrui

a) Sentiment de solitude causé par l'incompréhension

Un sentiment de solitude est relevé par certaines participantes en lien avec l'incompréhension d'autrui quant à la souffrance occasionnée par le trouble anxieux. C'est le cas de Juliette qui déplore, tout au long de notre entrevue avec celle-ci, qu'un regard extérieur empreint de jugement et d'incompréhension soit posé sur sa situation.

À travers le discours de Juliette, il est possible de remarquer une importante différence entre son expérience à l'intérieur de sa famille et à l'extérieur de celle-ci, où un regard différent la gêne. Alors qu'elle souligne faire l'objet d'un regard rassurant dans la famille, elle est marquée par un regard d'incompréhension de la part de ses pairs : « Ben, comme moi je fais beaucoup d'anxiété puis que les gens ils comprennent pas. Quand que je pleure personne m'écoute » (Juliette).

Juliette affiche un inconfort face à la solitude qu'engendre son trouble anxieux à l'extérieur de la famille : « C'est comme si j'étais la seule qui me comprenait quand ça m'arrive » (Juliette). Afin de pallier ce sentiment de solitude causé par les manifestations de son trouble anxieux, l'enfant souhaiterait une présence à ses côtés lorsqu'elle est à l'extérieur de la maison : « au camp de jour, parfois ça arrive que j'aimerais avoir quelqu'un à qui je dis tout et qui reste avec moi et comme ça, ça irait mieux » (Juliette). À ce titre, il est reconnu que les enfants présentant des troubles anxieux « se retrouvent plus souvent aux prises avec des problèmes de solitude et sont plus sujets à être agressés ou rejetés par les pairs » (March, 1995, dans Gervais *et al.*, 2013, p. 69)

b) Déception face à l'incompréhension d'autrui

Pour Juliette, les sorties à l'extérieur de la maison, sans la fratrie ni les parents, constituent une source de stress. Alors que la situation devient anxiogène, l'enfant réagit souvent en pleurant. La participante témoigne d'une déception face à la réaction d'une camarade qui ne saisit pas l'ampleur de ses difficultés :

Mais parfois, ils [les autres] disent « arrête de pleurer là », mais comment ils veulent qu'on arrête de pleurer ? Ça prend du temps arrêter de pleurer. Comme j'ai une amie que je me suis fait et là elle me dit « arrête de pleurer », mais moi je trouve ça nul. (Juliette)

Réduire le trouble anxieux de l'enfant au fait de pleurer peut lui montrer qu'il devrait être facile de se sentir mieux, alors que ceci représente une véritable difficulté pour elle. Un enfant possédant un trouble anxieux faisant face à une situation qui ne représente pas réellement de danger « ressent tout de même une peur intense au point de mettre en place des stratégies pour les éviter » (Denis et Baghdadli, 2017, p. 88). L'émotion est par conséquent vécue par l'enfant et son corps réagit comme si elle

était bel et bien menacée. En demandant à Juliette « d'arrêter de pleurer » ceci lui démontre que sa souffrance n'est pas reconnue, ce qui peut par ailleurs faire croire la souffrance : « je me sens... j'sais pas... triste » (Juliette).

4.3.2 Regard d'autrui qui dérange : le malaise envers l'anxiété

a) Malaise social entourant la santé mentale

Comme indiqué dans les chapitres précédents de cette recherche, un malaise en ce qui a trait aux problèmes de santé mentale persiste au sein de la société actuelle. En effet, les perceptions relevées dans les différents systèmes entourant l'enfant ont été étudiées et détaillées dans les sections précédentes et bien que certaines études soient moins récentes, nous concluons qu'elles sont toujours d'actualité.

En effet, il appert que des croyances négatives sont encore associées au fait de recevoir un diagnostic en santé mentale (Harris *et al.*, 1992; Poulin et Lévesque, 1995; Wahl, 2003; Corrigan et Miller, 2004; Hinshaw, 2005). Gergen (2005) indique d'ailleurs que la manière de « définir l'état mental d'un individu » peut l'identifier comme étant dysfonctionnel (p. 152). Malgré l'avancement des connaissances quant aux troubles de santé mentale, un malaise social subsiste et, qu'ils en soient conscients ou non, les individus assimilent les informations négatives y étant associées.

b) Induire le malaise à l'enfant dans ses rapports sociaux

Le malaise entourant la santé mentale véhiculé dans la société peut se transposer aux enfants et affecter leurs relations sociales. Malgré une intention de soutenir l'enfant

dans son développement, il peut arriver que le fait d'éviter d'utiliser un langage adapté avec lui pour en discuter puisse faire l'effet inverse.

Bien que les participantes fassent état de leur anxiété, il semblerait qu'il s'agisse tout de même d'un concept difficile à définir pour elles et que ce soit « dur à expliquer » (Charlotte). En effet, un malaise est présent lorsqu'elle cherche les bons mots pour parler du trouble : « Je sais comment que je me ressens, mais je sais pas tellement comment le dire, comment une personne... comment l'expliquer à une personne. » (Charlotte). Une autre participante répond de manière incertaine que l'anxiété c'est « euh... ben ... le stress? [...] euh... quand t'as peur des choses » (Léa). Toutefois, l'enfant emploie le terme « phobie » pour parler de sa peur et elle est en mesure d'en préciser la cause. Bien que le trouble soit accepté et compris au sein de la famille, les enfants semblent afficher tout de même un malaise lorsqu'elles nous en parlent.

Ce malaise peut possiblement tirer son origine du malaise sociétal quant aux troubles de santé mentale. Sans avoir nécessairement intégré une quelconque stigmatisation face à leur situation, les enfants peuvent potentiellement avoir perçu un malaise entourant l'explication de leur trouble anxieux. De plus, les enfants absorbent au fil du temps les informations négatives qui leur sont partagées et leurs interactions sociales peuvent en être teintées (Harris *et al.*, 1992). Les relations humaines et le langage donnent un sens aux interactions sociales entre les individus, comme mentionné dans le deuxième chapitre de ce mémoire. Ainsi, la théorie de la construction de Gergen, qui offre une place centrale à ces concepts, suggère que le sens puisse influencer la nature des relations humaines (Gergen, 2005, p. 8).

4.3.3 Conséquence du regard social sur l'enfant

a) Avoir honte des symptômes de l'anxiété chez l'enfant

Le regard social qui est posé sur les participantes à l'extérieur de leur système familial peut occasionner chez elles une honte quant à leur anxiété. La honte, qui se définit par « l'expérience profondément douloureuse de croire qu'on est défaillant et par conséquent indigne d'amour, d'intimité ou de contact » (Brown, 2015, p. 82), peut être engendrée par le regard d'incompréhension et de malaise sur les enfants.

La honte peut ainsi augmenter la souffrance chez l'enfant qui n'est pas en mesure de prévoir ses émotions. Une participante relève qu'il n'est d'ailleurs pas toujours évident de les contrôler : « [...] parce que des fois quand t'es fâchée contre quelqu'un, tu veux juste faire un peu de violence. Puis se contrôler, ça pour moi c'est difficile » (Charlotte). La difficulté qu'occasionne le fait de ne pas pouvoir contrôler ses émotions s'observe également chez une autre participante à l'égard de ses pleurs :

Ben... ben... je me suis mis à pleurer plus fort. Puis là elle [ma soeur] est partie, puis là je me suis couchée et je me suis mis en petite boule comme ça et je me suis accotée sur le banc et je pleurais fort. (Juliette)

Le regard social qui se pose sur l'individu qui vit une détresse émotionnelle peut avoir une influence considérable sur sa manière de réagir. En n'ayant pas de contrôle sur leurs émotions, les enfants peuvent craindre à tout moment la manifestation de celles-ci et le risque de faire face au regard d'autrui empreint de jugement.

À travers certains de leurs propos, les participantes ont parfois manifesté une honte du fait d'être différentes des autres, qui peut être vécue selon Brown (2015) comme un « rejet social » (p. 85). Charlotte, par exemple, indique qu'un élément de son quotidien qui crée chez elle de l'anxiété est lorsqu'elle n'est pas en mesure de manger le même plat que les autres membres de sa famille, comme il sera expliqué dans une prochaine sous-section. Elle décrit ainsi son sentiment eu égard à une telle situation :

« je me sens un petit peu hum ... pas très bien... ouais [...] comme se sentir un peu triste, c'est ça que je veux dire par là. ». Un enfant qui relève des différences avec autrui et qui ressent de la honte face à celles-ci peut potentiellement avoir une croyance selon laquelle il porte en lui le problème. Comme le souligne Gergen (2005), et comme élaboré dans le cadre conceptuel, le langage généralement employé dans le champ de la santé mentale tend à individualiser celui qui reçoit le diagnostic (p. 156).

b) Stratégies des enfants pour faire face au regard d'autrui

Afin de se protéger, des stratégies peuvent être employées par les enfants. Il est donc possible de croire que les participantes apprennent à vivre avec le trouble anxieux et à utiliser divers moyens pour composer quotidiennement avec ledit trouble, mais également avec le regard engendré par le diagnostic.

Les enfants éprouvant de la honte en raison de leurs symptômes d'anxiété peuvent adopter diverses stratégies afin de faire face au regard des autres. L'une d'elles consiste à se retirer afin de se cacher pour vivre ses émotions : « Quand je pleure, je me cache comme ça comme ça personne me voit pleurer » (Juliette). Chez les enfants ayant des troubles anxieux, « la tendance au retrait, à l'effacement et même à la solitude est plus forte » (Braconnier, 2002, p. 330). S'isoler peut également permettre aux participantes d'éviter de composer avec le regard d'autrui qui dérange et qui est empreint de jugement : « Je m'en vais à une place où ce qu'il y a personne, je m'en vais me trouver une genre de cachette » (Charlotte). Par contre, se retirer peut potentiellement augmenter le sentiment d'exclusion qui est initialement entraîné par la honte (Brown, 2015).

Une autre stratégie adoptée par les enfants pour se protéger du regard d'autrui empreint d'incompréhension consiste à se méfier. Afin d'éviter d'être confrontées au jugement d'autrui, certaines participantes préfèrent ne pas partager leurs émotions :

Puis parfois j'ose pas le dire aux adultes parce que les adultes je les trouve méchants. Mais comme [nom d'un animateur au camp de jour] il dit « moi je l'aime pas Juliette » juste à cause que je pleure souvent. (Juliette)

Juliette est donc réticente à s'ouvrir à certains adultes dans le but de ne pas être blessée davantage. Comme abordé dans d'autres sections de ce mémoire, les mots sont également porteurs de sens et, comme le suggèrent Poulin et Lévesque (1995), ceux-ci peuvent entraîner des significations importantes chez un individu. Ainsi, Juliette craint de s'ouvrir aux adultes, car l'un d'eux a déjà employé des mots négatifs à son égard et elle continue de se les répéter dans sa tête. D'autres participantes se montrent plutôt méfiantes face aux nouvelles rencontres. C'est le cas de Charlotte qui explique avoir été blessée par le passé par un camarade de classe :

Euh... ben... moi je remarque surtout s'il est gentil, s'il a des malintentions ? Je sais pas si ça se dit. [...] Puis si... ben... si lui ou elle, ça dépend si c'est un gars ou une fille, il voudrait vraiment être mon ami ou c'est juste pour me, comme admettons, me voler des affaires. Ou c'est juste pour savoir mes secrets. Maintenant je dis pu tellement mes secrets au monde vu que déjà quelqu'un qui a fait ça et qui l'a dit à tout le monde. (Charlotte)

Charlotte tend à se méfier d'autrui, car elle désire se protéger d'une souffrance supplémentaire. La littérature soutient que les enfants présentant des troubles anxieux ont une tendance à être davantage méfiants et hypervigilants face à autrui (Braconnier, 2002).

