

Les programmes préventifs en milieu scolaire auprès des enfants et des adolescents présentant de l'anxiété

Anxiety prevention programs in schools for children and adolescents

Prevención de la ansiedad en el medio escolar: las intervenciones plenamente conscientes

Lyse Turgeon and Marie-Joëlle Gosselin

Volume 43, Number 2, Fall 2015

Le stress à l'école

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1034484ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1034484ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Association canadienne d'éducation de langue française

ISSN

1916-8659 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Turgeon, L. & Gosselin, M.-J. (2015). Les programmes préventifs en milieu scolaire auprès des enfants et des adolescents présentant de l'anxiété. *Éducation et francophonie*, 43(2), 30–49. <https://doi.org/10.7202/1034484ar>

Article abstract

The objective of this article is to present anxiety prevention programs in schools for children and adolescents. We first present some data on the epidemiology of anxiety disorders, their consequences and associated costs, in order to illustrate the relevance of early intervention. The following section presents the program *Coping Cat*, which served as inspiration for the prevention programs. We then present the school prevention programs according to their nature: universal, selective and indicated. The accent is on the *FRIENDS* program, widely distributed as a prevention program and recognized by the World Health Organization. The results generally show that selective and indicated interventions yield more significant results, especially if they are led by mental health specialists. However, there are certain disadvantages, such as not being able to reach the children who could most benefit. Universal prevention programs, however, reach all children and can be implemented by teachers, but there are major obstacles to their application. The last part of the article presents some recommendations for improving the prevention of anxiety disorders in schools.

Les programmes préventifs en milieu scolaire auprès des enfants et des adolescents présentant de l'anxiété

Lyse TURGEON

Université de Montréal, Québec, Canada

Marie-Joëlle GOSSELIN

Université de Montréal, Québec, Canada

RÉSUMÉ

L'objectif de cet article est de décrire les programmes de prévention de l'anxiété en milieu scolaire auprès des enfants et des adolescents. Nous rapportons d'abord quelques données sur l'épidémiologie des troubles anxieux, leurs conséquences et les coûts associés afin d'illustrer la pertinence d'intervenir de manière précoce. La section suivante présente le programme *Coping Cat*, qui a servi d'inspiration aux programmes de prévention. Nous distinguons ensuite les programmes de prévention en milieu scolaire selon leur nature: universelle, sélective et indiquée. L'accent est mis sur le programme *FRIENDS*, largement diffusé comme programme de prévention et reconnu par l'Organisation mondiale de la santé. Les résultats montrent de façon générale que les interventions sélectives et indiquées donnent des résultats plus importants, en particulier si elles sont animées par des spécialistes en santé mentale. Cependant, elles comportent certains désavantages, comme le fait de ne pas réussir à rejoindre les enfants qui pourraient le plus en bénéficier. Les programmes de prévention universelle rejoignent pour leur part tous les enfants et ils

peuvent être implantés par les enseignantes. Les obstacles liés à l'implantation sont toutefois importants. La dernière partie de l'article contient quelques recommandations destinées à améliorer la prévention des troubles anxieux en milieu scolaire.

ABSTRACT

Anxiety prevention programs in schools for children and adolescents

Lyse TURGEON

University of Montreal, Quebec, Canada

Marie-Joëlle GOSSELIN

University of Montreal, Quebec, Canada

The objective of this article is to present anxiety prevention programs in schools for children and adolescents. We first present some data on the epidemiology of anxiety disorders, their consequences and associated costs, in order to illustrate the relevance of early intervention. The following section presents the program *Coping Cat*, which served as inspiration for the prevention programs. We then present the school prevention programs according to their nature: universal, selective and indicated. The accent is on the *FRIENDS* program, widely distributed as a prevention program and recognized by the World Health Organization. The results generally show that selective and indicated interventions yield more significant results, especially if they are led by mental health specialists. However, there are certain disadvantages, such as not being able to reach the children who could most benefit. Universal prevention programs, however, reach all children and can be implemented by teachers, but there are major obstacles to their application. The last part of the article presents some recommendations for improving the prevention of anxiety disorders in schools.

RESUMEN

Prevenção de la ansiedad en el medio escolar: las intervenciones plenamente conscientes

Lyse TURGEON

Universidad de Montreal, Quebec, Canadá

Marie-Joëlle GOSSELIN

Universidad de Montreal, Quebec, Canadá

En la prevención y el tratamiento de la ansiedad, los enfoques denominados de la tercera ola basados en la plena consciencia se han vuelto cada vez más actuales. El objetivo de este artículo es presentar las estrategias innovadoras basadas en la consciencia plena del tratamiento y la prevención de la ansiedad entre los niños y los adolescentes, particularmente en el medio escolar. Las principales intervenciones basadas en la plena consciencia en el tratamiento de la ansiedad entre los adultos, así como su eficacia, se presentan al inicio del artículo. Después, se aborda la pertinencia, la factibilidad y la eficacia de dichas intervenciones adaptadas para los niños y los adolescentes, en particular para la prevención de la ansiedad en el medio escolar. Las evaluaciones de las estrategias basadas en la plena consciencia confirman su pertinencia y su eficacia en el tratamiento y la prevención de la ansiedad entre los niños y los adolescentes. Sin embargo, los estudios sobre la eficacia realizados en el medio escolar son escasos. La plena consciencia parece no obstante interesante sobre todo porque estimula el desarrollo de las capacidades de atención y de concentración. Además, suscita el interés de los jóvenes y de los diferentes interventores en el medio escolar. Al terminar, se presentan un vistazo de algunos de los retos y ventajas ligadas a la implantación de dichas estrategias en el medio escolar.

Introduction

Avant de présenter les programmes de prévention de l'anxiété en milieu scolaire, nous donnerons une brève définition des concepts de peur, de stress, d'anxiété et de troubles anxieux. Nous fournirons ensuite quelques données sur la prévalence et les conséquences de ces troubles dans la vie des jeunes, afin de bien illustrer l'importance d'une intervention précoce.

L'anxiété peut être conceptualisée comme la réponse d'un individu à un danger réel ou anticipé (Dumas, 2013). Cette réponse s'observe sur les plans émotif, physiologique, cognitif et comportemental (Barlow, 2002; Kendall, 2012). Par comparaison avec la notion de stress, certains considèrent que l'anxiété est liée à un état, alors que

le stress ferait plus référence à la notion d'adaptation ou de *coping* (Hellemans, 2004). La dimension cognitive est également un élément qui permet de distinguer l'anxiété du stress. L'anxiété serait une association cognitive qui fait le pont entre l'émotion de base (la peur), l'événement déclencheur, le sens que revêt cet événement et la réponse que l'individu lui donne (Izard, 1992).