En résumé, les participantes déplorent la non-reconnaissance de leur souffrance à l'extérieur de la famille ainsi que l'incompréhension d'autrui face à leur situation. Conséquemment, une déception est observée chez les enfants qui ressentent le poids du regard social sur leurs difficultés et une honte face à leurs émotions est ressentie. Malgré une intention de protection envers l'enfant, être gardé dans le secret de son diagnostic peut potentiellement avoir des répercussions négatives sur l'expérience de l'enfant.

4.4 Irréalisme du stress

L'anxiété, qui renvoie à la « peur d'avoir peur » (Centre d'études sur le stress humain, 2019) ainsi qu'à « une réponse émotionnelle inadaptée aux situations » (Giffard, 2008, dans Gervais *et al.*, 2013, p. 69), reflète la notion d'irréalisme qui est mentionnée par nos participantes. À travers le discours de certaines participantes, il est possible de relever que l'anxiété est anticipée, appréhendée et imaginée par l'enfant, ce qui tend à la rendre réelle, malgré son irréalisme. Cette notion d'irréalisme abordée par les enfants nous permet d'avoir accès à leur compréhension de leur trouble de santé mentale, ce qui correspond à un objectif de notre étude. En outre, les participantes ont partagé des stratégies qui sont en congruence avec le fait que l'anxiété prend son origine dans leur tête, en mettant de l'avant des moyens pour truquer leur cerveau afin de s'apaiser. Ceci peut, partiellement, expliquer comment certains enfants composent avec le diagnostic mieux que d'autres, ce qui répond à un second objectif de l'étude.

4.4.1 Se créer des problèmes qui ne sont pas réels

a) Le stress qui n'est pas vrai

La notion d'irréalisme du stress tend à être présente à travers le discours de certaines participantes. En effet, celles-ci indiquent que leurs perceptions de l'anxiété se construisent avec une conception du stress qui n'est pas réel : « C'est quand que tu stresses puis parfois c'est pas vrai. Ma mère a dit que c'est toujours pas vrai » (Juliette). Malgré son jeune âge, Juliette semble avoir intériorisé le fait que son corps réagit à des situations qui ne sont pas réellement menaçantes pour elle. L'interprétation erronée d'une situation par l'enfant cause chez elle une augmentation de l'anxiété et une propension à réagir négativement.

Une autre participante témoigne également que l'anxiété relève d'une perception non réelle, car elle s'imagine parfois des situations pour se faire peur :

Ben comme des fois admettons, c'est lui [mon frère], c'est lui, admettons il est là, moi je le vois comme en squelette ou en... je sais pas moi, en géante araignée. Et il n'a pas besoin de se maquiller ou de se placer n'importe comment, je le vois juste de même. (Charlotte)

Ainsi, Charlotte se crée des problèmes qui n'existent pas, en s'imaginant des situations qui lui font peur. C'est également ce que soutient la mère de Juliette : « elle [maman] dirait [que] je me fais souvent des problèmes pour rien », bien que l'enfant ne soit pas en accord complètement avec ceci : « ben, je pense que c'est un peu vrai et que c'est un peu pas vrai ».

Les enfants peuvent reconnaître qu'une situation n'est pas véritablement menaçante, mais que leur perception et leur évaluation de celle-ci les amènent à réagir comme si elle l'était.

Chaque individu est à l'origine de son interprétation d'une situation comme étant stressante ou non, et ceci dépend de son histoire personnelle, sa personnalité et ses émotions. (Lupien, 2010, p. 250)

Comme abordé dans le cadre conceptuel, le stress est « une réponse de l'organisme face à une situation incontrôlable, imprévisible, nouvelle et/ou qui représente une menace à notre égo » (Centre d'études sur le stress humain, 2019). Devant cette incertitude et cette imprévisibilité, il est possible que les enfants interprètent une situation comme relevant d'un danger, bien qu'il soit inexistant. Malgré leur jeune âge, les enfants comprennent que l'anxiété tire son origine de leur tête et qu'elle relève d'une perception erronée d'une situation.

b) Amplifier les dangers réels

À travers leur discours, les participantes s'imaginent le pire dans les situations qu'elles rencontrent. À vrai dire, dans la littérature, les enfants ayant des troubles anxieux sont davantage portés à considérer des situations ambiguës comme étant plus négatives (Klein *et al.*, 2019, p. 5). Cette amplification des dangers s'observe chez Charlotte chez qui la peur se manifeste sans qu'elle soit fondée : « Ouais... parce qu'ils [mes parents] m'ont jamais chicanée... chicanée, chicanée, mais moi j'ai peur qu'ils me chicanent. Je sais pas pourquoi. » (Charlotte). Bien qu'elle ne sache pas pourquoi, elle tend à craindre le pire dans la plupart des situations : « J'ai fait un dégât et j'ai peur que mes parents me chicanent. » (Charlotte). La participante est

portée à orienter son attention envers certains éléments et à les amplifier négativement :

Comme admettons, mon père et ma mère, font juste parler et ils disent « ben là ça, c'est trop cher » admettons, pis là moi je me sens comme « ils vont se séparer ». (Charlotte)

En fait, les enfants ayant des troubles anxieux sont portés à avoir un biais attentionnel envers les informations négatives (Dudeny, Sharpe et Hunt, 2015, p. 72) :

La notion de biais attentionnel envers les stimuli menaçants (par exemple, araignée, visage de désapprobation sociale) réfère à une allocation différentielle des ressources attentionnelles envers ce type de stimuli en comparaison à des stimuli neutres (Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-Kranenburg et van IJzendoorn, 2007; MacLeod, Mathews et Tata, 1986). (Coussement et Heeren, 2015, p. 667)

Les enfants ayant des troubles anxieux amplifient ainsi les dangers réels en étant portés à orienter leur regard vers les éléments menaçants et négatifs. Par ailleurs, les « biais interprétatifs »³¹ vers lesquels sont portés les enfants sont propres à chaque trouble anxieux, car ce ne sont pas les mêmes aspects qui sont craints (Beck *et al.*, 1985, dans Klein *et al.*, 2019, p. 5). De plus, ces enfants « ont une propension à ruminer des inquiétudes, à interpréter négativement les événements, ou encore, à anticiper les pires scénarios » (Gervais *et al.*, 2013, p. 70).

³¹ Traduction libre

c) Appréhender l'anxiété

Certaines participantes rencontrées craignent l'anxiété et par le fait même ont tendance à l'appréhender. C'est le cas de Léa, qui, à chaque jour à la même heure, prévient sa mère que son mal de ventre se fera bientôt ressentir. À tout coup, le mal de ventre se présente, ce qui justifie son anxiété préalable. D'autres participantes confirment leur appréhension face à certaines situations en y relevant postérieurement une expérience négative :

Comme je suis stressée d'aller à mon camp parce que j'aime pas ça puis que j'avais pas d'ami, puis là j'avais peur puis là après ça, ben j'étais quand même obligée d'y aller. Et là quand j'y ai été, cette journée-là, ben j'ai été mal. Et j'avais pas d'amis, je suis restée toute seule. (Juliette)

Juliette justifie son anxiété à l'égard de sa journée au camp de jour en identifiant les éléments négatifs confirmant ses appréhensions. D'ailleurs, elle mentionne « ça peut pas toujours bien se passer, c'est ça que ma mère me dit souvent en plus » (Juliette). Le Centre d'études sur le stress humain (2019) souligne que le fait d'appréhender des situations peut amener à lui seul la sécrétion des hormones reliées au stress. Ainsi, l'appréhension d'une situation peut entraîner des réactions physiques de stress chez l'enfant.

4.5 L'anxiété comme frein social

L'expérience du trouble anxieux par les participantes se traduit également par une barrière au niveau des relations interpersonnelles. Autrement dit, l'anxiété peut amener certains enfants à fuir les situations sociales représentant une source de stress. Bien que les enfants relèvent leurs différences avec autrui, il appert que leur estime de soi est somme toute positive et qu'elles ne se définissent pas uniquement par l'anxiété.

4.5.1 Limiter les interactions sociales

a) Attendre qu'autrui vienne à soi

En concordance avec la tendance à s'isoler et à se replier sur soi-même, certaines participantes sont plus portées à limiter les interactions sociales et à attendre qu'autrui vienne à soi : « Ben c'est plus les autres qui viennent vers moi. Moi des fois je vais vers les autres, mais c'est assez rare » (Léa). Pourtant, plus tard dans l'entrevue avec Léa, elle indique que « se faire des amis, pour moi c'est facile », ce qui semble quelque peu contradictoire avec son propos précédent. En fait, nous pouvons soulever l'hypothèse selon laquelle l'anxiété freine l'enfant à aller vers autrui et tend à limiter ses interactions sociales, et ce, malgré sa volonté à entrer en relation.

Il appert que, pour les enfants ayant des troubles anxieux, les « interactions sociales quotidiennes à l'école ou à la maison constituent une source de détresse plus grande qu'elles ne le sont pour leurs pairs » (Gazelle et Rubin, 2010; Miller et Miller, 2010, dans Gervais *et al.*, 2013, p. 70). C'est également ce qui semble faire surface dans les propos de certaines participantes. Les interactions sociales sont toutefois nécessaires à la construction de soi des enfants qui se développent en fonction des relations avec leur environnement et du langage employé par autrui, tel que suggéré par Gergen (2005) et Burr (2003) dans les premiers chapitres de ce mémoire.

b) Éviter les situations anxiogènes

Ainsi, certains enfants sont parfois portés à fuir la situation anxiogène plutôt que de s'orienter vers des stratégies permettant de composer avec ledit trouble. Il appert en fait qu'« en situation de stress, ils recourent plus à des stratégies de « coping » non

productives » (Legerstee, Garnefski, Jellesma, Verhulst, & Utens, 2010, dans (Gervais *et al.*, 2013, p. 70). L'anxiété est vue par Léa comme quelque chose qui l'empêche de vivre tout ce qu'elle voudrait vivre. En raison de sa phobie, elle craint certaines situations et afin de prévenir l'anxiété le plus possible, elle les évite. Si elle pouvait changer un aspect de sa vie au moment de l'entrevue, Léa indique qu'elle aimerait enlever sa peur. Son regard triste et son visage bas alors qu'elle parle de ce souhait témoignent d'une déception face à son anxiété. Elle semble être limitée par sa phobie qui l'empêche d'avoir certaines interactions sociales : « parce que souvent après j'aime pas, j'accepte pu d'aller dormir chez mes amies et de souper chez eux » (Léa). Les enfants ayant des diagnostics d'anxiété sociale sont plus enclins à éviter les situations sociales et à se retirer (Golombek, Lidle, Tuschen-Caffier, Schmitz, Vierrath, 2019, p. 19).

4.5.2 Entrer en relation par les conflits

a) Les conflits comme source importante d'anxiété

Les conflits représentent une source d'anxiété importante dans le quotidien des enfants. En effet, les participantes soulignent que leurs relations interpersonnelles sont caractérisées par des chicanes et qu'elles entraînent de la souffrance. C'est le cas de Charlotte, qui trouve qu'il est difficile, tant avec les amis qu'avec la famille, de « sortir des chicanes [...] ben comme que la chicane soit finie ». Cette dernière n'est pas réconfortée « quand qu'on se chicane, ben quand les autres se chicanent » (Charlotte). Chloé, qui se chicane avec ses amies et ses sœurs, reçoit l'aide d'une psychologue pour « régler les conflits », car ceux-ci la rendent « triste [et] fâchée ». Il appert en effet que les enfants étant « plus vulnérables aux troubles anxieux [...] éprouvent davantage de difficultés dans leurs relations sociales » (Gervais *et al.*, 2013, p. 69). La littérature indique également que les enfants ayant un diagnostic d'anxiété

sociale auront plus de difficulté à s'exprimer émotionnellement (Golombek *et al.*, 2019, p. 19).

Pour d'autres participantes, les conflits ont uniquement lieu à l'extérieur du système familial. Juliette rapporte qu' « il y en a beaucoup [les amis] qui me frappent puis il y en a beaucoup qui ne veulent pas jouer avec moi » (Juliette).

En contexte scolaire, divers facteurs ont une influence sur la santé mentale des enfants et « le soutien des amis » en fait partie (Couture, 2019, p. 4). Il appert en fait que « des relations saines avec les camarades contribuent à offrir les soutiens nécessaires permettant des expériences positives à l'école et la réussite scolaire » (Freeman, Pickett et King, 2016, dans Couture, 2019, p. 4). Grandjean, Petot et Petot (2016) suggèrent que les violences en milieu scolaire peuvent contribuer à augmenter les risques de manifestations anxieuses chez les enfants (p. 496). Par violences, les auteurs entendent la « mise à l'écart », les « insultes et moqueries » et les « violences physiques » (Grandjean, Petot et Petot, 2016, p. 495).

b) Reposer sur les adultes pour diminuer l'anxiété

Une manière d'apaiser l'anxiété reliée aux conflits relevée par les participantes de l'étude consiste à impliquer un adulte, qui correspond à un symptôme typique de l'anxiété généralisée, soit le « besoin excessif d'être rassuré » (Dumas, 2013, p. 509). Il appert qu' « aller le dire à un adulte » permet de se sentir « beaucoup mieux que quand il y avait le conflit » (Chloé). Charlotte repose également sur les adultes pour se faire rassurer :

Comme quand que je pogne une chicane avec mes amies, je vais toujours le dire à un professeur ou à quelque chose de même. C'est que les professeurs ils disent que c'est pas très très bon, des fois on peut régler les problèmes, fait que là je vais le dire à mes parents. (Charlotte)

Les enfants reposent sur les personnes significatives dans leur environnement pour apaiser leur anxiété, plutôt que de trouver des solutions par elles-mêmes. Des études effectuées sur les enfants à risque de présenter des troubles anxieux ont démontré qu'ils ont davantage recours à « l'évitement » plutôt qu'à « la recherche de solutions » (Dumont, 2001; Gazelle et Ladd, 2003, dans Gervais *et al.*, 2013, p. 70). Éviter de régler les conflits avec les camarades de classe peut amener un sentiment temporaire de soulagement chez l'enfant, mais au fil du temps, « l'anxiété s'accroît dans l'attente d'une prochaine confrontation avec le « stresser » » (Dumont, 2001; Gazelle et Ladd, 2003, dans Gervais *et al.*, 2013, p. 70).

4.5.3 Image de soi à travers le regard d'autrui et le regard de l'enfant

a) Se comparer à autrui par le biais de l'anxiété

À l'aide des questions tirées de notre guide d'entrevue, nous avons abordé avec les enfants leurs perceptions des différences et des ressemblances avec autrui. Pour certaines participantes, les différences relevées concernent des traits physiques ou des caractéristiques psychologiques non reliées à l'anxiété. Par contre, pour d'autres, l'anxiété met en évidence des comportements et des pensées qu'elles ne partagent pas avec le reste de la famille.

Charlotte indique qu'une différence avec les autres membres de sa famille concerne la nourriture. En effet, à l'heure du repas, elle « mange d'autre chose », car elle réagit aux textures des aliments : « moi c'est plus pour la texture, j'adore le goût. Comme

exemple les kiwis, j'adore le goût des kiwis, je l'adore, mais j'aime pas la texture » (Charlotte).

Charlotte admet que le fait de manger différemment de sa famille n'est pas évident : « c'est ça qui est dur ». Les propos de Charlotte indiquent donc qu'une souffrance supplémentaire découle de sa comparaison négative à autrui. En se percevant comme ayant des pensées différentes, l'enfant accorde un sens particulier à ses symptômes d'anxiété et y ressent un sentiment négatif. Pourtant, la littérature indique que « l'enfant qui présente des problèmes cliniques d'anxiété ne diffère souvent de ses pairs que par l'intensité de ses réactions aux situations d'adversité » (Layne *et al.*, 2009, dans Gervais, *et al.*, 2013, p. 72). Or, d'autres participantes relèvent plutôt des ressemblances avec autrui par le biais de l'anxiété. C'est le cas de Juliette qui indique que l'anxiété est un élément qu'elle a en commun avec une amie : « elle fait un peu d'anxiété comme moi ». En remarquant les ressemblances avec sa camarade, Juliette normalise ses émotions et son anxiété.

b) Image de soi se définissant par l'anxiété dans le regard de la famille

Certaines participantes rencontrées partagent un point de vue selon lequel les membres de la famille les identifient comme étant anxieuses : « ben... c'est ça, elle [mère] dirait que je suis stressée. Sinon je sais pas » (Léa). C'est également le cas de Juliette, qui indique que sa mère « dirait que j'aime pas ça rester tout seule puis que je fais de l'anxiété souvent puis je me fais souvent des problèmes pour rien [...] » (Juliette). La famille semble induire l'anxiété dans la tête de certains enfants qui se perçoivent comme anxieuses par le biais de celle-ci. Bien que les participantes nous indiquent avoir une famille compréhensive, soutenante, accompagnante et présente dans leur expérience de l'anxiété, elles semblent également ressentir que l'anxiété les

définit aux yeux de leur famille. Le regard de chacun des membres de la famille occupe une place importante dans la construction de soi :

Les élaborations mentales des uns et des autres dans une famille permettent la construction à plusieurs d'une narrativité selon laquelle, en retour, les constructions identitaires de chacun prennent appui. (Delage, 2014, p. 379)

L'identité des participantes se construit donc à travers cette perception des autres membres de la famille où la présence de l'anxiété est importante. Par contre, l'estime de soi de ces mêmes enfants ne se définit pas uniquement par cette anxiété, selon les résultats de notre étude.

c) Image de soi positive à travers le regard de l'enfant

La littérature consultée dans le cadre de cette étude a engendré une hypothèse de départ selon laquelle l'estime de soi des enfants ayant des troubles anxieux aurait tendance à être négative. Nous nous attendions à observer chez nos participantes une estime de soi plus faible (Riquier, 2004), sachant que les enfants présentant des troubles anxieux sont davantage portés à « sous-estimer leur propre comportement »³² (Bögels et Zigterman, 2000, p. 210). De plus, il a été démontré qu'une « faible estime de soi était significativement et négativement reliée aux symptômes d'anxiété »³³ (Rodriguez, Pu et Foiles, 2019, p. 168).

Pourtant, chez les participantes de notre étude, l'estime de soi s'avère plutôt haute. Alors qu'il est demandé aux enfants rencontrées de nous parler d'elles-mêmes, elles n'abordent pas l'anxiété pour se définir et nous offrent une image de soi positive :

³² Traduction libre

³³ Traduction libre

« Ben que je suis généreuse, je suis assez gentille. Des fois je suis pas d'accord avec des choses puis c'est ça » (Charlotte). Léa, qui se montre plutôt réservée et incertaine de ses réponses tout au long de l'entrevue, indique qu'elle est « drôle... Euh ouais, mais je fais un peu des fois n'importe quoi » (Léa).

L'anxiété est présente dans la vie des participantes et elle occupe une place importante dans leur quotidien. Le trouble anxieux entraîne une souffrance considérable, engendre une importante honte des symptômes, freine la création de certaines relations interpersonnelles et amène à éviter des situations anxiogènes. Toutefois, l'estime de soi des participantes s'est avérée plutôt élevée. La perception de soi, bien que teintée par les différences occasionnées par l'anxiété, ne se limite pas qu'à la présence du trouble. En fait, il a été démontré que « les perceptions de soi positives et les compétences sociales » représentent des « facteurs de protection pour le développement » (Couture, 2019, p. 4).

Les participantes de notre étude ont indiqué avoir des parents impliqués émotionnellement, ce qui peut avoir un impact sur le développement d'une bonne estime de soi. En effet, une bonne estime de soi est associée à la perception d'un « niveau élevé de soutien affectif parental » (Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, 2002, dans Couture, 2019, p. 9). Nous pouvons également supposer que dans les familles où les enfants connaissent leur diagnostic et où il est discuté de celui-ci ouvertement avec la fratrie, la permission d'être soi encourage ces enfants à développer une image de soi somme toute positive.

Bien que les participantes de notre étude aient des éléments en commun quant à leur expérience du trouble anxieux, leur trajectoire n'est pas similaire. En effet, elles ne possèdent pas le même processus d'adaptation et présentent des visions différentes de

leur situation. Malgré notre petit échantillon, une diversité quant au développement de leur identité s'observe et celle-ci ne semble pas se définir uniquement par l'anxiété.

L'identité se construit par ailleurs à travers les relations où « une possibilité de flexibilité et des transformations de l'identité au gré des rencontres avec des autres significatifs » (Delage, 2014, p. 379) peut s'observer. Ainsi, le développement identitaire ne suit pas une trajectoire linéaire, mais se construit à travers le temps, les interactions et les relations propres à chaque enfant.

En résumé, cette section témoigne de la difficulté que peut représenter le fait d'entrer en relation avec autrui chez les enfants ayant des troubles anxieux. En effet, les interactions sociales peuvent être une source d'anxiété, ce qui peut les amener à fuir certaines situations anxiogènes et à entrer en conflit avec autrui. Les participantes affichent cependant une image de soi positive qui ne se définit pas uniquement par l'anxiété, et ce, bien qu'elles soient de l'avis que leur famille les perçoive comme étant anxieuses.

PARTIE III

SYNTHÈSE ET INTÉRÊT POUR LE TRAVAIL SOCIAL

Pour terminer ce chapitre concernant l'analyse des résultats obtenus, il est pertinent d'effectuer une synthèse de notre recherche et de mettre en lumière les éléments les plus saillants de notre analyse.

4.6 Synthèse de l'analyse

Le constructionnisme social de Gergen (2005), qui accorde une place importante aux relations et au regard d'autrui dans la construction des troubles de santé mentale, suggère une posture permettant de comprendre l'expérience des enfants. Le sens que prend le diagnostic pour l'enfant a une influence sur son expérience du trouble et sur sa manière de voir sa situation. Ce sens est grandement modulé par l'acceptation du trouble anxieux au sein de la famille et par la reconnaissance de la souffrance par celle-ci. Nous remarquons également qu'à l'extérieur de la famille, le trouble tend à être moins bien compris par autrui et entraîne chez l'enfant un sentiment d'exclusion, de honte et de solitude. Le regard d'autrui contribue par ailleurs à construire l'expérience du trouble et peut occasionner une souffrance supplémentaire, voire parfois plus grande que celle apportée par le trouble lui-même. Le sens du diagnostic chez l'enfant semble donc varier en fonction des frontières de la reconnaissance de la souffrance.

Gergen soutient qu'une orientation vers le « déficit humain » est observée lorsque des termes à connotation plus négative sont employés (2005, p. 144). Le langage, qui est porteur de sens selon Burr (2003), contribue donc à construire l'expérience des

enfants. Les participantes dont les parents abordent le diagnostic dans la famille ont la possibilité de comprendre leur trouble et de l'accepter. Au contraire, lorsque le diagnostic n'est pas connu par l'enfant, le malaise social entourant les troubles de santé mentale peut se transposer à lui. Malgré une intention de protection de l'enfant, le secret du diagnostic peut potentiellement entraîner une souffrance plus grande, créer une incompréhension chez l'enfant face à ses sentiments et lui faire porter le « problème ».