Les troubles anxieux ont comme caractéristique commune une peur excessive par rapport à un objet ou à une situation (*American Psychiatric Association* ou APA, 2013). Par exemple, s'il est normal que la majorité des enfants ressentent de l'anxiété le matin d'une présentation orale, ceux qui présentent un trouble d'anxiété sociale peuvent refuser de faire leur présentation ou encore s'absenter de l'école. Une autre caractéristique essentielle pour parler de troubles anxieux concerne la perturbation du fonctionnement (APA, 2013). Le jeune qui souffre d'un trouble anxieux éprouve de la difficulté à mener une vie normale, que ce soit à la maison, à l'école ou dans d'autres milieux. Par exemple, un jeune atteint d'anxiété de séparation pourrait être incapable de participer à un camp de vacances avec ses amis. Un autre qui montre un trouble d'anxiété généralisée pourrait échouer à un examen en raison de son anxiété, même s'il réussit en général très bien à l'école.

Les principaux troubles anxieux rencontrés chez les enfants et les adolescents sont l'anxiété de séparation, le trouble d'anxiété généralisée, la phobie spécifique et le trouble d'anxiété sociale (APA, 2013). Le jeune qui présente une anxiété de séparation a une peur excessive d'être séparé de ses parents. Le trouble d'anxiété généralisée s'observe lorsque l'enfant manifeste des inquiétudes excessives, par exemple à propos de ses résultats scolaires. La phobie spécifique consiste en une peur prononcée et persistante d'un objet ou d'une situation en particulier (p. ex. les chiens, les vaccins). Enfin, le trouble d'anxiété sociale se caractérise par la peur d'une ou de plusieurs situations sociales.

Les troubles anxieux peuvent avoir des répercussions importantes à l'école, que ce soit sur le fonctionnement social, le rendement scolaire ou la capacité de se concentrer (McLoon, Hudson et Rapee, 2006; Rapee, Kennedy, Ingram, Edwards et Sweeney, 2005). Les enfants qui souffrent de troubles anxieux auraient trois fois plus de risque de présenter des problèmes liés à l'apprentissage de la lecture. Ils constituent une large proportion des enfants qui sont absents de l'école pour une période prolongée (Stallard, 2010). Les jeunes qui souffrent de troubles anxieux sont plus à risque de décrochage scolaire à l'adolescence et, de ce fait, leurs possibilités d'emploi à l'âge adulte sont réduites (Donovan et Spence, 2000; Rapee *et al.*, 2005). Ils sont également plus à risque de connaître des problèmes associés à l'usage d'alcool, de tabac ou de drogues. L'anxiété est également associée à un risque accru de dépression (Hirschfield, 2001) et de suicide (Nepon, Belik, Bolton et Sareen, 2010).

Les troubles anxieux font partie des problèmes de santé mentale les plus fréquents chez les enfants et les adolescents, avec des prévalences variant habituellement entre 15 % et 20 % (Beesco, Knappe et Pine, 2009). On estime que 25 % des personnes risquent de souffrir d'un trouble anxieux à un moment quelconque dans leur vie (Kessler *et al.*, 2005; Merikangas *et al.*, 2010).

En plus des inconvénients sur le plan individuel, les troubles anxieux entraînent des coûts sociaux et économiques majeurs. DuPont *et al.* (1996) estimaient déjà le coût annuel des troubles anxieux au Canada à 65 milliards de dollars. Ces coûts comprennent à la fois des coûts directs (p. ex. les soins) et des coûts indirects (p. ex. la baisse de productivité, le fait de ne pas payer d'impôts). Les troubles anxieux représenteraient les problèmes de santé mentale dont les coûts sont les plus élevés (Roberge, Fournier, Duhoux, Nguyen et Smolders, 2011). Pour toutes ces raisons, un dépistage et une intervention précoces nous paraissent d'une importance cruciale.

La thérapie cognitivo-comportementale chez les enfants et les adolescents

Plusieurs études ont montré l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) chez les enfants et les adolescents présentant des troubles anxieux (pour des recensions, voir Reynolds, Wilson, Austin et Hooper, 2012; Silverman, Pina et Viswesvaran, 2008). *L'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (2007) recommande la TCC comme traitement de première ligne dans les cas d'anxiété légers à modérés. Dans les cas plus graves qui ne répondent pas à cette forme d'intervention, la pharmacothérapie peut alors être considérée (Kodish, Rockhill, Ryan et Varley, 2011). La TCC cible les émotions, les manifestations physiologiques, les cognitions et les comportements liés à l'anxiété. Les stratégies d'intervention sont nombreuses et comprennent notamment la psychoéducation, la rééducation respiratoire, l'entraînement à la relaxation, l'entraînement à la résolution de problèmes, la restructuration cognitive, l'auto-instruction, l'exposition *in vivo* graduée aux situations anxiogènes, l'exposition en imagination et l'entraînement aux habiletés sociales (Kendall, 2012). Le traitement est habituellement de courte durée (10-16 semaines); une composante importante a trait à la pratique entre les sessions, sous forme de devoirs ou d'exercices (Mohatt, Bennett et Walkup, 2014).

Kendall (1990) est considéré comme un pionnier dans le traitement des troubles anxieux chez les enfants. Son programme *Coping Cat*, développé aux États-Unis, comprend 16 à 18 rencontres individuelles. Il inclut des techniques physiologiques (p. ex. la rééducation respiratoire ou la relaxation), la restructuration cognitive et l'exposition graduelle aux situations anxiogènes. Plusieurs études ont testé l'efficacité du *Coping Cat*. Kendall (1994) a d'abord évalué ses effets auprès de 47 enfants présentant un trouble d'anxiété généralisée, d'anxiété de séparation ou d'anxiété sociale. Vingt de ces enfants avaient d'abord été placés au hasard sur une liste d'attente de huit semaines. Les traitements ont été administrés dans une clinique universitaire et animés par des étudiants au doctorat en psychologie. Plusieurs mesures ont été employées auprès des enfants et des parents, dont l'*Anxiety Disorders Interview Schedule for Children* (ADIS-C: Silverman et Albano, 1996), le *Child Behavior Checklist* (CBCL: Achenbach, 1991) et le *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (RCMAS: Reynolds et Richmond, 1978). Les résultats indiquent qu'immédiatement après l'intervention, 60 % des enfants ne répondaient plus aux critères diagnostiques

de trouble anxieux, comparativement à seulement 5 % des enfants non traités. Les mêmes enfants ont été réévalués deux à cinq ans plus tard et les effets positifs du programme se sont maintenus (Kendall et Southam-Gerow, 1996). Kendall *et al.* (1997) ont mené une autre étude randomisée pour tester l'efficacité du *Coping Cat* auprès de 94 enfants âgés de 9 à 13 ans, traités individuellement. Les résultats montrent que 50 % des enfants n'avaient plus de trouble anxieux après l'intervention. Des relances réalisées entre sept et neuf ans plus tard ont également confirmé la stabilité des progrès (Kendall, Safford, Flannery-Schroeder et Webb, 2004).