L'expérience du trouble anxieux chez l'enfant peut également être influencée par la nature des relations humaines, qui modifient le langage (Gergen, 2005, p. 8). Ainsi, des relations positives avec les membres de la famille et avec autrui contribuent à rendre l'expérience de la santé mentale positive. Cependant, les relations avec autrui étant vécues comme négatives par les enfants, celles-ci représentent une source supplémentaire d'anxiété et peuvent les amener à fuir ces interactions et à rencontrer de nombreux conflits avec autrui.

Malgré leur jeune âge, les participantes ont témoigné comprendre que l'anxiété est une réaction de leur corps à un danger qui n'est pas réel. Elles ont ainsi indiqué que le stress tire son origine de leurs pensées et elles se sont dotées de moyens afin de « truquer leur cerveau » pour s'apaiser.

4.7 Intérêt pour le travail social

En intervention dans le domaine de la santé mentale avec des enfants, le paradigme de la construction sociale permet d'adopter une vision où les troubles anxieux se construisent en fonction des interactions avec les différents milieux. En ayant cette posture, nous supposons que le sens, les relations et le langage construisent

l'expérience des enfants de leur trouble anxieux, et peuvent même les amener à le percevoir autrement qu'un « trouble », qu'un déficit. Nous pouvons aussi être informés de divers facteurs participants à l'anxiété et qui n'appartiennent pas à l'individu.

La définition de l'évaluation du fonctionnement social relève déjà l'importance de l'interaction entre l'environnement et l'individu (Keefler, Bond et Sussman, 2013, dans Harper et Dorvil, 2013, p. 271). Les analyses de nos entrevues ont démontré la nécessité de bien évaluer ces aspects et d'intervenir auprès des différents systèmes entourant l'enfant, notamment ceux pour qui le diagnostic de trouble anxieux est posé.

En ce qui a trait à la famille, il est très important dans cette perspective de l'impliquer dans les interventions qui ont pour but de diminuer l'anxiété chez l'enfant. En effet, les propos des enfants ont mis en lumière la pertinence de la reconnaissance du trouble anxieux par la famille ainsi que son implication dans le processus d'acceptation de soi. Il s'avère donc utile d'enseigner à la famille à valider les émotions de l'enfant, à en discuter entre les membres et à se montrer compréhensif face à la souffrance de l'enfant. Faire voir l'enfant par un psychologue ou dans une approche uniquement individuelle pourrait omettre cette stratégie de soutien importante, et renforcer un message qu'il est le seul à qui appartient le problème.

En supposant que la famille est un système en relation (Elkaïm, 1993), il est donc nécessaire de l'inclure dans les interventions lorsqu'un diagnostic de trouble anxieux est posé auprès d'un membre plutôt que de les diriger uniquement vers l'enfant l'ayant reçu.

Au niveau de l'environnement social, les résultats de notre mémoire confirment la nécessité de poursuivre le travail de sensibilisation de la population quant aux troubles de santé mentale. En fait, nous remarquons qu'il est primordial d'aborder l'anxiété de manière précoce avec les enfants. La prévention devrait être réalisée dès le primaire afin d'informer les enfants de l'existence de l'anxiété. Les enfants que nous avons rencontrés sont en mesure de comprendre leur trouble anxieux et de le verbaliser à 8 et 10 ans; il est donc possible de croire que des enfants de cet âge, voire même plus jeunes, soient en mesure de le faire- tout dépendant de leur degré de maturité et de capacité individuelle de compréhension.

Les intervenants, en adaptant leurs explications aux différents niveaux développementaux, pourraient ainsi sensibiliser les enfants à l'égard des causes complexes et des symptômes de l'anxiété afin qu'ils puissent être en mesure de la reconnaître, de la gérer, mais surtout de normaliser les émotions y étant associées. Ceci pourrait donc répondre au besoin de reconnaissance de la souffrance par autrui manifesté par certaines participantes rencontrées. De plus, ces interventions devraient être réalisées auprès de tous les enfants d'un même groupe à l'école afin d'éviter la stigmatisation en ne ciblant que les enfants plus vulnérables ou à risque (Miller et al., 2011; Miller, Short, Garland, & Clark, 2010; Rose et al., 2009; Stallard, 2010, dans Gervais, Bouchard, Guilbert et Gagnier, 2013, p. 71). Afin de prendre en considération les facteurs socioculturels et relationnels, il serait également important de sensibiliser le milieu social (école, famille élargie, loisirs, etc.).

Au niveau des interventions à réaliser auprès de l'individu présentant le trouble, nous constatons que de reconnaître la souffrance pourrait encourager l'acceptation de soi. À travers les propos des enfants, nous avons remarqué qu'un besoin de normalisation des émotions et des pensées s'est manifesté. Selon les participantes, il serait apaisant

qu'un professionnel leur enseigne qu'elles ne sont pas les seules à rencontrer ces difficultés. Considérant qu'une expérience plus positive du trouble est associée à une connaissance de ce dernier, il s'avère également pertinent de poursuivre les interventions visant à outiller les enfants dans leur compréhension de leur anxiété. À travers nos résultats, nous constatons que les relations interpersonnelles sont source de stress et qu'elles représentent parfois des difficultés chez les enfants provoquant de l'anxiété dans certaines situations.

Des interventions dirigées vers l'apprentissage d'habiletés relationnelles et de gestion des conflits pourraient être congruentes. Quant aux parents, des interventions pourraient également être orientées vers ceux-ci dans le but de les outiller, et ce, afin qu'à leur tour ils puissent outiller leur enfant. Les troubles de santé mentale, bien que compris par l'ensemble de la population, sont parfois compliqués à vulgariser aux enfants, et à déconstruire. Nous remarquons qu'il serait utile d'effectuer des interventions ayant pour but de démystifier la santé mentale en offrant des outils et du matériel aux parents et aux enfants pour remettre en question le trouble. À la lumière de nos entrevues, nous remarquons l'importance d'amener les parents à externaliser l'anxiété chez leur enfant et à explorer ce qui en fait partie plutôt que de se cantonner dans la notion de diagnostic.

Par ailleurs, les résultats de notre mémoire nous démontrent la nécessité d'aborder le diagnostic avec les enfants et d'éviter les secrets à leur égard. Les intervenants auraient alors avantage à encourager les parents à partager le diagnostic à l'enfant afin d'éviter une souffrance supplémentaire, et de lui permettre d'en parler à sa façon.

Les brèves rencontres effectuées avec les parents préalablement aux entrevues avec leur enfant ont laissé paraître un besoin d'accompagnement. En effet, une souffrance

a été identifiée chez les parents. Nous avons pu constater un épuisement dans leur quotidien face aux délais les empêchant d'avoir accès rapidement à des services pour leur enfant. Conséquemment, il serait bénéfique d'offrir un espace aux parents dont les enfants reçoivent des diagnostics de troubles anxieux. Bien que ces parents présentent des moyens pour échanger entre eux (par exemple, sur des groupes de parents sur *Facebook*), ils manifestent le besoin d'un accompagnement et d'une écoute par un professionnel. De plus, les témoignages recueillis dans le cadre de notre recherche démontrent la pertinence de poursuivre les démarches actuelles visant la réduction de temps d'attente et encourageant l'accessibilité aux services spécialisés en santé mentale pour les enfants. Enfin, ce mémoire présente un intérêt pour le domaine du travail social considérant l'augmentation des troubles anxieux chez les enfants et la nécessité de comprendre la réalité avec laquelle ceux-ci composent quotidiennement.

CONCLUSION

Dans le premier chapitre, nous avons vu que les perceptions entourant la santé mentale des parents, des enfants, de la fratrie, des pairs, de l'entourage et de l'environnement social étaient plutôt négatives et que le diagnostic en santé mentale était source de stigmatisation. Par ailleurs, à travers notre revue de la littérature, nous avons démontré que les études abordant l'expérience de l'enfant recevant le diagnostic de trouble anxieux se faisaient rares. Nous avons alors décidé d'étudier l'expérience des enfants âgés de 6 à 12 ans ayant reçu un diagnostic de trouble anxieux afin de connaître leur point de vue.

Le deuxième chapitre nous a permis d'aborder les troubles de santé mentale sous la posture de la construction sociale (Gergen, 2005). Nous avons supposé que le regard social porté sur le trouble était porteur de sens et que les relations ainsi que le langage (Burr, 2003) construisaient l'expérience du diagnostic. Ces notions ont alors guidé notre collecte de données ainsi que notre analyse des résultats. Nous avons aussi étudié les différents discours utilisés en intervention en travail social (Healy, 2015) ainsi que leurs influences sur le domaine de la santé mentale. Enfin, dans un paradigme de résilience (Cyrulnik, 2001), nous avons souhaité explorer les stratégies mises en œuvre par ces enfants afin de nous éloigner du construit de déficit autour du « trouble » diagnostiqué.

Le troisième chapitre de ce mémoire a mis en lumière la méthodologie de recherche employée pour la collecte et l'analyse des données, soit la théorisation enracinée

(Charmaz, 2014; Corbin et Strauss, 2015). Nous avons comme objectif à ce moment de comprendre l'expérience des enfants. Pour ce faire, nous avons effectué des entretiens individuels avec quatre enfants et avons eu recours à la technique du « *draw and talk* ». Malgré notre petit échantillon, nous avons été en mesure de tirer des conclusions intéressantes et de répondre à nos objectifs initiaux. Nous envisagions initialement de rencontrer des enfants présentant également des diagnostics de troubles dépressifs. Par contre, seuls des parents ayant des enfants avec des troubles anxieux ont répondu à notre demande, de sorte que la perception par les enfants de tels diagnostics n'a pu être analysée. Le recrutement d'enfants n'a pas été facile et nous avons fait face à de nombreuses contraintes. Il aurait également été intéressant de rencontrer des enfants plus âgés, soit de 11 et 12 ans, afin de comparer leurs perceptions avec celles des enfants plus jeunes.

Dans le quatrième chapitre, nous avons exposé les résultats de nos entrevues avec les enfants en mettant de l'avant les grandes thématiques décrivant leur expérience. Nous avons également répondu en partie à nos objectifs de recherche. Un premier objectif de notre étude cherchait à identifier comment les enfants ayant reçu un diagnostic de trouble anxieux âgés de 6 à 12 ans composent avec leur trouble de santé mentale sur le plan de leurs émotions et de leurs pensées. Nous avons constaté que les enfants vivent une expérience somme toute positive du trouble anxieux lorsque la famille est impliquée dans la gestion de leurs émotions et qu'elle est compréhensive et sensible à leur situation. Par ailleurs, nous avons remarqué que, malgré leur jeune âge, les enfants peuvent être conscients que l'anxiété présente une forme d'irréalisme. Cette manière de voir le stress leur permet de truquer et déjouer leur cerveau afin de trouver des moyens de s'apaiser.