Flannery-Schroeder et Kendall (2000) ont comparé une modalité de groupe et une modalité individuelle du *Coping Cat*. Un an après l'intervention, 81 % des enfants traités individuellement et 77 % des jeunes ayant participé à un groupe ne présentaient plus de trouble anxieux. Enfin, d'autres travaux de l'équipe de Kendall ont montré que l'ajout d'une composante familiale augmente l'efficacité du programme (Kendall, Hudson, Gosch, Flannery-Schroeder et Suveg, 2008).

En somme, la thérapie cognitivo-comportementale, en particulier le programme *Coping Cat*, est un traitement dont l'efficacité semble avoir été démontrée en contexte clinique. Il faut toutefois signaler quelques limites importantes. D'abord, un certain pourcentage de jeunes ne répondent pas au traitement. Ensuite, parmi ceux qui ne remplissent plus tous les critères diagnostiques d'un trouble anxieux, des symptômes peuvent tout de même perdurer. Il est important par ailleurs de souligner que la majorité des études de traitement excluent les jeunes qui présentent des problèmes trop graves ou qui montrent d'autres troubles, comme la dépression, un déficit d'attention, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre autistique, ce qui limite la possibilité de généraliser les résultats. Une autre limite a trait à l'accès à des programmes de TCC : une minorité d'enfants peuvent bénéficier de ces services ou acceptent d'y prendre part (Craske et Zucker, 2002). Selon Mifsud et Rapee (2005), seulement 2 % des enfants qui présentent des niveaux d'anxiété élevés reçoivent une aide professionnelle spécialisée. Pour toutes ces raisons, il est essentiel d'offrir des interventions préventives. Le contexte scolaire est un milieu idéal pour rejoindre tous les enfants et pour intervenir avant que les symptômes d'anxiété ne prennent de trop grandes proportions (McLoone et Rapee, 2012).

Interventions préventives en contexte scolaire

Lau et Rapee (2011) rappellent les trois niveaux de prévention : universelle, sélective et indiquée. Dans la prévention universelle, tous les enfants d'une population donnée participent à une intervention, peu importe leur niveau de risque. Dans la prévention sélective, on offre une intervention à des jeunes qui présentent des facteurs de risque, par exemple un tempérament inhibé ou dont les parents sont eux-mêmes anxieux. Dans la prévention indiquée, on s'adresse à des enfants qui présentent des symptômes d'anxiété, sans répondre aux critères diagnostiques définis par l'APA.

Pour sélectionner les études portant sur la prévention de l'anxiété en milieu scolaire, nous nous sommes inspirées des critères de Neil et Christensen (2009). La

recherche bibliographique a été réalisée à l'aide des moteurs de recherche *MedLine* et *PsycInfo* pour les années 2008 à 2015. Les mots clés suivants ont été employés : 1) school* OR school-based OR adolescen* OR child* OR youth, 2) prevent* OR early intervent* et 3) anxiety OR anxious. Cette recherche a permis de retracer 2869 références. Elles ont toutes été consultées pour retenir seulement celles qui répondaient aux critères suivants : les interventions devaient être réalisées en milieu scolaire et porter sur les enfants d'âge scolaire et les adolescents, les programmes devaient viser la réduction de l'anxiété; enfin, les articles devaient être en anglais ou en français. Au total, 46 articles ont été retenus, dont des études empiriques et des méta-analyses. Les articles portant sur la prévention des symptômes de stress post-traumatique à la suite d'un incident traumatisant (guerre, ouragan, accident de voiture, etc.) n'ont pas été retenus en raison du caractère spécifique des interventions auprès de cette clientèle.

Le programme *FRIENDS*

La majorité des articles sur la prévention de l'anxiété en milieu scolaire portent sur le programme *FRIENDS*. Celui-ci est d'ailleurs reconnu par l'Organisation mondiale de la santé (*World Health Organization*, 2004) comme le seul programme de prévention de l'anxiété basé sur des évidences empiriques (*evidence-based practice*). Ce programme a été développé en Australie par Barrett, Lowry-Webster et Turner (1999a, 1999b) à partir du *Coping Cat*. Il en existe trois versions : le *Fun FRIENDS* pour les jeunes d'âge préscolaire (4 à 6 ans), le *FRIENDS* pour enfants (7 à 11 ans) et le *FRIENDS* pour adolescents (12 à 16 ans). Le programme comprend dix rencontres, réalisées en classe. Il comporte également deux rencontres de relance et quelques rencontres (jusqu'à quatre selon l'étude) pour les parents. Les rencontres sont parfois animées par des psychologues ou d'autres professionnels en santé mentale, parfois par des enseignantes, parfois par les deux. Le programme est de type cognitivo-comportemental. Il cible les mêmes composantes que les programmes de nature curative, c'est-à-dire l'éducation sur l'anxiété, la relaxation, l'entraînement à la résolution de problèmes, la restructuration cognitive et l'exposition aux situations anxieuses. Pour les enfants plus jeunes, le *Fun FRIENDS* propose, en plus des composantes cognitivo-comportementales habituelles, des stratégies pour favoriser la régulation émotionnelle, développer la responsabilité et l'empathie et augmenter les comportements prosociaux; les activités sont diversifiées et courtes, de 5 à 10 minutes chacune (Pahl et Barrett, 2011).

Plusieurs études ont montré l'efficacité du programme *FRIENDS* pour la prévention universelle de l'anxiété. La première étude publiée est celle de Barrett et Turner (2001). Elles ont examiné l'efficacité du programme auprès de 489 jeunes âgés de 10 à 12 ans venant de dix écoles primaires. Les écoles étaient réparties en trois groupes : 1) rencontres animées par des psychologues, 2) rencontres animées par des enseignantes et 3) curriculum scolaire habituel. Pour tester l'efficacité du programme, plusieurs mesures ont été administrées aux enfants et aux parents, dont une entrevue clinique, le CBCL (Achenbach, 1991), et le RCMAS (Reynolds et Richmond, 1978). Après l'intervention, les jeunes des deux groupes d'intervention

manifestaient moins de symptômes d'anxiété que les autres. Par ailleurs, aucune différence quant à l'efficacité n'a été trouvée entre les groupes animés par des enseignantes ou par des psychologues. Enfin, la réduction des symptômes d'anxiété se maintient dans le temps, à des relances effectuées jusqu'à trois ans plus tard (Barrett, Farrell, Ollendick et Dadds, 2006).