Un second objectif visait à préciser l'impact des mots employés par les parents, les pairs, la fratrie et l'entourage sur leur définition de soi et sur l'image qu'ils construisent d'eux-mêmes. Nous avons observé qu'un malaise social persiste autour de la santé mentale et qu'un travail de sensibilisation et de prévention doit forcément être poursuivi. En effet, les enfants ont témoigné faire face à un regard d'incompréhension et de jugement d'autrui les amenant à ressentir de la honte face à leurs symptômes. Nous avons noté que la reconnaissance de la souffrance par la famille est un thème central à l'expérience du trouble et qu'il encourage la permission d'être soi. En effet, la validation et la compréhension des difficultés rencontrées chez l'enfant par les membres de la famille encouragent les enfants à accepter la présence du diagnostic. Par ailleurs, les enfants identifient que la non-reconnaissance de leur souffrance à l'extérieur de leur système familial entraîne une souffrance supplémentaire et qu'elle les expose à un regard d'autrui négatif.

Nous recommanderions aux futurs étudiantes et étudiants d'oser effectuer des recherches avec des enfants, sachant que la majorité des études en santé mentale sont réalisées avec des adultes. Malgré les diverses difficultés engendrées par notre choix d'effectuer des entretiens individuels avec des sujets mineurs, leur accorder une voix dans la recherche demeure l'avantage principal de notre étude. En leur offrant un espace sans jugement lors des entrevues, les participantes ont eu la chance de s'exprimer par rapport aux difficultés qu'elles rencontrent et d'être les protagonistes de notre étude. Pour de futures études, nous recommanderions d'ailleurs d'avoir recours, comme nous, au dessin ou au jeu, car il facilite le partage du vécu des enfants. Bien que les réponses des enfants soient plus courtes, il est possible de les analyser et d'en retirer du matériel intéressant aux fins de recherche. Enfin, nous aurions davantage à effectuer davantage de recherches en travail social avec les enfants plutôt que sur ceux-ci. Somme toute, cette étude nous a offert un aperçu sur un univers

complexe dont l'exploration mériterait d'être poursuivie dans le cadre de recherches futures afin d'enrichir les pratiques en sciences sociales.

En terminant, la démarche de « déconstruction » de la santé mentale que nous avons suivie tout au long de notre mémoire nous offre la possibilité d'avoir un regard différent sur la santé mentale. En effet, cette approche nous amène à décontextualiser la notion de « trouble » et à ne pas s'y limiter. Elle nous offre par ailleurs la possibilité de déconstruire la souffrance vécue par les enfants et à réfléchir à la manière dont ils parviennent à composer avec leur anxiété sans se limiter à des notions de « diagnostic » ou de « symptômes ».

APPENDICE A

AFFICHE DE RECRUTEMENT

Cette recherche porte sur les expériences des enfants ayant reçu un diagnostic de trouble anxieux et/ou de trouble dépressif.

Votre enfant est invité à prendre part à une recherche visant à comprendre sa perception de sa situation en lien avec son diagnostic en santé mentale. Cette étude vise à identifier la manière dont les enfants composent avec leur trouble anxieux et/ou dépressif et cherche à préciser l'impact des mots, des perceptions et des relations avec l'entourage sur l'expérience du diagnostic.

Critères

Pour que votre enfant puisse participer, il devra :

- Avoir entre 6 et 12 ans lors de l'entrevue
- Avoir reçu un diagnostic de trouble anxieux et/ou de trouble dépressif ou avoir entrepris un processus dans lequel une évaluation médicale est entamée en raison de difficultés s'apparentant à la dépression ou à l'anxiété
- Parler français

Participation

- Entrevue individuelle d'environ 30 à 45 minutes avec votre enfant où il lui sera demandé de partager ses perceptions et son expérience tout en ayant la possibilité de dessiner librement.
- L'entrevue se déroulera à l'endroit de votre choix et au moment qui vous convient.
- L'entrevue sera enregistrée numériquement (avec votre permission écrite et celle de votre enfant).
- La participation à ce projet est volontaire et non rémunérée.
- La confidentialité des informations est assurée.

Pour toutes questions ou pour que votre enfant puisse participer au projet de recherche :

Vous êtes invités à communiquer avec l'étudiante-chercheuse responsable du projet de recherche et étudiante à la maîtrise en travail social à l'Université du Québec à Montréal :

Justine Favreau

Tel : 438-887-2798

Courriel : favreau.justine@courrier.uqam.ca

Directrice de recherche : Anne-Marie Piché

Tel : 514-987-3000, poste 4893; Courriel : piche.anne-marie@uqam.ca

APPENDICE B

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (PARTICIPANT MINEUR)

Diagnostic de trouble anxieux et/ou dépressif chez l'enfant : l'expérience du regard d'autrui sur la construction de soi

ÉTUDIANTE-CHERCHEURE

Justine Favreau
Maîtrise en travail social
438-887-2798
favreau.justine@courrier.uqam.ca

DIRECTION DE RECHERCHE

Anne-Marie Piché
Professeure, École de travail social, UQÀM
514-987-3000, poste 4893
piche.anne-marie@uqam.ca

PRÉAMBULE

Nous invitons votre enfant à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter qu'il participe à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement à titre de parent / représentant légal de votre enfant, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

DESCRIPTION DU PROJET ET DE SES OBJECTIFS

Votre enfant est invité à prendre part à ce projet visant à comprendre l'expérience des enfants ayant reçu un diagnostic de trouble anxieux et/ou dépressif. Cette étude vise à identifier la manière dont les enfants comprennent et vivent avec leur trouble de santé mentale et à préciser l'impact du langage, des perceptions des autres et des relations avec l'entourage sur l'expérience du diagnostic. Nous nous intéressons aux enfants

fréquentant l'école primaire ayant entre 6 et 12 ans. La contribution de votre enfant favorisera l'avancement des connaissances dans le domaine de la santé mentale chez les enfants.

NATURE ET DURÉE DE LA PARTICIPATION DE VOTRE ENFANT

Avec votre permission et avec l'accord de votre enfant, celui-ci sera invité à participer à une entrevue enregistrée (audio) d'une durée de 30 à 45 minutes. Il sera proposé d'aller rencontrer votre enfant à votre domicile ou à l'endroit de votre choix. Avant d'effectuer un entretien avec votre enfant, vous aurez accès à la grille d'entrevue afin de prendre connaissance des thèmes abordés auprès de votre enfant. Ces thèmes traiteront de ses perceptions de soi, de ses perceptions des autres et de la manière dont les autres le perçoivent. La principale tâche qui lui sera demandée sera de répondre aux questions verbalement et il pourra s'aider du dessin (par exemple, en dessinant ses réponses).

AVANTAGES LIÉS À LA PARTICIPATION

Il se peut que votre enfant retire un bénéfice personnel de sa participation à ce projet de recherche, mais nous ne pouvons vous l'assurer. Le fait de participer à une entrevue abordant ses perceptions peut lui permettre de nous partager librement son point de vue de sa situation ainsi que de sa réalité. L'entrevue peut également permettre à votre enfant de s'exprimer par rapport aux difficultés qu'il vit en lien avec la santé mentale en lui offrant un espace propice et sans jugement. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine de recherche puisqu'il existe peu d'études réalisées auprès des enfants présentant des diagnostics de troubles de santé mentale.

RISQUES LIÉS À LA PARTICIPATION

Il n'y a pas de risque majeur associé à la participation de votre enfant. Cependant, un risque relié à la participation de votre enfant à ce projet concerne celui d'éveiller des souvenirs reliés aux symptômes diagnostiques. Par contre, des précautions seront prises afin d'atténuer tout risque potentiel. Votre enfant aura la liberté de ne pas répondre à une question, qu'elle suscite en lui des réactions émotionnelles ou non. Nous n'exigerons pas de lui qu'il aborde des épisodes difficiles ni des événements traumatiques, éprouvants ou négatifs. Aucune des questions de l'entrevue n'abordera le diagnostic qu'il a reçu et une sensibilité sera portée envers les mots employés avec votre enfant. Il sera libre de se retirer à tout moment de la recherche. En tout temps, il sera impératif de respecter l'estime de soi de votre enfant et il sera de notre

responsabilité de suspendre ou de mettre fin à l'entrevue si un inconfort est ressenti. Aussi, en cas de besoin, nous vous offrons la possibilité de référer tout membre de votre famille vers une ressource appropriée, soit en vous orientant vers les organismes déjà impliqués auprès de la famille ou vers le CLSC le plus proche. Sur le plan social, un risque pourrait être que le diagnostic de votre enfant soit connu et lui cause ou amplifie une situation de stigmatisation, dans la mesure où l'entretien est réalisé à l'école ou dans un lieu public. Le personnel scolaire ou toute personne étant au courant de notre étude pourrait alors comprendre que votre enfant présente un diagnostic. Afin de le prévenir, les intervenants ou les professionnels des milieux que vous fréquentez ne sont pas informés de votre participation ni de celle de votre enfant et les entretiens seront réalisés à l'endroit de votre choix.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

La participation de votre enfant à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser qu'il y participe. Vous pouvez également le retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à l'étudiante-chercheuse de ce projet. Votre enfant peut également choisir de se retirer de ce projet de son propre chef, sans justification et sans pénalité d'aucune forme, et ce nonobstant votre consentement. Toutes les données le concernant seront détruites.

CONFIDENTIALITÉ

Il est entendu que les renseignements recueillis auprès de votre enfant seront confidentiels et que seules l'étudiante-chercheuse et la directrice de recherche auront accès à son enregistrement audio et au contenu de sa transcription. La transcription sur support informatique qui en suivra ne permettra pas d'identifier votre enfant ni votre famille. Tous les noms mentionnés dans les entrevues seront remplacés par des noms fictifs et les situations décrites seront modifiées dans le mémoire de recherche de sorte qu'il soit impossible de reconnaître les participants. Aucune information personnelle ne pourra être dévoilée lors de la diffusion des résultats. Les données recueillies seront partagées uniquement avec notre directrice de recherche. Ce que vous ou votre enfant partagez comme information ne sera pas communiqué aux intervenants et/ou aux professeurs impliqués auprès de votre famille et ils ne seront pas informés de votre participation au projet.

Le matériel de recherche et les formulaires de consentement seront conservés séparément sous clé au bureau de notre directrice de recherche pour la durée totale du projet. Les enregistrements numériques, les formulaires de consentement et tous les

autres renseignements recueillis au cours de l'étude seront détruits 5 ans après la publication du mémoire. Les données seront détruites de manière sécurisée en disposant les documents papier par déchiquetage et les documents électroniques par effacement de fichiers.

CITATIONS

Dans la section analytique de notre mémoire de maîtrise, de même que dans une éventuelle publication scientifique autre, des citations de votre enfant pourraient être utilisées. Cependant, les données seront modifiées de telle sorte qu'il ne sera pas possible de les associer à votre enfant ou à votre famille ni de vous reconnaître. Tous les noms mentionnés dans les entrevues seront remplacés par des noms fictifs et les situations décrites seront modifiées dans le mémoire de sorte qu'il soit impossible de reconnaître les participants.

INDEMNITÉ COMPENSATOIRE

Aucune indemnité compensatoire n'est prévue.

DES QUESTIONS SUR LE PROJET?

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur la participation de votre enfant, vous pouvez communiquer avec les responsables du projet : Anne-Marie Piché (514-987-3000 poste 4893, piche.anne-marie@uqam.ca); Justine Favreau (438-887-2798, favreau.justine@courrier.uqam.ca).

Des questions sur vos droits ? Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la coordonnatrice du CERPE (4) : sergent.julie@uqam.ca ou 514-987-3000, poste 3642.

REMERCIEMENTS

Votre collaboration et celle de votre enfant sont essentielles à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier.

RESPONSABILITÉ DE LA CHERCHEURE

Au cours de votre participation à la recherche ou de celle de votre enfant, si un membre de l'équipe de recherche a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant (âgé entre 0 et 17 ans) est compromis, il devra obligatoirement signaler la situation au Directeur de la protection de la jeunesse selon l'article 39 de la Loi sur la protection de la jeunesse.