Stopa, Barrett et Golingi (2010) ont ensuite évalué l'efficacité du programme *FRIENDS* auprès de 963 jeunes de trois écoles primaires. Les rencontres étaient animées par les enseignantes. Les résultats montrent qu'à la suite de l'intervention les jeunes montrent une diminution significative de leurs symptômes d'anxiété et de dépression, mesurés par des questionnaires autorapportés. On trouve également une augmentation de l'estime de soi et des stratégies de *coping* ainsi qu'une diminution des difficultés avec les pairs et des problèmes de comportement.

L'efficacité du programme *FRIENDS* comme programme de prévention universelle a été confirmée dans plusieurs pays : au Royaume-Uni (Stallard, Simpson, Anderson et Goddard, 2008), en Allemagne (Essau, Conradt, Sasagawa et Ollendick, 2012), en Suède (Ahlen, Breitholtz, Barrett et Gallegos, 2012) et en Afrique du Sud (Mostert et Loxton, 2012). Au Canada, le programme *FRIENDS* a été testé en Colombie-Britannique par Miller, Laye-Gindhu, Liu, March et Thordarson (2011). Ces chercheurs ont comparé le programme *FRIENDS* à une condition contrôle dans laquelle les jeunes prenaient part à une activité de lecture et de discussion autour du roman Harry Potter. Les résultats montrent que les enfants ayant participé à la condition contrôle ont manifesté une réduction de leurs symptômes d'anxiété aussi importante que ceux ayant pris part au programme *FRIENDS*. Parmi les hypothèses avancées pour expliquer ces résultats, Miller et ses collaborateurs suggèrent que dans la condition contrôle les enfants ont pu se détendre durant la lecture ou encore se servir du personnage d'Harry Potter comme d'un héros qui les aide à affronter leurs peurs. Une autre explication a trait au pouvoir de l'attention que l'enseignante accorde à l'enfant pour entraîner des changements dans le comportement de ce dernier (Deni, 2001). Quoi qu'il en soit, ces résultats suggèrent d'utiliser des conditions contrôle autres que des listes d'attente pour vérifier si une intervention est réellement efficace.

Maggin et Johnson (2014) présentent également des données susceptibles de modérer l'enthousiasme par rapport au programme *FRIENDS*. Ils ont réalisé une méta-analyse à partir de 17 études ayant testé l'efficacité de ce programme, dont neuf de type universel et huit de type sélectif. Ils ont examiné les effets à court terme (immédiatement après) et à long terme (12 mois plus tard) et divisé les groupes selon leur risque d'anxiété faible ou élevé. Les résultats montrent seulement une faible diminution des symptômes d'anxiété dans le groupe à faible risque, et ce, à court terme, alors qu'aucun effet constant n'est trouvé dans le groupe à plus haut risque. Selon Maggin et Johnson, ces résultats suggèrent de mener des études additionnelles pour confirmer l'efficacité du programme *FRIENDS*. Il faut aussi élaborer des programmes plus ciblés pour aider les jeunes qui montrent des niveaux d'anxiété plus élevés.

Les autres programmes universels

À part le *FRIENDS*, une multitude d'autres programmes ont été mis sur pied dans le but de prévenir l'anxiété chez les enfants et les adolescents en milieu scolaire, dont le *Anxiety Management Training* (Hains, 1992), le *Positive Communication Program* (Garaigordobil, 2004), le *Positive Thinking Program* (Rooney *et al.*, 2006), le *Stress Management Intervention* (Hains et Ellmann, 1994) et le *Taming Worry Dragons* (Short, 1993). Nous ne présenterons pas tous ces programmes en détail en raison de l'espace limité de cet article. Quelques méta-analyses les ont examinés de manière exhaustive (Corrieri *et al.*, 2013; Fisak, Richard et Mann, 2011; Neil et Christensen, 2009; Teubert et Pinquart, 2011). De façon très sommaire, les résultats de ces méta-analyses indiquent que les programmes universels permettent d'obtenir une diminution significative de l'anxiété chez les enfants et les adolescents, tant en terme de diagnostic que de symptômes. On observe également des effets sur la dépression, l'estime de soi et la compétence sociale. Toutefois, les tailles d'effet de ces programmes sont plus faibles que celles observées pour les programmes plus sélectifs ou ciblés, parfois même négatifs. La conclusion des auteurs de ces méta-analyses est qu'il faut améliorer les programmes de prévention de type universel ou encore utiliser des programmes plus ciblés, étant donné les coûts importants qu'ils engendrent. À la décharge des programmes de prévention universelle, il faut mentionner qu'ils atteignent des enfants qui n'auraient jamais reçu de services autrement.

Les programmes de prévention sélective (ou ciblée)

Les programmes de prévention sélective ciblent des enfants qui présentent des facteurs de risque liés au développement de l'anxiété, comme le tempérament inhibé de l'enfant, les problèmes d'anxiété des parents, des pratiques parentales telles que la surprotection, un milieu socioéconomique défavorisé ou encore des événements de vie stressants (Spence, 2001).

Le programme *FRIENDS* a été utilisé comme programme de prévention sélective par l'équipe de Barrett avec plus de 500 enfants et adolescents immigrants ne parlant pas anglais (Barrett, Sonderegger et Sonderegger, 2001; Barrett, Sonderegger et Xenos, 2003). Les effets sont positifs, avec une diminution des symptômes d'anxiété après l'intervention. Mifsud et Rapee (2005) ont évalué une intervention réalisée en milieu scolaire ayant pour but de réduire les symptômes anxieux chez des enfants de milieux défavorisés. Les enfants ont pris part aux huit rencontres du programme *Cool Kids* et les parents à deux rencontres d'information. Les résultats montrent une plus grande diminution des symptômes d'anxiété chez les enfants ayant pris part à l'intervention.

Ginsburg (2009) a ciblé des enfants dont les parents souffraient d'un trouble anxieux. Les enfants ont soit pris part à une intervention de type TCC de huit semaines, soit été placés en liste d'attente. Les résultats montrent que 30% des enfants assignés à la liste d'attente ont développé un trouble anxieux un an plus tard, alors qu'aucun enfant ayant pris part à l'intervention n'en a développé. Des chercheurs espagnols (Balle et Tortella-Feliu, 2010) ont mis sur pied un programme visant à réduire la sensibilité à l'anxiété chez des jeunes de 11 à 17 ans. Les jeunes ont pris

part à un programme de six semaines comprenant de l'éducation sur les symptômes d'anxiété, des stratégies pour améliorer la régulation émotionnelle et de l'exposition graduée. Les résultats indiquent une diminution significative de la sensibilité à l'anxiété immédiatement après l'intervention.

Ces résultats suggèrent qu'une intervention sélective peut être réalisée avec succès chez des jeunes afin de diminuer leurs facteurs de risque et éventuellement de prévenir l'apparition de troubles anxieux. Comparativement aux interventions de type universel, les interventions sélectives ont comme avantage d'être moins coûteuses puisqu'elles ciblent un moins grand nombre d'enfants. Elles ont toutefois comme désavantage non négligeable de contribuer à une certaine stigmatisation des enfants. Par ailleurs, la sélection des enfants constitue un enjeu important. En effet, les études de prévention menées auprès des enfants d'âge préscolaire semblent montrer que plus l'enfant présente de facteurs de risque, plus il sera susceptible de bénéficier de l'intervention (Lau et Rapee, 2011).

La prévention de type indiqué

La prévention indiquée s'adresse aux enfants qui présentent déjà des symptômes d'anxiété, sans qu'ils soient encore considérés comme cliniques. La première étude de prévention indiquée est celle de Dadds, Spence, Holland, Barrett et Laurens (1997), réalisée en Australie avec le programme *Coping Koala*, conçu à partir du *Coping Cat*. Des enfants âgés de 7 à 14 ans ont été retenus à partir de leurs résultats à une mesure autorapportée d'anxiété (RCMAS; Reynolds et Richmond, 1978) ou encore à l'aide de sélections par les enseignants. Les rencontres d'intervention ont été menées par des psychologues. Les résultats indiquent que les symptômes d'anxiété diminuent chez les enfants ayant pris part à l'intervention et que le nombre de nouveaux cas d'anxiété diminue dans ce groupe. L'efficacité du programme *FRIENDS* pour la prévention indiquée a été confirmée aux États-Unis (Bernstein, Layne, Egan et Tennison, 2005), en Écosse (Liddle et Macmillan, 2010) et au Portugal (Pereira, Marques, Russo, Barros et Barrett, 2014). Le programme a été traduit en français, mais aucune étude n'a encore examiné son efficacité auprès d'enfants parlant français.

Hunt, Andrews, Crino et Erskine (2008) ont voulu vérifier si la prévention indiquée pouvait être aussi efficace lorsque les groupes d'intervention étaient menés par des enseignants. Ils ont utilisé le programme *FRIENDS* avec des jeunes de première année du secondaire présentant des symptômes d'anxiété élevés (plus d'un écart-type de la moyenne). Les résultats de cette étude n'indiquent aucune différence entre les jeunes ayant pris part à l'intervention et ceux placés en liste d'attente. Les auteurs suggèrent de faire appel à des professionnels de la santé mentale pour intervenir auprès de jeunes qui présentent déjà des symptômes d'anxiété.

Miller et ses collaborateurs (2011) ont mené une étude ciblée avec des jeunes présentant des symptômes d'anxiété en comparant le programme *FRIENDS* à une condition contrôle plus active qu'une simple liste d'attente, soit une activité basée sur *Harry Potter*. Les groupes étaient animés par des enseignantes associées à des psychologues. Les résultats de l'étude montrent que la réduction des symptômes

d'anxiété est aussi marquée chez les enfants ayant participé à une condition contrôle que chez ceux ayant pris part au programme *FRIENDS*.

La prévention de type indiqué semble donc présenter des résultats prometteurs lorsque le programme est offert par des psychologues. Il faut toutefois mentionner que ces programmes ne rejoignent pas tous les enfants qui pourraient en bénéficier et qu'ils demeurent somme toute assez dispendieux, surtout s'ils doivent être animés par des professionnels de la santé mentale.

Les études ciblant des troubles anxieux spécifiques

Très peu d'études de prévention ont porté sur des troubles anxieux en particulier. Aulnes et Stiles (2009) ont réalisé une étude en Norvège auprès de 1748 jeunes pour réduire les symptômes d'anxiété sociale et pour prévenir des problèmes chez des jeunes à risque. Le programme a été implanté sur une période d'un an et a fait appel à une multitude d'intervenants: les jeunes eux-mêmes, les parents, les enseignants, les autres membres du personnel, les professionnels de la santé de la région et les médecins de famille. Le rôle des enseignants consistait à repérer les jeunes plus gênés et à les encourager à parler davantage en classe. Les résultats de cette étude montrent des effets positifs tant pour la réduction des symptômes que pour la prévention. Cependant, le rapport coût/efficacité d'une telle intervention est probablement très élevé et on peut imaginer plusieurs obstacles à l'implantation d'un tel programme.

Recommandations

Que pouvons-nous conclure de ce bref survol des études d'intervention et de prévention décrites dans cet article? Quelles directions devrions-nous prendre pour mieux aider les enfants qui souffrent de troubles anxieux? Cette section propose quelques pistes de réflexion.

1. Mieux identifier les ingrédients actifs dans les programmes

La plupart des programmes d'intervention ou de prévention sont des programmes multimodaux qui comportent une panoplie de stratégies. Les études de démantèlement qui permettent de dégager les stratégies les plus efficaces sont rares. En améliorant les connaissances à cet égard, il serait possible de cibler les stratégies les plus efficaces et d'en éliminer d'autres. On sait que l'exposition est l'ingrédient actif principal dans les interventions (Rapee, Schniering et Hudson, 2009). Par contre, on connaît moins la plus-value de stratégies comme la relaxation ou la restructuration cognitive.

2. Créer des programmes de prévention pour des troubles spécifiques

Sauf le programme d'Aulnes et Stiles (2009) mentionné précédemment sur la prévention de l'anxiété sociale, nous n'avons pas trouvé de programmes de prévention portant sur des troubles spécifiques (à part ceux sur l'état de stress post-traumatique).

Il pourrait être pertinent d'en développer afin de mieux tenir compte de la spécificité de chaque trouble anxieux, comme on le fait de plus en plus pour le traitement. Une nouvelle approche prometteuse consiste également à mettre en place des interventions visant des facteurs de risque spécifiques, comme le perfectionnisme (Nehmy et Wade, 2015) ou l'anxiété liée aux examens (Weems *et al.*, 2015).

3. Concevoir des interventions ciblant des objectifs multiples

Dans un tout autre ordre d'idées, on peut songer à bâtir des programmes dont les objectifs sont plus larges que de prévenir l'anxiété et qui visent par exemple l'amélioration des compétences sociales, des stratégies de *coping* et la régulation émotionnelle. C'est d'ailleurs ce qu'a fait une équipe québécoise (Bouchard, Gervais, Gagnier et Loranger, 2013) avec le programme «Les trucs de Dominique». Dans le cadre de l'intervention, les jeunes prennent part à des séances de lecture et de discussion autour de livres qui portent sur des difficultés quotidiennes vécues par les enfants, par exemple ne pas aimer l'école ou avoir un déficit d'attention avec hyperactivité. Les résultats de cette intervention semblent prometteurs.