CONSENTEMENT

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de la participation de mon enfant, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels il s'expose tels que présentés dans le présent formulaire.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

J'ai discuté du projet avec mon enfant et il a accepté d'y participer volontairement.

J'accepte que l'entrevue soit enregistrée (audio) : Oui Non

J'accepte que des citations de mon enfant soient utilisées dans le mémoire de maîtrise ou dans une éventuelle publication scientifique : Oui Non

Je, soussigné(e), accepte volontairement que mon enfant participe à cette étude. Il peut se retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

Prénom Nom du représentant légal

Signature

Date

Prénom Nom de l'enfant

Assentiment écrit de l'enfant capable de comprendre la nature du projet

Date

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

Je, soussigné(e) certifie

- (a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire; (b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;
- (c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à la participation de son enfant au projet de recherche décrit ci-dessus;
- (d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Prénom Nom

Signature

Date

APPENDICE C

GRILLE D'ENTREVUE SEMI-STRUCTURÉE

Prise de contact avec l'enfant et mise en confiance

Demander à l'enfant s'il comprend pourquoi il est ici aujourd'hui, l'informer à nouveau du but de la recherche et lui expliquer qui nous sommes.

Lui nommer que nous discuterons ensemble et que ceci restera entre nous. Par contre, lui nommer également que si nous sommes inquiètes pour lui ou que si nous ressentons un inconfort de sa part, nous devons en parler à ses parents.

Demander à l'enfant de nous parler de lui, de ce qu'il aime faire et de ce qu'il aime moins faire en introduction afin de lui montrer que l'entrevue repose sur ses perceptions et qu'il n'existe pas de bonne ou de mauvaise réponse (Hill, Laybourn et Borland, 1996).

Toujours utiliser les mots de l'enfant lorsqu'il fournit une réponse pour le questionner davantage, par exemple: « Qu'est-ce que cela veut dire quand tu dis (reprendre les mots de l'enfant) ? ».

Lui expliquer qu'il peut utiliser les crayons à tout moment pendant l'entrevue pour dessiner pendant que nous discutons. Nous apporterons le matériel (crayons et feuilles de papier) et utiliserons celui que l'enfant préfère.

1^{ère} section: SoiThème 1 : Perceptions de soi

- a) Peux-tu te dessiner ?
- b) Décris-moi ce que tu as dessiné?
- c) Pourquoi as-tu dessiné tel objet ou telle caractéristique? Pourquoi as-tu dessiné ceci plutôt que cela?

S'il ne veut pas dessiner :

- d) Si les autres avaient à te dessiner, comment penses-tu qu'ils le feraient?
- e) Qu'est-ce que tu dis à (*un membre de la famille*) de toi ?
- f) Qu'est-ce que tu penses de ça (*de la manière dont il se décrit*)?

2^e section : Autrui

Thème 2 : Perceptions des personnes significatives

- a) Peux-tu me dessiner les personnes spéciales pour toi en ce moment?
- b) Peux-tu me dire pourquoi elles sont importantes pour toi?

Selon l'âge de l'enfant, demander des détails supplémentaires, par exemple, le type de relation entre ces personnes significatives et lui et comment il se sent avec elles.

- c) Qu'est-ce que tu remarques en premier quand tu rencontres quelqu'un?
- d) Qu'est-ce que les autres (*personnes significatives qu'il nomme*) ont en commun avec toi?
- e) Qu'est-ce que les autres (*personnes significatives qu'il nomme*) ont de différent avec toi?

Thème 3 : Perception de soi en lien avec les autres et leurs perceptions

- a) Si (*personne significative*) me parlait de toi, comment le ferait-elle? Qu'est-ce qu'elle me dirait?
- b) Si j'allais rencontrer tes amis après, qu'est-ce que tu penses qu'ils me diraient de toi?
- c) S'ils me disaient (*en fonction de ce que l'enfant répond, reprendre ses mots*) de toi, qu'est-ce que cela te ferait?

Thème 4 : Perceptions des différences et ressemblances avec autrui

- a) Qu'est-ce que tu trouves le plus difficile :
 - a. Dans ta famille ?
 - b. À l'école ?
 - c. Avec les amis ?
- b) Qu'est-ce que tu trouves le plus facile :
 - a. Dans ta famille ?
 - b. À l'école ?
 - c. Avec les amis ?

- c) Chez toi, est-ce qu'il y a des choses que tu fais comme les autres ? Des choses que tu ne fais pas comme les autres ?
- d) Est-ce qu'il arrive que parfois les autres ne pensent pas comme toi?
- e) Est-ce que des fois tu sens des choses que les autres ne sentent pas? Que tu vis des choses que les autres ne vivent pas? Que tu ressens des émotions que les autres ne ressentent pas ou pas de la même manière?
- f) Comment trouves-tu cela?

3^e section : Pour terminer

- a) Est-ce qu'il y a quelque chose que tu aimerais me dire ? Quelque chose que je ne t'ai pas demandé?
- b) Veux-tu me nommer quelque chose que tu souhaites dans ta vie? Quelque chose que tu voudrais voir changer pour le mieux ?
- c) Voudrais-tu me nommer quelque chose que tu aimerais qui ne change pas dans ta vie en ce moment ?

APPENDICE D

FORMULAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

1. Âge de votre enfant : _____ 2. Date de naissance : _____

3. École : _____

4. Degré scolaire : _____

5. Classe spécialisée : oui / non

6. Lieu de résidence de l'enfant (quartier) : _____

7. Quelle est la composition de la famille ?

___ Monoparentale; ___ Biparentale; ___ Reconstituée; ___ Divorcée;

8. Quel est votre lien avec votre enfant?

___ Parent biologique; ___ Parent adoptif; ___ Famille d'accueil; ___ Tuteur;

9. Quels sont les membres de la famille demeurant à la maison avec l'enfant (nombre de membres, lien de parenté et âge) ?

10. Quel est le diagnostic de votre enfant ?

11. En quelle année ce diagnostic a-t-il été posé?

12. S'il y a lieu, quels sont les autres troubles ou difficultés associés à ce diagnostic chez votre enfant?

APPENDICE E

EXEMPLE DE GRILLE D'ANALYSE EXCEL POUR UNE PARTICIPANTE

Dimension familiale	Dimension cognitive	Dimension sociale	Dimension affective	Dimension physique
Bien-être avec papa et maman	Anxiété c'est le stress qui parfois n'est pas vrai	Se cacher pour pleurer	Faire des câlins pour se sentir mieux	Se sentir bizarre physiquement
Avoir peur en absence de papa et maman	Appréhender une situation	Ne pas oser s'ouvrir aux adultes	Se sentir moins seule avec un toutou	Pleurer quotidiennement
Idées de maman pour aller mieux	Lire pour apprendre l'anxiété	Se replier sur soi-même	Se sentir mieux avec quelqu'un	Avoir peur
Prévisibilité parents	Vaincre sa peur de l'anxiété	Se sentir incomprise	Besoin d'une présence à ses côtés	Faire ressortir l'anxiété en pleurant
Pouvoir compter sur ses parents pour aller mieux	Se parler à soi-même	Se comparer aux autres	Besoin qu'on s'occupe d'elle	Montrer l'anxiété
Se faire consoler	Faire le vide dans sa tête	Similitudes avec autrui dans l'anxiété	Ne pas aimer être toute seule	Faire ressortir l'anxiété en criant
Présence du père quand anxiété	Croire en soi	Sentiment de solitude	Peur de rester seule avec sœur	Proximité physique avec parents
Flexibilité horaire parents	Désir de comprendre l'anxiété	Impatience des autres	Désir d'être avec ses parents	Mai au ventre
Stress c'est toujours pas vrai	Porter des actions pour aller mieux	Personne n'écoute	Désir d'être écoutée	
Vision de soi reliée à l'anxiété	Vouloir éviter une situation anxiogène	Incompréhension des autres	Désir qu'on reste avec elle	
Se faire des problèmes pour rien	Ça ne peut pas toujours bien aller	Ne pas se sentir aimer		
Vision de soi non reliée à l'anxiété	Nommer l'anxiété	Les autres ne comprennent pas que c'est difficile		
Anxiété comme papa	Utiliser le terme anxiété	Tristesse face à l'incompréhension des autres		
Faire ressortir l'anxiété comme papa		Se faire frapper par les amis		
Tout est facile avec les parents		Refus par les amis de jouer avec elle		
Faire pareil comme tout le monde à la maison		Faire ressortir l'anxiété		
Compréhension de papa		Permission d'apporter un toutou		
Aide de la sœur pour se sentir mieux		Fuir la solitude		
Se comparer avec l'anxiété		Compréhension d'une amie		
		Similitude avec amie		
		Similitude avec papa		
Influence émotionnelle de la famille	Création de problèmes qui ne sont pas réels	Honte/gêne	Besoin d'être rassurée	Vivre son anxiété
Soutien familial	Vouloir se raisonner	Évitement/isolément	Besoin d'être entourée	Ressentir physiquement le stress
Perceptions des personnes significatives	Désir de comprendre l'anxiété	Souffrance reconnue VS non reconnue	Besoin d'être entendue	
		Incompréhension d'autrui		

APPENDICE F

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE



No. de certificat: 3306
 Certificat émis le: 05-03-2019

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (Janvier 2016) de l'UQAM.

Titre du projet:	Diagnostic de trouble anxieux et/ou dépressif chez l'enfant : l'expérience du regard d'autrui sur la construction de soi
Nom de l'étudiant:	Justine FAVREAU
Programme d'études:	Maîtrise en travail social (profil avec mémoire)
Direction de recherche:	Anne-Marie PICHÉ

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.

A stylized, wavy line representing a handwritten signature.

Anne-Marie Parisot

Professeure, Département de linguistique

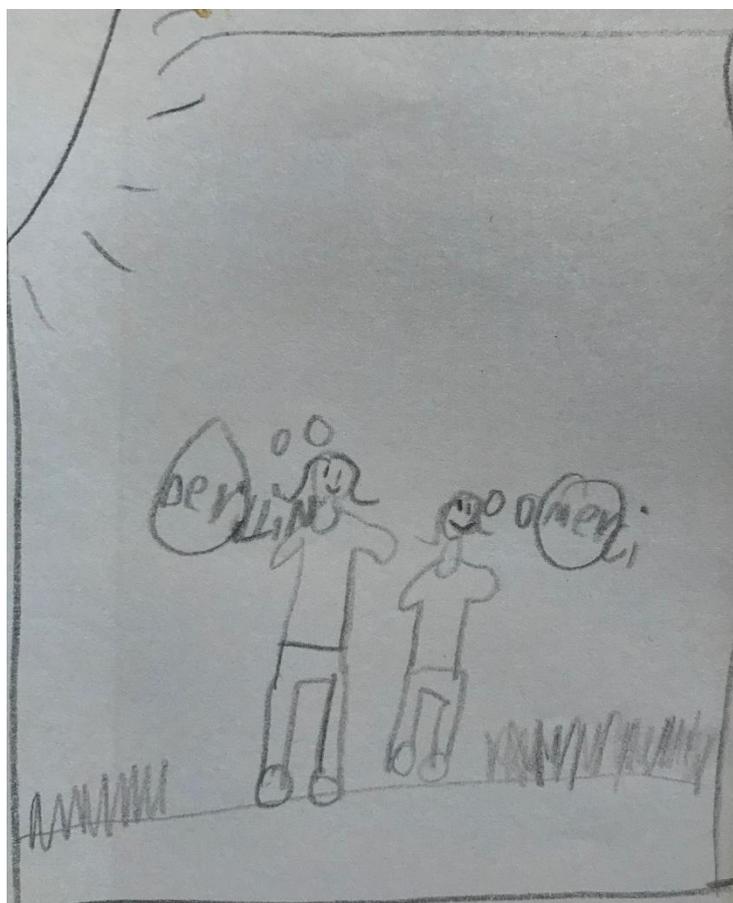
Présidente du CERPÉ FSH

APPENDICE G

EXEMPLE 1 D'UN DESSIN D'ENFANT³⁴

³⁴ Dessin de Charlotte; les animaux occupent une place centrale dans la gestion de son anxiété.

APPENDICE H

EXEMPLE 2 D'UN DESSIN D'ENFANT³⁵

³⁵ Dessin de Juliette; elle remercie sa mère lorsque cette dernière vient la réconforter alors qu'elle a de la peine.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (5^e éd.) Washington, D.C: American Psychiatric Publishing.
- Anadón, M. (2006). La recherche dite qualitative: de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements précédents, *Recherche qualitative*, 26(1), 5-31. Récupéré de <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>
- Angold, A., Messer, S.C., Stangl, D., Farmer, E.M., Costello, E.J. et Burns B.J. (1998). Perceived parental burden and service use for child and adolescent psychiatric disorders, *American Journal of Public Health*, 88(1), 75-80. doi: 10.2105/AJPH.88.1.75
- Aktar, E., Nikolić, M. et Bögels, S.M. (2017). Environmental transmission of generalized anxiety disorder from parents to children: worries, experiential avoidance, and intolerance of uncertainty. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(2), 137-147.
- Backett, K. et Alexander, H. (1991). Talking to young children about health: Methods and findings, *Health Education Journal*, 50(1), 34-38. doi: 10.1177/001789699105000110
- Becker, D.E. (2011). Avoir un parent malade mental: repères diagnostiques et thérapeutiques, *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 59(6), 348-355. doi:10.1016/j.neurenf.2011.04.003
- Becker, D.E. (2017). Le diagnostic en psychiatrie infanto-juvénile est-il possible et souhaitable? *Cahiers de psychologie clinique*, 48(1), 65-90. doi: 10.3917/cpc.048.0065
- Berger, P.L. et Luckmann, T. (1966). *La construction sociale de la réalité* (1^{ère} édition).

- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism – Perspective and Method*. London, England: University of California Press.
- Bögels, S.M. et Zigterman, D. (2000). Dysfunctional cognitions in children with social phobia, separation anxiety disorder, and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(2), 205-211. doi:10.1023/A:1005179032470
- Braconnier, A. (2002). *Petit ou grand anxieux?* Paris : Odile Jacob.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Harvard University Press.
- Brown, B. (2015). *Le pouvoir de la vulnérabilité*. France : Guy Trédaniel.
- Brummelman, E., Terburg, D., Smit, M., Bögels, S.M. et Bos, P.A. (2019). Parental touch reduces social vigilance in children. *Developmental cognitive neuroscience*, 35, 87-93. doi: 10.1016/j.dcn.2018.05.002
- Brun, C., Demazeux, S., Vittorio, P.D., Gonon, F., Gorry, P., Konsman, J.P., ... Smith, A. (2015). La construction des catégories diagnostiques de maladie mentale, *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, (17), 1-25. doi : 10.4000/regulation.11299
- Burr, V. (2003). *Social Constructionism (2^e éd.)*. London et New York: Routledge.
- Carpenter, J. (2002). Mental health recovery paradigm: Implications for social work. *Health & Social Work*, 27(2), 86-94. doi : 10.1093/hsw/27.2.86
- Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., Ste-Marie, G., & Chartrand, E. (2018). L'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux au Québec. *École de santé publique (ESPUM) et Institut de recherche en santé publique (IRSPUM) Université de Montréal*, 1-48.
- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory (2th Edition)*. London: SAGE.
- Christie, D., Romano, G., Barnes, J., Madge, N., Koot, K.M., Armstrong, DF., ...Kantaridis, X. (2011). Exploring view on satisfaction with life in young children with chronic illness:

An innovative approach to the collection of self-report data from children under 11, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 17(1), 5-15. doi: 10.1177/1359104510392309

- Collin, J. et David, P-M. (2016). Introduction – Aux frontières du médicament. Dans Collin, J. et David, P-M. (dir.), *Vers une pharmaceuticalisation de la société? Le médicament comme objet social*, (p.1-21). Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Corbin, J. et Strauss, A. (2015). *Basics of qualitative research: Technique and procedures for developing grounded theory*. (4 éd.). Sage publications.
- Corrigan, P.W. et Miller, F.E. (2004). Shame, blame, and contamination: A Review of the impact of mental illness stigma on family members, *Journal of Mental Health*, 13(6), 537-548. doi: 10.1080/09638230400017004
- Coussement, C. et Heeren, A. (2015). Vers une architecture cognitive du maintien du biais attentionnel envers la menace dans l'anxiété: une approche par comparaison de modèles. *L'Année psychologique*, 115(4), 665-690.
- Couture, H. (2019). *La santé mentale des enfants et des adolescents : données statistiques et enquêtes recensés*, Études et recherches, Québec, Conseil supérieur de l'éducation.
- Crane, S.E.R. (2015). *Foucault, Disability Studies, and mental health diagnoses in children: An analysis of discourse and the social construction of disability*. Lewis and Clark College.
- Cyrulnik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris : Éditions Odile Jacob.
- Cyrulnik, B. (2001). *Les Vilains petits canards*. Paris : Odile Jacob.
- Cyrulnik, B. (2003). Comment un professionnel peut-il devenir un tuteur de la résilience? Dans Cyrulnik B. et Seron, C. (dir.), *La résilience ou comment renaître de sa souffrance*, (p.23-42). Paris : Éditions Fabert.

- Cyrulnik, B. (2018, 15 décembre). *Résilience : la douleur est inévitable, la souffrance est incertaine*. [Vidéo en ligne]. Récupéré de <https://www.youtube.com/watch?v=O9ugzdoc5JQ>
- Davies, J. et Wright, J. (2008). Children's voices: A review of the literature pertinent to looked-after children's view of mental health services, *Child and Adolescent Mental Health*, 13(1), 23-31. doi: 10.1111/j.1475-3588.2007.00458.x
- Delage, M. (2008). *La résilience familiale*. Paris : Odile Jacob.
- Delage, M. et Cyrulnik, B. (2010). *Famille et résilience*. Paris : Odile Jacob.
- Delage, M. (2014). Identité et appartenance. Le systémicien à l'entrecroisement du personnel et de l'interpersonnel dans les liens humains. *Thérapie familiale*, 35(4), 375-395.
- Denis, H. et Baghdadli, A. (2017). Les troubles anxieux de l'enfant et l'adolescent. *Archives de pédiatrie*, 24(1), 87-90. doi : 10.1016/j.arcped.2016.10.006
- Dudeny, J., Sharpe, L. et Hunt, C. (2015). Attentional bias towards threatening stimuli in children with anxiety: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 40, 66-75. doi : 10.1016/j.cpr.2015.05.007
- Dumas, J.E. (2013). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (4^e éd.). Paris : De Boeck.
- Eisenberg, L. (1988). The social construction of mental illness, *Psychological Medicine*, 18(1), 1-9. doi: 10.1017/S0033291700001823
- Elkaïm, M. (1993). Co-constructions, systèmes et fonctions. *Étapes d'une évolution*, 253-256.
- Fombonne, E. (2005). Épidémiologie des troubles psychiatriques en pédopsychiatrie, *EMC-Psychiatrie*, 2(3), 169-197. doi: 10.1016/j.emcps.2005.06.001
- Fondation André-Boudreau et Direction de la santé publique du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides (2019). Campagne de prévention de l'anxiété. Récupéré de <https://tuaslederniermot.com/>

- Fox C., Buchanan-Barrow, E. et Barret, M. (2007). Children's understanding of mental illness: An exploratory study, *Child: Care, Health and Development*, 34(1), 10-18. doi:10.1111/j.1365-2214.2007.00783.x
- Francis, B. (1999). An investigation of the discourses children draw on their constructions of gender, *Journal of Applied Social Psychology*, 29(2), 300-316. doi: 10.1111/j.1559-1816.1999.tb01388.x
- Francis, R.C. (2011). *Epigenetics: How Environment Shapes Our Genes*. W. W. Norton & Company.
- Galinowski, A. (2011). L'annonce du diagnostic en psychiatrie. *Laennec*, 59(3), 44-58. doi : 10.3917/lae.113.0044
- Georgakakou-Koutsonikou, N. (2018). *Children's and Adolescents' Conceptualisations of Depression* (Thèse de doctorat). University of Edinburgh. Récupéré de <https://www.era.lib.ed.ac.uk/handle/1842/31057>
- Gergen, K.J. (2005). *Construire la réalité – Un nouvel avenir pour la psychothérapie*. Paris : Éditions du seuil.
- Gervais, J., Bouchard, S., Guilbert, S. et Gagnier, N. (2013). Les Trucs de Dominique : regard sur un programme d'apprentissage des techniques de gestion de l'anxiété destiné aux enfants. *Revue de psychoéducation*, 42 (1), 67–93. 10.7202/1061724ar
- Gingras, M-A. et Lacharité, C. (2009). Trois perspectives sur la personne, la famille et le changement. Dans Lacharité, C. et Gagnier, J-P. (dir.), *Comprendre les familles pour mieux intervenir*, (p.129-154). Montréal: Gaetan Morin Éditeur.
- Glaser, B.G. et Strauss, A. (1967). *Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. Sociology Press.
- Golombek, K., Lidle, L., Tuschen-Caffier, B., Schmitz, J. et Vierrath, V. (2019). The role of emotion regulation in socially anxious children and adolescents: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, 1-23. doi: 10.1007/s00787-019-01359-9

- Gosselin, M.-J. & Turgeon, L. (2015). Prévention de l'anxiété en milieu scolaire : les interventions de pleine conscience. *Éducation et francophonie*, 43(2), p. 50-65.
- Grandjean, P., Petot, D. et Petot, J.M. (2016). Persécution par les camarades et manifestations anxieuses chez des enfants français âgés de huit à douze ans. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 64(8), 491-497. doi : 10.1016/j.neurenf.2016.09.006
- Goldberg, M., Melchior, M., Leclerc, A. et Lert, F. (2002). Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. *Sciences sociales et santé*, 20(4), 75-128. doi : 10.3406/sosan.2002.1570
- Harris, M.J., Milich, R. Corbitt, E.M., Hoover, D.W. et Brady, M. (1992). Self-fulfilling effects of stigmatizing information on children's social interactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(1), 41-50. doi : 10.1037/0022-3514.63.1.41
- Healy, K. (2014). *Social work theories in context – Creating frameworks for practice* (2e éd.). Royaume-Uni : Palgrave MacMillan.
- Hennessy, E., Swords, L. et Heary, C. (2007). Children's understanding of psychological problems displayed by their peers: A review of the literature, *Child: care, health and development*, 34(1), 4-9. doi:10.1111/j.1365-2214.2007.00772.x
- Hill, M., Laybourn, A. et Borland, M. (1996). Engaging with primary-aged children about their emotions and well-being: Methodological considerations, *Children & Society*, 10(2), p.129-144. doi: 10.1111/j.1099-0860.1996.tb00463.x
- Hill, M. (2005). Ethical considerations in researching children's experiences. Dans Greene S. et Hogan, D., *Researching children's experience - Approaches and methods*, (p.61-86). British Library: SAGE Publications.
- Hinshaw, S. (2005). The stigmatization of mental illness in children and parents: developmental issues, family concerns, and research needs, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 4(7), 714-734. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01456.x

- Houzel, D. (2003). Influence des facteurs familiaux sur la santé mentale des enfants et des adolescents. *La psychiatrie de l'enfant*, 46(2), 395-434.
- Huot, F. (2013). Interactions et pratiques du théorique en travail social. Dans Harper, E. et Dorvil, H. (dir.), *Le travail social – théories, méthodologies et pratiques*, (p.115-126). Montréal : Presses de l'Université du Québec.
- Institut universitaire de santé mentale Douglas (2014). *Enfants et santé mentale*. [En ligne],[<http://www.douglas.qc.ca/info/enfants-sante-mentale>].
- Klein, A.M., Rapee, R.M., Hudson, J.L., Morris, T.M., Schneider, S.C., Schniering, C. A., ... et Rinck, M. (2019). Content-specific interpretation biases in clinically anxious children. *Behaviour research and therapy*, 121, 1-7. doi: 10.1016/j.brat.2019.103452
- Krakow, E. (2010). Le soutien accordé aux familles peut aider les enfants à combattre la dépression et l'anxiété, *Bulletin sur le développement des jeunes enfants*, 9(1). Récupéré de <http://www.excellence-earlychildhood.ca/documents/BulletinVol9No1Mars10FR.pdf>
- Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion. A new synthesis*. United States of America : Springer Publishing Company.
- Lebowitz, E. R. et Omer, H. (2013). *Treating childhood and adolescent anxiety: a guide for caregivers*. New Jersey, Wiley, Hoboken.
- Leroux, S. (2016). *Aider l'enfant anxieux : guide pour l'enfant et ses parents*. [Guide]. Hôpital Sainte-Justine.
- Liegghio, M. (2016). "Not a good person": family stigma of mental illness from the perspectives of young siblings, *Child and family social work*, 22(3), 1237-1245. doi:10.1111/cfs.12340
- Loriol, M. (2012). Introduction. Dans M. Loriol, *La construction du social. Souffrance, travail et catégorisation des usagers dans l'espace public*, (p.7-19). Presses universitaires de Rennes : Le sens social.

- Loseke, D.R. (2003). *Thinking about social problems: An Introduction to Constructionist Perspectives* (2e éd.). New Brunswick, New Jersey: Transaction Publishers.
- Lupien, S. (2010). *Par amour du stress*. Canada : Éditions au Carré.
- Lussier, F., Chevrier, E., et Gascon, L. (2018). *Neuropsychologie de l'enfant: Troubles développementaux et de l'apprentissage* (3^e éd.). France : Dunod.
- Masten, A.S. et Gewirtz, A.H. (2007). La résilience en matière de développement : l'importance de la petite enfance. Dans *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. Récupéré de <https://www.researchgate.net/publication/242085163>
- Miles, M.B. et Huberman, A.M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2^e édition). Paris : De Boeck Supérieur.
- Minuchin, P. (1985). Families and individual development: Provocations from the field of family therapy. *Child Development*, 56(2), 289-302. doi: 10.2307/1129720
- Mongeau, S., Asselin, P. et Roy, L. (2013). L'intervention clinique avec les familles et les proches en travail social – Pour une prise en compte de la complexité – Prise deux. Dans Harper, E. et Dorvil, H. (dir.), *Le travail social – théories, méthodologies et pratiques*, (p.191-222). Montréal : Presses de l'Université du Québec.
- Mordoch, E. et Hall, W.A. (2008). Children's perceptions of living with a parent with a mental illness: Finding the rhythm and maintaining the frame, *Qualitative Health Research*, 18(8), 1127-1144. doi: 10.1177/1049732308320775
- Morrow, V. et Richards, M. (1996). The ethics of social research with children: an overview. *Children & Society*, 10(2), 90-105. doi: 10.1111/j.1099-0860.1996.tb00461.x
- National Scientific Council on the Developing Child (2004). *Children's Emotional Development Is Built into the Architecture of Their Brains: Working Paper No. 2*. Récupéré de <http://www.developingchild.net>
- Organisation mondiale de la Santé (2005). *Guide des politiques et des services de santé mentale. Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent*.

Récupéré

à

http://www.who.int/mental_health/policy/santementale_enfant_ado_final.pdf

- Otero, M. et Roy, S. (2013). *Qu'est-ce qu'un problème social aujourd'hui – Repenser la non-conformité*. Québec : Presses de l'Université du Québec, Collection Problèmes sociaux et interventions sociales.
- Paillé, P. et Muchielli, A. (2012). L'analyse thématique. Dans *L'analyse qualitative en sciences humaines*, (p.231-313). Paris: Armand Colin.
- Papalia, D.E, Olds, S.W. et Feldman, R.D. (2010). *Psychologie du développement de l'enfant*. Montréal : Chenelière.
- Piché, G., Cournoyer, M., Bergeron, L., Clément, M-E. et Smolla, N. (2017). Épidémiologie des troubles dépressifs et anxieux chez les enfants et les adolescents québécois, *Santé mentale au Québec*, 42(1), 19-42. doi : 10.7202/1040242ar
- Pires (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires (dir.) [Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives], *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. (p.113-169). Montréal : Gaétan Morin Éditeur.
- Poulin, C. et M. Lévesque (1995). Les représentations sociales des étiquettes associées à la maladie mentale, *Santé mentale au Québec*, 20(1), 119-136. doi: 10.7202/032336ar
- Poulin, C., Lemoine, O., Poirier, L-R. et Fournier, L. (2004). Les troubles anxieux constituent-ils un problème de santé publique ? *Santé mentale au Québec*, 29(1), 61-72. doi : 10.7202/008820ar
- Porcellato, L., Dughill, L. et Springett, J. (2002). Using focus groups to explore children's perceptions of smoking: reflections on practice, *Health Education*, 102(6), 310-320. doi: 10.1108/09654280210446856
- Rector, N.A., Bourdeau, D., Kitchen, K., Joseph-Massiah, L. et Laposa, J.M. (2016). *Les troubles anxieux: Guide d'information*. camh, Centre de toxicomanie et de santé mentale.

- Riberdy, H., Tétreault, K., et Desrosiers, H. (2013). *La santé physique et mentale des enfants: une étude des prévalences cumulatives*. Institut de la statistique du Québec.
- Richardson, M., Cobham, V., Mcdermott, B. et Murray, J. (2013). Youth mental illness and the family: Parents' loss and grief, *Journal of Child and Family Studies*, 22(5), 719-736. doi: 10.1007/s10826-012-9625-x
- Rodriguez, C.M., Pu, D.F., et Foiles, A.R. (2019). Cognitive-Affective Pathways to Child Depressive and Anxious Symptoms: Role of Children's Discipline Attributions. *Child Psychiatry & Human Development*, 50(1), 163-171. doi :10.1007/s10578-018-0831-7
- Del Barrio, L. R., Corin, E., et Poirel, M. L. (2001). Le point de vue des utilisateurs sur l'emploi de la médication en psychiatrie: une voix ignorée. *Revue québécoise de psychologie*, 22(2), 1-23.
- Rossignol, M. (2015). Quand l'enfant a peur. Dans Bedin, V. et Lhéréte, H. (dir.), *L'enfant et le Monde*, (p. 110-113). France: Éditions Sciences Humaines
- Roy, G. et Gureau, M.M. (2013), Portrait global de la santé mentale des enfants en milieu scolaire au Québec, principalement au primaire – Centre de transfert pour la réussite éducative du Québec. Récupéré de www.accessavoirs.ulaval.ca
- Secker, J., Armstrong, C. et Hill, M. (1999), Young people's understanding of mental illness, *Health Education Research – Theory & Practice*, 14(6), 729-739. doi: 10.1093/her/14.6.729
- Sévigny, R. (1986). La construction sociale du champ de la santé mentale, *Santé mentale au Québec*, 11(2), 13-20. doi : 10.7202/030337ar
- Shonkoff, J.P., Garner, A.S., the committee on psychosocial aspects of child and family health, committee on early childhood, adoption, and dependent care, and section on developmental and behavioral pediatrics, Siegel, B.S., Dobbins, M.I., Earls, M.F., ... Wood, D.L. (2012). The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Chronic Stress, *American Academy of Pediatrics*, 129(1), e232-e246. doi: 10.1542/peds.2011-2663

- Spitzer, A. et Cameron, C. (1995). School-age children's perceptions of mental illness, *Western Journal of Nursing Research*, 17(4), 398-415. doi: 10.1177/019394599501700405
- Spyrou, S. (2011). The limits of children's voices: From authenticity to critical, reflexive representation. *Childhood*, 18(2), 151-165. doi: 10.1177/0907568210387834
- Szasz, T. (1974). *The myth of mental illness*. New York: Harper & Row.
- Telman, L.G., van Steensel, F.J., Maric, M. et Bögels, S.M. (2018). What are the odds of anxiety disorders running in families? A family study of anxiety disorders in mothers, fathers, and siblings of children with anxiety disorders. *European child & adolescent psychiatry*, 27(5), 615-624. doi : 10.1007/s00787-017-1076-x
- Terradas, M., Domon-Archambault, V., Achim, J. et Ensink, K. (2016). Évaluations et interventions en pédopsychiatrie: contribution de la mentalisation et de ses précurseurs à la pratique. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 135-157. doi : 10.7202/1040164ar
- Tremblay, R.E., Boivin, M., Peters, RDeV. et Rapee, R.M. (2013). Anxiété et dépression : dans *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. Récupéré de <http://www.enfant-encyclopedie.com/anxiete-et-depression/synthese>
- Vallam J.P. (1983). Élaboration d'une hypothèse épidémiologique à partir des problèmes rencontrés dans des familles québécoises lors de consultations pédopsychiatriques. *Santé mentale au Québec*, 8(2), 110-116. doi : 10.7202/030189ar
- Veilleux, C. et Molgat, M. (2010). Que signifie être jeune adulte aujourd'hui? Les points de vue de jeunes adultes ayant reçu un diagnostic de maladie mentale, *Reflets*, 16(1), 152-179. doi : 10.7202/044446ar
- Villeneuve, C. (2006). *L'intervention en santé mentale: le pouvoir thérapeutique de la famille*. Canada : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Wahl, O. (2003). Depictions of mental illnesses in children's media, *Journal of Mental Health*, 12(3), 249-258. doi: 10.1080/0963823031000118230

- Wintgens, A. et Hayez, J.Y. (2003). Le vécu de la fratrie d'un enfant souffrant de handicap mental ou de troubles autistiques: résilience, adaptation ou santé mentale compromise. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 51(7), 377-384. doi : 10.1016/j.neurenf.2003.05.003
- Warren, S.L., et Simmens, S.J. (2005). Predicting toddler anxiety/depressive symptoms: Effects of caregiver sensitivity on temperamentally vulnerable children. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 26(1), 40-55. doi : 10.1002/imhj.20034
- Woodward, E.C., Viana, A.G., Raines, E.M., Trent, E.S., Candelari, A.E., Storch, E.A. et Zvolensky, M.J. (2019). Parental Emotion-Focused Behaviors Moderate the Relationship Between Perceptual Sensitivity and Fear Reactivity in Anxious Children. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-10. doi : 10.1007/s10578-019-00937-x
- Woolford, J., Patterson, T., Macleod, E., Hobbs, L. et Hayne, H. (2015). Drawing helps children to talk about their presenting problems during a mental health assessment, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20(1), 68-83. doi:10.1177/1359104513496261