4. Préciser et valoriser le rôle des enseignantes

Les premières études menées avec le programme *FRIENDS* (Barrett et Turner, 2001) semblaient indiquer qu'une intervention menée par une enseignante donnait des résultats aussi positifs qu'une autre animée par du personnel spécialisé en santé mentale. Or, il semble que ce soit vrai seulement pour les programmes de type universel. Une formation spécialisée pourrait être nécessaire pour intervenir auprès de populations ciblées, quand les enfants présentent des risques multiples ou qu'ils manifestent déjà des symptômes d'anxiété. Malgré tout, le rôle des enseignants demeure crucial, tant pour la prévention universelle que pour le dépistage. Un travail d'éducation et de sensibilisation pourrait être mené à cet égard. Les enseignantes pourraient ainsi être mieux formées à évaluer les situations qui nécessitent une orientation vers une ressource spécialisée.

5. Favoriser davantage la participation des parents

Nous avons peu abordé la question du rôle des parents dans cet article, puisque la thématique porte sur les interventions en milieu scolaire. Leur rôle demeure néanmoins crucial (Ginsburg et Schlossberg, 2002; Hudson et Rapee, 2001; Smith, Flannery-Schroeder, Gorman et Cook, 2015). Ils sont les principaux alliés pour favoriser la motivation à changer chez le jeune. Ils sont souvent les premiers à observer des comportements problématiques chez leurs jeunes. Il est donc essentiel de mener plus de campagnes de sensibilisation auprès des parents afin qu'ils reconnaissent plus rapidement des symptômes d'anxiété chez leurs enfants et qu'ils entreprennent les démarches nécessaires pour aider ces derniers. Une bonne collaboration entre le personnel scolaire et les parents est également un élément à considérer, même si elle n'est pas toujours facile. D'ailleurs, les intervenants qui animent des groupes de prévention de l'anxiété à l'école désignent le manque de soutien des parents comme

l'un des obstacles majeurs à l'implantation d'un programme à l'école (McLoone et Rapee, 2012).

6. Mieux connaître les obstacles à l'implantation en milieu scolaire et trouver des façons d'y remédier

S'ajoutant au manque de collaboration des parents, plusieurs autres obstacles peuvent survenir quand on souhaite implanter un programme d'intervention en milieu scolaire. Pour certains, par exemple, la mission première des enseignants est de favoriser l'acquisition de compétences sur le plan scolaire et il n'est pas de leur ressort de faire la promotion de la santé mentale. D'autres obstacles ont trait à la formation requise, au temps ou aux ressources financières (McLoone et Rapee, 2012). Pour ces raisons et bien d'autres, des recherches ont montré que seulement 19 % des programmes d'intervention en milieu scolaire sont mis en œuvre de manière fidèle (Hallfors et Godette, 2002). L'un des principaux obstacles signalés par McLoone et Rapee (2012) a trait à la difficulté de trouver du temps pour implanter le programme dans le cursus scolaire. Ces obstacles ne sont toutefois pas propres à la prévention de l'anxiété.

Conclusion

On reconnaît de plus en plus l'importance de réaliser des interventions curatives et préventives pour aider les enfants qui présentent des problèmes d'anxiété. Les interventions donnent des résultats prometteurs, particulièrement l'approche cognitivo-comportementale (Kendall, 2012), mais il faut poursuivre les recherches en vue de déterminer quels enfants sont les plus susceptibles d'en tirer avantage, quels sont les ingrédients thérapeutiques actifs et quels sont les modérateurs et les médiateurs associés au changement (Rapee *et al.*, 2009). Un autre aspect à considérer concerne l'efficacité de ces interventions, c'est-à-dire quelle est l'intervention qui rapporte les plus grands bénéfices au moindre coût (Simon, Dirksen et Bögels, 2013; Simon, Dirksen, Bögels et Bodden, 2012). Les interventions universelles présentent l'avantage de ne pas stigmatiser les enfants et de toucher ceux dont la manifestation subtile des symptômes aurait pu échapper au dépistage. Toutefois, elles sont coûteuses et leur efficacité ne semble pas encore clairement démontrée. Les efforts devraient peut-être être dirigés vers les enfants qui présentent plusieurs facteurs de risque et qui ont une probabilité très élevée de souffrir d'un trouble anxieux si l'on n'intervient pas. Ces considérations sont essentielles dans un contexte où les ressources financières sont encore une fois limitées. Dans une école où plusieurs défis se présentent, comme les difficultés d'apprentissage et de concentration, le décrochage scolaire, les difficultés multiples liées à la pauvreté ou encore la violence sous plusieurs formes, il peut être difficile de prioriser des problèmes comme l'anxiété. Il faudra travailler au cours des prochaines années à convaincre les décideurs de la pertinence d'intervenir rapidement, en illustrant les bénéfices à long terme, tant sur le plan économique que sur le plan de la diminution de la souffrance humaine.

En terminant, il faudrait continuer d'explorer d'autres formes d'interventions qui pourraient s'avérer plus efficaces que l'intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants ou qui pourraient être utilisées en combinaison avec cette approche, comme les approches dites de la troisième vague en thérapie cognitivo-comportementale, dont il sera question dans un autre article de ce numéro spécial (Gosselin et Turgeon). D'autres approches basées sur les nouvelles technologies de l'information, comme les programmes sur le Web, pourraient également être des avenues prometteuses (Silva, Bouchard et Bélanger, 2012). Enfin, de plus en plus d'études examinent les bienfaits de diverses activités physiques sur la réduction des symptômes d'anxiété et de dépression (Teubert et Pinquart, 2011).

Références bibliographiques

- ACHENBACH, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- AHLEN, J., BREITHOLTZ, E., BARRETT, P. M. et GALLEGOS, J. (2012). School-based prevention of anxiety and depression: A pilot study in Sweden. *Advances in School Mental Health Promotion*, 5(4), 246-257. doi: 10.1080/1754730X.2012.730352
- AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(2), 267-283.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- AUNES, T. et STILES (2009). Universal-based prevention of syndromal and subsyndromal social anxiety: A randomized controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 867-879.
- BALLE, M. et TORTELLA-FELIU, M. (2010). Efficacy of a brief school-based program for selective prevention of childhood anxiety. *Anxiety Stress Coping*, 23(1), 71-85.
- BARLOW, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic* (2^e éd.). New York, NY: Guilford Press.
- BARRETT, P. M., FARRELL, L. J., OLLENDICK, T. H. et DADDS, M. (2006). Long-term outcomes of an Australian universal prevention trial of anxiety and depression symptoms in children and youth: An evaluation of the *Friends* program. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychiatry*, 35(3), 403-411.

- BARRETT, P. M., LOWRY-WEBSTER, H. et TURNER, C. M. (1999a). *FRIENDS for children group leader manual*. Brisbane, Australia : Australian Academic Press.
- BARRETT, P. M., LOWRY-WEBSTER, H. et TURNER, C. M. (1999b). *FRIENDS for youth group leader manual*. Brisbane, Australia : Australian Academic Press.
- BARRETT, P. M., SONDEREGGER, R. et SONDEREGGER, N. L. (2001). Evaluation of an anxiety-prevention and positive-coping program (FRIENDS) for children and adolescents of non-English-speaking background. *Behaviour Change*, 18(2), 78-91.
- BARRETT, P. M., SONDEREGGER, R. et XENOS, S. (2003). Using *FRIENDS* to combat anxiety and adjustment problems among young migrants to Australia: A national trial. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8(2), 241-260. doi: 10.1177/1359104503008002008
- BARRETT, P. M. et TURNER, C. (2001). Prevention of anxiety symptoms in primary school children: Preliminary results from a universal school-based trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(4), 399-410.
- BEESDO, K., KNAPPE, S. et PINE, D. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: Developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 483-524.
- BERNSTEIN, G. A., LAYNE, A. E., EGAN, E. A. et TENNISON, D. M. (2005). School-based interventions for anxious children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(11), 1118-1127.
- BOUCHARD, S., GERVAIS, J., GAGNIER, N. et LORANGER, C. (2013). Evaluation of a primary prevention program for anxiety disorders using story books with children aged 9-12 years. *Journal of Primary Prevention*, 34(5), 345-358.
- CORRIERI, S., HEIDER, D., CONRAD, I., BLUME, A., KÖNIG, H.-H. et RIEDER-HELLER, S. G. (2013). School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: A systematic review. *Health Promotion International*, 29(3), 427-442. doi: 10.1093/heapro/dat001
- CRASKE, M. G. et ZUCKER, B. (2002). Prevention of anxiety disorders: A model for intervention. *Applied and Preventive Psychology*, 10(3), 155-175.
- DADDS, M. R. SPENCE, S. H., HOLLAND, D., BARRETT, P. M. et LAURENS, K. (1997). Prevention and early intervention for anxiety disorders: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 627-635.
- DENI, J. R. (2001). Teacher attention in producing effective behavior change in students. *Education*, 99(4), 406-412.
- DONOVAN, C. L. et SPENCE, S. H. (2000). Prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 20, 509-531.
- DUMAS, J. E. (2013). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (4^e éd.). Bruxelles, Belgique: De Boeck.

- DUPONT, R. L., RICE, D. P., MILLER, L. S., SHIRAKI, S. S., ROWLAND, C. R. et HARWOOD, H. J. (1996). Economic costs of anxiety disorders. *Anxiety*, 2(4), 167-172.
- ESSAU, C. A., CONRADT, J., SASAGAWA, S. et OLLENDICK, T. H. (2012). Prevention of anxiety symptoms in children: Results from a universal school-based trial. *Behavior Therapy*, 43(2), 450-464.
- FISAK, B. J., RICHARD, D. et MANN, A. (2011). The prevention of child and adolescent anxiety: A meta-analytic review. *Prevention Science*, 12(3), 225-268.
- FLANNERY-SCHROEDER, E. C. et KENDALL, P. C. (2000). Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Cognitive Therapy and Research*, 24(3), 251-278.
- GARAIGORBIL, M. (2004). Effects of a psychological intervention on factors of emotional development during adolescence. *European Journal of Psychological Assessment*, 20(1), 66-80.
- GINSBURG, G. S. (2009). The Child Anxiety Prevention Study: Intervention model and primary outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 580-587.
- GINSBURG, G. S., et SCHLOSSBERG, M. C. (2002). Family-based treatment of childhood anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*, 14(2), 143-154.
- HAINS, A. A. (1992). Comparison of cognitive-behavioral stress management-techniques with adolescent boys. *Journal of Counseling and Development*, 70(5), 600-605.
- HAINS, A. A. et ELLMANN, S. W. (1994). Stress inoculation training as a preventive intervention for high-school youths. *Journal of Cognitive Psychotherapy: an International Quarterly*, 8(3), 219-232.
- HALLFORS, D. et GODETTE, D. (2002). Will the “principles of effectiveness” improve prevention practice? Early findings from a diffusion study. *Health Education Research*, 17(4), 461-470.
- HELLEMANS, C. (2004). Stress, anxiété et processus d'ajustement face à un examen de statistique à venir. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 33(1), 141-170.
- HIRSCHFIELD, R. M. A. (2001). The comorbidity of major depression and anxiety disorders: Recognition and management in primary care. *The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 3(6), 244-254.
- HUDSON, J. L. et RAPEE, R. M. (2001). Parent-child interactions and anxiety disorders: An observational study. *Behaviour Research and Therapy*, 39(12), 1411-1427.
- HUNT, C., ANDREWS, G., CRINO, R. et ERSKINE, A. (2008). Randomized controlled trial of an early intervention programme for adolescent anxiety disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(4), 300-304.

- IZARD, C. E. (1992). Basic emotions, relations among emotions, and emotion-cognition relations. *Psychological Review*, 99(3), 561-565.
- KENDALL, P. C. (1990). *The coping cat workbook*. Philadelphia, PA: Temple University.
- KENDALL, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(1), 100-110.
- KENDALL, P. C. (2012). Anxiety disorders in youth. Dans P. C. Kendall (dir.), *Child and adolescent therapy. Cognitive-behavioral procedures* (4^e éd., p. 143-189). New York, NY: Guilford Press.
- KENDALL, P. C., FLANNERY-SCHROEDER, E., PANICHELLI-MINDELL, S. M., SOUTHAM-GEROW, M., HENIN, A. et WARMAN, M. (1997). Therapy for youth with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3), 366-380.
- KENDALL, P. C., HUDSON, J. L., GOSCH, E., FLANNERY-SCHROEDER, E. et SUVEG, C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: A randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 282-297.
- KENDALL, P. C., SAFFORD, S., FLANNERY-SCHROEDER, E. et WEBB, A. (2004). Child anxiety treatment: Outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4 year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(2), 276-287.
- KENDALL, P. C. et SOUTHAM-GEROW, M. A. (1996). Long-term follow-up of a cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(4), 724-730.
- KESSLER, R. C., BERGLUND, P., DEMLER, O., JIN, R., MERIKANGAS, K. et WALTERS, E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- KODISH, I., ROCKHILL, C., RYAN, S. et VARLEY, C. (2011). Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Pediatric Clinics of North America*, 58(1), 55-72.
- LAU, E. X. et RAPEE, R. M. (2011). Prevention of anxiety disorders. *Current Psychiatric Reports*, 13, 258-266.
- LIDDLE, I. et MACMILLAN, S. (2010). Evaluating the *FRIENDS* programme in a Scottish setting. *Educational Psychology in Practice: Theory, Research and Practice in Educational Psychology*, 26(1), 53-67. doi: 10.1080/02667360903522785
- MAGGIN, D. M. et JOHNSON, A. H. (2014). A meta-analytic evaluation of the *FRIENDS* program for preventing anxiety in student populations. *Education and Treatment of Children*, 37(2), 277-306. doi: 10.1353/etc.2014.0018

- McLOONE, J., HUDSON, J. L. et RAPEE, R. (2006). Treating anxiety disorders in a school setting. *Education and Treatment of Children*, 29(2), 219-242.
- McLOONE, J. K. et RAPEE, R. M. (2012). Comparison of an anxiety management program for children implemented at home and school: Lessons learned. *School Mental Health*, 4(4), 231-242.
- MERIKANGAS, K. R., HE, J.-P., BURNSTEIN, M., SWANSON, S. A., AVENEVOLI, S., CUI, L., ... SWENDSEN, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989.
- MIFSUD, C. et RAPEE, R. M. (2005). Early intervention for childhood anxiety in a school setting: Outcomes for an economically disadvantaged population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(9), 996-1004.
- MILLER, L. D., LAYE-GINDHU, A., LIU, Y., MARCH, J. S., THORDARSON, D. S. et GARLAND, E. J. (2011). Evaluation of a preventive intervention for child anxiety in two randomized attention-control school trials. *Behaviour Research and Therapy*, 49(5), 315-323.
- MOHATT, J., BENNETT, S. M. et WALKUP, J. T. (2014). Treatment of separation, generalized, and social anxiety disorders in youths. *American Journal of Psychiatry*, 171(7), 741-748.
- MOSTERT, J. et LOXTON, H. (2008). Exploring the effectiveness of the *FRIENDS* program in reducing anxiety symptoms among South African children. *Behaviour Change*, 25(2), 85-96. doi: 10.1375/bech.25.2.85
- NEHMY, T. J. et WADE, T. D. (2015). Reducing the onset of negative affect in adolescents: Evaluation of a perfectionism program in a universal prevention setting. *Behaviour Research and Therapy*, 67, 55-63.
- NEIL, A. L. et CHRISTENSEN, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 208-215.
- NEPON, J., BELIK, S.-L., BOLTON, J. et SAREEN, J. (2010). The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Depression and Anxiety*, 27(9), 791-798.
- PAHL, K. M. et BARRETT, P. M. (2011). Preventing anxiety and promoting social and emotional strength in preschool children: A universal evaluation of the Fun *FRIENDS* program. *Advances in School Mental Health Promotion*, 3(3), 14-25. doi: 10.1080/1754730X.2010.9715683

- PEREIRA, A. I., MARQUES, T., RUSSO, A., BARROS, L. et BARRETT, P. (2014). Effectiveness of the *FRIENDS* for life program in Portuguese schools: Study with a sample of highly anxious children. *Psychology in the Schools*, 51(6), 647-657. doi: 10.1002/pits.21767
- RAPEE, R. M., KENNEDY, S., INGRAM, M., EDWARDS, S. et SWEENEY, L. (2005). Prevention and early intervention of anxiety disorders in inhibited preschool children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 488-497.
- RAPEE, R. M., SCHNIERING, C. A. et HUDSON, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(1), 311-341.
- REYNOLDS, C. R. et RICHMOND, B. O. (1978). What I think and feel. A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6(2), 271-280.
- REYNOLDS, S., WILSON, C., AUSTIN, J. et HOOPER, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 251-262.
- ROBERGE, P., FOURNIER, L., DUHOUX, A., NGUYEN, C. T. et SMOLDERS, M. (2011). Mental health service use and treatment adequacy for anxiety disorders in Canada. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(6), 321-330.
- ROONEY, R., ROBERTS, C., KANE, R., PIKE, L., WINDSOR, A. et WINDSOR, J. (2006). The prevention of depression in 8- to 9-year-old children. *Australian Journal of Guidance and Counseling*, 16(1), 76-90.
- SHORT, C. A. (1993). *Universal prevention program for anxiety disorders in school aged children: Taming Worry Dragons* (Thèse de doctorat inédite). University of British Columbia.
- SILVA, C., BOUCHARD, S. et BÉLANGER, C. (2012). Les nouvelles technologies de l'information et le traitement de l'anxiété chez les jeunes. Dans L. Turgeon et S. Parent (dir.), *Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et des adolescents. T. 2: Troubles de comportement*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- SILVERMAN, W. K. et ALBANO, A. M. (1996). *Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV. Anxiety disorders interview schedule (ADIS-IV). Child and parent interview schedules*. New York : Oxford University Press.
- SILVERMAN, W. K., PINA, A. A. et VISWESVARAN, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(1), 105-130.
- SIMON, E., DIRKSEN, C. D. et BÖGELS, S. M. (2013). An explorative cost-effectiveness analysis of school-based screening for child anxiety using a decision analytic model. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22(10), 619-630.

- SIMON, E., DIRKSEN, C., BÖGELS, S. et BODDEN, D. (2012). Cost-effectiveness of child-focused and parent-focused interventions in a child anxiety prevention program. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(2), 287-296.
- SMITH, A. M., FLANNERY-SCHROEDER, E. C., GORMAN, K. S. et COOK, N. (2015). Parent cognitive-behavioral intervention for the treatment of childhood anxiety disorders: A pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 156-161.
- SPENCE, S. M. (2001). Prevention strategies. Dans M. W. Vasey et M. R. Dadds (2001). *The developmental psychopathology of anxiety* (p. 325-354). New York, NY: Oxford University Press.
- STALLARD, P. (2010). Mental health prevention in UK classrooms: The *FRIENDS* anxiety prevention programme. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 15(1), 23-35. doi: 10.1080/13632750903512381
- STALLARD, P., SIMPSON, N., ANDERSON, S. et GODDARD, M. (2008). The *FRIENDS* emotional health prevention programme: 12 month follow-up of a universal UK school based trial. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17(5), 283-289. doi: 10.1007/s00787-007-0665-5
- STOPA, J. E., BARRETT, P. M. et GOLINGI, F. (2010). The prevention of childhood anxiety in socioeconomically disadvantaged communities: A universal school-based trial. *Advances in School Mental Health Promotion*, 3(4), 5-24. doi: 10.1080/1754730X.2010.9715688
- TEUBERT, D. et PINQUART, M. (2011). A meta-analytic review on the prevention of symptoms of anxiety in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(8), 1046-1059.
- WEEMS, C. F., SCOTT, B. G., GRAHAM, R. A., BANKS, D. M., RUSSELL, J. D., TAYLOR, L. K., ... MARINO, R. C. (2015). Fitting anxious emotion-focused intervention into the ecology of schools: Results from a test anxiety program evaluation. *Prevention Science*, 16(2), 200-210.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2004). *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options*. Récupéré de http://www.who.int/entity/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf