

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux.....	x
Remerciements.....	xi
Introduction.....	1
Contexte théorique	5
Évaluation	6
Diagnostic psychologique.....	7
Orientation d'un suivi	8
Mesures d'évaluation	10
Apport du clinicien	13
Évaluation chez l'enfant	16
Les méthodes projectives.....	20
Définition	20
Utilités des méthodes projectives.....	22
Théorie sous-jacente	26
Projection.....	27
Hypothèse projective	27
Divergences d'opinions sur les méthodes projectives	28
Rorschach.....	32
Utilité du test.....	34
Le Rorschach et l'anxiété	36

Thematic Apperception Test.....	39
Utilité du test.....	40
Le Thematic Apperception Test et l'anxiété.....	41
Dessins	43
House-Tree-Person	48
Dessin de la maison	48
Dessin de l'arbre	49
Dessin de la personne	50
Dessin de la famille.....	51
Les méthodes non-projectives.....	52
Définition	52
Utilités des méthodes non-projectives	52
Les échelles d'auto-évaluation.....	53
State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC; Spielberger et al., 1973).....	54
Les échelles d'hétéro-évaluation	55
Children Behavior Checklist.....	56
Teacher Report Form	56
Critique des méthodes non-projectives	57
Anxiété.....	58
Définition	58
Du normal au pathologique.....	59
Manifestations de l'anxiété	64

Sphère affective	64
Sphère physiologique.....	64
Sphère cognitive.	65
Sphère comportementale.....	65
Théories des causes et du développement de l'anxiété.....	66
Facteurs individuels.....	67
Facteurs familiaux.....	68
Facteurs environnementaux	70
Prévalence	70
Types d'anxiété selon le DSM-IV-TR.....	71
Phobie spécifique.....	72
Phobie sociale	72
Anxiété généralisée.....	73
Trouble panique avec ou sans agoraphobie	73
Trouble obsessionnel-compulsif	74
État de stress post-traumatique	75
Syndrome du stress aigu	76
Anxiété de séparation.....	77
Comorbidités.....	77
Évaluation de l'anxiété.....	78
Objectifs et hypothèses de recherche	79
Méthode.....	80

Recrutement	81
Participants.....	82
Sujet 1 (Noah).....	82
Sujet 2 (Arthur).....	84
Sujet 3 (Florian)	86
Déroulement.....	87
Instruments de mesure	88
Anamnèse avec les parents	89
Rorschach.....	89
Matériel et administration.....	90
Cotation du Rorschach.....	94
Thematic Apperception Test.....	95
Matériel et administration.....	96
House-Tree-Person	99
Dessin de la famille.....	101
State-Trait Anxiety Inventory for Children	103
Children Behavior Checklist.....	105
Teacher Report Form	106
Résultats	109
Sujet 1 : Noah.....	110
Sujet 2 : Arthur.....	121
Sujet 3 : Florian.....	133

Discussion	143
Noah.....	145
Arthur.....	146
Florian	149
Forces, limites et pistes de recherches	153
Conclusion	156
Références.....	159
Appendice A. Formulaire de consentement remis aux parents.....	175
Appendice B. Grille d’entrevue d’anamnèse	181
Appendice C. Protocoles aux divers tests de Noah.....	184
Appendice D. Protocoles aux divers tests d’Arthur	197
Appendice E. Protocoles aux divers tests de Florian	213

Liste des tableaux

Tableau

1	Description de l'anxiété développementale en fonction de l'âge chez l'enfant	61
2	Indices provenant des méthodes projectives pour Noah	111
3	Indices provenant des non-méthodes projectives pour Noah	115
4	Indices convergents entre les méthodes projectives et non-projectives pour Noah	119
5	Indices divergents entre les méthodes projectives et non-projectives pour Noah	120
6	Indices provenant des méthodes projectives pour Arthur	122
7	Indices provenant des méthodes non-projectives pour Arthur	127
8	Indices convergents entre les méthodes projectives et non-projectives pour Arthur	130
9	Indices divergents entre les méthodes projectives et non-projectives pour Arthur	132
10	Indices provenant des méthodes projectives pour Florian	134
11	Indices provenant des méthodes non-projectives pour Florian	139
12	Indices convergents entre les méthodes projectives et non-projectives pour Florian	141
13	Indices divergents entre les méthodes projectives et non-projectives pour Florian	142

Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement les personnes grâce à qui l'aboutissement de ce travail a été possible. Tout d'abord, Colette Jourdan-Ionescu, professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières, je lui suis reconnaissante pour tout le soutien qu'elle m'a apporté tout au long de la rédaction, pour sa disponibilité lorsque j'en avais besoin et sa bonne humeur. Les commentaires et conseils reçus ont toujours été pertinents et ont largement contribué à l'amélioration de ce travail de recherche. Ensuite, ma famille et mes amis qui ont su être présents dans les moments critiques, tant dans les moments d'excitation que dans les moments de découragement et de démotivation. De même que mes collègues de travail qui m'ont toujours encouragée et aidée lors de ma période de recrutement. Un merci spécial à Jean-Bernard Giguère, mon conjoint, qui m'a grandement soutenu tout au long de mon parcours doctoral et qui a été d'une aide précieuse afin que cet essai soit écrit dans un français adéquat.

Je tiens également à remercier les familles qui ont participé de m'avoir donné de leur temps afin que je puisse recueillir mes données de recherche auprès de leur enfant. Un merci spécial aux trois enfants que j'ai évalués et qui ont gentiment accepté de me sacrifier deux fins de semaine.

Introduction

L'évaluation est un acte important dans la pratique de la psychologie. Elle est d'ailleurs utilisée par la majorité des psychologues (Fernandez & Bonnet, 2007; Meyer et al., 2001). Elle est particulièrement utile lors des situations ambiguës (Wetzler, 1989). Elle a plusieurs objectifs : établir un diagnostic psychologique, orienter un suivi thérapeutique et en évaluer l'efficacité (Southam-Gerow & Chorpita, 2007; Voyazopoulos, Vannetzel, & Eynard, 2011). Il existe plusieurs types de tests psychologiques que l'on peut diviser en deux grandes catégories : les méthodes projectives et non-projectives. Les méthodes projectives administrées dans le cadre de cet essai sont le *Rorschach* (Rorschach, 1921), *Thematic Apperception Test* (TAT; Murray, 1971), *House-Tree-Person* (HTP; Buck, 1948) et *Dessin de la famille* (Corman, 1967). Les méthodes non-projectives utilisées sont le *Children Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach & Rescola, 2001), le *Teacher Report Form* (TRF; Achenbach & Rescola, 2001) et le *State-Trait Anxiety Inventory for Children* (STAIC; Spielberger, Edwards, Lushene, Montuori, & Platzek, 1973). Ces questionnaires ont été choisis en raison de leurs qualités psychométriques, de leur facilité de compréhension pour les répondants et de leur accessibilité.

L'anxiété est une des problématiques les plus présentes chez les enfants (Campbell, 2006; Dumas, 2008; Field, Hadwin, & Lester, 2011; Fonseca & Perrin, 2011; Hishinuma et al., 2001; Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), 2002;

Ladouceur, Marchand, & Boisvert, 1999; Lonigan, Phillips, Wilson, & Allan, 2011; Lyneham & Rapee, 2011; Martin-Guehl, 2003; Murray, Creswell, & Cooper, 2009; Robinson, 2003; Rogé & Chabrol, 2003; Servant, 2005; Silverman & Ollendick, 2008; Tarabulsky & Hémond, 1999; Turgeon & Gendreau, 2007; Vasey & Dadds, 2001; Weiss & Last, 2001). Il est toutefois nécessaire de faire la différence entre une anxiété qui est normale et une anxiété qui est pathologique (Campbell, 2006). Il est important d'évaluer la situation puisqu'il faut aider l'enfant ayant des besoins et ne pas pathologiser l'enfant qui ressent une anxiété normale pour son âge (Dumas, 2008).

Parmi les recherches consultées, peu d'entre elles comparent les résultats obtenus à l'aide de ces tests. De plus, aucune recherche comparant l'utilisation des méthodes projectives et non-projectives dans le cadre de l'évaluation de l'enfant anxieux n'a été répertoriée.

Les objectifs de la recherche visent à relever les convergences et les divergences d'indices entre les méthodes projectives et non-projectives et distinguer les tests qui sont les plus utiles dans l'évaluation de l'anxiété chez l'enfant. Pour vérifier le tout, trois enfants avec des caractéristiques anxieuses ont été évalués à l'aide des tests mentionnés précédemment.

Le premier chapitre présente le contexte théorique et est divisé en cinq sections : l'évaluation vue sous différents angles; les méthodes projectives et la présentation

théorique de chacune des méthodes projectives utilisées (*Rorschach*, TAT, HTP et *Dessins de la famille*); les méthodes non-projectives et la présentation théorique de chacun des tests utilisés (CBCL, le TRF et le STAIC) et les objectifs et hypothèses de recherche. Le second chapitre présente la méthode utilisée pour mener la recherche. Le troisième chapitre expose les résultats obtenus pour chacun des trois participants. Un quatrième chapitre discute des résultats et des limites de l'étude. Des suggestions sont aussi proposées afin d'améliorer les résultats si l'étude est reproduite. Une conclusion termine ce travail.

Contexte théorique

Dans le but de bien comprendre l'importance que revêt l'évaluation en psychologie, ce chapitre en présente les diverses facettes. Plus spécifiquement, le contexte théorique se divise en cinq sections distinctes. La première section présente les diverses fonctions que peut prendre l'évaluation, l'évaluation par l'administration de tests et plus spécifiquement l'évaluation chez l'enfant. La section suivante présente les méthodes projectives et la théorie projective de même que les tests utilisés dans le protocole de recherche, soit le *Rorschach*, le TAT et les dessins. La troisième section présente les méthodes non-projectives (auto-évaluation et hétéro-évaluation) et leurs théories, de même que les tests utilisés dans le protocole de recherche, soit le CBCL, le TRF et le STAIC. La quatrième section porte sur la définition de l'anxiété et les diverses théories qui y sont reliées. La dernière section expose les objectifs et les hypothèses de la recherche.

Évaluation

L'évaluation psychologique est un domaine très large qui permet d'examiner plusieurs dimensions de l'être humain, telles que sa personnalité, ses processus cognitifs, son intelligence, sa santé mentale, ses comportements, sa dangerosité, etc. Chaque personne, peu importe son âge, est en mesure de se faire évaluer. La plupart des psychologues pratiquent l'évaluation psychologique avec leurs clients (Fernandez &

Bonnet, 2007; Meyer et al., 2001). Il y a 91 % des psychologues américains et 88 % des psychologues français qui l'utilisent (Sultan, 2004). L'évaluation représente une étape particulièrement importante pour les professionnels de la santé mentale qui sont confrontés à des situations ambiguës et difficiles (Wetzler, 1989).

Avant de procéder à l'examen psychologique, il faut tout d'abord s'assurer de la pleine participation du sujet et d'une alliance thérapeutique entre lui et le psychologue (Gaillard, 2011). Il y a trois objectifs à l'évaluation : obtenir un diagnostic, orienter un suivi thérapeutique et en évaluer l'efficacité afin de permettre l'attribution de ressources appropriées (Southam-Gerow & Chorpita, 2007; Voyazopoulos et al., 2011). Ces trois objectifs feront l'objet des parties suivantes.

Diagnostic psychologique

Par l'examen psychologique, le professionnel a la possibilité de vérifier des hypothèses cliniques (Gaillard, 2011). On part généralement des plaintes de la personne (motif de consultation) et on essaie de donner un sens à ces hypothèses en fonction du contexte (Andronikof & Fontan, 2014; Sultan, 2004), et des particularités du client. L'évaluation psychologique permet de déceler des signes et symptômes avant même qu'ils ne se manifestent de façon comportementale ou autre. Sans l'évaluation, il est plus probable de passer à côté d'un ou plusieurs signes cliniques importants, d'où la nécessité d'en faire usage (Gaillard, 2011). Elle permet également la formulation de diagnostics différentiels, et par le fait même, donne la possibilité de faire des diagnostics plus précis

et d'arriver à une compréhension plus fine du fonctionnement de la personne (Andronikof & Fontan, 2014; Gaillard, 2011). L'objectif de l'évaluation est de comprendre (Sultan, 2004), diminuer et prévenir la souffrance. Une bonne évaluation doit soulever les problématiques, les zones de conflits, l'utilisation des défenses et leur fonctionnement, la capacité à établir des relations interpersonnelles, mais également les forces de la personne (Andronikof & Fontan, 2014; Blatt, 1975; Sultan, 2004). Par contre, bien que fortement conseillée, la tenue d'un examen psychologique est à la discrétion du clinicien (Gaillard, 2011).

Orientation d'un suivi

L'obtention d'un diagnostic apporte une autre vision et permet d'ajuster les interventions en fonction de la problématique (Southam-Gerow & Chorpita, 2007; Sultan, 2004; Voyazopoulos et al., 2011), non seulement pour le psychologue, mais aussi pour les autres professionnels assignés au client (Fernandez & Bonnet, 2007). L'évaluation peut être réalisée à plusieurs moments dans le processus de l'individu, elle ne sert pas seulement à poser une étiquette diagnostique (Huber, 1993; Sultan, 2004). Si elle est faite en début de thérapie, elle permet au thérapeute de se renseigner sur l'organisation psychologique du client et d'être plus sensible et plus confiant dans la thérapie et ses interventions (Blatt, 1975). L'évaluation avant le début de la thérapie permet aussi de faire ressortir les faiblesses et les conflits du client, mais également ses points forts. Selon Sultan (2004), un suivi thérapeutique ne peut avoir lieu sans une idée précise des difficultés à traiter. L'examen psychologique permet de justifier le traitement

thérapeutique (Sultan, 2004). Il amène le clinicien à connaître davantage l'individu (Gaillard, 2011) et ainsi mieux orienter le suivi en permettant de mettre en place un traitement thérapeutique efficace (Michel, Aubron, Purper-Ouakil, Cortese, & Mouren, 2008; Sultan, 2004). Le suivi psychologique est d'autant plus efficient lorsqu'il est jumelé aux résultats de l'évaluation, ciblant précisément la problématique du client (Gaillard, 2011). L'évaluation peut aussi avoir comme but second d'aider au développement de l'alliance thérapeutique (Michel et al., 2008), grâce à la rencontre de restitution des résultats (Castro, 2003). Cela permet une prise de conscience chez le client et lui fait savoir qu'il a été compris (Castro, 2003). La restitution permet donc de solidifier un lien de confiance de la part du client envers le psychologue. Plusieurs cliniciens ont observé qu'il y a des changements positifs chez les clients après une évaluation psychologique (Castro, 2003). Il est à noter qu'une évaluation minimale du client est obligatoire pour les psychologues du Québec. Toutefois, la façon de procéder est laissée à leur discrétion.

Au cours du processus thérapeutique, l'évaluation sert à suivre les progrès réalisés lorsque le thérapeute est confus, dans une impasse ou lorsqu'il n'y a plus de progrès à proprement parler (Blatt, 1975; Gaillard, 2011; Huber, 1993; Voyazopoulos et al., 2011). Il est possible de voir les changements dans le fonctionnement du client, mais également le maintien, l'augmentation ou la diminution des difficultés de départ (Sultan, 2004).

Une évaluation peut être faite pour le suivi de l'intervention dans le but d'orienter le suivi et d'en évaluer l'efficacité. En effet, suite à l'évaluation et de quelques séances de thérapie, il est possible d'évaluer où la personne est rendue dans son processus thérapeutique et d'ajuster les interventions en conséquence (Voyazopoulos et al., 2011). Ce type d'évaluation peut être fait à des intervalles réguliers, surtout dans le cas des enfants ayant des retards de développement. C'est également avec un suivi développemental que l'on peut rendre compte de l'efficacité des interventions. Il permet de voir les changements qui ont eu lieu depuis le début des rencontres et d'établir un pronostic. Par contre, une intégration de l'information doit être effectuée, il ne suffit pas de lister les symptômes et les problématiques. Un lien doit être fait entre les informations relevées (Blatt, 1975; Voyazopoulos et al., 2011), afin de bien saisir la nature de la problématique, ainsi que les enjeux psychiques sous-jacents. Il est donc préférable de fonctionner par la convergence d'indices et la mise en relation de ceux-ci (Chahraoui & Bénony, 2003; Voyazopoulos et al., 2011).

Mesures d'évaluation

L'évaluation peut se faire de diverses façons, que ce soit par l'observation, l'entrevue ou la passation de différents tests (Fernandez & Bonnet, 2007; Hojnoski, Morrison, Brown, & Matthews, 2006; Johnston & Murray, 2003; Oster & Crone, 2004).

L'observation des comportements verbaux et non-verbaux des sujets, lors de la passation de tests ou lors d'entrevue, fournit des éléments pouvant servir à la

compréhension du fonctionnement du sujet et affiner le diagnostic qui sera émis (Oster & Crone, 2004). Ces observations de la part du clinicien sont souvent aussi importantes que les données obtenues aux tests et permettent de participer à la convergence d'indices (Johnston & Murray, 2003; Oster & Crone, 2004). Elles viennent enrichir la compréhension des résultats. Elles vont servir non seulement lors du processus décisionnel pour l'émission du diagnostic, mais aussi lors de la section recommandations du rapport, lorsque cela est pertinent (Oster & Crone, 2004). Parfois, l'évaluation dans le but d'obtenir un diagnostic ne se base que sur l'entretien avec le client et sa famille lorsqu'il s'agit d'un enfant ou d'un adolescent (Michel et al., 2008). Les diagnostics seraient moins fiables qu'avec les tests psychologiques (Michel et al., 2008). En effet, le jugement clinique est réputé être moins fiable que lorsqu'il y a administration de tests (Sultan, 2004).

L'utilisation des tests (épreuves projectives, questionnaires, mesures d'intelligence, observations, instruments psychométriques) est d'ailleurs fortement recommandée dans plusieurs milieux, tels que le milieu scolaire, correctionnel, privé et les CISSS¹ (Blatt, 1975; Ordre des psychologues du Québec (OPQ), 2000, 2003a, 2003b, 2004, 2007a, 2007b). Plusieurs psychologues considèrent que l'administration de tests est un acte important dans la pratique clinique (Sultan, 2004). Les mesures d'évaluation sont souvent utilisées afin que le psychologue puisse se faire une impression diagnostique précise du client (OPQ, 2000).

¹ Les CISSS ou les CIUSSS, selon la région, comprennent tout le réseau de la santé (CLSC, CHSLD, centres hospitaliers) ainsi que les Centres jeunesse.

Les tests ne sont pas adaptés à toutes les situations, à toutes les populations. Il est important de vérifier les qualités psychométriques en fonction de ce que l'on veut évaluer chez le client. La passation de tests considérés comme étant fidèles et valides fournit des données objectives qui permettent de situer le sujet par rapport à la norme, en fonction de son âge et de son sexe (Arbisio, 2003). La fidélité et la validité sont importantes pour tous les tests, même s'ils sont différents, tant dans ce qu'ils mesurent que dans la façon dont ils sont construits (Arbisio, 2003).

Divers tests sont disponibles pour chacune des sphères pour lesquelles intervient le psychologue (OPQ, 2000), et ce, pour chaque tranche d'âge, allant du nourrisson à la personne vieillissante. Par exemple, il existe plusieurs échelles afin d'évaluer l'intelligence chez l'humain en fonction de son âge (*Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence test* (WPPSI-IV) – allant de 2 ans et 6 mois à 7 ans et 3 mois; *Wechsler Intelligence Scale for Children* (WISC-IV) – allant de 6 ans à 16 ans et 11 mois et *Wechsler Adult Intelligence Scale* (WAIS-IV) – allant de 16 ans à 90 ans et 11 mois) (Wechsler, 2010, 2013, 2015). Il en va de même avec les épreuves projectives thématiques [le *Children Apperception Test* (CAT; Bellak & Bellak, 1949) pour les enfants de 3 à 8-10 ans, le TAT pouvant traditionnellement être administré dès l'âge de 7 ans jusqu'à l'âge adulte, ainsi que le *Senior Apperception Test* pour les personnes âgées, (sans spécification en ce qui concerne l'âge de l'administration) (Bellak & Bellak, 1985; Boekholt, 1998).

Apport du clinicien

Toutefois, l'examen psychologique ne se résume pas à la simple passation de tests. La valeur du psychodiagnostic et des informations qui ressortent des tests sont en lien direct avec la compétence du professionnel qui en a fait la passation (Andronikof & Fontan, 2014; Blatt, 1975; Voyazopoulos et al., 2011). Dans le même ordre d'idée, il faut un clinicien formé en évaluation et qui connaît très bien les pathologies afin d'émettre un diagnostic (Andronikof & Fontan, 2014). Comme il a été mentionné ci-haut, une intégration et une compréhension doivent être faites en lien avec les résultats aux tests (Andronikof & Fontan, 2014; Blatt, 1975; Côté, 2008; Voyazopoulos et al., 2011). Une maîtrise de ces derniers est également de mise, les professionnels vont développer une expérience et une expertise à propos des tests qu'ils utilisent, ils développent ainsi une habileté à lire le test et ses résultats (Andronikof & Fontan, 2014; Gaillard, 2011; Voyazopoulos et al., 2011). En effet, certains tests n'aboutissent qu'à des scores, le psychologue doit utiliser son jugement clinique afin d'interpréter les résultats et de se prononcer sur la présence d'une pathologie (Andronikof & Fontan, 2014; Sultan, 2004; Voyazopoulos et al., 2011). Le clinicien doit donner un sens aux données, générer des hypothèses diagnostiques et dresser un portrait à partir des divers résultats obtenus (Sultan, 2004; Voyazopoulos et al., 2011).

Le bilan psychologique, qui est constitué des informations obtenues par divers moyens (entrevues, tests, observations, etc.) par le clinicien, rend compte de l'organisation de la personnalité du sujet (Boussion, Schauder, & Sbedico Miquel, 2007;

Voyazopoulos et al., 2011). Ceci permet d'expliquer les troubles, mais également la fonction des symptômes et les difficultés pour lesquelles le client est venu consulter (Chagnon, 2011). Ce bilan, de par la réflexion qui y est sous-jacente, aide à la prise de position diagnostique puisqu'il permet de réunir les informations des diverses évaluations (Gaillard, 2011; Voyazopoulos et al., 2011). La démarche de réflexion peut être longue, mais est très importante. C'est avec les résultats et les diverses observations que le psychologue doit réfléchir afin d'éliminer certaines pathologies. Le jugement clinique et professionnel est très important lors de cette étape (Gaillard, 2011; Voyazopoulos et al., 2011). Le diagnostic psychologique « final » est en soi la résultante de cette longue réflexion (Gaillard, 2011; Voyazopoulos et al., 2011).

Il convient, dans la majorité des cas d'évaluation, d'utiliser plusieurs épreuves avant de tirer des conclusions (Côté, 2008). Il est recommandé de faire une entrevue et la passation d'une batterie de tests (Exner, 1995; Johnston & Murray, 2003), chaque batterie ou chaque test ayant ses forces et ses faiblesses (Gaillard, 2011). La batterie peut être composée de deux à trois tests, mais elle peut en comporter fréquemment plus de cinq (Exner, 1995). En effet, il est préférable que plus d'un test soient administrés afin d'avoir une convergence d'indices et de conduire ainsi à une évaluation plus fiable (Bellak & Abrams, 1997; Greco & Morris, 2004). De plus, aucun instrument à ce jour ne permet à lui seul d'évaluer la complexité de l'humain (Exner, 1995; Sultan, 2004). Les instruments doivent être différents les uns des autres et évaluer des aspects différents du sujet, afin de générer les meilleures hypothèses et faciliter la compréhension

(Knoff, 2003; Sultan, 2004). La diversité des tests permet de relever les variables qui favorisent le maintien de la problématique (Knoff, 2003). Puisque chaque test porte sur une dimension différente, la batterie de tests donne la possibilité de faire un portrait plus global du client (Exner, 1995). Il ne faut pas oublier que même si les divers tests utilisés évaluent des sphères différentes, il se peut que les données se regroupent partiellement, cela augmente donc la validité des résultats de chacun (Exner, 1995). Ce recoupement diminue le risque d'erreurs (Exner, 1995). La multiplicité des instruments permet une augmentation de la certitude au moment de tirer des conclusions (Exner, 1995). Par contre, l'utilisation d'une batterie d'évaluation ne signifie pas l'obligation de toujours l'utiliser dans son intégralité. En effet, il n'est pas obligatoire de l'utiliser à chaque fois dans le même ordre ou avec exactement la même combinaison de tests (Debray, 2000; Exner, 1995). Il faut choisir en fonction de ce que l'on veut évaluer, de l'âge du sujet ainsi que du temps dont dispose l'examineur (Debray, 2000).

Les informations recueillies auprès de diverses sources, à l'aide de différents tests et auprès de plusieurs personnes, permettent de composer une image plus globale de la personne évaluée (Sultan, 2004) en ce qui concerne la clientèle infantile (Johnston & Murray, 2003). Les données des différentes épreuves doivent être croisées entre elles afin d'obtenir une convergence d'indices (Arbisio, 2003).

Évaluation chez l'enfant

L'évaluation psychologique de l'enfant est une pratique courante qui a des impacts sur l'enfant et sa famille (Voyazopoulos et al., 2011). Elle est généralement effectuée dans le but de répondre à une question que l'entourage de l'enfant se pose (école, parents, garderie, etc.) (Voyazopoulos et al., 2011).

L'enfant est un être en développement aux plans : moteur, cognitif, affectif, langagier, social, moral, etc. Ces diverses sphères doivent donc être prises en compte lors de l'évaluation d'un enfant, notamment au moment de l'interprétation (Côté, 2008; Gaillard, 2011; Voyazopoulos et al., 2011). La santé mentale de l'enfant est directement liée au développement harmonieux de ces sphères (Andronikof & Fontan, 2014; Gaillard, 2011). Plusieurs théories développementales ont été élaborées et il est primordial de bien les comprendre afin d'avoir un aperçu des enjeux de l'enfant. Les recherches en développement de l'enfant ont permis d'établir des normes développementales, ainsi que les acquis que l'enfant devrait avoir en fonction de son âge (Bee & Boyd, 2006; Cloutier & Renaud, 1990). Ces résultats de recherche permettent donc également de déceler un développement problématique, soit de repérer un enfant qui accuse des retards au niveau de ses acquis. Si des retards sont décelés et qu'aucune prise en charge n'est effectuée, il y a un risque d'inadaptation ou de psychopathologie (Gaillard, 2011). Cependant, certains décalages dans la maturation des sphères peuvent être « normaux » et non prédicteurs d'une psychopathologie (Gaillard, 2011). Par ailleurs, la précocité du développement n'est pas un meilleur prédicteur d'une bonne

santé mentale. En effet, un enfant avec une trop grande avance sur les autres enfants de son âge fait preuve de dyssynchronie (décalages entre différents secteurs de développement, Terrassier, 1981) et peut développer un état dépressif, en raison des préoccupations différentes qu'il entretient (Gaillard, 2011).

Une excellente connaissance du développement normal de l'enfant est donc très importante lors de l'évaluation, mais une bonne connaissance du développement pathologique est également de mise (Cloutier & Renaud, 1990; Freud, 1968). Le développement normal est parfois constitué de symptômes que les parents peuvent interpréter comme étant pathologiques, mais qui font partie d'un développement sain. Par exemple, l'opposition (Michel et al., 2008), certaines peurs ou l'énurésie (Valla & Bergeron, 1999) sont normaux à certains âges. Il peut y avoir des symptômes chez l'enfant, sans qu'il n'y ait pour autant de pathologie, tout comme il peut y avoir pathologie sans symptôme (Brunet, 2008). Par exemple, un enfant peut présenter des symptômes de dépression, sans en avoir suffisamment pour obtenir un diagnostic. Tout comme les symptômes d'une dépression peuvent être silencieux, l'enfant étant alors vu comme étant tranquille et peu dérangeant.

Par contre, des traits caractéristiques de certaines pathologies suivent une certaine trajectoire bien connue des professionnels (Freud, 1968), il existe donc des profils développementaux typiques inhérents aux pathologies présentes ou aux pathologies en devenir. C'est avec l'évaluation, qui se fait au moyen de l'observation de l'enfant, des

propos recueillis par l'entourage (professeurs, parents, etc.) et la passation de tests que le psychologue pourra envisager la trajectoire développementale de l'enfant.

L'objectif de tout examen psychologique d'un enfant devrait être la prévention de souffrances subséquentes et la réduction des risques d'apparition de problèmes développementaux, d'inadaptation et de psychopathologies futures (Gaillard, 2011). Sanglade-Andronikof et Verdier-Gibello (1983) ont défini l'évaluation de l'enfant comme suit :

L'examen psychologique de l'enfant est une situation relationnelle au cours de laquelle un spécialiste applique des connaissances théoriques et des méthodes psychologiques à la compréhension dynamique d'un enfant présentant des difficultés à un moment donné de son évolution [...]. (p. 319)

Il faut comprendre que les résultats de l'examen psychologique sont en fait comme une photographie du fonctionnement de l'enfant au moment de l'évaluation. Ils permettent un pronostic à court terme, mais tout peut revenir à la normale plus ou moins rapidement avec une prise en charge efficace. En effet, un enfant présentant des difficultés ne les présentera pas nécessairement tout au long de son existence.

Comme il a été mentionné précédemment, il est préférable de recueillir des informations auprès de plusieurs sources, soit les parents, les enseignants et l'enfant lui-même, afin de favoriser une compréhension écosystémique du client (Fonseca & Perrin, 2011; Greco & Morris, 2004; Jalenques, Lachal, & Coudert, 1991; Johnston & Murray, 2003; Michel et al., 2008; Welsh & Bierman, 2003).

Les parents et les enseignants peuvent donner des informations importantes sur l'enfant en question. La cueillette d'informations auprès des parents consiste principalement à recueillir les données anamnestiques, les symptômes présents, les antécédents familiaux, les événements importants qui ont été vécus, l'histoire développementale, etc. (Andronikof & Fontan, 2014; Greco & Morris, 2004; Michel et al., 2008). Le clinicien peut ainsi avoir une certaine compréhension des symptômes présents (Michel et al., 2008).

Les enseignants, quant à eux, sont sollicités afin d'avoir un aperçu du fonctionnement de l'enfant à l'école (Achenbach & Rescola, 2001). Ils permettent également d'avoir un point de vue différent de celui des parents.

Par contre, l'enfant, jeune ou moins jeune, demeure la meilleure source afin d'avoir accès à ses sentiments, ses pensées ainsi qu'à ses expériences personnelles et la façon dont elles ont été vécues (Welsh & Bierman, 2003). Il est possible de faire verbaliser l'enfant sur sa pathologie, mais également d'observer les symptômes rapportés, tant par les parents, le professeur que l'enfant lui-même (Michel et al., 2008). Le fait de recueillir de l'information auprès de plusieurs sources permet de recouper les données et ainsi de se faire une meilleure idée de la problématique (Greco & Morris, 2004; Michel et al., 2008).

La passation des tests est une partie importante de l'évaluation, tant chez l'enfant que chez l'adulte. Il existe plusieurs façons de catégoriser les tests, que ce soit par leur théorie ou leurs objets d'évaluation, chaque test s'appuyant sur une théorie. Il est important d'utiliser plusieurs techniques d'évaluation (entretiens, questionnaires, tests projectifs, observations, etc.) afin d'avoir un aperçu multidimensionnel de la personne évaluée (Greco & Morris, 2004).

Dans la présente étude, les instruments d'évaluation seront divisés en deux catégories distinctes, classées selon les théories auxquelles ils se rattachent et seront présentés selon cette division : les méthodes projectives et les méthodes non-projectives.

Les méthodes projectives

Cette section présente les méthodes projectives. Elle aborde leur définition, leurs diverses utilités et leur théorie commune, soit celle de la projection. Les divergences d'opinions concernant leur utilisation sont aussi présentées. Les méthodes projectives abordées sont le *Rorschach*, le TAT et les dessins, dont le *House-Tree-Person* et le *Dessin de la famille*.

Définition

Les méthodes projectives sont des instruments qui font appel à l'inconscient et qui nous renseignent principalement sur la personnalité et le fonctionnement de la personne

évaluée. Elles permettent d'atteindre un niveau psychique que les instruments de type questionnaire ne peuvent rejoindre.

Les méthodes projectives sont utilisées depuis de nombreuses années par les psychologues cliniciens, car elles permettent de recueillir des informations très riches sur le sujet évalué (Richelle, 2009). Elles offrent un matériel non-structuré et ambigu (Arbisio, 2003; Bernaud, 2008; Chabert, 1998; Lilienfeld, Wood, & Garb, 2000; MacFarlane & Tuddenham, 1965; Miller & Nickerson, 2006; Richelle, 2009; Teglasi, 1993; Wagner, 2003), dont la consigne est vague et proposent une très grande liberté dans la production de réponses et la possibilité de donner un très grand nombre de réponses (Arbisio, 2003; Bernaud, 2008; Lilienfeld et al., 2000; Wagner, 2003). Les réponses données par le sujet sont toutes bonnes (Boekholt, 1998; Wagner, 2003). La personne doit donc lever l'ambiguïté dans les stimuli qui lui sont présentés (Lilienfeld et al., 2000).

Les méthodes projectives offrent deux niveaux¹ : les sollicitations manifestes (ce qui est objectivement vu, adaptation à la réalité) et les sollicitations latentes (ce que le test vient raviver dans l'inconscient) (Arbisio, 2003; Roman, 2006). La personne réagit au contenu latent en fonction de sa problématique (Arbisio, 2003). Le processus impliqué est bien expliqué par Didier Anzieu et Catherine Chabert : « ce qui est caché est mis en lumière, le latent devient manifeste, l'intérieur est amené à la surface; ce qu'il y a de

¹ À l'exception du Rorschach avec la méthode Exner où l'on ne considère que le niveau manifeste des planches.

stable et de noué en nous se trouve dévoilé » (Anzieu & Chabert, 1987, p. 18). Les réponses données par le sujet ne sont donc jamais « bonnes » ou « mauvaises » en soi puisqu'elles proviennent de processus, de désirs ou de sentiments inconscients qui appartiennent à l'individu (Miller & Nickerson, 2006).

Bien qu'il y ait un déclin de la présence de l'approche psychodynamique et des méthodes projectives dans les universités nord-américaines, elles demeurent tout de même très utilisées, tant au Canada qu'aux États-Unis (Brunet, 2008; Douville, 2006), surtout avec une population infantile (Chandler, 2003). Malgré le fait qu'elles soient moins enseignées, elles demeurent malgré tout dans le top 10 des tests utilisés par les cliniciens (Hojnoski et al., 2006). Les plus populaires sont le *Rorschach* et le TAT (Baudin, 2007).

Utilités des méthodes projectives

Les méthodes projectives peuvent être administrées tant auprès des enfants, des adolescents que des adultes (Richelle, 2009), il suffit d'utiliser la version adéquate lorsque c'est le cas. Avec les enfants, les méthodes projectives s'avèrent utiles à plusieurs égards, elles sont vues comme étant très riches en informations pour le psychologue (Richelle, 2009). L'information varie en fonction du test utilisé. Elles sont d'ailleurs fréquemment utilisées dans l'examen des psychopathologies infantiles pour obtenir un diagnostic (Boekholt, 1997).

Tout comme c'est le cas pour l'évaluation en général, les méthodes projectives peuvent être administrées pour obtenir un aperçu du fonctionnement psychique de l'individu, pour orienter un suivi et voir l'évolution de la problématique avant le suivi et pendant celui-ci (Baudin, 2007). En situant bien le fonctionnement psychologique de l'individu, il est possible de mieux orienter le suivi, de bien saisir les enjeux et ainsi agir adéquatement, chaque structure de personnalité ayant ses cibles d'intervention (Baudin, 2007). Cela est d'autant plus important puisque des symptômes identiques peuvent apparaître dans des structures complètement différentes et qu'une même structure peut présenter des symptômes différents (Baudin, 2007). Prendre en compte la structure de personnalité (ou le niveau développemental chez l'enfant) permet de donner un sens aux symptômes et ainsi mieux intervenir (Baudin, 2007). Pour une évaluation plus complète, il est possible de les jumeler avec des épreuves de type cognitif, par exemple les échelles de Weschler (Boekholt, 1997; Weschler, 2010, 2013, 2015) ou à d'autres épreuves.

Les méthodes projectives ont quelques avantages par rapport aux tests de personnalité plus structurés, car elles permettent de contourner les défenses conscientes du sujet et elles donnent accès à des informations dont le sujet n'est pas conscient (Lilienfeld et al., 2000). Celui-ci les exprime donc à son insu, ce qui permet d'avoir plus d'informations sur le fonctionnement de la personne qu'avec des échelles de mesure (Petot, 2005; Teglassi, 1993).

Il est également possible d'aller chercher des informations portant sur le fonctionnement psychique, soit le contact avec la réalité, les conflits, les angoisses et les mécanismes de défense (Arbisio, 2003). Les épreuves projectives sont d'une grande aide lorsque la situation est ambiguë et elles permettent donc de faire des diagnostics différentiels plus fins (Chabert, 1998; Chagnon, 2011) puisqu'elles donnent accès à la vie psychique (Côté, 2008). Cela tant dans une population infantile que dans une population plus âgée (Côté, 2008). Un autre avantage des méthodes projectives par rapport aux autres types de tests est qu'elles évaluent le fonctionnement global (c'est-à-dire la façon dont la personne fonctionne, se comporte avec les autres) et la personnalité (Blatt, 1975; BouSSION et al., 2007; Fernandez & Bonnet, 2007; Michel et al., 2008). De plus, elles nous renseignent sur des éléments pouvant expliquer la fonction des symptômes (BouSSION et al., 2007; Côté, 2008). Ce mode d'évaluation ne sert pas à classer les sujets, mais plutôt à expliquer leur fonctionnement psychique, ainsi que les manifestations symptomatiques (Chagnon, 2011). Husain, Merceron et Rossel (2001) leur reconnaissent une capacité à relever les enjeux et les composantes de la personnalité, il faut toutefois être prudent lors de l'interprétation.

Les méthodes projectives permettent aussi de recueillir des données auprès d'enfants qui communiquent peu verbalement, de ceux qui sont réticents à se révéler directement (Miller & Nickerson, 2006) et de ceux qui sont en détresse et donc peu enclins à communiquer leur expérience interne (Oster & Crone, 2004). Elles fournissent une évaluation du Moi, de ses forces, de ses faiblesses et de son mode de

fonctionnement (Blatt, 1975). On peut donc tirer de ces méthodes des informations au sujet du diagnostic. On peut aussi en établir un pronostic et une orientation pour la thérapie (Richelle, 2009).

Avec toutes les informations relevées avec les méthodes projectives, il devient plus facile de diriger efficacement les interventions et de s'ajuster à la problématique, telle qu'elle est comprise et vécue par l'enfant (Côté, 2008). Par exemple, les psychologues scolaires les utilisent dans plusieurs buts, comme la justification de mesures éducatives adaptées ou encore un suivi psychothérapeutique (Miller & Nickerson, 2006). Il devient donc plus facile, avec l'aide des méthodes projectives, de personnaliser les interventions et de tenir compte de la souffrance psychique de l'enfant et de sa demande d'aide latente (Côté, 2008). Les méthodes projectives fournissent aussi des informations sur les causes de la problématique présentée, alors que les entretiens nous amènent plutôt à obtenir sa description (Corman, 1967). Les facteurs causant la problématique sont bien souvent en dehors de la conscience du jeune et de celle de ses parents, c'est pourquoi il faut aller les chercher par d'autres moyens que les questions directes (Corman, 1967). Il faut donc offrir à l'enfant l'occasion de s'exprimer librement, au moyen d'un médium (Corman, 1967). Le dessin est considéré comme étant le médium facilitant le plus l'expression non-verbale chez l'enfant (Brun, 2007).

Certes, les épreuves projectives servent à l'évaluation, mais également à établir la communication et la relation avec l'enfant. En effet, elles peuvent servir de tiers pour

faciliter l'entrée en relation, tout en permettant une compréhension du monde interne et de la dynamique relationnelle (Côté, 2008). La relation avec l'enfant est facilitée puisque l'enfant aborde les méthodes projectives sous la forme d'un jeu (Arbisio, 2003).

Théorie sous-jacente

Bien qu'elles proviennent principalement d'une théorie partant de la projection (Arbisio, 2003; Chagnon, 2011), les méthodes projectives peuvent être interprétées selon plusieurs approches, qu'elles soient cognitives ou psychanalytiques (Chabert, 1998). Tout dépend de ce que l'on recherche comme informations et de la théorie à laquelle on adhère (Chabert, 1998). Contrairement à ce que l'on pourrait croire, il n'est donc pas nécessaire de partir avec un modèle psychanalytique pour utiliser ces méthodes (Chagnon, 2011). Les informations obtenues avec les méthodes projectives peuvent être vues comme étant une forme de radiographie de la psyché, permettant de percevoir des éléments inconscients qui ne peuvent être vus avec des instruments non-projectifs (Chagnon, 2011; Roman, 2009). Les deux principaux concepts à connaître et à maîtriser en ce qui concerne les méthodes projectives sont la projection et l'hypothèse projective.

Nous nous concentrerons ici sur la théorie psychanalytique et psychodynamique. Selon cette perspective, il est possible d'aller chercher un diagnostic structural, c'est-à-dire qui donne des indices précis sur la structure de personnalité (chez l'adulte) ou celle qui est en train de se cristalliser (chez l'enfant et l'adolescent). On peut obtenir un aperçu de l'organisation interne de l'enfant en évaluation (Marcilhacy, 2009). Ce type de

diagnostic procure une compréhension dynamique de la personnalité, il permet de relever le type d'angoisse, les conflits latents et manifestes, les relations d'objet, les mécanismes de défense (Doron & Pedinielli, 2006; Petot, 2005), mais également le développement pulsionnel du sujet (Marcilhacy, 2009).

Projection. Le concept-clé des méthodes projectives est la projection, qui est l'action d'attribuer ses propres sentiments, pulsions ou pensées négatives à d'autres personnes ou objets, afin de protéger le Moi du sujet (Arbisio, 2003; Bernaud, 2008; Cagnet, 2011; Freud, 1965; Ionescu, Jacquet, & Lhote, 2012; Perry et al., 2009; Roman, 2006). Il s'agit d'un mécanisme de défense primitif qui est soumis au principe de plaisir et qui sert principalement à éviter le déplaisir (Trempe, 1977). La projection est particulièrement présente dans la paranoïa (Laplanche & Pontalis, 1967; Trempe, 1977), mais elle a également un côté normal (Dupree & Prevatt, 2003; Laplanche & Pontalis, 1967; Romano, 1975). Ce processus est inconscient et la personne ne reconnaît pas que ce qui a été projeté provient d'elle-même (Murray, 1965; Perry et al., 2009). Selon Freud, il est aussi possible de projeter des pensées ou sentiments anxiogènes sur le monde environnant (Dupree & Prevatt, 2003).

Hypothèse projective. L'hypothèse projective dérive directement du concept de projection et est à la base des méthodes projectives (Bernaud, 2008; Miller & Nickerson, 2006). Il s'agit de la projection du sujet sur le matériel projectif. La personne évaluée a tendance à interpréter une situation ambiguë (le matériel et la consigne du test) en

fonction de ses expériences passées, de ses besoins présents (Kaplan & Saccuzzo, 2005; Miller & Nickerson, 2006; Rey, 1962) et des aspects de sa personnalité (Chagnon, 2011; Kaplan & Saccuzzo, 2005; Lilienfeld et al., 2000; Romano, 1975). Pour donner un sens au matériel qui n'en a pas de prime abord, l'individu doit se tourner vers son monde interne afin de générer des réponses, en se fiant à ses propres idées et fantaisies (Kleiger, 2001; Miller & Nickerson, 2006). Il est peu probable qu'un individu raconte des histoires avec une thématique particulière, s'il ne s'agit pas de quelque chose de préoccupant pour lui (Dupree & Prevatt, 2003). Puisqu'il est peu structuré, le matériel amène la personne à dévoiler des traits de sa personnalité dans le « décodage » des stimuli (Romano, 1975). Avec les méthodes projectives, il est possible d'apercevoir comment la personne articule son monde interne avec la réalité extérieure. C'est ainsi que ressortent les organisateurs de la vie psychique, ce que contient le monde interne (Roman, 2006). Même une réponse qui peut sembler banale est révélatrice d'informations sur l'individu (Kaplan & Saccuzzo, 2005). Par contre, certaines sont plus révélatrices du sujet que d'autres (Kaplan & Saccuzzo, 2005). Une même réponse donnée par deux individus n'aura pas la même signification, elle sera interprétée en fonction des caractéristiques personnelles de chacun (Kaplan & Saccuzzo, 2005).

Divergences d'opinions sur les méthodes projectives

Bien que les méthodes projectives soient controversées, elles sont toujours amplement utilisées (Lilienfeld et al., 2000), peu importe la population, dans différents cadres de pratique : les Centres jeunesse, en psychiatrie (ou pédopsychiatrie pour les

enfants), en psychologie scolaire et en pratique privée. Comme il l'a été mentionné précédemment, il est possible d'interpréter les méthodes projectives selon plusieurs perspectives (Chagnon, 2011). L'interprétation d'approche ou d'inspiration psychanalytique, bien que la plus utilisée, est critiquée, car elle est susceptible de mener à une interprétation sauvage (Chagnon, 2011). Le système de cotation utilisé est important, de même que la connaissance de la théorie sous-jacente. Il faut savoir interpréter les scores obtenus de façon adéquate (Teglasi, 1993). Les méthodes projectives sont considérées comme étant importantes par les psychologues scolaires (Miller & Nickerson, 2006). Les opinions divergent en ce qui concerne l'intérêt de leur utilisation, les uns en faisant leur promotion et les autres en les condamnant (Miller & Nickerson, 2006). Certains vont jusqu'à dire qu'elles ne sont pas plus valables que la lecture dans les feuilles de thé (Blatt, 1975). Elles sont particulièrement controversées auprès de la clientèle infantile (Miller & Nickerson, 2006).

Dans leur revue des écrits sur la validité des méthodes projectives, Miller et Nickerson (2006) révisent les critiques qui leur sont faites et proposent des réflexions à ce sujet. La principale critique à l'égard des méthodes projectives concerne leurs propriétés psychométriques. Certains catégorisent leurs normes comme étant inadéquates et se questionnent sur la fidélité et la validité des instruments et de l'hypothèse projective (Miller & Nickerson, 2006). Les difficultés avec la validité et la fidélité des méthodes projectives auprès des enfants peuvent s'expliquer par le fait que le développement de ces derniers est toujours en cours, notamment aux niveaux cognitif,

de la pensée abstraite et du langage (Miller & Nickerson, 2006). Grønnerød (2004) et Miller et Nickerson (2006) rapportent que les propriétés psychométriques (fidélité et validité) des méthodes projectives sont faibles, surtout si elles sont utilisées pour établir des diagnostics ou prédire des comportements. D'ailleurs, les utilisateurs de ce type de méthodes ne recommandent pas de les utiliser seules (Miller & Nickerson, 2006), ni même comme données primaires afin de poser un diagnostic (Miller & Nickerson, 2006). Elles sont utiles afin d'émettre des hypothèses (Miller & Nickerson, 2006). Les professionnels qui les utilisent expliquent que l'utilité des méthodes projectives ne se trouve pas dans l'aide qu'elles peuvent fournir pour établir un diagnostic, mais bien dans l'aide qu'elles apportent dans la compréhension et la description du fonctionnement de la personne évaluée (Miller & Nickerson, 2006). Ils clament également leur utilité dans l'évaluation des aspects inconscients du fonctionnement qui ne sont pas pris en compte ou évalués par des tests non-projectifs (Miller & Nickerson, 2006). Puisqu'ils sont différents des tests non-projectifs dans leurs objectifs et leur technique d'administration, il est important de les interpréter différemment. Les méthodes projectives sont interprétées en fonction de la personne et non pour comparer des individus entre eux, comme ce peut être le cas pour d'autres formes d'évaluation. Les notions de fidélité et de validité doivent donc être interprétées différemment. Piotrowski et Keller (1984) rapportent que les problèmes relatant les propriétés psychométriques sont dus à une connaissance et une formation inadéquates ou incomplètes des gens qui administrent les méthodes projectives. Les chercheurs qui les utilisent, sans en avoir l'expérience et la théorie requises, les utilisent de façon inappropriée, ce qui peut, selon eux, expliquer les

résultats négatifs. En effet, le psychologue qui est bien formé est apte à les utiliser et ainsi bien les interpréter (Debray, 2000). De plus, il arrive que les professionnels qui les utilisent fassent des erreurs dans la conduite de l'administration des méthodes projectives, telles que poser des questions inappropriées, ou induire des réponses chez le sujet (Miller & Nickerson, 2006).

Une autre critique à propos des méthodes projectives concerne le temps requis pour en arriver à des résultats (administration, cotation, interprétation), comparativement aux questionnaires (Grønnerød, 2004), ce qui est vrai. Effectivement, il est plus onéreux en termes de temps d'utiliser les méthodes projectives, tant au niveau de l'administration du test qu'au niveau de l'interprétation, que d'utiliser des questionnaires auto-administrés.

Il est possible de diviser les différentes méthodes projectives en trois catégories : structurales, thématiques (Arbisio, 2003; Boekholt, 1998; Chandler, 2003) et graphiques (Arbisio, 2003; Chandler, 2003). Les épreuves structurales et thématiques sont d'ailleurs souvent complémentaires (Arbisio, 2003; Bellak & Abrams, 1997; Boekholt, 1998; Brelet-Foulard & Chabert, 2003; Chabert, 2006; Richelle, 2009). Dans les épreuves structurales, dont fait partie le *Rorschach*, le sujet doit dire ce qu'il voit dans des tâches d'encre ambiguës. Dans les épreuves thématiques, dont font partie le TAT, le CAT et le *Patte-Noire*, le sujet doit raconter une histoire à partir de l'image qui lui est présentée. Dans les épreuves graphiques, dont font partie le HTP, *Dessin de la famille*, *Maison-Arbre-Chemin* et *Dessin libre*, la personne doit faire un dessin à partir de la consigne qui

lui est donnée. De plus amples détails sur ces catégories de méthodes projectives seront présentés dans les prochaines sections.

Rorschach

Le *Rorschach* a été publié en 1921 par Hermann Rorschach (Chabert, 1998; Chahraoui & Bénony, 2003). C'est la méthode projective la plus reconnue, mais aussi la plus controversée (Allen & Hollifield, 2003; Groth-Marnat, 2009; Kaplan & Saccuzzo, 2005; Miller & Nickerson, 2006; Perron-Borelli & Perron, 1994). Elle continue néanmoins à être utilisée de plus en plus (Allen & Hollifield, 2003; Chabert, 1998; Groth-Marnat, 2009; Husain et al., 2001; Michel et al., 2008). Le *Rorschach* est l'un des tests les plus utilisés par les psychologues (Bohm, 1985; Exner, 1995; Kaplan & Saccuzzo, 2005; Richelle, 2009). En effet, une étude américaine rapporte que 82 % des cliniciens disent utiliser au moins occasionnellement le test, alors que 43 % rapportent l'utiliser fréquemment ou toujours (Lilienfeld et al., 2000). Cet instrument doit être administré par quelqu'un d'expérimenté dans le domaine (Allen & Hollifield, 2003; Blatt, 1975). Un professionnel qui connaît bien le test sera apte à obtenir des données justes et donc faire une cotation et une interprétation exactes (Allen & Hollifield, 2003; Exner, 1995). L'apprentissage du test peut être long et ardu (Bohm, 1985), il faut beaucoup de pratique. En effet, les résultats au *Rorschach* n'existent qu'en lien avec les compétences de la personne qui en fait la passation et l'interprétation (Blatt, 1975). Il est reconnu pour offrir une bonne compréhension du fonctionnement psychologique et fournir de riches informations (Exner, 1995; Richelle, 2009). Toutefois, il est préférable

de ne pas l'utiliser seul (Bohm, 1985; Richelle, 2009), mais avec d'autres tests de personnalité (Bohm, 1985) ou projectifs comme les dessins ou le TAT.

Il est possible d'administrer le *Rorschach* dès que l'enfant est en mesure de parler, soit autour de 4 ans (Côté, 2008; Roman, 2009). La passation auprès de l'enfant a été élaborée plus tard que celle pour les adultes (Roman, 2009). Rorschach lui-même n'a pas développé le côté infantile ou juvénile du test, c'est plutôt Marguerite Loosli-Ustéri, dans les années 1930, qui a étudié l'administration du *Rorschach* auprès de l'enfant (Roman, 2009). Plusieurs autres auteurs, tels que Beizmann (1961) et Raush de Traubenberg et Boizou (1996), ont ensuite emboîté le pas et ont développé la clinique infanto-juvénile du *Rorschach* (Roman, 2009). Tout comme chez l'adulte, le test permet d'aller cerner la personnalité de l'enfant ou de l'adolescent qui est évalué (Chabert, 1998; Roman, 2009). La différence majeure entre la clinique infanto-juvénile et la clinique adulte concerne les normes, qui sont adaptées à ce qui est normal à différents stades de la vie, mais qui ne le sont pas à l'âge adulte.

Comme c'est le cas pour les autres méthodes projectives, le *Rorschach* apporte des éléments de contenu manifeste et latent. Le contenu latent¹ est différent en fonction des planches, chacune sollicitant un enjeu psychique différent (Roman, 2009).

¹ Nous référons le lecteur à se référer à Chabert, C. (1998). *Psychanalyse et méthodes projectives*. Dunod : Paris, p.50-53.

Au fil des ans, plusieurs systèmes de cotation pour interpréter ce test ont été mis sur pied. C'est John E. Exner Jr., qui en 1976 (Exner, 2003), a mis sur pied un nouveau système qui est un amalgame des autres systèmes de cotation, soit ceux de Rorschach, Rapaport et Schafer, Beck, Hertz, Klopfer, Piotrowski et celui de Loosli-Usteri (Chahraoui & Bénony, 2003) avec quelques améliorations. Il est connu sous le nom du *Comprehensive System*. C'est d'ailleurs celui qui est actuellement le plus utilisé (Allen & Hollifield, 2003; Grønnerød, 2003; Miller & Nickerson, 2006).

Utilité du test. Le *Rorschach* peut avoir plusieurs utilisations, comme c'est le cas pour la plupart des instruments d'évaluation. On peut s'en servir pour préciser un diagnostic psychologique (Chahraoui & Bénony, 2003; Petot, 2005; Richelle, 2009; Weiner, 2000), faire un diagnostic différentiel (Richelle, 2009) et des diagnostics de personnalité (Richelle, 2009; Weiner, 2000). Il permet également de faire un bilan du fonctionnement psychologique global de la personne évaluée (Petot, 2005; Richelle, 2009) en relevant tant les forces que les faiblesses (Weiner, 2000). Comme toutes les méthodes projectives, il est possible d'aller chercher des éléments qui sont hors du champ de la conscience ou qui sont niés (Petot, 2005). On peut aller chercher des informations sur l'angoisse vécue par un individu, telles sa provenance ou son intensité (Doron & Pedinielli, 2006; Petot, 2005). On peut donc avoir accès à de l'information privilégiée, qu'il n'est pas possible d'obtenir avec les échelles d'auto-évaluation ou celles qui sont remplies par des proches ou des intervenants (Petot, 2005). L'évaluation à l'aide du *Rorschach* va au-delà des comportements manifestes, il prend en compte la

globalité de la personnalité et du vécu de l'enfant (Roman, 2009). On peut également déceler des signes de psychopathologies avant même qu'ils ne transparaissent dans le comportement de l'individu (Richelle, 2009), puisqu'ils sont inconscients. Il est possible de percevoir les signes avant la décompensation, des signes qui ne sont pas ressortis lors de l'entretien clinique par exemple (Chabert, 1998).

Le *Rorschach* permet de ressortir des informations sur le fonctionnement psychique (Petot, 2005; Richelle, 2009), les mécanismes de défense utilisés, les capacités d'adaptation et les relations interpersonnelles (Doron & Pedinielli, 2006; Petot, 2005), les difficultés personnelles, l'expression des affects et même le potentiel intellectuel du sujet (Richelle, 2009). Le *Rorschach* aide à faire des diagnostics différentiels, mais aussi à déceler des signes de comorbidité avec d'autres pathologies (Petot, 2005). Ce test permet de faire ressortir les points faibles de la personne, mais également ses points forts (Chabert, 1998; Richelle, 2009). On peut aussi distinguer les éléments qui proviennent du passé et ceux qui sont présents (Richelle, 2009). Le *Rorschach* permet de déceler les origines de la problématique présentée par le sujet (Exner, 1995). Il peut être utilisé pour évaluer l'évolution d'une psychothérapie, en voyant dans quels domaines les améliorations ont eu lieu (Bohm, 1985; Richelle, 2009). On peut aussi trouver des indices d'évolution positive qui sont passés inaperçus dans d'autres évaluations (Chabert, 1998). Toutes ces informations se retrouvent dans plusieurs indices différents, qui sont répertoriés dans le résumé formel. Il faut cependant faire attention aux indices, ils doivent converger les uns avec les autres (Exner, 1995). Il n'existe pas de lien direct

entre une réponse et une interprétation (Exner, 1995). C'est cette convergence d'indices qui permet d'avoir une meilleure compréhension du sujet (Exner, 1995).

Le Rorschach et l'anxiété. Le *Rorschach* permet d'aller chercher des indices sur l'anxiété vécue par le sujet. Les sujets anxieux ont tendance à poser plus de questions que les autres au début du test, comme s'ils tentaient d'avoir plus d'informations sur ce qu'il faut donner comme réponse (Kaplan & Saccuzzo, 2005). On retrouve des indices d'anxiété notamment dans les réponses dites d'estompage, c'est-à-dire celles qui se basent sur les dégradés de couleur pour justifier une réponse (Petot, 2005), soit FY, YF ou Y (Exner, 2003). Il faut aussi être attentif aux réponses des taches qui sont sombres et massives. Dans son ouvrage clé, Petot (2005) rapporte qu'à ces planches, l'anxiété peut se manifester par des sentiments tels que le malaise, la tristesse ou encore la peur. Dans l'ensemble du protocole, nous retrouverons aussi des objets détériorés ou brisés, ou des percepts menaçants, qui font peur (Petot, 2005). L'anxiété peut se manifester par les différents chocs qui peuvent survenir lors de la passation des planches (Petot, 2005). Le choc se traduit par une difficulté à donner une réponse, une dégradation dans la qualité formelle des réponses (Petot, 2005). Les réponses comportant un mouvement d'un objet qui est normalement inanimé (le déterminant est alors coté *m*) constituent aussi un signe d'anxiété (Petot, 2005). Les réponses Anatomie (An), Sang (Bl), Radiographie (Xy) et Sexe (Sx) sont aussi des indices d'anxiété (Petot, 2005). Ces derniers peuvent aussi être signe de préoccupations à propos de son corps (Petot, 2005). L'auteure rapporte toutes

ces informations sur les cotations en se basant sur des études de cas, telles que celles qui sont rapportées en détail dans son volume.

Les recherches démontrent également que les personnes anxieuses donnent moins de réponses agressives (AG) que la moyenne (Feldhusen & Thurston, 1964).

Dans son ouvrage, Richelle (2009) rapporte qu'au *Rorschach*, l'anxiété peut se manifester par les différentes localisations utilisées. En effet les localisations rares (Dd99 ou certains Dd) sont souvent signe d'anxiété, de peurs, voire même d'une tendance à la compulsion.

Bien que les réponses avec un contenu humain soient souvent porteuses d'un signe positif dans un protocole, il faut faire attention à toute la codification de la réponse. Les réponses comportant un déterminant humain avec un mouvement humain (coté M) renseignent sur la capacité de l'individu d'être en relation. Par contre, un protocole contenant des contenus humains, mais sans mouvement peut traduire des difficultés dans les relations ou de l'anxiété dans la recherche de contacts (Richelle, 2009). Les réponses d'humains incomplets (Hd) combinés à une mauvaise qualité formelle (F-) sont souvent signes d'anxiété aussi, que ce soit relié au corps, à son intégrité, voire au morcellement (Richelle, 2009).

Un nombre élevé de réponses banales est aussi une preuve d'anxiété chez le sujet évalué, alors qu'avoir quelques réponses populaires dans un protocole est un bon signe d'adaptation à la réalité. En effet, un nombre supérieur à la norme est reconnu comme démontrant une peur de l'erreur et une grande tendance à la conformité (Richelle, 2009).

Une étude rapporte que les enfants anxieux vont refuser plus souvent au moins une planche que les enfants non-anxieux (Sarason, Davidson, Lighthall, & Waite, 1958). Ils démontrent également une tendance à donner moins de réponses que les enfants qui n'ont pas de problématique anxieuse (Sarason et al., 1958).

L'ensemble de base, aussi appelé tolérance au stress, renseigne sur la capacité de l'individu à prendre des décisions et utiliser ses ressources lorsqu'il y a de la pression (Exner, 1995). Un protocole comportant un ensemble de base faible signifie une faible tolérance au stress, et donc un risque de difficulté d'adaptation lors de situations stressantes (Exner, 1995).

Des traits d'anxiété plus spécifiques peuvent aussi être dépistés avec le test de *Rorschach*. Il est possible d'aller chercher des indices de phobie notamment lors des « Chocs au rouge » lorsqu'aux planches II et III, il y a un temps de latence plus important qu'aux autres planches pouvant aller jusqu'au refus total de la planche (Petot, 2005). On peut également faire ressortir des indices relevant de la phobie sociale, notamment l'ensemble des relations interpersonnelles du résumé formel. Celui-ci

comporte le nombre de représentations humaines, de représentations humaines partielles ou imaginaires. Les réponses à connotation de coopération ou d'agressivité sont rares chez les enfants souffrant de phobie sociale (Petot, 2005). L'indice d'isolement social vient aussi donner un aperçu sur la présence d'une phobie sociale (Petot, 2005). Le nombre de réponses animales donne une indication de l'adaptation et du conformisme social de l'enfant (Petot, 2005).

Des traits obsessionnels peuvent également être évalués à l'aide du *Rorschach* (Petot, 2005). On les retrouvera surtout au niveau des localisations, soit dans les détails rares (Dd) et dans les détails incluant le blanc (DS ou DdS). Les gens obsessionnels fournissent aussi beaucoup plus de réponses dites formelles, qui ne sont axées que sur la forme de la tache (Petot, 2005).

Thematic Apperception Test

Le *Thematic Apperception Test* (TAT) est une épreuve dite thématique qui a été introduite dans les années 1930 par Henry Murray (Bellak & Abrams, 1997; Chandler, 2003). Il est utilisé dans la pratique clinique pour l'évaluation globale du sujet, tout comme les autres épreuves thématiques, telles que le CAT ou le *Patte-Noire* (Boekholt, 1998). Il est possible d'utiliser le TAT pour une très grande variété de problématiques (Boekholt, 1998), comme les troubles du comportement ou les troubles psychosomatiques (Stern, 1950). Le TAT permet d'accéder à des contenus inconscients ou préconscients (Petot, 2005). Il peut aussi constituer une introduction à la thérapie

(Bellak & Abrams, 1997; Stern, 1950). Il s'agit de la seconde épreuve projective la plus utilisée après le *Rorschach* (Bernaud, 2008; Lilienfeld et al., 2000; Michel et al., 2008).

Tout comme au *Rorschach*, chaque image représente un contenu manifeste (perçu objectivement par la majorité des gens) et un contenu latent¹ (ce que le test vient raviver dans l'inconscient qui sera traduit à travers le thème des histoires) (Arbisio, 2003; Brelet-Foulard & Chabert, 2003; Cognet, 2011). Le contenu manifeste consiste en ce qui est objectivement vu sur l'image, alors que le contenu latent est ce que l'image ravive dans l'inconscient. Chacune des planches suscite volontairement des fantasmes inconscients différents afin de couvrir plusieurs domaines (Dupree & Prevatt, 2003).

Il peut être administré dès l'âge de 4 ans, mais il est traditionnellement utilisé à partir de 8 ans (Boekholt, 1998; Morval, 1982). Avant 8 ans, on emploie généralement le CAT ou le *Patte-Noire*. Les représentations d'adultes sont vues par l'enfant comme une représentation des images parentales (Boekholt, 1998). Mis à part les gens ayant une déficience intellectuelle profonde ou de sévères troubles du langage, le TAT peut être utilisé avec une très large clientèle au moment de l'évaluation (Morval, 1982).

Utilité du test. Les informations obtenues à l'aide du TAT sont difficilement obtenues par des moyens plus directs comme les entrevues ou les questionnaires (Teglasi, 1993). L'individu projettera des aspects de sa personnalité, ses conflits, ses

¹ Les contenus latents sont présentés dans Brelet-Foulard, F., & Chabert, C. (2003). *Nouveau manuel du TAT : Approche psychanalytique*. Paris : Dunod, pp. 44-50.

expériences (Bellak & Abrams, 1997; Dupree & Prevatt, 2003; Groth-Marnat, 2009; Morval, 1982; Petot, 2005; Stern, 1950), ses angoisses, ses mécanismes de défense (Bellak & Abrams, 1997; Brelet-Foulard & Chabert, 2003; Dupree & Prevatt, 2003), son mode de relation, sa dynamique familiale (il peut ainsi être utilisé en convergence avec le *Dessin de la famille*) (Bellak & Abrams, 1997), la capacité de résolution de problèmes (Dupree & Prevatt, 2003) et de ses préoccupations actuelles (Petot, 2005) sur le matériel. Il projette ainsi une partie de son monde interne (Baudin, 2007) de même que la façon dont il se sent dans l'« ici et maintenant » (Groth-Marnat, 2009). Il croit son histoire librement inventée, il va donc exprimer inconsciemment ses expériences, ses sentiments (Stern, 1950) et ses pulsions (Groth-Marnat, 2009). Les résultats obtenus au TAT sont donc très riches et variés (Groth-Marnat, 2009; Holt, 1965).

Il est important de se souvenir qu'une seule histoire ne peut mener à un diagnostic et que les histoires sont difficilement comparables entre elles puisque chaque planche évoque des enjeux différents (Stern, 1950). Le TAT donne néanmoins un aperçu du fonctionnement et peut mener à des pistes diagnostiques (Stern, 1950). Il est aussi recommandé d'utiliser le TAT avec d'autres tests psychologiques (Groth-Marnat, 2009), comme c'est le cas pour tous les tests.

Le Thematic Apperception Test et l'anxiété. Au TAT, l'anxiété se manifeste principalement par la répétition de thèmes tels que les accidents, les maladies, la mort, la violence et l'anxiété (Morval, 1982; Petot, 2005). Les personnes ressentent souvent de la

peur ou ont des comportements de fuite (Petot, 2005). Contrairement aux sujets « normaux », les protocoles contiennent moins d'histoires banales en raison des plus grandes difficultés d'adaptation du sujet (Morval, 1982). L'anxiété au TAT se manifeste également par l'indécision dans les histoires, une tendance à fuir dans l'imaginaire, à confabuler et à insister sur des détails agressifs (Morval, 1982). Des thèmes de soumission sont aussi souvent évoqués dans les protocoles des enfants anxieux (Morval, 1982).

Il est possible d'évaluer plusieurs types d'anxiété, tels que la phobie (Petot, 2005). Certaines planches sont plus susceptibles de raviver ces enjeux : 8BM, 11, 13B ou 13G, 17GF ou 17BM, 18BM ou 18GF et 19 (Petot, 2005). En ce qui concerne la phobie, l'utilité du *TAT* repose surtout sur sa capacité à révéler des informations sur le fonctionnement psychique et non sur les symptômes phobiques en tant que tels (Petot, 2005).

En ce qui concerne les phobies sociales, il est possible de les repérer dans les protocoles où il y a peu ou pas de relations entre les personnages ou que les relations sont perçues comme étant difficiles (Petot, 2005).

Pour ce qui est des troubles de type obsessionnel, il faut être attentif à la façon dont ils évitent de raconter une histoire (Petot, 2005).

Dessins

L'utilisation des dessins, aussi appelés épreuves graphiques lorsqu'ils sont utilisés dans le cadre d'un examen psychologique (Cognet, 2011), est fréquente avec les enfants (Bertrand, Bessette, Krymko-Bleton, Dufour, & Lesourd, 2011; Knoff, 2003; Malchiodi, 1998; Tharinger & Stark, 1990). Les dessins sont utilisés dans plusieurs services psychologiques, tels que les milieux hospitaliers, cliniques (Leigh Neale & Rosal, 1993, Tharinger & Stark, 1990) et scolaires (Handler, 1996; Tharinger & Stark, 1990). Il y a d'ailleurs eu une augmentation de leur utilisation dans les dernières années (Oster & Crone, 2004). L'activité du dessin est naturelle chez l'enfant et est bien accueillie par celui-ci lorsqu'elle lui est proposée (Arbisio, 2003; Bernaud, 2008; Boussion et al., 2007; Buck, 1948; Chandler, 2003; Handler, 1996; Oster & Crone, 2004). Pour cette raison, les dessins sont vus comme étant moins menaçants pour les enfants que les autres tests et aident à créer un climat de sécurité et de confort (Hammer, 1997; Oster & Crone, 2004). S'ils sont utilisés comme premiers tests, ils permettent une entrée en contact plus facile pour les sujets plus inconfortables avec la situation d'évaluation (Hammer, 1997). Cela leur permet d'appivoiser le nouvel environnement (Hammer, 1997). Un accord général existe en ce qui a trait à l'utilité des épreuves graphiques pour évaluer les divers traits de personnalité et au fait qu'elles aident à la compréhension du sujet (Bernaud, 2008; Chandler, 2003; Malchiodi, 1998) en analysant certains éléments structurels des dessins (Malchiodi, 1998). Ils sont utilisés à ces fins depuis plus de 100 ans (LaRoque & Obrzut, 2006; Malchiodi, 1998). Ils révèlent d'ailleurs des informations potentiellement uniques qu'il est difficile d'obtenir par d'autres moyens plus comportementaux ou des

mesures dites objectives (Knoff, 2003). Les épreuves graphiques puisent dans les sentiments inconscients pour fournir des informations utiles sur le sujet (Malchiodi, 1998; Oster & Montgomery, 1996), sur son monde interne (Malchiodi, 1998). Elles sont souvent vues comme étant une part importante des évaluations psychologiques (LaRoque & Obrzut, 2006). Bien qu'elles servent principalement à l'évaluation et à la compréhension du sujet, les épreuves graphiques peuvent aussi être utilisées au cours ou à la fin d'une thérapie afin d'en évaluer la progression (Oster & Crone, 2004).

Au tout début, les épreuves graphiques étaient utilisées pour évaluer la personnalité (Knoff, 2003; Oster & Montgomery, 1996; Tharinger & Stark, 1990) et la maturité intellectuelle (Knoff, 2003; Malchiodi, 1998; Oster & Montgomery, 1996). Elles continuent d'être régulièrement utilisées pour ce genre d'évaluation, mais paraissent plus appropriées dans une démarche où elles sont utilisées avec d'autres instruments d'évaluation de la personnalité (Chandler, 2003; Knoff, 2003). Les dessins sont des alliés dans le processus du diagnostic et du traitement (Oster & Gould, 1987). Leur utilité est directement proportionnelle aux connaissances du clinicien qui les interprète (Oster & Gould, 1987).

D'un point de vue psychodynamique, la feuille vierge sur laquelle dessine le sujet constitue un espace de projection (Bertrand et al., 2011; Hammer, 1997; Jourdan-Ionescu & Lachance, 2000; Oster & Crone, 2004). À l'aide de ce médium, il est possible d'aller chercher des informations portant sur la cognition, la personnalité, les goûts, la

motricité, les émotions et l'imagination, mais également sur les désirs et conflits inconscients (Baudin, 2007; Bertrand et al., 2011; Buck, 1948; Cagnet, 2011; Hammer, 1997; Kim-Chi, 1989; Knoff, 2003; Leigh Neale & Rosal, 1993; Leon, Wallace, & Rudy, 2007; Malchiodi, 1998; Oster & Crone, 2004; Oster & Montgomery, 1996; Tharinger & Stark, 1990). Les angoisses du sujet se traduisent également dans ses dessins (Cagnet, 2011). Les épreuves graphiques permettent aussi de recueillir de l'information sur le fonctionnement actuel et les préoccupations du sujet (Oster & Gould, 1987). Comme pour toute méthode projective, les épreuves graphiques permettent d'avoir accès à ce qui est difficilement accessible par les mots seulement (Handler, 1996; LaRoque & Obrzut, 2006; Leigh Neale & Rosal, 1993; Leon et al., 2007; Malchiodi, 1998; Oster & Crone, 2004). Pour les enfants, comme il est difficile de verbaliser leurs peurs, les épreuves graphiques permettent d'avoir accès à ces informations (Chandler, 2003; Leigh Neale & Rosal, 1993). Des hypothèses concernant des désordres organiques, des difficultés d'apprentissage, la détresse émotionnelle et le statut intellectuel peuvent aussi être formulées à partir des dessins (Oster & Crone, 2004; Oster & Montgomery, 1996). Il est possible de les déceler à l'aide d'indicateurs particuliers dans les dessins qui ont été étudiés dans des recherches ultérieures (Oster & Crone, 2004). Ces informations sont recueillies, et ce, peu importe la qualité esthétique et les talents de dessinateur du sujet (Cagnet, 2011). L'observation du processus des dessins donne aussi des informations sur le fonctionnement de l'enfant et de son mode de relation à l'environnement (Oster & Crone, 2004; Oster & Gould, 1987). En effet, la façon dont le sujet dessine les points, les lignes et les courbes donne des informations

sur ses dispositions affectives et son développement moteur, il en va de même pour la tenue du crayon (Corman, 1967). La force du trait est aussi un élément à relever lors de l'analyse des dessins, il se voit par le degré de noirceur et peut aller jusqu'à déchirer le papier (Corman, 1967; Handler, 1996). Un trait fort est révélateur de fortes pulsions, cela alors qu'un trait faible est révélateur de faibles pulsions et d'une inhibition (Corman, 1967).

Les aspects formels (traits, taille, détails et emplacement sur la feuille) sont des éléments tout aussi importants que les contenus du dessin (Chandler, 2003; Cognet, 2011; Handler, 1996; Jourdan-Ionescu & Lachance, 2000; Malchiodi, 1998; Oster & Gould, 1987; Oster & Montgomery, 1996). Les omissions et les effacements sont aussi des éléments à prendre en considération lors de l'interprétation (Chandler, 2003; Handler, 1996). Dans le trait du sujet dans ses dessins, il faut notamment regarder l'ampleur et la force (Corman, 1967; Handler, 1996). Cela donne des informations sur la personnalité du sujet, par exemple, des lignes courtes ou de petits traits hachés sont faits par des gens ayant une forte tendance à se replier sur eux-mêmes (Corman, 1967). La taille du dessin est aussi un élément à prendre en compte lors de l'interprétation du dessin (Corman, 1967; Malchiodi, 1998). Elle révèle des informations sur l'estime personnelle du client (Handler, 1996; Malchiodi, 1998). Il est possible d'obtenir des informations sur le client en fonction de l'emplacement du dessin sur la feuille (Chandler, 2003; Handler, 1996; Jourdan-Ionescu & Lachance, 2000). La présence et l'absence de certains détails importants (nez, oreilles, yeux, cheveux, mains, etc.) en

fonction de dessins sont aussi des éléments clés de l'interprétation des dessins (Malchiodi, 1998). Une variété d'éléments, ainsi que la façon dont ils ont été dessinés, ont été identifiés et associés à des traits spécifiques chez les individus (Oster & Montgomery, 1996).

Tout comme d'autres méthodes projectives telles le *Rorschach* ou le TAT, les dessins permettent d'atteindre un niveau profond, voire plus profond que les autres, du vécu du sujet (Marcilhacy, 2009). Ils touchent également des domaines différents que les questionnaires ou les mesures dites objectives (Oster & Crone, 2004; Oster & Montgomery, 1996). Les épreuves graphiques apportent donc un savoir complémentaire et supplémentaire sur l'individu qui est évalué (Oster & Crone, 2004). À l'aide de ces épreuves, l'examineur a accès à un matériel latent projeté par le client qui peut être interprété par la suite (Oster & Gould, 1987).

De ce fait, l'utilisation des autres méthodes combinée à celle des épreuves graphiques permet d'obtenir un aperçu de divers niveaux de fonctionnement et donc enrichir la compréhension (Marcilhacy, 2009). Puisqu'elle fait très peu appel au langage, la production des dessins est indépendante de la langue et de la culture du sujet (Bertrand et al., 2011). D'ailleurs, certains individus préfèrent parfois les dessins aux autres méthodes projectives qui requièrent des réponses verbales (Buck, 1948; Hammer, 1997; Oster & Crone, 2004). De ce fait, les dessins ont l'avantage d'être applicables à presque tous les enfants, allant des enfants avec peu d'éducation, les enfants défavorisés,

les enfants parlant une langue étrangère à celle de l'examineur, les enfants timides, etc. (Hammer, 1997). Bien qu'elles soient simples d'utilisation et qu'elles prennent peu de temps à administrer, les épreuves graphiques doivent faire partie intégrante de l'évaluation psychologique et non être utilisées pour « boucher » un trou à la fin de la séance (Cognet, 2011; Knoff, 2003). Lors de l'évaluation, au moins deux épreuves graphiques doivent être employées afin d'assurer la validité et obtenir une convergence d'indices.

House-Tree-Person. Le *House-Tree-Person* (HTP) est une épreuve graphique standard élaborée par Buck où l'on demande au sujet de dessiner, du mieux qu'il le peut, trois dessins, chacun sur une feuille séparée : une maison, un arbre et une personne (Buck, 1948; Chandler, 2003; Knoff, 2003; Oster & Crone, 2004; Oster & Gould, 1987).

C'est une des méthodes les plus utilisées pour recueillir des informations sur la personnalité du sujet évalué (Buck, 1948; Knoff, 2003; Milne & Greenway, 1999; Oster & Crone, 2004; Oster & Gould, 1987; Oster & Montgomery, 1996).

Dessin de la maison. Le dessin de la maison est demandé afin d'obtenir des informations en lien avec la vie à la maison, la vie familiale et les dynamiques interpersonnelles entre les membres de la famille (Chandler, 2003; Hammer, 1997; Handler, 1996; Knoff, 2003; Milne & Greenway, 1999; Oster & Crone, 2004; Oster & Gould, 1987; Oster & Montgomery, 1996). La théorie derrière la symbolique de la

maison rapporte qu'elle représente l'affection et la sécurité, la façon dont le sujet les perçoit et les recherche (Oster & Crone, 2004; Oster & Gould, 1987; Oster & Montgomery, 1996). Elle symbolise également une source de soutien et d'appui (Oster & Crone, 2004), ainsi que des sentiments envers l'environnement (Knoff, 2003).

Dessin de l'arbre. Le dessin de l'arbre est demandé afin d'obtenir des informations reliées à son rôle dans la vie du sujet et à sa capacité à obtenir des renforcements perçus de l'environnement (Oster & Crone, 2004; Oster & Gould, 1987; Oster & Montgomery, 1996). Selon la théorie, le dessin de l'arbre amène le sujet à projeter des éléments inconscients, des sentiments enfouis envers soi et les autres (Hammer, 1997; Handler, 1996; Marzolf & Kirchner, 1973; Milne & Greenway, 1999; Oster & Crone, 2004; Oster & Montgomery, 1996). Ces sentiments sont liés à un niveau de base, voire primitif de fonctionnement (Oster & Crone, 2004). Parmi les trois dessins du HTP, l'arbre est celui sur lequel il est le plus facile de projeter des sentiments négatifs ressentis envers soi (Hammer, 1997; Oster & Crone, 2004; Oster & Gould, 1987; Oster & Montgomery, 1996). Il est plus aisé de projeter des caractéristiques négatives à un objet inanimé que sur un personnage (Hammer, 1997; Oster & Gould, 1987; Oster & Montgomery, 1996). L'interprétation du dessin de l'arbre permet donc d'avoir accès à un contenu autobiographique et des caractéristiques personnelles du dessinateur (Oster & Gould, 1987; Oster & Montgomery, 1996).

Dessin de la personne. Le dessin d'une personne fait partie des techniques les plus anciennes utilisées avec les enfants et les adultes (Oster & Montgomery, 1996). Il est important d'obtenir le dessin d'une personne complète et non seulement la tête et les épaules (Buck, 1948). Cette précision peut être donnée au sujet au moment de donner la consigne du dessin du personnage (Buck, 1948). Ce dessin est demandé puisqu'il fournit des informations sur les perceptions du sujet sur lui-même (Hammer, 1997; Milne & Greenway, 1999; Oster & Crone, 2004; Oster & Gould, 1987) ou sur ce qu'il veut être (Oster & Crone, 2004; Oster & Gould, 1987; Oster & Montgomery, 1996). Ce dessin stimule la prise de conscience de son image corporelle et du concept de soi, tant physiquement que psychologiquement (Milne & Greenway, 1999; Oster & Crone, 2004; Oster & Gould, 1987; Oster & Montgomery, 1996). Contrairement au dessin de l'arbre, ce sont des éléments conscients qui sont projetés dans le dessin de la personne (Chandler, 2003; Milne & Greenway, 1999). Les enfants ont tendance à dessiner des adultes, ce sont bien souvent des adultes qui sont significatifs pour eux (Chandler, 2003). Par contre, il arrive que l'enfant se dessine, ce qui est un indice de soucis et d'anxiété de la part de l'enfant (Chandler, 2003). Le dessin de la personne est le plus susceptible d'être rejeté par les sujets qui craignent l'échec (Oster & Gould, 1987; Oster & Montgomery, 1996). Dans ces cas, l'examineur doit encourager le sujet à dessiner et le rassurer sur le fait que ce ne sont pas les talents artistiques qui sont évalués (Buck, 1948; Corman, 1967; Hammer, 1997; Oster & Montgomery, 1996).

Dessin de la famille. Le *Dessin de la famille* est fréquemment utilisé dans le cadre de l'examen psychologique (Jourdan-Ionescu & Lachance, 2000; Malchiodi, 1998). Il est administré à travers le monde, allant de l'Europe, en passant par l'Amérique et l'Afrique, et ce, auprès de diverses populations (Jourdan-Ionescu & Lachance, 2000).

Le *Dessin de la famille* permet d'avoir accès à des parties conscientes et inconscientes de la personnalité, par le biais de la projection du sujet (Corman, 1967; Jourdan-Ionescu & Lachance, 2000; Malchiodi, 1998; Oster & Gould, 1987; Oster & Montgomery, 1996). Ce dessin donne également des informations sur les relations affectives du sujet avec le monde environnant et son rapport aux autres (Jourdan-Ionescu & Lachance, 2000). À travers son dessin de la famille, le sujet nous fournit des informations sur les sentiments qu'il entretient envers les autres membres de sa famille ainsi que la place qu'il croit occuper auprès de celle-ci (Cognet, 2011; Corman, 1967; Jourdan-Ionescu & Lachance, 2000; Malchiodi, 1998).

Il est aussi possible d'obtenir des informations sur un sujet en utilisant des méthodes qui ne sont pas projectives, comme avec des questionnaires par exemple. La prochaine section présente les méthodes dites non-projectives, comprenant les échelles d'auto-évaluation et d'hétéro-évaluation ainsi que leurs théories respectives.

Les méthodes non-projectives

Cette section présente les méthodes non-projectives. Elle aborde leur définition et leurs diverses utilités. Elle est divisée en deux sous-sections, soit les échelles d'auto-évaluation et d'hétéro-évaluation. La première sous-section aborde le *STAIC* en y présentant le questionnaire. La seconde sous-section aborde le *CBCL* et le *TRF* en y présentant chacun des questionnaires.

Définition

Les méthodes non-projectives comprennent les tests d'intelligence, tous les types de questionnaires (auto et hétéro-rapportés) ainsi que tous les types d'entrevues. Elles évaluent principalement des éléments comportementaux et émotionnels (Miller & Nickerson, 2006). Des psychologues considèrent que cette façon de recueillir des informations sur le client est plus utile et acceptable que les méthodes projectives (Miller & Nickerson, 2006). Sur le plan des méthodes non-projectives, la présente recherche comprend des échelles d'auto et d'hétéro-évaluation.

Utilités des méthodes non-projectives

Les méthodes non-projectives sont plus simples à maîtriser et à administrer pour l'évaluateur que les méthodes projectives (Miller & Nickerson, 2006; Southam-Gerow & Chorpita, 2007). Elles permettent d'évaluer des concepts qui ne sont pas directement observables, mais dont il est possible d'avoir un aperçu à l'aide d'indicateurs de ces

concepts (Fernandez & Bonnet, 2007). Ces indicateurs sont les divers items qui constituent l'échelle en tant que telle (Fernandez & Bonnet, 2007).

La correction et l'interprétation de ce type de test sont plus rapides que pour les méthodes projectives, elles sont donc moins coûteuses (Robinson, 2003; Southam-Gerow & Chorpita, 2007). Les questionnaires évaluent les indices et établissent des seuils à atteindre afin de classer ou non un individu dans une catégorie diagnostique (Gaillard, 2011). La plupart des questionnaires possèdent une bonne base empirique. Les résultats aux questionnaires permettent d'avoir une vue d'ensemble de la personne évaluée (Gaillard, 2011). Ils permettent de situer la personne par rapport à un groupe, une population donnée ou encore par rapport à lui-même (Gaillard, 2011).

Les échelles d'auto-évaluation. Les échelles auto-rapportées sont des questionnaires qui, comme leur nom l'indique, sont remplies par les personnes elles-mêmes. Elles sont généralement bien acceptées par les sujets (Chahraoui & Bénony, 2003). Elles permettent une évaluation subjective de l'état interne du sujet (Greco & Morris, 2004). Elles sont présentes sous plusieurs formes : listes de comportements, listes de comportements symptomatiques, questionnaires et échelles d'évaluation (Fonseca & Perrin, 2011). Ces échelles sont économiques en termes de temps (Chahraoui & Bénony, 2003). Les échelles d'auto-évaluation rapportent généralement des niveaux plus élevés d'anxiété que ce que rapportent les parents et les enseignants (Greco & Morris, 2004). Elles sont complétées selon des choix de réponses

prédéfinis, ceux-ci changeant en fonction de l'échelle utilisée (Chahraoui & Bénony, 2003). Les échelles d'auto-évaluation peuvent être administrées en individuel ou en groupe (Chahraoui & Bénony, 2003).

Ce sont les méthodes les plus utilisées pour évaluer l'anxiété et la dépression chez les enfants, tant en clinique qu'en recherche (Balsamo et al., 2013; Robinson, 2003). Ces échelles présentent, par contre, quelques faiblesses méthodologiques (Balsamo et al., 2013). Il est également possible de se questionner sur la capacité de bien identifier les états internes chez les enfants (Greco & Morris, 2004).

State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC; Spielberger et al., 1973). Le STAIC, élaboré par Spielberger, est conçu pour évaluer l'anxiété selon deux concepts chez les enfants et adolescents âgés entre 8 et 16 ans (Almerigogna, 2011; Dorr, 1981; Robinson, 2003), soit l'état anxieux et les traits anxieux. Chacune des échelles comprend 20 items.

L'état anxieux concerne la façon dont l'enfant se sent dans le moment présent (Bouteyre, 2007; Robinson, 2003). Ce type d'anxiété est vu comme étant un état transitoire (Groth-Marnat, 2009; Vigneau & Cormier, 2008) composé de sentiments subjectifs de tension, d'appréhension, de nervosité, d'inquiétude et une activation du système nerveux automatique (Balsamo et al., 2013).

Les traits anxieux représentent une condition d'anxiété plus permanente (Robinson, 2003). Ce sont des états plus stables de la personnalité, ils sont chroniques (Groth-Marnat, 2009). Il s'agit de différences individuelles relativement stables dans la tendance à percevoir les situations stressantes comme étant dangereuses, menaçantes et mènent donc à des élévations plus intenses et plus fréquentes des états d'anxiété (Balsamo et al., 2013; Vigneau & Cormier, 2008).

Les échelles d'hétéro-évaluation. Les échelles d'hétéro-évaluation sont des questionnaires permettant aux personnes de l'entourage de décrire le fonctionnement de la personne ciblée par l'évaluation (par exemple sur un enfant, un élève, un conjoint, etc.) (Fonseca & Perrin, 2011; Petot, 2005). Elles sont utilisées lorsque la personne sur qui l'évaluateur souhaite recueillir des informations n'est pas en mesure de bien comprendre les items (Costello, Egger, Copeland, & Angold, 2011; Petot, 2005) ou afin de connaître le point de vue d'un tiers sur cette personne (Fonseca & Perrin, 2011; Petot, 2005). Les items peuvent évaluer un trouble en particulier ou être plus axés sur l'exploration générale des divers troubles psychopathologiques (Petot, 2005).

Le CBCL et le TRF sont deux formes de l'ASEBA de Achenbach et Rescola (2001) fréquemment utilisés en recherche car elles permettent d'obtenir des renseignements sur les troubles internalisés et externalisés chez les enfants (Greco & Morris, 2004). Elles sont utilisées tant avec des échantillons cliniques que « normaux » (Greco & Morris, 2004).

Children Behavior Checklist. Le *Children Behavior Checklist* (CBCL) est une échelle d'hétéro-évaluation, qui explore de façon générale les troubles psychopathologiques. C'est la plus utilisée, tant dans la clinique que dans la recherche (Fonseca & Perrin, 2011; Petot, 2005). Ce questionnaire a été construit pour évaluer les jeunes de 6 à 18 ans (Achenbach & McConaughy, 2003; Petot, 2005). Il est habituellement rempli par les parents, ou toute autre personne qui connaît bien l'enfant (Petot, 2005) dans un milieu de type familial (Achenbach & Rescola, 2001).

Puisqu'il évalue plusieurs troubles psychopathologiques, il permet à l'évaluateur d'avoir une vue d'ensemble du fonctionnement psychologique de l'enfant évalué (Petot, 2005), séparés en deux grandes catégories : troubles internalisés et troubles externalisés (Fonseca & Perrin, 2011). Le CBCL permet de ratisser un large éventail en ce qui concerne le champ de la psychopathologie, mais sans fournir une couverture détaillée des pathologies existantes (Klein & Last, 1989). Il permet de bien discriminer les jeunes atteints de troubles anxieux de ceux qui ne le sont pas (Seligman et al., 2004), sans donner d'information sur le type de trouble anxieux.

Teacher Report Form. Le *Teacher Report Form* (TRF) est la version pour enseignants ou tout autre membre du personnel de l'école qui sont familiers avec l'enfant évalué (Achenbach & McConaughy, 2003; Achenbach & Rescola, 2001). Ce questionnaire est un moyen efficace pour obtenir des informations sur les comportements de l'enfant à l'école (Achenbach & McConaughy, 2003; Achenbach &

Rescola, 2001). Le TRF peut être administré à plus d'un professeur pour évaluer un même enfant, afin de comparer les résultats obtenus dans des contextes différents (Achenbach & Rescola, 2001). Il est aussi très intéressant de comparer les résultats du TRF avec ceux du CBCL, afin d'avoir un aperçu du fonctionnement à la maison comparativement à celui dans le milieu scolaire (Achenbach & Rescola, 2001).

Critique des méthodes non-projectives

Bien qu'elles soient utiles et rapides à administrer et à interpréter, les méthodes non-projectives présentent également certaines limites. En effet, puisqu'il s'agit de questionnaires où il est demandé de répondre par des choix de réponses forcées, les répondants n'ont pas la chance de nuancer leurs réponses et de les contextualiser. L'administration des questionnaires ne permet pas d'établir une relation avec la personne qui le remplit, car il n'y a pas d'interaction. Ils font également appel au monde conscient du sujet, ce qui l'amène à répondre en fonction de ce qu'il croit ou de ce qu'il pense qu'on attend de lui. Le répondant peut donc exagérer ou cacher certains éléments. Faisant parfois surgir des défenses et pouvant répondre davantage à la désirabilité sociale, les questionnaires ne donnent donc parfois qu'un pâle reflet de la réalité.

La section suivante présente l'anxiété sous plusieurs aspects : définition, la différence entre l'anxiété normale et pathologique, ses manifestations, les théories existantes, les différents types d'anxiété et les comorbidités existantes.

Anxiété

Cette section présente l'anxiété. Elle aborde d'abord la définition de l'anxiété, définit ce qui est normal et ce qui est pathologique, les différentes manifestations de l'anxiété, les théories des causes et du développement de cette pathologie, la prévalence et les différents types d'anxiété selon le DSM-IV. Une section sur l'évaluation de l'anxiété est aussi présentée.

Définition

Les difficultés au niveau de la santé mentale peuvent survenir à tout âge. Une des plus répandue dans la population juvénile est l'anxiété (Campbell, 2006; Dumas, 2008; Field et al., 2011; Fonseca & Perrin, 2011; Hishinuma et al., 2001; INSERM, 2002; Ladouceur et al., 1999; Lonigan et al., 2011; Lyneham & Rapee, 2011; Martin-Guehl, 2003; Murray et al., 2009; Robinson, 2003; Rogé & Chabrol, 2003; Servant, 2005; Silverman & Ollendick, 2008; Tarabulsky & Hémond, 1999; Turgeon & Gendreau, 2007; Vasey & Dadds, 2001; Weiss & Last, 2001). On définit l'anxiété comme étant « un état émotionnel de tension nerveuse, de peur, fort et souvent chronique (anxiété-état). Prédilection d'une personne aux états anxieux (anxiété-trait) » (Le petit Larousse de la psychologie, 2008, p. 662). Il n'y a pas si longtemps que les troubles anxieux sont reconnus comme étant une pathologie pouvant survenir chez l'enfant, aussi bien que chez l'adulte (Baron, 2001; Treffers & Silverman, 2011). En effet, des études sur cette pathologie chez l'enfant ont débuté au milieu des années 1980 (Bergeron, Valla, & Gauthier, 2007; Fonseca & Perrin, 2011; Turgeon & Gendreau, 2007; Vasey &

Dadds, 2001). L'existence des troubles anxieux dans une population infanto-juvénile n'a été reconnue que dans la troisième édition du *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-III) (American Psychiatric Association, 1989; Klein & Last, 1989). Il faut toutefois se rappeler que toute anxiété n'est pas anormale chez l'humain.

Du normal au pathologique

Toute émotion est naturelle chez l'être humain si elle est adaptée à la situation (Besançon, 2005). Il en va de même pour l'anxiété (Campbell, 2006; Martin-Guehl, 2003; Muris & Field, 2011; Robinson, 2003; Rogé & Chabrol, 2003). La réaction normale d'anxiété est souvent l'évitement d'une situation dangereuse (Campbell, 2006; Rogé & Chabrol, 2003). Le phénomène de l'anxiété peut être vu comme un continuum, allant de la « normalité » à « anormalité » ou « pathologique » (Jalenques et al., 1991) ou encore de « peu ou pas d'anxiété » à « niveau sévère d'anxiété », niveau où se trouvent les troubles anxieux (Endler & Kocovski, 2001; Field & Purkis, 2011; Muris & Field, 2011). En fonction de l'âge ou des situations, l'anxiété peut être normale (Field & Purkis, 2011; INSERM, 2002; Jalenques et al., 1991; Lavoie & Laurendeau, 2001; Muris & Field, 2011; Robinson, 2003; Rogé & Chabrol, 2003; Tarabulsky & Hémond, 1999; Vasey & Dadds, 2001). Elle est une réaction fondamentale et essentielle à la survie (Ladouceur et al., 1999; Lavoie & Laurendeau, 2001; Servant, 2005). Par exemple, il est normal pour le très jeune enfant d'avoir peur des étrangers, pour les enfants d'âge préscolaire d'avoir peur des monstres ou du noir (INSERM, 2002; Lavoie & Laurendeau, 2001; Marcelli & Cohen, 2012; Martin-Guehl, 2003; Morin, 2001;

Robinson, 2003; Rogé & Chabrol, 2003). Par contre, si la peur persiste chez l'enfant d'âge scolaire, cela peut s'avérer anormal (Lavoie & Laurendeau, 2001; Robinson, 2003). L'anxiété qui est normale à un certain âge peut être parfois difficilement distinguée de celle qui ne l'est. On nomme cette anxiété normale « anxiété développementale » (Martin-Guehl, 2003). Elle évolue selon un parcours développemental préétabli qui est presque universel (Dumas, 2008). Ce type d'anxiété, contrairement à celle qui est pathologique n'apporte pas de souffrance à l'enfant et ne nuit pas à son fonctionnement (Martin-Guehl, 2003; Servant, 2005). Le Tableau 1 représente les diverses manifestations de l'anxiété développementale en fonction de l'âge des enfants.

Tableau 1

Description de l'anxiété développementale en fonction de l'âge chez l'enfant¹

Anxiété développementale	Âge normal	Manifestations	Si elle devient pathologique
Angoisse de séparation	6 mois à environ 2 ans.	Détresse lors de la séparation avec le parent.	Anxiété de séparation ou Trouble panique ²
Peurs développementales	Naissance à 6 ans	Nourrisson : Crainte des bruits brusques, de la perte du soutien physique et des étrangers. Entre 2 et 6 ans : Peurs des animaux, du noir, des créatures imaginaires, des voleurs, de la mort, etc.	Phobie spécifique, Phobie sociale ou Anxiété généralisée
Rituels développementaux	2 ans à 8 ans (diminution marquée vers 4 à 6 ans)	Manies concernant les repas, le bain et le coucher.	Trouble obsessionnel-compulsif

Il y a plusieurs façons pour l'anxiété d'être « anormale » ou « pathologique ». Un niveau relativement faible, mais constant d'anxiété dans une situation qui ne devrait pas en générer est tout aussi inadapté que de grands niveaux d'anxiété (Martin-Guehl, 2003; Robinson, 2003). Il est donc important de déceler la fréquence et l'intensité des symptômes anxieux (Baron, 2001; Ladouceur et al., 1999; Martin-Guehl, 2003; Robinson, 2003; Rogé & Chabrol, 2003). Ce type d'anxiété n'a pas de trajectoire aussi typique que l'anxiété développementale (Dumas, 2008). L'anxiété dite « pathologique »

¹ Adapté à partir de Dumas (2008), INSERM (2002), Martin-Guehl (2003), Servant (2005).

² Selon Klein et Last (1989), l'anxiété de séparation pourrait évoluer vers un trouble panique à l'âge adulte si la pathologie est sévère.

rend l'individu dysfonctionnel (Baron, 2001; Dumas, 2008; INSERM, 2002; Ladouceur et al., 1999; Lavoie & Laurendeau, 2001; Martin-Guehl, 2003; Vasey & Dadds, 2001) et provoque une grande détresse chez celui-ci (Baron, 2001; Lavoie & Laurendeau, 2001). Cela aide à différencier ce qui est normal de ce qui ne l'est pas (Ladouceur et al., 1999; Martin-Guehl, 2003; Robinson, 2003); et ce, tant chez l'enfant que chez l'adulte (Robinson, 2003). L'anxiété est aussi pathologique lorsqu'aucune cause évidente n'est identifiable ou si elle devient visiblement chronique (Ladouceur et al., 1999). La limite entre l'anxiété dite « normale » et celle qui est « anormale » n'est pas toujours facilement définie (INSERM, 2002; Ladouceur et al., 1999; Martin-Guehl, 2003; Servant, 2005).

Dès 1922, Freud rapporte qu'il existe deux types d'anxiété : l'anxiété objective et l'anxiété névrotique. L'anxiété objective ou anxiété réalité qui correspond à la crainte d'une situation objectivement dangereuse (Endler & Kocovski, 2001; Freud, 1922/2001). La peur est relative à la menace (Endler & Kocovski, 2001; Freud, 1922/2001). Pour ce qui est de l'anxiété névrotique, elle représente un conflit entre le Ça et le Moi (Endler & Kocovski, 2001; Freud, 1922/2001). Ce conflit émerge car du matériel inconscient tente de remonter à la conscience (Endler & Kocovski, 2001; Freud, 1922/2001). Dans ce cas-ci, les réactions de peur ne sont pas objectivement justifiées par la situation de menace (Endler & Kocovski, 2001; Freud, 1922/2001). Elle est alors pathologique.

Il semblerait que l'anxiété est une pathologie qui se développe au long cours de l'enfance à l'âge adulte (Field et al., 2011; Lyneham & Rapee, 2011; Martin-Guehl, 2003; Robinson, 2003; Vasey & Dadds, 2001). D'ailleurs, il semble que l'anxiété débute généralement à l'enfance ou à l'adolescence et qu'elle persiste à l'âge adulte (Lyneham & Rapee, 2011; Silverman & Ollendick, 2008; Southam-Gerow & Chorpita, 2007). La pathologie anxieuse est parfois difficile à déceler lors de l'enfance en raison de ses symptômes plus internalisés ou « silencieux » (Fonseca & Perrin, 2011; Robinson, 2003). Les sentiments de détresse de l'enfant sont difficiles à déceler par les parents et les professeurs puisqu'ils ne sont pas toujours visibles (Fonseca & Perrin, 2011; Tharinger & Stark, 1990). Il est parfois difficile aussi pour l'enfant de verbaliser ce qu'il ressent (Tharinger & Stark, 1990). L'anxiété de l'enfant est aussi observable par des difficultés scolaires, des difficultés avec les pairs, par exemple (Field et al., 2011; Lyneham & Rapee, 2011; Southam-Gerow & Chorpita, 2007). Il est possible que le trouble se résolve de lui-même (Servant, 2005). Si tel est le cas, il est fort probable que l'anxiété revienne plus tard dans l'enfance, à l'adolescence ou même à l'âge adulte (Lonigan et al., 2011; Servant, 2005; Southam-Gerow & Chorpita, 2007). Un trouble anxieux qui n'est pas soigné est donc un facteur de risque pour voir réapparaître un trouble anxieux plus tard dans la vie de la personne affectée (Lonigan, et al., 2011; Servant, 2005). Cela peut également favoriser le développement d'une autre psychopathologie dans l'avenir (Lonigan et al., 2011; Southam-Gerow & Chorpita, 2007), comme la toxicomanie ou la dépression (Southam-Gerow & Chorpita, 2007).

Manifestations de l'anxiété

Les enfants anxieux présentent des symptômes sur quatre sphères : affective, physiologique comportementale et cognitive (Ladouceur et al., 1999; Servant, 2005). Les symptômes sont présents à des degrés divers (Dumas, 2008; Ladouceur et al., 1999; Servant, 2005). Il est important de prendre toutes les sphères en considération (Ladouceur et al., 1999; Servant, 2005).

Sphère affective. La sphère affective se caractérise par de l'inquiétude, de la peur, de l'appréhension, une sensation d'être tendu, oppressé (Dumas, 2008; Ladouceur et al., 1999). De l'irritabilité peut aussi survenir chez la personne anxieuse (Ladouceur et al., 1999). Dumas (2008) rapporte que les enfants anxieux sont plus timides et s'alarment plus facilement et rapidement que les autres. Il leur arrive fréquemment d'avoir honte de leurs difficultés. L'estime personnelle des enfants anxieux est aussi affectée (Dumas, 2008; INSERM, 2002). Ces enfants sont souvent seuls, ayant de la difficulté à s'intégrer en raison de leurs craintes ou de leurs préoccupations (Dumas, 2008; INSERM, 2002).

Sphère physiologique. La sphère physiologique est la plus facile à percevoir (Ladouceur et al., 1999). Elle se caractérise par des étourdissements, des palpitations, des sensations dans la poitrine, des difficultés de respiration, des engourdissements, une boule dans la gorge et des maux de têtes (Beidel & Alfano, 2011; Campbell, 2006; Dumas, 2008; Ladouceur et al., 1999; Servant, 2005; Tarabulsy & Hémond, 1999). Une augmentation de la pression artérielle, de la tachycardie, des vomissements, des douleurs

abdominales (Beidel & Alfano, 2011; Bonnet & Fernandez, 2007; Campbell, 2006; Dumas, 2008; Servant, 2005; Tarabulsky & Hémond, 1999), des bourdonnements dans les oreilles, une vision brouillée et des sensations de faiblesse sont aussi observés (Bonnet & Fernandez, 2007).

Sphère cognitive. La sphère cognitive des personnes anxieuses est caractérisée par des difficultés d'attention et de concentration, ainsi que des peurs diverses (de perdre le contrôle, de s'évanouir ou de faire une crise cardiaque, par exemple) (Campbell, 2006; Ladouceur et al., 1999). Des difficultés de planification et de résolution de problèmes sont aussi observées chez les jeunes anxieux (Campbell, 2006). Il faut toutefois faire attention, car ce type de difficulté peut aussi relever d'une comorbidité; l'anxiété étant alors reliée au fait d'avoir des problèmes au niveau de la planification et de la résolution de problèmes par exemple. Les symptômes cognitifs incluent aussi de l'inquiétude, des ruminations et des modèles de pensée obsessifs (Campbell, 2006). Les personnes anxieuses font souvent des distorsions cognitives et des attributions erronées, ce qui a pour effet d'augmenter l'anxiété (Campbell, 2006).

Sphère comportementale. Pour ce qui est de la sphère comportementale, elle est plus facilement décelable chez l'enfant (Beidel & Alfano, 2011). Elle est caractérisée par une attitude crispée, des mouvements stéréotypés, une agitation et des tremblements (Bonnet & Fernandez, 2007; Ladouceur et al., 1999). De l'évitement est aussi fréquemment observé chez les personnes anxieuses (Beidel & Alfano, 2011;

Campbell, 2006; Dumas, 2008; Ladouceur et al., 1999). Des comportements comme se ronger les ongles, se sucer le pouce, bégayer et pleurer sont souvent observés chez les jeunes anxieux (Campbell, 2006).

Théories des causes et du développement de l'anxiété

La présente section présentera certains des modèles théoriques de l'anxiété. L'anxiété ne semble pas provenir d'un milieu en particulier. En effet, elle peut se développer dans tous les milieux sociaux (Servant, 2005). Cette psychopathologie débute plus souvent par de l'inhibition comportementale, les enfants se retiennent d'émettre des comportements par crainte (INSERM, 2002; Murray et al., 2009). Il est à noter que ce ne sont pas tous les enfants inhibés qui développent un trouble anxieux (Murray et al., 2009). Chez d'autres enfants, l'anxiété peut se manifester par une explosion émotionnelle ou comportementale (Jalenques et al., 1991). Si elle n'est pas traitée au moment de son apparition, elle peut perdurer jusqu'à l'âge adulte (Lyneham & Rapee, 2011; Vasey & Dadds, 2001). Elle peut également se transformer en dysthymie ou en dépression à l'âge adulte (Lyneham & Rapee, 2011; Vasey & Dadds, 2001).

Il existe plusieurs modèles théoriques pour expliquer l'anxiété, soit les modèles médicaux, comportementaux, cognitifs (Robinson, 2003) et psychanalytiques. Il ne semble pas y avoir de cause unique, mais plutôt une accumulation de facteurs qui entraîne l'apparition d'un trouble anxieux (INSERM, 2002; Ladouceur et al., 1999; Servant, 2005). La présence de ces facteurs augmente la probabilité de développer un tel

trouble, sans en prédire l'apparition (Dumas, 2008; Ladouceur et al., 1999). Des études rapportent que la présence de sept facteurs ou plus dans une période de deux ans est associée à une augmentation de l'anxiété (Martin-Guehl, 2003). Ces facteurs peuvent être classés sous trois catégories : facteurs individuels, familiaux et environnementaux (Dumas, 2008; INSERM, 2002; Martin-Guehl, 2003).

Facteurs individuels. Parmi les facteurs de risque individuels, notons celui de l'hérédité et de la vulnérabilité biologique (Baron, 2001; Gregory & Eley, 2011; INSERM, 2002; Ladouceur et al., 1999). En effet, le facteur héréditaire ressort dans les études comme pouvant contribuer fortement à l'apparition de l'anxiété chez l'enfant. Un parent anxieux a plus de probabilité d'engendrer un enfant anxieux qu'un parent n'ayant pas cette problématique (Baron, 2001; Bergeron et al, 2007; Dumas, 2008; Gregory & Eley, 2011; INSERM, 2002; Martin-Guehl, 2003; Rogé & Chabrol, 2003; Silverman & Ollendick, 2008; Tarabulsy & Hémond, 1999). Il est à noter que des études démontrent que les enfants de parents ayant un diagnostic en santé mentale, toutes catégories confondues, sont plus souvent diagnostiqués avec un trouble anxieux que les enfants de parents n'ayant pas de pathologie mentale (INSERM, 2002; Tarabulsy & Hémond, 1999). Cependant, la présence d'antécédents dans la famille n'est pas systématique (INSERM, 2002). En ce qui concerne l'hérédité, une question demeure, soit celle de l'imitation. Puisque l'enfant apprend par imitation, il est possible qu'il développe une phobie ou de l'anxiété dans une situation puisqu'il voit son parent le faire (Rogé &

Chabrol, 2003). Ce type d'anxiété peut aussi se développer par l'observation des réactions anxieuses d'un autre enfant de son âge (Rogé & Chabrol, 2003).

Des caractéristiques au niveau du tempérament, et ce, dès la naissance, ont fait l'objet d'une étude (Baron, 2001; Dumas, 2008). Celle-ci démontre que les bébés inhibés ont plus de chances de développer un trouble anxieux, plus particulièrement une phobie sociale que ceux qui étaient désinhibés (Baron, 2001; Rogé & Chabrol, 2003). Ce sont souvent des enfants timides et craintifs dès leur plus jeune âge (Dumas, 2008; INSERM, 2002). En grandissant, ils explorent peu leur environnement et manifestent beaucoup de comportements d'évitement avec des personnes étrangères ou des situations nouvelles (Dumas, 2008; INSERM, 2002). Ce sont des enfants généralement inhibés (INSERM, 2002; Murray et al., 2009). L'inhibition comportementale se manifeste par de la timidité, de la réserve et des réactions de retrait de la part de l'enfant (INSERM, 2002; Silverman & Ollendick, 2008). C'est particulièrement ce type d'inhibition qui est associé au développement des troubles anxieux (Silverman & Ollendick, 2008). Ce sont des traits qui tendent à rester stables dans le temps (Dumas, 2008). Le sexe de l'enfant est aussi un facteur de risque, en effet, il y a plus de filles que de garçons qui reçoivent un diagnostic d'anxiété (Martin-Guehl, 2003).

Facteurs familiaux. Une étude rapporte que le manque de chaleur parentale peut amener l'enfant à considérer l'environnement comme étant hostile et donc développer des symptômes anxieux (Murray et al., 2009). Un surcontrôle et une surprotection des

parents sur leur enfant constituent aussi un facteur familial pouvant causer l'apparition d'un trouble anxieux (INSERM, 2002; Murray et al., 2009). Des comportements tels que le manque d'encadrement, beaucoup de punitions et peu de soins de la part des parents peuvent aussi augmenter les niveaux d'anxiété (Bergeron et al., 2007). Les difficultés dans la relation parent-enfant sont reconnues comme étant des facteurs liés à l'anxiété chez l'enfant (Bergeron et al, 2007; Martin-Guehl, 2003). La qualité de la relation d'attachement joue aussi un rôle dans le développement de l'anxiété (INSERM, 2002; Manassis, 2011). En effet, les enfants ayant un attachement insécuré sont plus à risque de développer un trouble anxieux (INSERM, 2002; Manassis, 2011). Les attitudes parentales jouent donc un rôle important dans le développement des troubles anxieux (INSERM, 2002; Manassis, 2011). Des études démontrent qu'une relation marquée par des comportements tels que l'irresponsabilité, un manque de prévisibilité, une inversion des rôles et de l'insécurité provoque plus d'anxiété qu'une relation où ces facteurs ne sont pas présents (Martin-Guehl, 2003).

La présence d'une maladie physique dans la famille est associée au développement de l'anxiété (Bergeron et al, 2007; INSERM, 2002; Martin-Guehl, 2003). La monoparentalité et un faible niveau socioéconomique sont aussi des facteurs de risque de l'anxiété pour l'enfant (Bergeron et al., 2007; INSERM, 2002; Martin-Guehl, 2003; Tarabulsky & Hémond, 1999). Les parents peu scolarisés, socialement isolés et/ou dépendant d'une aide sociale sont plus à risque d'avoir des enfants anxieux (INSERM, 2002; Tarabulsky & Hémond, 1999). Un enfant témoin de violence conjugale est

également plus à risque de développer un trouble anxieux (Dumas, 2008; INSERM, 2002). La problématique des symptômes anxieux chez l'enfant traversant le divorce de ses parents est mentionnée par Bergeron et al. (2007).

Facteurs environnementaux. Les facteurs de risque environnementaux concernent l'environnement, c'est-à-dire ce qui ne relève pas de la famille ou de l'individu lui-même. Ce sont des facteurs importants à considérer puisqu'on en retrouve souvent plusieurs dans la vie d'un enfant anxieux (Bergeron et al., 2007; INSERM, 2002). Des événements stressants ayant comme conséquence un changement d'environnement, comme un déménagement ou un changement d'école, peuvent entraîner de l'anxiété chez l'enfant (INSERM, 2002).

Prévalence

L'anxiété est la problématique la plus répandue chez les enfants et les adolescents (Dumas, 2008; Hishinuma et al., 2001; INSERM, 2002; Ladouceur et al., 1999; Martin-Guehl, 2003; Murray et al., 2009; Robinson, 2003; Rogé & Chabrol, 2003; Servant, 2005; Tarabulsky & Hémond, 1999; Vasey & Dadds, 2001; Weiss & Last, 2001). La prévalence des troubles anxieux varie entre 5 et 10 % chez les enfants et les adolescents (Campbell, 2006; INSERM, 2002; Martin-Guehl, 2003; Servant, 2005; Southam-Gerow & Chorpita, 2007). La prévalence à vie serait d'environ 30 % dans la population générale selon ce que rapportent Lyneham et Rapee (2011). Une étude américaine menée par Kessler et ses collègues sur 9282 participants parlant anglais et étant âgés

de 18 ans et plus rapporte une prévalence à vie de 28,8 % concernant les troubles anxieux (Kessler et al., 2005).

Selon les études, il semble que les filles sont plus souvent atteintes que les garçons, soit entre 55 et 60 % de filles pour 40 à 45 % de garçons (American Psychiatric Association, 2000; Campbell, 2006; INSERM, 2002; Jalenques et al., 1991; Robinson, 2003; Weiss & Last, 2001). Elles sont également atteintes plus longtemps, les garçons perdant leurs craintes spécifiques avant l'âge de 10 ans (Robinson, 2003).

Types d'anxiété selon le DSM-IV-TR¹

Selon le DSM-IV-TR (APA, 2000), il existe neuf diagnostics différents de l'anxiété chez l'enfant (Robinson, 2003; Servant, 2005; Southam-Gerow & Chorpita, 2007). Ils possèdent les mêmes critères que les troubles anxieux des adultes, à la différence que les critères sont adaptés à la réalité des enfants (Baron, 2001; Rogé & Chabrol, 2003; Southam-Gerow & Chorpita, 2007). Il y a la phobie spécifique, la phobie sociale, l'anxiété généralisée, le trouble panique avec ou sans agoraphobie, le trouble obsessionnel-compulsif, l'état de stress post-traumatique, le syndrome de stress aigu et l'anxiété de séparation (APA, 2000; Robinson, 2003; Southam-Gerow & Chorpita, 2007). Il est à noter que l'anxiété de séparation n'est diagnostiquée qu'à l'enfance (APA, 2000; Baron, 2001; Robinson, 2003; Rogé & Chabrol, 2003). L'anxiété de séparation, le trouble anxieux généralisé et les phobies spécifiques sont les troubles anxieux les plus

¹ Bien que le DSM-5 soit disponible, nous avons choisi de nous référer au DSM-IV-TR puisque c'est sur cet outil que s'appuient les tests non projectifs utilisés dans la présente recherche.

diagnostiqués à l'âge scolaire (INSERM, 2002). Chacun des divers troubles anxieux partage des caractéristiques communes avec les autres, mais la différence principale entre les divers diagnostics repose sur l'objet qui provoque l'anxiété (Robinson, 2003; Southam-Gerow & Chorpita, 2007).

Phobie spécifique. Elle débute vers l'âge de 7 ans, en moyenne (Martin-Guehl, 2003; Southam-Gerow & Chorpita, 2007). Il semble y avoir autant de garçons que de filles qui en sont atteints (Lavoie & Laurendeau, 2001). On diagnostique une phobie spécifique lorsque la personne ressent une peur persistante concernant un objet ou une situation précis (APA, 2000; Breton & Valla, 2001; Campbell, 2006; Dumas, 2008; INSERM, 2002; Lavoie & Laurendeau, 2001; Servant, 2005; Southam-Gerow & Chorpita, 2007). Il peut y avoir une montée d'anxiété lorsque l'enfant a peur d'être confronté à la situation qu'il craint (Dumas, 2008; INSERM, 2002; Southam-Gerow & Chorpita, 2007). La peur ne peut pas être contrôlée et perturbe les activités de la personne qui en est atteinte (Breton & Valla, 2001; INSERM, 2002).

Phobie sociale. La phobie sociale est une peur intense de certaines situations sociales dans lesquelles la personne est en contact avec des gens qui ne lui sont pas familiers (APA, 2000; Breton & Valla, 2001; Campbell, 2006; Dumas, 2008; INSERM, 2002; Lavoie & Laurendeau, 2001; Southam-Gerow & Chorpita, 2007). Toutefois, la personne éprouve l'envie d'entrer en contact avec autrui (Lavoie & Laurendeau, 2001). Elle craint alors d'agir de façon embarrassante, ce qui perturbe ses activités (APA, 2000;

Breton & Valla, 2001; Dumas, 2008; INSERM, 2002; Southam-Gerow & Chorpita, 2007). Elle est habituellement diagnostiquée vers le début de l'adolescence (Southam-Gerow & Chorpita, 2007).

Anxiété généralisée. L'anxiété généralisée, aussi connue sous le nom d'hyperanxiété chez l'enfant (APA, 2000; Marcelli & Cohen, 2012), est un diagnostic qui implique une anxiété ou des soucis excessifs en ce qui concerne des événements ou des activités (APA, 2000; Breton & Valla, 2001; Campbell, 2006; Dumas, 2008; INSERM, 2002; Lavoie & Laurendeau, 2001; Servant, 2005; Southam-Gerow & Chorpita, 2007). Elle peut porter sur la famille, la santé ou l'école (Dumas, 2008; INSERM, 2002; Servant, 2005). Il envisage aussi le pire et imagine des scénarios catastrophes (Servant, 2005). Il se soucie de ce qui est à venir ou ce qui pourrait survenir (INSERM, 2002; Marcelli & Cohen, 2012). Cette anxiété provoque des symptômes de tensions et souffrance altérant le fonctionnement du jeune (APA, 2000; Breton & Valla, 2001; Dumas, 2008; INSERM, 2002; Morin, 2001; Servant, 2005). L'anxiété généralisée est habituellement diagnostiquée aux alentours de 9 ans (Servant, 2005; Southam-Gerow & Chorpita, 2007).

Trouble panique avec ou sans agoraphobie. Le trouble panique se reconnaît par ses attaques de panique qui sont des périodes brèves et intenses de malaise, accompagné de symptômes physiques (palpitations, sensation d'étranglement, peur de mourir, etc.) (APA, 2000; Breton & Valla, 2001; Campbell, 2006; INSERM, 2002; Lavoie &

Laurendeau, 2001; Marcelli & Cohen, 2012). Ces attaques de panique provoquent des changements dans le comportement, la personne ayant constamment peur de revivre une attaque (APA, 2000; Breton & Valla, 2001; Dumas, 2008; INSERM, 2002). L'agoraphobie est diagnostiquée en plus du trouble de panique quand la personne ressent une peur lorsqu'elle se retrouve dans un endroit où il pourrait être difficile pour elle de s'échapper (APA, 2000; Breton & Valla, 2001; INSERM, 2002; Lavoie & Laurendeau, 2001) ou d'être éloigné de son domicile (INSERM, 2002). Il est rarement diagnostiqué à l'enfance, il apparaît plus souvent aux alentours de 15 ans (Lavoie & Laurendeau, 2001; Southam-Gerow & Chorpita, 2007).

Trouble obsessionnel-compulsif. La personne présente des comportements d'obsession et/ou de compulsion (APA, 2000; Breton & Valla, 2001; Campbell, 2006) pour contrôler l'anxiété (APA, 2000).

Les obsessions sont des pensées récurrentes et inappropriées qui provoquent de l'anxiété (APA, 2000; Breton & Valla, 2001; Dumas, 2008; Lavoie & Laurendeau, 2001) de par leur caractère intrusif et inapproprié (APA, 2000; Lavoie & Laurendeau, 2001; Southam-Gerow & Chorpita, 2007). Elles peuvent apparaître sous forme d'images ou d'idées (Dumas, 2008; Lavoie & Laurendeau, 2001). Les plus communes concernent les idées de contamination, des doutes répétés, un besoin de mettre les objets dans un certain ordre, des impulsions agressives ou des représentations sexuelles (APA, 2000; Southam-Gerow & Chorpita, 2007). Il est important de noter que les préoccupations ne

concernent pas des problèmes de la vie réelle (des difficultés scolaires par exemple) (APA, 2000).

Pour ce qui est des compulsions, ce sont des actes mentaux ou comportementaux répétitifs qui servent à diminuer le stress ou empêcher une situation (APA, 2000; Breton & Valla, 2001; Dumas, 2008; Lavoie & Laurendeau, 2001). Elles forcent la personne à agir contre son gré, que ce soit placer des objets dans un ordre particulier, compter de manière répétitive ou encore faire des mouvements dans un ordre précis (APA, 2000; Dumas, 2008). Les comportements de compulsions apparaissent souvent pour diminuer ou contrôler les obsessions (APA, 2000). Le but de ces comportements n'est pas la satisfaction ou le plaisir, mais bien de diminuer la souffrance qui est vécue (APA, 2000). Ces comportements perturbent les activités quotidiennes puisqu'elles peuvent prendre plus d'une heure dans la journée (APA, 2000; Campbell, 2006; Southam-Gerow & Chorpita, 2007). Ce trouble est considéré comme la forme la plus grave des troubles anxieux (Dumas, 2008) et apparaît généralement vers l'âge de 9 ans (Southam-Gerow & Chorpita, 2007).

État de stress post-traumatique. L'état de stress post-traumatique peut survenir à tout âge et semble toucher davantage les filles (Lavoie & Laurendeau, 2001). Il se développe suite à l'exposition à une situation qui menace l'intégrité physique de la personne (APA, 2000; Breton & Valla, 2001; Campbell, 2006; INSERM, 2002; Lavoie & Laurendeau, 2001; Marcelli & Cohen, 2012). Le fait d'être victime ou témoin de

violence, d'une catastrophe naturelle, d'un abus sexuel sont des exemples d'événements pouvant entraîner un traumatisme (APA, 2000; INSERM, 2002). C'est une situation qui crée une peur intense et un sentiment d'impuissance (APA, 2000; Lavoie & Laurendeau, 2001). Cette situation est revécue par la suite, que ce soit sous forme de souvenirs répétitifs ou de cauchemars (APA, 2000; Campbell, 2006; INSERM, 2002; Lavoie & Laurendeau, 2001). La répétition peut aussi survenir dans le jeu, l'enfant remettant sans cesse en scène l'événement (INSERM, 2002; Lavoie & Laurendeau, 2001). Des sentiments de détresse sont ressentis lorsqu'une situation ou des objets rappellent ladite situation (Breton & Valla, 2001).

Syndrome du stress aigu. Le diagnostic du syndrome de stress aigu ressemble à celui de l'état de stress post-traumatique, à l'exception que les symptômes apparaissent peu de temps après l'événement traumatique (APA, 2000; Lavoie & Laurendeau, 2001). Des symptômes dissociatifs tels qu'« un sentiment subjectif d'émoussement, de détachement ou d'absence de réponse émotionnelle; une réduction de la conscience de son environnement; une déréalisation; une dépersonnalisation; ou une amnésie dissociative » (APA, 2000, p. 541; Lavoie & Laurendeau, 2001). Ces symptômes ne se retrouvent pas dans l'état de stress post-traumatique. La durée des symptômes varie de deux jours à quatre semaines (APA, 2000). Si cela persiste plus de quatre semaines, le diagnostic d'état de stress post-traumatique est alors posé (APA, 2000).

Anxiété de séparation. L'anxiété de séparation est le trouble anxieux le plus diagnostiqué durant l'enfance (Campbell, 2006; INSERM, 2002; Lavoie & Laurendeau, 2001; Martin-Guehl, 2003; Servant, 2005). Il débute, en moyenne, vers l'âge de 7 ans (Martin-Guehl, 2003; Southam-Gerow & Chorpita, 2007) et il semble y avoir autant de garçons que de filles qui en sont atteints (Lavoie & Laurendeau, 2001). C'est le seul trouble anxieux diagnostiqué exclusivement durant l'enfance ou l'adolescence (APA, 2000; Campbell, 2006; INSERM, 2002; Southam-Gerow & Chorpita, 2007). L'anxiété concerne la séparation, que ce soit avec les figures parentales, la maison ou un environnement familial (Campbell, 2006; Dumas, 2008; INSERM, 2002; Klein & Last, 1989; Lavoie & Laurendeau, 2001; Marcelli & Cohen, 2012; Servant, 2005; Southam-Gerow & Chorpita, 2007). Que la séparation soit réelle ou anticipée, des comportements de détresse s'enclenchent et altèrent le fonctionnement du jeune (Breton & Valla, 2001; Dumas, 2008).

Comorbidités

Un trouble anxieux est rarement diagnostiqué seul. Il est souvent en comorbidité avec un autre trouble anxieux ou un trouble d'une autre catégorie (Baron, 2001; Beidel & Alfano, 2011; Bergeron et al., 2007; Campbell, 2006; Dumas, 2008; INSERM, 2002; Lonigan et al., 2011; Rogé & Chabrol, 2003; Southam-Gerow & Chorpita, 2007; Tarabulsy & Hémond, 1999). En effet, on estime que les deux tiers des enfants avec un trouble anxieux ont en fait deux diagnostics de trouble anxieux (Dumas, 2008; Rogé & Chabrol, 2003; Tarabulsy & Hémond, 1999). Chez l'enfant et l'adolescent, le trouble

anxieux est régulièrement diagnostiqué avec un trouble de l'attention avec hyperactivité, un trouble dépressif ou d'un trouble des conduites (Beidel & Alfano, 2011; Bergeron et al., 2007; Campbell, 2006; Dumas, 2008; INSERM, 2002; Lavoie & Laurendeau, 2001; Rogé & Chabrol, 2003; Southam-Gerow & Chorpita, 2007; Tarabulsy & Hémond, 1999). D'autres troubles, comme un trouble de l'adaptation sociale, un trouble lié à l'utilisation de substances et un trouble du comportement alimentaire peuvent aussi survenir en comorbidité avec l'anxiété (INSERM, 2002). On estime qu'une comorbidité est présente dans 65 % des échantillons épidémiologiques et de 84 % dans les échantillons cliniques (Southam-Gerow & Chorpita, 2007).

Dans ces conditions où l'anxiété est principalement présente en comorbidité, il est d'autant plus important de procéder à une bonne évaluation afin de bien comprendre la problématique qui est présentée par l'enfant.

Évaluation de l'anxiété

L'évaluation de l'enfant soupçonné de souffrir d'un trouble anxieux est importante car il faut être certain que l'enfant a réellement besoin d'aide (Dumas, 2008). Puisque le développement de l'anxiété peut provenir de plusieurs facteurs qui diffèrent d'un cas à l'autre, l'évaluation doit se faire sur plusieurs plans afin d'en mesurer tous les aspects (familiaux, comportementaux, inconscients) (Rogé & Chabrol, 2003). L'évaluation de l'anxiété nécessite une convergence d'indices provenant de plusieurs sources, dont l'enfant concerné (Jalenques et al., 1991; Tharinger & Stark, 1990). Puisqu'il est parfois

difficile pour lui d'exprimer ce qu'il ressent, il est préférable d'évaluer l'enfant avec des mesures qui ne demandent pas d'expression verbale (Tharinger & Stark, 1990). Il est courant d'utiliser les méthodes projectives afin d'avoir une compréhension plus large de la façon dont l'enfant se perçoit et perçoit le monde dans lequel il évolue (Tharinger & Stark, 1990). Des mesures remplies par les parents et les professeurs sont aussi importantes à obtenir, surtout dans le cas des troubles internalisés comme l'anxiété (Tharinger & Stark, 1990). Une évaluation complète de la problématique facilite l'orientation de l'intervention (Dumas, 2008).

Objectifs et hypothèses de recherche

Les sections précédentes ont permis d'exposer le contexte dans lequel se situe cette étude. Elle vise deux objectifs. Le premier est d'observer les indices convergents entre les différentes méthodes projectives et non-projectives pour l'évaluation de l'anxiété chez l'enfant. Le second objectif est d'observer les indices divergents entre les deux types de méthodes utilisées. L'hypothèse en lien avec ces deux objectifs est que nous obtiendrons davantage d'informations et d'indices sur le fonctionnement de l'enfant, en lien ou non avec l'anxiété à l'aide des méthodes projectives qu'avec les méthodes dites non-projectives.

Rapport-Gratuit.com

Méthode

Ce deuxième chapitre présente la méthode utilisée lors de l'expérimentation. Il inclut les informations relatives aux participants, au déroulement de l'étude ainsi qu'aux instruments de mesures utilisés. Afin de bien situer l'expérimentation, une première partie de ce chapitre présentera les étapes du recrutement des participants.

Recrutement

Tout d'abord, un certificat d'éthique a été demandé, puis émis par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières en juillet 2013 (CER-13-191-06.08). Le recrutement a été débuté en août 2015. Pour ce faire, des professionnels en santé mentale (psychologues et éducateurs) œuvrant dans les régions de la Mauricie et de Lanaudière ont été interpellés afin qu'ils nous réfèrent des enfants anxieux. Nous leur avons donné les détails de notre recherche par téléphone ou par courriel. Ceux-ci ont remis nos coordonnées aux parents intéressés à participer et dont les enfants correspondaient à nos critères d'inclusion (être âgé entre 8 et 10 ans et avoir un diagnostic de trouble anxieux actuel). Toutefois, seulement quatre¹ références ont été faites à la doctorante. Les enfants étaient exclus de l'étude s'ils présentaient une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme ou un état de stress post-traumatique.

¹ Le quatrième participant n'a pas été rencontré puisque le parent ne s'est pas présenté au premier rendez-vous et qu'il n'a pas retourné l'appel.

Lors du premier contact téléphonique avec les parents, des questions ont été posées quant à l'âge de l'enfant et aux manifestations de son anxiété afin de s'assurer qu'il corresponde bel et bien à nos critères de recherche. Un rendez-vous a ensuite été pris avec les deux parents de l'enfant afin de faire signer le formulaire de consentement, expliquer notre étude et collecter les éléments de l'anamnèse de l'enfant¹.

Participants

Trois enfants ont ainsi été recrutés : Noah, Arthur et Florian. Ils sont présentés dans l'ordre de recrutement.

Sujet 1 (Noah)²

Noah est un enfant âgé de 9 ans et 2 mois au moment de l'évaluation. Il vit avec ses deux parents et sa sœur (4 ans) dans leur maison familiale à la campagne. Il est présentement en 4^e année du primaire. L'anxiété de Noah se manifeste particulièrement au moment d'aller à l'école. Elle a débuté au début de sa première année d'école, alors que la maternelle s'était bien déroulée. Les difficultés débutent le matin lorsqu'il part pour l'école avec sa mère. Plus il se rapproche de l'école, plus il se referme. Il pleure et se trouve des excuses pour ne pas aller à l'école, comme des maux de ventre par exemple. Il doit parfois être entré de force dans l'école à l'aide du personnel de l'école, car il refuse d'y aller et de sortir de la voiture. Il a même fugué de l'école au début de

¹ Une copie du formulaire de consentement et de la grille d'entrevue de l'anamnèse sont disponibles à aux appendices A et B.

² Les noms des participants ont été modifiés afin d'assurer la confidentialité.

l'année scolaire pour aller se réfugier chez lui. Les difficultés sont présentes lors des premières minutes après son arrivée. Les parents nomment que le professeur n'a jamais rapporté de crise de la part de Noah dans la classe. Il est difficile de savoir ce qui provoque ces comportements chez lui car il parle peu de ce qu'il vit. Il collabore bien lors de la période des devoirs et des leçons. Il est aussi dans la moyenne au niveau de ses résultats scolaires. Les parents ont tenté de comprendre ce qui se passe, mais sans succès. L'enfant est présentement suivi par une éducatrice spécialisée à l'école afin de l'aider dans ses difficultés. Les parents ont aussi reçu l'aide d'une travailleuse sociale du CSSS pour les aider avec les comportements de l'enfant. Aucun diagnostic d'anxiété n'a été émis par un professionnel de la santé. Toutefois, il a obtenu un diagnostic de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et a débuté une médication le matin de la première entrevue d'évaluation. Lorsqu'il était plus jeune, il refusait de jouer à un endroit où il y avait d'autres enfants présents, et ce, même s'ils le connaissaient bien. Il n'a pas de difficulté à se faire des amis, il est même sélectif lorsque vient le temps d'investir une relation. Les parents ne rapportent pas de difficultés de sommeil chez l'enfant. Il lui est toutefois difficile de dormir ailleurs qu'à la maison. Il est sélectif au niveau de l'alimentation, refusant l'introduction de nouveaux aliments. Les parents ne voient pas ce problème comme étant pire que chez les autres enfants du même âge. Le développement de l'enfant est rapporté comme étant sans particularité, de même que la grossesse et l'accouchement.

Sujet 2 (Arthur)

Arthur est un enfant âgé de 7 ans et 11 mois au moment de l'évaluation. Il vit avec ses deux parents et sa sœur (3 ans) dans un appartement à la campagne. Ils viennent d'emménager dans cette ville et la transition semble bien se faire pour l'enfant. Il est présentement en 2^e année du primaire. L'anxiété d'Arthur se manifeste presque exclusivement dans des contextes médicaux (vaccins, hôpital, visite médicale, etc.), que ce soit pour une autre personne (membre de la famille ou à la télévision) ou lui-même. Il fait alors des malaises physiques (chute de pression, cœur qui bat vite, évanouissement, par exemple). Lorsque la situation l'oblige, il y a souvent un « combat » entre Arthur et ses parents qui doivent l'immobiliser avec l'aide du personnel médical afin de le vacciner ou faire la prise de sang. S'il ressent du stress au cours de la journée, il a mal à la tête et des maux de ventre apparaissent. Il généralise souvent les mauvaises expériences qu'il a vécues d'une situation à l'autre. Il est décrit comme étant un enfant très émotionnel. Les parents l'empêchent d'éviter les situations difficiles et Arthur commence à comprendre qu'il se sent mieux lorsqu'il combat ses peurs. Ils l'invitent également à verbaliser ce qui le stress, même si cela est difficile pour lui. Des solutions ont été prises pour l'aider avec la gestion de son anxiété. La mère l'a introduit à la relaxation, ce qui semble l'apaiser par moment. Le « sac magique » chaud lors de l'apparition des maux de ventre est aussi une méthode gagnante. Il est également très réactif aux émotions fortes, qu'elles soient positives ou négatives, réelle ou vécue par une tierce personne. Il fait alors une crise (hurle, crie, rougit, pleure, tensions musculaires), se plaint de maux de physiques, quitte. Les parents rapportent qu'il est

facilement marqué par ce qu'il voit et ce qu'il vit. Les parents nomment avoir l'impression qu'Arthur vit à l'intérieur de lui ce que les personnages vivent à la télévision. Par exemple, s'il voit quelqu'un se blesser au pied, il se frotera le pied comme s'il avait mal lui aussi. Ils rapportent aussi qu'il a beaucoup d'énergie et qu'il est difficile de le fatiguer. Il est toutefois capable de faire des activités tranquillement. Ces difficultés se répercutent aussi à l'école où plusieurs aides ont été offertes (ballon pour s'asseoir, feuilles de route, carré autour de son pupitre). Il était régulièrement stigmatisé en raison de ses comportements à l'école et se sentait rejeté et mal-aimé par les autres. Il ne voulait plus aller à l'école et son estime personnelle était négativement atteinte. Il a déménagé au cours de l'été 2015, ce qui a entraîné un changement d'école. Dans sa nouvelle école, le professeur semble davantage s'adapter à sa condition. Elle lui permet de dépenser son énergie et lui propose des responsabilités lorsque ses capacités attentionnelles sont plus faibles. Il réussit bien à l'école lorsque les consignes sont simples. Il a des difficultés d'organisation s'il doit gérer trop d'informations à la fois. S'il reçoit l'aide de son professeur dans ce type de situation, il réussit à bien performer. Il n'est pas en échec scolaire malgré ces difficultés. Aucun diagnostic n'a été émis par un professionnel de la santé. Au niveau relationnel, l'enfant est facilement attiré par les enfants « différents », qui bougent plus et qui ont plus souvent l'attention des adultes. Au niveau du caractère, il est décrit comme étant franc et honnête. Il est toutefois difficile de le reprendre lorsqu'il a un comportement répréhensible. La grossesse et l'accouchement sont rapportés comme étant sans particularité. Au niveau développemental, l'enfant a été en avance concernant les facultés motrices, il a

notamment marché à l'âge de huit mois. Des retards au niveau du langage sont toutefois rapportés. Il aurait toujours eu de légers retards dans cette sphère au cours de son développement. Il présente aussi des bégaiements, plus particulièrement lorsqu'il est stressé. Quant à la propreté, elle a été acquise vers l'âge de 3 ans, mais il urine encore parfois au lit la nuit, particulièrement lorsqu'il est stressé.

Sujet 3 (Florian)

Florian est un enfant âgé de 9 ans et 8 mois. Il est présentement en 4^e année du primaire. Il vit principalement avec sa mère et son beau-père depuis sept ans. Il est toujours en contact avec son père qu'il voit à raison d'une fin de semaine sur deux. Florian a plusieurs jeunes frères (deux frères de 7 ans et 5 ans du côté de sa mère et trois frères de 7 ans, 5 ans et 2 ans du côté de son père). Il entretient des relations difficiles avec ses frères de 7 ans avec qui il se met souvent en compétition, alors qu'il a tendance à prendre soin des plus jeunes. Les parents rapportent qu'il s'est senti abandonné à la naissance de chacun des enfants et qu'il se sent facilement rejeté, peu importe les situations. Il lui est difficile d'accepter les réussites des autres. Les parents parlent d'un sentiment de jalousie qui est très présent chez l'enfant. Il lui est également difficile d'accepter que ses amis aient d'autres amis. Florian ne semble pas être en mesure de gérer son agressivité selon les parents. Lors de situations émotives, la colère l'emporte toujours sur la tristesse. Il devient également agressif lorsque ses plans ne fonctionnent pas. Il est très rigide et ne voit pas d'autres options possibles que celle qu'il avait envisagée. Cette rigidité l'amène à être déstabilisé lorsqu'il être sorti de sa routine. Cela

l'amène à ressentir des symptômes d'anxiété. Il présente alors des maux de cœur et parfois même des vomissements. Il peut également mettre en échec l'activité ou la relation en question s'il est trop anxieux. L'enfant a souvent des scénarios catastrophes dans sa tête, comme la peur d'être noyé s'il va à la piscine avec des amis ou d'être oublié s'il sort avec quelqu'un d'autre que ses parents. Il s'empêche souvent de faire des activités qu'il aime en raison de la peur et de l'anxiété qu'il ressent. Florian semble aussi faire une fixation sur le temps, il stresse régulièrement à l'idée d'être en retard. Il est très exigeant envers les autres et il est incapable de tolérer la perte de contrôle. Des traits obsessionnels concernant la propreté sont aussi rapportés par les parents. Bien qu'il présente peu d'affects, il ressent très bien les émotions des autres. L'enfant présente des difficultés d'apprentissage à l'école, mais il réussit bien tout de même. Il reçoit de l'aide de son professeur et du milieu scolaire (coin retrait pour l'aider à se concentrer, ne fait pas son examen avec le groupe, etc.). L'entrée à l'école s'est bien déroulée pour l'enfant et malgré ses difficultés, il est motivé. Au niveau développemental, l'enfant ne présente pas de particularité. Il a obtenu un diagnostic de trouble d'anxiété généralisée et de trouble déficitaire de l'attention. Il est médicamenté avec du Biphentin (30 mg par jour) depuis près de deux ans. Il a été suivi de façon hebdomadaire durant plusieurs mois par une psychologue, ce qui a permis d'atténuer les symptômes anxieux.

Déroulement

Pour chacune des familles, trois rencontres d'une durée d'environ 90 minutes chacune ont eu lieu. La première entrevue s'est déroulée en compagnie des parents (sans

la présence de l'enfant) afin procéder à la signature du formulaire de consentement et de collecter les éléments de l'anamnèse. Concernant l'entrevue d'anamnèse avec les parents de Noah, la petite sœur de celui-ci était présente. Lors de l'entrevue d'anamnèse avec les parents de Florian, le père, la mère et le beau-père de l'enfant étaient présents. Nous avons invité le conjoint de la mère, car il est présent dans la vie de l'enfant depuis huit ans. Il était donc en mesure de nous informer sur les comportements de l'enfant et nous donner ses impressions. À la fin de cette rencontre, les questionnaires CBCL et TRF ont été remis aux parents. La seconde entrevue s'est déroulée en compagnie de l'enfant seulement. Au début de cette rencontre, la chercheuse¹ s'est présentée à l'enfant et lui a expliqué les grandes lignes de l'étude, afin que l'enfant sache exactement les raisons qui l'amènent à être évalué. Les épreuves graphiques (HTP et *Dessin de la famille*) et le *Rorschach* ont été administrés. La troisième rencontre s'est également déroulée en présence de l'enfant seulement. Le TAT et le STAIC ont été administrés. Une quatrième rencontre (facultative), cette fois avec les parents, a été effectuée afin de donner notre compréhension de la problématique et donner des pistes d'intervention aux parents afin d'améliorer la situation de leur enfant. Aucun rapport écrit n'a été remis à ceux-ci.

Instruments de mesure

Cette section présente les différents instruments de mesure utilisés dans cette recherche. Elle aborde le matériel nécessaire et l'administration de chacun des

¹ Doctorante en psychologie ayant terminé sa scolarité. Il s'agit de la même chercheuse pour tous les sujets évalués.

instruments, de même que les raisons qui ont justifié leur choix. Les qualités psychométriques des questionnaires sont aussi présentées.

Anamnèse avec les parents

Une entrevue d'anamnèse avec les parents a été réalisée afin de recueillir des informations sur l'enfant, les symptômes présents, la durée des difficultés et les circonstances d'apparition. Des informations sur la composition de la famille, les événements de vie particuliers, le développement général de l'enfant, le fonctionnement à l'école et son réseau social ont aussi été recueillies. Les questions directrices de l'entrevue se trouvent dans l'appendice C. Des questions supplémentaires ont été posées en fonction des informations données par les parents. L'ordre des questions a suivi le cours de la conversation, donc chacune des familles a répondu aux questions dans un ordre différent.

Rorschach

Les dix planches du *Rorschach* ont été administrées selon l'ordre prédéfini. La consigne « Qu'est-ce que ça pourrait être? » a été donnée à chacun des sujets lors de l'administration des planches. Le *Rorschach* a été coté et interprété selon le Système Intégré de John E. Exner Jr. (Exner, 2001, 2003). L'interprétation des données s'est faite en ajustant les normes en fonction de l'âge des enfants (Exner, 1990). La passation du *Rorschach* a été enregistrée de façon audio afin de s'assurer de la fidélité du verbatim

lors de l'analyse. Les comportements verbaux et non verbaux ont été pris en note au moment de l'administration.

C'est un test qui peut être passé à partir de l'âge de 4 ans, soit lorsque l'enfant est en mesure de parler (Côté, 2008; Roman, 2009). L'enfant doit suffisamment maîtriser le langage et être apte à s'investir dans la tâche (Roman, 2009). Il n'y a pas de limite d'âge pour la passation. Les normes sont adaptées en fonction de l'âge de l'enfant, afin que celles-ci soient adaptées à la réalité du développement humain. Par exemple, il est attendu que le protocole d'un enfant contienne beaucoup d'animaux et révèle de l'immaturation, alors que cela est plus questionnant chez un adulte.

Matériel et administration. Le *Rorschach* est une méthode projective comprenant dix planches où sont imprimées des taches d'encre (Arbisio, 2003; Bernaud, 2008; Chandler, 2003; Erdberg, 1996; Kaplan & Saccuzzo, 2005; Petot, 2005; Richelle, 2009; Romano, 1975), dont cinq monochromes (nuances de noir et de gris), deux en noir/gris et rouge et trois en couleurs pastel (Bernaud, 2008; Erdberg, 1996; Romano, 1975). Elles sont symétriques selon un axe vertical (Bernaud, 2008; Chandler, 2003; Groth-Marnat, 2009; Richelle, 2009). Elles sont également numérotées selon leur ordre de passation (Richelle, 2009), en effet, les planches sont toujours dans le même ordre et toujours dans le même sens (Richelle, 2009; Roman, 2009; Romano, 1975).

L'administration se passe en cinq étapes (Roman, 2009) : la présentation et l'explication du test, l'association libre, l'enquête, l'épreuve des choix et l'enquête des limites. La phase d'explication est surtout importante avec les enfants puisqu'ils sont plus susceptibles de présenter des résistances et donc de moins bien performer que ce qu'ils auraient dû (Allen & Hollifield, 2003). Il faut donc prendre le temps de bien expliquer, afin d'apaiser l'anxiété et la méfiance qui pourraient être sollicitées chez le sujet (Exner & Weiner, 1982).

La première étape consiste à présenter et expliquer rapidement le test en prenant bien soin de mentionner qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, qu'il n'y a donc pas de risque d'échec (Arbisio, 2003; Raush de Traubenberg & Boizou, 1996). Cela informe donc le sujet de sa liberté d'expression (Raush de Traubenberg & Boizou, 1996).

La deuxième étape est celle de l'association libre. Elle survient après la présentation du test au sujet. Il s'agit de présenter chacune des planches l'une après l'autre et de demander « Qu'est-ce que cela pourrait être? » (Allen & Hollifield, 2003; Bohm, 1985; Erdberg, 1996; Exner, 1995, 2001; Kaplan & Saccuzzo, 2005; Roman, 2009; Romano, 1975), en donnant la carte dans les mains du sujet (Bohm, 1985). Il faut limiter la consigne à cela (Baudin, 2007; Bohm, 1985; Exner, 1995), toute autre question sur ce qui est permis de faire durant le test se voit recevoir une réponse ouverte du style « C'est comme vous voulez » (Kaplan & Saccuzzo, 2005). Il est important de noter le verbatim

exact du client, y compris les mauvaises prononciations et les mots inexacts (Allen & Hollifield, 2003; Bernaud, 2008; Exner, 2001; Kaplan & Saccuzzo, 2005; Richelle, 2009; Roman, 2009). Les temps de latence et le temps requis à chaque planche doivent également être notés (Kaplan & Saccuzzo, 2005; Raush de Traubenberg & Boizou, 1996; Richelle, 2009). Le non-verbal est important à prendre en considération également, on le note en même temps que le verbatim (Bernaud, 2008; Richelle, 2009; Roman, 2009; Romano, 1975). Parmi les éléments non-verbaux à noter lors de la prise du verbatim, la manipulation des planches est essentielle. Les retournements de planche et les réponses vues de côté doivent être mentionnés (Kaplan & Saccuzzo, 2005; Richelle, 2009). Tous ces comportements non-verbaux viennent colorer le protocole et doivent être pris en considération dans la compréhension du fonctionnement de l'individu (Roman, 2009).

Lorsque les dix planches ont été présentées, on procède à la troisième étape, l'enquête (Allen & Hollifield, 2003; Chandler, 2003; Exner, 1990; Erdberg, 1996; Romano, 1975). L'objectif de cette étape est de clarifier les réponses (Erdberg, 1996; Exner, 2001; Raush de Traubenberg & Boizou, 1996) et donc faciliter la cotation des réponses (Allen & Hollifield, 2003; Erdberg, 1996; Romano, 1975). On reprend les réponses données lors de la phase d'« association libre » ainsi que les planches (Baudin, 2007; Exner, 2001) et on demande au sujet à quel endroit sur la planche les réponses ont été vues et sur quoi il s'est basé pour donner sa réponse (Exner, 2001; Richelle, 2009; Roman, 2009; Romano, 1975). On peut aussi relancer lorsqu'il y a des mots-clés, qui

laissent présager un déterminant¹ (Exner, 1995, 2001, 2003). Les mots-clés sont souvent des adjectifs, mais pas toujours, c'est pour cela qu'il faut bien écouter ce qui est dit par le sujet (Exner, 1995). Par contre, il faut faire attention de ne pas induire, le but est seulement de stimuler (Exner, 2001; Richelle, 2009). Cela permet aussi d'enrichir le protocole et d'aller chercher plus d'informations sur le fonctionnement et la perception (Richelle, 2009). Les réponses obtenues lors de l'enquête sont importantes pour la phase de cotation des réponses (Exner, 1995, 2001; Roman, 2009). Elles permettent une cotation plus fine, plus juste, du fonctionnement psychique (Exner, 1995; Richelle, 2009) et de s'assurer de voir la réponse telle qu'elle a été perçue par le sujet (Exner, 1995, 2001).

La quatrième étape est l'épreuve des choix. Il s'agit simplement de demander au sujet de choisir les deux planches qu'il a le plus aimées et les deux planches qu'il a le moins aimées (Baudin, 2007; Roman, 2009). On lui demande ensuite de justifier ses choix (Baudin, 2007; Raush de Traubenberg & Boizou, 1996; Roman, 2009). Les justifications vont servir à comparer les planches aimées/non aimées et les réponses qui y ont été données (Roman, 2009).

La cinquième et dernière étape est l'enquête des limites. Elle est faite lorsque les réponses populaires n'ont pas été vues, surtout aux planches III, V et VIII

¹ Dans le *Comprehensive System* d'Exner, un déterminant représente ce qui a déterminé la réponse, sur quoi la personne s'est basée pour voir sa réponse. Il représente les facteurs qui ont contribué à la formation de la réponse, c'est-à-dire qui permettent de comprendre pourquoi un objet a été mentionné par le sujet (Exner, 2003).

(Romano, 1975). Elle sert à voir s'il s'agit d'un blocage temporaire ou d'une incapacité à voir la réponse populaire, à voir la réalité comme la plupart des gens. Les étapes avec le client s'arrêtent ici. Ensuite, c'est l'étape de la cotation.

Cotation du Rorschach. Le verbatim est repris par le clinicien, puis coté selon plusieurs catégories : Localisation¹, Déterminants, Contenu², Qualité formelle³, Qualité de développement⁴, Banalité des réponses⁵, Organisation du percept⁶ et Cotations spéciales⁷ (Exner, 2003). Il y a plusieurs codes associés à la localisation, en fonction de la découpe utilisée. Lorsque la tâche est utilisée en entier, on code le tout avec un W. Lorsque la tâche n'est pas utilisée en entier, on cote D ou Dd, selon la découpe répertoriée dans le manuel d'Exner (2003). Les cotations sont ensuite compilées dans le résumé formel.

Le résumé formel consiste en un récapitulatif de la fréquence des cotations et du calcul de certaines formules. Il est divisé en plusieurs ensembles (Ensemble de base/contrôle tolérance au stress, affectif/émotions, relations interpersonnelles,

¹ La localisation consiste à noter, selon un numéro préétabli par Exner, la localisation où la réponse a été vue. Elle vient nous informer sur la façon dont l'individu entre en relation avec l'environnement et la réalité (Exner, 2003; Richelle, 2009).

² Le contenu représente la catégorie à laquelle l'objet de la réponse appartient : humain, animal, art, contenu géographique, etc. (Exner, 2003).

³ La qualité formelle sert à savoir si la réponse donnée est adéquate au stimulus (Exner, 2003).

⁴ La qualité de développement est en lien avec le processus qui a présidé à la formation de la réponse, à savoir si les divers éléments sont mis en lien ou non (Exner, 2003).

⁵ Les réponses banales sont les réponses qui apparaissent fréquemment dans les protocoles (Exner, 2003).

⁶ L'organisation du percept rend compte de l'effort d'organisation perceptive et de l'ampleur du dit effort (Exner, 2003).

⁷ Les cotations spéciales représentent des caractéristiques inhabituelles dans les réponses, que ce soit au niveau de la verbalisation ou du contenu (Exner, 2003).

fonctionnement cognitif et perception de soi) comportant chacun des éléments qui renseignent sur différents aspects de la personnalité de l'individu (Exner, 2003). Les fréquences et rapports des cotations permettent d'obtenir de l'information sur la pathologie et les traits de personnalité (Exner, 1995).

Le *Rorschach* semble donc être un instrument intéressant à utiliser lors de l'évaluation de l'anxiété chez l'enfant puisqu'il fournit de l'information sur plusieurs aspects de cette problématique. Il renseigne également sur la personnalité et d'autres facettes du fonctionnement, il permet de faire des diagnostics différentiels et de déceler la présence de comorbidités. Il a aussi été choisi en raison de la possibilité de l'administrer aux enfants dans la tranche d'âge concernée par l'échantillon. Il permet de recueillir de l'information riche sur l'enfant, notamment sur son anxiété. Il s'agit également d'un instrument d'évaluation qui est très utilisé par les cliniciens.

Thematic Apperception Test

Les planches ont été administrées en fonction du sexe de l'enfant (13 pour les garçons et 14 pour les filles). Le choix et l'ordre des planches sont ceux suggérés par Francine Brelet-Foulard et Catherine Chabert (2003). C'est d'ailleurs ce système de cotation et d'interprétation qui a été utilisé dans cette étude. La passation du TAT a été enregistrée de façon audio afin de s'assurer de la fidélité du verbatim lors de l'analyse. Les comportements verbaux et non verbaux ont été pris en note au moment de l'administration.

Matériel et administration. Le matériel est à la fois clair et ambigu, il représente des situations humaines concrètes (Arbisio, 2003; Bellak & Abrams, 1997; Brelet-Foulard & Chabert, 2003; Groth-Marnat, 2009; Morval, 1982). Il s'agit de dessins, de photographies ou de gravures (Chabert, 1998; Groth-Marnat, 2009). Les images présentées sont toutes en noir et blanc (Michel et al., 2008). Originellement, le test est composé de 31 planches (différentes les unes des autres afin de figurer une variété de contenus différents (Teglasi, 1993), bien que la plupart représentent des situations conflictuelles (Dupree & Prevatt, 2003; Morval, 1982). Toutefois, il y a 16 planches classiques qui sont plus utilisées en clinique. Le nombre de planches administrées diffère en fonction de l'âge et du sexe du sujet (Bellak & Abrams, 1997; Morval, 1982; Stern, 1950). En effet, certaines planches sont destinées à tous, alors que d'autres ont été conçues pour les filles (G), les garçons (B), les femmes (F) ou les hommes (M)¹ (Bellak & Abrams, 1997; Cognet, 2011; Stern, 1950). Il existe un ordre prérequis² dans lequel administrer les planches et elles doivent toutes être passées au cours de la même séance (Bellak & Abrams, 1997; Brelet-Foulard & Chabert, 2003; Morval, 1982). Il est important de respecter l'ordre de passation puisqu'il y a une gradation dans la structuration des stimuli (Brelet-Foulard & Chabert, 2003). En effet, les premières planches représentent des situations plus structurées alors que les dernières planches sont

¹ On présente 14 planches aux garçons, 15 aux filles, 15 aux hommes (16 ans et plus) et 16 aux femmes (16 ans et plus) (Brelet-Foulard & Chabert, 2003).

² Garçons : 1, 2, 3BM, 4, 5, 6BM, 7BM, 8BM, 10, 11, 12BG, 13B, 19, 16.
 Filles : 1, 2, 3BM, 4, 5, 6GF, 7GF, 8BM, 9GF, 10, 11, 12BG, 13B, 19, 16.
 Hommes : 1, 2, 3BM, 4, 5, 6BM, 7BM, 8BM, 10, 11, 12BG, 13B, 13MF, 19, 16.
 Femmes : 1, 2, 3BM, 4, 5, 6GF, 7GF, 8BM, 9GF, 10, 11, 12BG, 13B, 13MF, 19, 16.

plus floues (Brelet-Foulard & Chabert, 2003). Elles représentent, pour la plupart, des situations humaines universelles (Cognet, 2011).

La consigne à donner est simple : « Imaginez une histoire avec la planche » (Arbisio, 2003; Baudin, 2007; Bellak & Abrams, 1997; Bernaud, 2008; Boekholt, 1998; Brelet-Foulard & Chabert, 2003; Morval, 1982). Le sujet doit donc inventer une histoire et non seulement donner une description de ce qui est vu (Groth-Marnat, 2009; Teglassi, 1993). La consigne doit être dite telle quelle, un changement dans la formulation de la consigne entraîne un changement dans le type de contenu qui sera donné (Morval, 1982). Elle reste la même que le sujet soit un adulte ou un enfant (Morval, 1982). Lorsque l'évaluation est faite avec un enfant, il faut simplement s'assurer que la consigne a été bien comprise (Morval, 1982). Le verbatim exact, incluant les mauvaises prononciations, les craquées verbales, les commentaires, doit être noté par l'examineur, de même que les comportements non-verbaux du sujet (Baudin, 2007; Brelet-Foulard & Chabert, 2003; Morval, 1982). Les silences et les temps de latence entre la planche et le début de l'histoire sont aussi à prendre en note (Baudin, 2007; Brelet-Foulard & Chabert, 2003; Morval, 1982). L'utilisation d'un chronomètre est déconseillée, les temps ne sont interprétés que sur le plan clinique et n'ont pas besoin d'une telle précision (Brelet-Foulard & Chabert, 2003). Il est préférable que le sujet ne voie pas ce que l'examineur écrit (Teglassi, 1993). Avec une clientèle infantile, il est de mise de s'intéresser aux histoires racontées, tout en conservant une attitude neutre (Teglassi, 1993). Tout comme au *Rorschach*, il est possible de poser des questions au

sujet afin qu'il précise des informations (Arbisio, 2003; Brelet-Foulard & Chabert, 2003; Teglassi, 1993), mais il faut cependant demeurer discret (Brelet-Foulard & Chabert, 2003; Teglassi, 1993) et non-suggestif (Brelet-Foulard & Chabert, 2003). On demande principalement à l'individu d'en dire un peu plus lorsque les histoires sont courtes. Lorsque des précisions sont demandées, elles doivent être notées puisqu'elles influencent grandement la réponse (Teglassi, 1993). Toute question posée par le sujet doit recevoir une réponse ouverte du type « C'est comme vous voulez » (Teglassi, 1993). Il est important de rappeler au sujet qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse (Dupree & Prevatt, 2003).

L'administration prend environ 30 à 35 minutes (Boekholt, 1998). Originellement, Murray avait conçu le test pour les enfants âgés de 4 ans et plus (Teglassi, 2010). Par contre, il est souvent utilisé à partir de 8 ans (Boekholt, 1998; Morval, 1982).

Contrairement au *Rorschach*, le TAT s'administre en une seule étape, les questions étant posées au fur et à mesure (Brelet-Foulard & Chabert, 2003). Une fois que toutes les planches ont été administrées, la passation est terminée et on passe à la cotation. Pour coter le protocole correctement, il faut relire chacune des histoires et utiliser la feuille de dépouillement élaborée par Françoise Brelet-Foulard et Catherine Chabert (Le nouveau manuel du TAT, Brelet-Foulard & Chabert, 2003, p. 59). Chaque phrase de l'histoire est reprise et les procédés (catégorisés dans la feuille de dépouillement) correspondants sont notés (Brelet-Foulard & Chabert, 2003). Les histoires sont aussi interprétées selon

l'ordre de passation établi, qui est le même que celui de l'administration (Brelet-Foulard & Chabert, 2003). Lors de la cotation du protocole, il est de mise de mettre de côté les éléments de l'anamnèse et de faire la faire à l'aveugle (Brelet-Foulard & Chabert, 2003).

Le TAT semble être un bon choix d'instrument dans l'évaluation de l'enfant anxieux puisqu'il permet d'évaluer plusieurs types d'anxiété, de même qu'une variété de problématiques qui peuvent apparaître en comorbidité. Il informe également sur d'autres aspects de la personne, tels que la personnalité, les relations interpersonnelles, les mécanismes de défense et la dynamique familiale. Il a aussi été choisi pour évaluer les enfants de l'étude puisqu'il est possible de l'administrer aux enfants de cette tranche d'âge et qu'il est très souvent utilisé en complément au *Rorschach*. Il est intéressant de l'utiliser dans l'évaluation de l'anxiété, tel que cela a été rapporté précédemment.

House-Tree-Person

Le matériel suivant est fourni au sujet : feuilles de papier blanches, crayon de plomb et gomme à effacer (Buck, 1948; Hammer, 1997; Handler, 1996). Les dessins doivent être faits à main levée, aucune règle n'est donnée au sujet (Buck, 1948, 1951). Une fois les trois dessins terminés, il est possible de poser des questions pour clarifier ce qui est dessiné et obtenir des informations supplémentaires sur la dynamique du sujet (Buck, 1948; Handler, 1996; Knoff, 2003; Morris, 1965) par le biais des associations que le dessinateur fait sur son dessin (Buck, 1948). La consigne est simple : « Dessines-moi une personne »; « Dessines-moi une maison »; « Dessines-moi un arbre ». Aucune

indication supplémentaire n'est donnée, ni même sur le type, la taille ou la condition (Morris, 1965; Oster & Crone, 2004; Oster & Montgomery, 1996). Aucune limite de temps n'est accordée au sujet (Buck, 1948, 1951). Il est important de conserver cet ordre lors de l'administration du HTP puisque la séquence est pensée du plus facile au plus difficile psychologiquement pour le sujet (Oster & Crone, 2004; Oster & Gould, 1987).

Au moment de l'administration, l'examineur doit noter l'ordre dans lequel les éléments sont dessinés, et ce, pour chacun des trois dessins (Buck, 1948). Les commentaires émis par le sujet, ainsi que ses comportements non-verbaux sont également consignés, en plus des détails du dessin auxquels ils sont liés (en train d'être dessiné ou ce qui vient d'être dessiné) (Buck, 1948). Les temps de latence entre deux éléments, ainsi que le temps total d'exécution du dessin sont également notés (Buck, 1948).

Dans l'étude présentée ici, la consigne originale a été légèrement modifiée de sorte que nous avons obtenus un quatrième dessin, celui de la personne de l'autre sexe. Tout d'abord, il a été demandé à l'enfant de dessiner une maison, un arbre, une personne aussi réaliste que possible et une personne de l'autre sexe, le tout sur des feuilles blanches séparées. Les feuilles ont été présentées à l'enfant à la verticale, exception faite lors du dessin de la maison où elle a été présentée à l'horizontale. L'enfant avait à sa disposition un crayon de plomb et une gomme à effacer. L'interprétation des dessins s'est faite selon les travaux de Kim Chi (1989) et Buck (1948, 1951, 1985). Des notes concernant l'ordre

d'apparition des éléments, le temps de chacun des dessins et les comportements verbaux et non verbaux ont été prises durant l'administration du HTP.

Dessin de la famille

Lors de l'administration du *Dessin de la famille*, la consigne était la suivante : « Dessine-moi ta famille ». Aucune information supplémentaire n'a été donnée au sujet. Une feuille présentée à l'horizontal et des crayons de couleurs en bois ont été fournis à l'enfant pour qu'il produise son dessin. L'interprétation du *Dessin de la famille* a été faite selon Jourdan-Ionescu et Lachance (2000).

La consigne est simple, il suffit de demander au sujet de dessiner une famille. La consigne peut être modifiée et donner une consigne du type « Dessine-moi ta famille », « Dessine-moi la famille idéale », etc. en fonction de ce qui est recherché (Jourdan-Ionescu & Lachance, 2000). Une fois la consigne donnée, on présente la feuille au sujet à l'horizontale et on lui fournit des crayons de couleur en bois (Jourdan-Ionescu & Lachance, 2000).

Les informations sont recueillies à partir de plusieurs critères, tels que la composition globale du dessin, les personnages qui y figurent et ceux qui n'y figurent pas, la valorisation et la dévalorisation des personnages (Jourdan-Ionescu & Lachance, 2000). La position du personnage qui représente le sujet ainsi que la distance qu'il y a entre celui-ci et les autres personnages sont aussi des indicateurs importants

(Chandler, 2003; Jourdan-Ionescu & Lachance, 2000; Malchiodi, 1998; Oster & Montgomery, 1996). Tout comme pour le HTP, il n'y a pas de limite de temps accordé, mais le temps requis pour l'exécution est tout de même noté (Jourdan-Ionescu & Lachance, 2000). Le temps investi dans chacun des personnages est aussi un détail intéressant (Corman, 1967). Toujours comme dans le HTP, l'ordre d'apparition des éléments et des personnages doit être noté par l'examineur, de même que les comportements verbaux et non-verbaux (Cognet, 2011; Corman, 1967; Jourdan-Ionescu & Lachance, 2000). Une fois le dessin terminé, l'examineur demande au sujet de donner un nom à la famille qu'il vient de dessiner, ainsi que des spécifications sur le sexe, l'âge, le prénom de chacun des personnages et son lien avec les autres personnages (Corman, 1967; Jourdan-Ionescu & Lachance, 2000). Des questions supplémentaires peuvent être posées, telles que « À quel personnage t'identifies-tu? », « Quel personnage aimerais-tu être? Pourquoi? » (Jourdan-Ionescu & Lachance, 2000). L'objectif est d'obtenir le plus d'informations possible sur le dessin de la part du sujet qui l'a créé (Corman, 1967). D'autres questions pertinentes peuvent être posées en fonction du contexte et des verbalisations du sujet (Corman, 1967).

Il semble donc pertinent d'utiliser les épreuves graphiques dans l'évaluation des enfants anxieux puisqu'elles permettent de recueillir de l'information sur cette problématique. Elles renseignent sur divers aspects, tels que les traits de personnalité, l'anxiété, la gestion des relations interpersonnelles et des émotions. Il est donc possible d'aller chercher une multitude d'informations. De plus, les épreuves graphiques sont

généralement appréciées des enfants. Ces deux épreuves graphiques ont été choisies puisqu'il est possible de les administrer aux enfants du même âge que nos participants. Elles sont faciles et rapides à administrer. Il s'agit des épreuves graphiques les plus utilisées et sur lesquelles il y a le plus grand nombre de publications.

State-Trait Anxiety Inventory for Children

C'est un des questionnaires auto-administrés les plus utilisés pour mesurer l'anxiété (Almerigogna, 2011; Bouteyre, 2007). Cette échelle est bien reconnue pour faire la discrimination des jeunes souffrant de trouble anxieux de ceux qui n'en ont pas (Seligman, Ollendick, Langley, & Baldacci, 2004). Il est calqué sur le *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI), qui est la version pour adulte et qui évalue aussi l'état d'anxiété (*State Anxiety*) et les traits anxieux (*Trait Anxiety*) (Dorr, 1981; Robinson, 2003). C'est un instrument qui a été traduit en plusieurs langues et est utilisé dans plusieurs pays, tant en clinique qu'en recherche (Bouteyre, 2007). L'instrument original en langue anglaise a été élaboré par Spielberger et al. en 1973. C'est la version française de l'échelle, traduite par Turgeon et Chartrand en 2003, qui a été utilisée pour cette étude. La consistance interne de l'échelle « Anxiété trait » est de 0,89 alors que celle de l'échelle « Anxiété état » est de 0,88, ce qui est considéré comme étant excellent. Il a été choisi en raison de ses qualités psychométriques, du fait qu'il est très utilisé et pour sa facilité d'administration pour l'enfant. Il est validé pour les enfants ayant l'âge des participants de l'étude.

L'état anxieux est mesuré à l'aide de 20 items mesurant comment la personne se sent en ce moment (Balsamo et al., 2013; Bouteyre, 2007). Les traits anxieux sont mesurés dans le STAIC par vingt items évaluant la façon dont la personne se sent en général (Balsamo et al., 2013; Bouteyre, 2007). Chacune des deux échelles contient des items qui sont simples à comprendre pour les enfants (Groth-Marnat, 2009). Ils doivent cocher l'énoncé qui décrit le mieux comment ils se sentent à chacun des quarante items sur une échelle de type Likert en trois points, les réponses variant selon les items (par exemple : Je me sens : Très calme, Calme, Pas du tout calme) (Almerigogna, 2011; Bouteyre, 2007; Spielberger et al., 1973 - Traduit par Turgeon & Chartrand, 2003).

Le STAIC a été administré au complet en compagnie de l'enfant au cours de la dernière rencontre avec lui. La consigne a été lue avec l'enfant, mais c'est l'enfant seul qui lisait et répondait aux énoncés. L'examineur étant présent en cas de questions ou pour expliquer certains mots. Le questionnaire évalue deux types d'anxiété : anxiété de trait (anxiété en général) et anxiété situationnelle (anxiété au moment de répondre aux questions). Chacun des types d'anxiété est évalué avec 20 items sur une échelle de un à trois, allant de presque jamais à souvent. Les questions concernant l'anxiété trait sont répondues en fonction de comment l'enfant réagit de façon générale, alors que les questions concernant l'anxiété état sont répondues en fonction de comment il se sent dans le moment présent (Bouvard, 2009).

Le STAIC est donc un questionnaire intéressant puisqu'il rapporte les informations sur l'anxiété du point de vue de l'enfant, telle qu'il la vit. Il permet de faire la distinction à savoir si l'anxiété est circonstancielle ou si elle fait davantage partie du fonctionnement général de l'enfant.

Children Behavior Checklist

C'est un inventaire de comportements qui est administré aux parents concernant leur enfant. Il comprend 113 items qui doivent être cotés sur une échelle de 0 à 2 (*Ne s'applique pas* (0), *Plus ou moins ou parfois vrai* (1) et *Très vrai ou souvent vrai* (2)) en fonction des six derniers mois (Achenbach & McConaughy, 2003; Bouteyre, 2007; Fonseca & Perrin, 2011; Petot, 2005).

Les 113 items du CBCL sont classés selon neuf échelles psychopathologiques : Anxiété/Dépression, Isolement/Déprime, Plaintes somatiques, Problèmes sociaux, Problèmes de la pensée, Comportements qui vont à l'encontre des règles, Comportements agressifs et Autres problèmes (Achenbach & Rescola, 2001; Fonseca & Perrin, 2011).

L'échelle évaluant l'anxiété a été élaborée par 22 pédopsychiatres et psychologues qui se spécialisent dans l'évaluation comportementale et affective des enfants (Campbell, 2006). La cohérence interne du CBCL est de $\alpha = 0,84$ et fournit une stabilité

temporelle satisfaisante également ($r = 0,82$); le retest ayant eu lieu 8 jours après la première passation (Campbell, 2006).

Cet outil a été choisi en raison de ses qualités psychométriques (notamment en ce qui concerne l'anxiété), de son accessibilité et de sa facilité de compréhension et d'administration. Il a été validé auprès d'une clientèle infantile et des normes spécifiques pour les garçons ont été établies. Un aspect intéressant de cet inventaire concerne les diverses échelles psychopathologiques qu'il permet d'évaluer.

Le CBCL a été complété par les parents. La consigne a été lue avec eux. La version 6-18 ans, traduite en français canadien, a été utilisée pour chacun des enfants et l'interprétation s'est faite en fonction du sexe et de l'âge de l'enfant selon les normes de Achenbach et Rescola (2001).

Le CBCL est un instrument intéressant à utiliser puisqu'il évalue bien l'anxiété de l'enfant et qu'il couvre également d'autres pathologies possibles. De plus, il permet d'obtenir l'information selon le point de vue des parents.

Teacher Report Form

Le Teacher Report Form est un inventaire de comportements qui est administré au professeur concernant les comportements de l'enfant à l'école. Il est composé de 113 items qui doivent être répondus sur une échelle allant de 0 à 2 (*Ne s'applique*

pas (0), Plus ou moins ou parfois vrai (1) et Très vrai ou souvent vrai (2)) (Achenbach & Rescola, 2001). Les enseignants répondent eux en fonction des deux derniers mois (Achenbach & Rescola, 2001). Les 113 items du TRF sont classés selon huit échelles psychopathologiques : Anxiété/Dépression, Isolement/Déprime, Plaintes somatiques, Problèmes sociaux, Problèmes de la pensée, Comportements qui vont à l'encontre des règles et Comportements agressifs (Achenbach & Rescola, 2001). Les items du TRF et du CBCL sont semblables, mais certains diffèrent pour refléter l'environnement scolaire et celui de la maison (Achenbach & McConaughy, 2003). Les items relevant des aspects de compétence du CBCL sont remplacés par des items qui évaluent des aspects du fonctionnement adaptatifs (Achenbach & McConaughy, 2003).

L'échelle évaluant l'anxiété a été élaborée par 22 pédopsychiatres et psychologues qui se spécialisent dans l'évaluation comportementale et affective des enfants (Campbell, 2006). La cohérence interne du TRF est de $\alpha = 0,86$ et fournit une stabilité temporelle satisfaisante également ($r = 0,89$); le retest ayant eu lieu 16 jours après la première passation (Campbell, 2006).

Le TRF a été administré au complet à l'enseignant principal de l'enfant. La consigne n'a pas été lue avec l'enseignant qui a reçu le questionnaire par l'intermédiaire des parents de l'enfant, mais les coordonnées du chercheur étaient disponibles dans l'éventualité où l'enseignant aurait des questions sur la façon de répondre aux questions. La version 6-18 ans, traduite en français canadien, a été utilisée pour chacun des enfants

et l'interprétation s'est faite en fonction du sexe et de l'âge de l'enfant selon les normes de Achenbach et Rescola (2001).

Le TRF semble donc être un instrument intéressant à utiliser dans l'évaluation de l'enfant anxieux puisqu'il évalue l'anxiété, en plus d'autres pathologies possibles. De plus, il permet d'obtenir le point de vue de l'enseignant et fournit des informations sur les comportements de l'enfant dans un milieu autre qu'à la maison.

Résultats

La présente section rapporte les résultats recueillis auprès des participants aux tests projectifs et non-projectifs. Un tableau rapportera pour chacun des participants les faits saillants ainsi que leur interprétation à partir des méthodes projectives. Suivra un tableau similaire pour les méthodes non-projectives. Un troisième tableau fera état des convergences entre les méthodes projectives et non-projectives. Enfin, un dernier tableau présentera les divergences entre les résultats aux méthodes projectives et non-projectives.

Sujet 1 : Noah¹

Comme le Tableau 2 l'indique, certains éléments se retrouvent dans plus d'un test projectif. Les éléments récurrents sont l'impulsivité, les difficultés relationnelles, la faible estime de soi, la présentation d'un « faux-self », l'anxiété et la difficulté dans la gestion des émotions. Dans ce cas-ci, le faux-self est défini par le fait que Noah a une tendance à présenter une façade, que ce soit pour camoufler ses sentiments ou pour porter un masque social. Les éléments d'inhibition, d'évitement et de retrait ont été intégrés à la catégorie de l'anxiété.

¹ Les protocoles et les dessins sont présentés à l'Annexe C.

Tableau 2

Indices provenant des méthodes projectives pour Noah

	House-Tree-Person (Personnages)	House-Tree-Person (Maison et Arbre)	Dessin de la famille	Rorschach	Thematic Apperception Test
Faits saillants	Personnage #1 :	Maison :	- Inhibition (petits personnages)	- Immaturité (CDI = 4 /Dadj = 0)	- Inhibition (CI-1)
	- Impulsivité (mains larges)	- Recherche de satisfaction dans l'imaginaire (grand toit)	- Peur de l'initiative (bas de la page)	- Vulnérable (EA = 4)	- Difficulté dans la gestion des émotions (Peu de sentiments évoqués, CN-3)
	- Difficultés à agir de façon aisée dans les relations sociales (mains larges)	- Règle les conditions de ses contacts avec les autres (marches)	- Anxiété / timidité (dessin petit)	- Ressources limitées (EA = 4)	- Recherche d'appui (Appel au clinicien - CM-1)
	- Déni le contrôle intellectuel sur les pulsions du corps (petite tête)	- Contacts avec l'environnement consciemment contrôlés (peu de fenêtres)	- Anxiété / inhibition (position raide des personnages)	- Impulsivité (FM = 1)	- Difficulté à élaborer (Nécessite de poser des questions – CI-1)
	- Tendance à présenter une façade acceptable pour masquer des sentiments qui le sont moins (bouche tournée vers le haut)	- Retrait social (peu de fenêtres)	- Sentiment d'inadéquation, impuissance et infériorité (petite tête)	- Immaturité relationnelle (CDI = 4; H : (H) + (Hd) : Hd = 1 : 3)	- Difficulté à conjuguer avec les conflits (CI-2)
	- Contacts interpersonnels difficiles (bras écartés)	- Sentiment d'inadaptation (très petite maison)	- Anxiété (yeux foncés)	- Difficultés au plan des relations (CDI = 4)	- Difficulté à conjuguer avec les conflits (CI-2)
	- Relations sociales évitées (visage faible; nez absent)	- Masque social (maison avec un seul mur)	- Hypersensibilité à l'opinion de l'entourage (yeux foncés)	- Rôle passif dans les relations interpersonnelles (a : p = 1:3)	- Difficultés relationnelles (Relations non-évoquées entre les personnages)
	- Évasion face aux conflits interpersonnels (visage faible)	- Façade interpersonnelle acceptable (maison avec un seul mur)	- Tension interne (bouche serrée)	- Évite les responsabilités et la prise de décision (a : p = 1:3)	- Difficulté à investir l'autre (anonymat des personnages – CI-2)
	- Égo faible (dessin petit)	- Manque de chaleur psychologique à la maison (absence de cheminée)	- Rigidité, inhibition (bras raides)	- Comportements relationnels peu adaptés à la situation (GHR : PHR = 2 : 3)	- Difficulté à s'investir (Accent porté sur le quotidien, le factuel, le faire – CF-1; Banalisation – CI-2)
	- Sentiment d'être inadéquat (dessin petit, bas de la page)		- Manque d'assurance dans les contacts sociaux (mains tracées de manière vague)	- Anticipe des interactions positives entre les gens et est intéressé à y participer (COP : AG = 1 : 0)	- Scotome d'objet manifeste (EI-1)
- Préoccupation face aux relations avec l'entourage (dessin petit)		- Agressivité (grandes mains)	- Non-centré sur lui-même (Ego Index = 0,68)	- Craquées verbales (E4-1)	
- Se sent insécure et inadéquat (Bas de la page)					

Tableau 2

Indices provenant des méthodes projectives pour Noah (suite)

	House-Tree-Person (Personnages)	House-Tree-Person (Maison et Arbre)	Dessin de la famille	Rorschach	Thematic Apperception Test
Faits saillants	Personnage #2 :	Arbre :		- Moins porté sur la conscience de soi (FV/FD = 0)	
	<ul style="list-style-type: none"> - Emphase sur l'intelligence ou l'imagination (grosse tête) - Impulsivité (absence de cou, mains larges) - Difficultés à agir de façon aisée dans les relations sociales (mains larges) - Tendance à présenter une façade acceptable pour masquer des sentiments qui le sont moins (bouche tournée vers le haut) - Évasion face aux conflits interpersonnels (visage faible) - Évitement des relations sociales (visage faible) - Égo faible (dessin petit) - Sentiment d'être inadéquat (dessin petit, bas de la page) - Préoccupation face aux relations avec l'entourage (dessin petit) 	<ul style="list-style-type: none"> - Tendance à éviter la satisfaction émotionnelle (branches à droites) - Impulsivité (feuillage en gribouillage fermé) - Sentiment d'impuissance pour faire face à l'environnement (petit arbre) - Faible égo (petit arbre) - Équilibre précaire de la personnalité à cause des frustrations engendrées par l'incapacité de satisfaire les importants besoins de base (petites branches avec un gros tronc) 		<ul style="list-style-type: none"> - Tendance à l'évitement (EB / Lambda = 2 :2 / 2.13) - Prêt à traiter les stimuli chargés émotionnellement et à s'y impliquer (Afr = 0,56) - Contrôle de manière étroite les manifestations affectives (FC : CF + C = 2 : 1) - Fonctionnement psychologique moins complexe (Blends = 1) - Difficultés comportementales quand confronté à des situations affectives complexes (Blends = 1) - Confusion lors de situations émotionnelles (Blends couleurs-estompage = 0) - Expériences affectives plus intenses que les autres (Blends couleurs-estompage = 0) - Évitement (Zf = 4) - Peu d'efforts dans le traitement de l'information (Zf = 4) 	

Tableau 2

Indices provenant des méthodes projectives pour Noah (suite)

	House-Tree-Person (Personnages)	House-Tree-Person (Maison et Arbre)	Dessin de la famille	Rorschach	Thematic Apperception Test
Interprétation	Personnage #1	Maison	- Inhibition	- Impulsivité	- Inhibition
	<ul style="list-style-type: none"> - Impulsivité - Difficultés dans les relations sociales - Faible estime de soi - Présentation d'un faux-self 	<ul style="list-style-type: none"> - Tendence au retrait - Besoin de contrôle dans les contacts sociaux - Faible estime de soi - Présentation d'un faux-self 	<ul style="list-style-type: none"> - Anxiété - Faible estime de soi - Difficultés dans les contacts sociaux - Sensible à l'opinion des autres - Agressivité 	<ul style="list-style-type: none"> - Immaturité - Difficultés dans les relations sociales - Difficultés dans la gestion des émotions - Évitement - Peu de ressources internes 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté dans la gestion des émotions - Difficulté dans les relations sociales - Difficulté à s'investir - Difficulté avec la gestion de l'agressivité
	Personnage #2	Arbre			
	<ul style="list-style-type: none"> - Impulsivité - Difficultés dans les relations sociales - Faible estime de soi - Présentation d'un faux-self 	<ul style="list-style-type: none"> - Impulsivité - Faible estime de soi - Difficulté dans la gestion des émotions 			

Légende :

Impulsivité

Difficultés relationnelles

Faible estime de soi

Présentation d'un faux-self

Agressivité

Anxiété

Difficulté dans la gestion des émotions

Le Tableau 3 démontre que les trois tests non-projectifs utilisés notent de l'anxiété chez Noah et deux d'entre eux démontrent des difficultés au niveau des émotions, notamment en ce qui concerne des symptômes d'allure dépressive. Tous les répondants (parent, professeur et Noah) rapportent de l'anxiété chez l'enfant, particulièrement en ce qui concerne l'école. Les trois répondants font également état de la présence de symptômes d'allure dépressive. Le parent est le seul à rapporter des difficultés liées aux relations. L'enseignant, quant à lui, observe des problèmes affectifs (autre qu'une symptomatologie d'allure dépressive). Enfin, Noah est l'unique répondant à noter des difficultés liées au sommeil et des symptômes physiques (somatisation) (il remarque que son cœur bat vite).

Tableau 3

Indices provenant des non-méthodes projectives pour Noah

	Children Behavior Checklist	Teacher Report Form	State-Trait Anxiety Inventory - Children
Résultats en fonction de la norme	Zone clinique (98 ^e percentile et +):	Zone entre le 93 ^e et le 98 ^e percentile :	État : Score : 38
	- Anxiété / Déprimé	- Anxiété / Déprimé	(moyenne des garçons québécois : 27,74; Écart-type : 6,44)
	- Isolement / Déprimé	- Isolement / Déprimé	
	Zone non-clinique (en dessous du 93 ^e percentile) :	Zone non-clinique (en dessous du 93 ^e percentile) :	* Significatif par rapport à la moyenne avec un écart-type
	- Plaintes somatiques	- Plaintes somatiques	
	- Problèmes sociaux	- Problèmes sociaux	Trait :
	- Problèmes au niveau de la pensée	- Problèmes au niveau de la pensée	Score : 33 (moyenne des garçons québécois : 28,21; Écart-type : 6,82)
- Problèmes d'attention	- Problèmes d'attention	* Non-significatif par rapport à la moyenne	
- Comportements qui brisent les règles	- Comportements qui brisent les règles		
- Comportements agressifs	- Comportements agressifs		
- Autres problèmes	- Autres problèmes		
Problèmes internalisés (Score T = 75) : Significativement clinique	Problèmes internalisés (Score T = 69) : Significativement clinique		
Problèmes externalisés (Score T = 59) : Non-significativement clinique	Problèmes externalisés (Score T = 58) : Non-significativement clinique		
Score Total (Score T = 65) : Significativement clinique	Score Total (Score T = 59) : Non-significativement clinique		

Tableau 3

Indices provenant des non-méthodes projectives pour Noah (suite)

	Children Behavior Checklist	Teacher Report Form	State-Trait Anxiety Inventory - Children
Faits saillants	Anxiété / Déprimé :	Anxiété / Déprimé :	État :
	- A peur d'aller à l'école	- Est une personne nerveuse ou tendue	- Calme
	- À l'impression de devoir obligatoirement être parfait	- Est une personne craintive ou anxieuse	- Aimable
	- Est une personne nerveuse ou tendue	- Peur d'aller à l'école	- Agité
	- Est facilement gêné ou embarrassé		- Reposé
	Isolé / Déprimé :	Isolé / Déprimé :	- Détendu
	- Très peu de choses lui font plaisir	- Très peu de choses lui font plaisir	- Satisfait
	- Préfère être seul qu'avec d'autres personnes		- Heureux
	- Est trop timide	Problèmes d'attention :	- Sûr
	- Est une personne repliée sur elle-même, ne se mêle pas aux autres.	- A des difficultés d'apprentissage	- Bien
Problèmes d'attention :	- Est apathique ou manque de motivation	- Tracassé	
- Ne finit pas ce qu'il commence	Comportements agressifs :	- Gentil	
- Rêvasse ou est souvent dans la lune	- Est têtu, maussade, irritable	- Confus	
- Est inattentif ou facilement distrait	Problèmes d'opposition et de provocation :	- Enjoué	
Comportements agressifs :	- Est têtu, maussade, irritable	Trait :	
- Est têtu, maussade, irritable	Autres problèmes :	- Préoccupé par l'idée de faire des erreurs	
- Change d'humeur soudainement	- N'aime pas l'école	- Se sent malheureux	
- Boude beaucoup		- Difficultés à prendre des décisions	
- Est méfiant		- Gêné	
- Fait des crises de colère		- Troublé	
Autres problèmes :		- Inquiet à propos de l'école	
- Dort plus que les autres jeunes pendant la journée ou la nuit		- Difficulté à décider quoi faire	
		- Remarque que son cœur bat vite	
		- Peur et n'en parle à personne	
		- S'inquiète à propos de choses qui pourraient arriver	
		- Difficultés à s'endormir le soir	

Tableau 3

Indices provenant des non-méthodes projectives pour Noah (suite)

	Children Behavior Checklist	Teacher Report Form	State-Trait Anxiety Inventory - Children
Interprétation	- Anxiété		- Anxiété présente
	- Retiré socialement		- Inquiétude par rapport à l'école
	- Déprimé		- Difficultés à prendre des décisions
	- Peur d'aller à l'école		- Difficultés de sommeil
	- À l'impression de devoir obligatoirement être parfait		- Préoccupé par l'idée de faire des erreurs
	- Est une personne repliée sur elle-même, ne se mêle pas aux autres.		- Se sent malheureux
	- Change d'humeur soudainement		- Symptômes physiques
	- Méfiant		

Légende :

Anxiété

Difficultés gestion des émotions

Difficultés relationnelles

Symptômes dépressifs

Somatisation

Le Tableau 4 relève les indices des méthodes projectives et non-projectives qui convergent entre les sept tests administrés. L'anxiété est le seul élément qui se retrouve dans les sept tests. Les difficultés relationnelles sont présentes dans cinq tests sur sept, seul le professeur et l'enfant ne rapportent pas ces difficultés. Pour ce qui est des difficultés dans la gestion des émotions, seuls le *Dessin de la famille* et le STAIC ne rapportent pas cette difficulté. Toutefois, ces éléments se retrouvent à la fois dans les

méthodes projectives et non-projectives, il est donc plausible de croire que l'enfant présente réellement ces caractéristiques.

Le Tableau 5 présente les divergences d'indices retrouvés entre les méthodes projectives et les méthodes non-projectives. Seules les méthodes projectives révèlent des indices d'impulsivité, une faible estime de soi, une présentation en faux-self et des éléments au niveau de la gestion de l'agressivité. D'un autre côté, seules les méthodes non-projectives rapportent des éléments d'allure dépressive et des éléments de somatisation. C'est seulement le questionnaire auto-rapporté (STAIC) qui relève des indices liés à la somatisation (difficultés de sommeil et symptômes physiques).

Tableau 4

Indices convergents entre les méthodes projectives et non-projectives pour Noah

HTP	Dessin de la famille	Rorschach	TAT	CBCL	TRF	STAIC
Personnage #1 - Difficultés dans les relations sociales	- Inhibition - Anxiété - Difficultés dans les contacts sociaux	- Difficultés dans les relations sociales - Difficultés dans la gestion des émotions	- Inhibition - Difficulté dans la gestion des émotions	- Anxiété - Retiré socialement - Déprimé - Change d'humeur soudainement		- Anxiété
Personnage #2 - Difficultés dans les relations sociales	- Sensible à l'opinion des autres	- Évitement	- Difficulté dans les relations sociales			
Maison - Tendance au retrait - Besoin de contrôle dans les contacts sociaux						
Arbre - Difficulté dans la gestion des émotions						

Légende :

Anxiété

Difficultés gestion des émotions

Difficultés relationnelles

Tableau 5

Indices divergents entre les méthodes projectives et non-projectives pour Noah

HTP	Dessin de la famille	Rorschach	TAT	CBCL	TRF	STAIC
Personnage #1	- Faible estime de soi - Agressivité	- Impulsivité - Immaturité - Peu de ressources internes	- Difficulté à s'investir - Difficulté dans la gestion de l'agressivité	- Déprimé - Est une personne repliée sur elle-même, ne se mêle pas aux autres.		- Difficultés de sommeil - Se sent malheureux - Symptômes physiques
Personnage #2	- Impulsivité - Faible estime de soi - Présentation d'un faux-self					
Maison	- Faible estime de soi - Présentation d'un faux-self					
Arbre	- Impulsivité - Faible estime de soi					

Légende :

Agressivité

Faible estime de soi

Impulsivité

Présentation d'un faux-self

Sentiments dépressifs

Somatisation

Autres

Sujet 2 : Arthur

Comme l'indique le Tableau 6, certains éléments se retrouvent dans plus d'un test projectif. Les indices convergents sont l'agressivité, la difficulté dans la gestion des émotions, la difficulté au niveau de l'épreuve de la réalité, l'inhibition, les difficultés relationnelles, des traits d'hyperactivité, des préoccupations pour le corps, la faible estime personnelle et la présence d'un faux-self¹. Tout comme pour Noah, les indices d'inhibition ont été intégrés à la catégorie de l'anxiété.

Le Tableau 7 démontre des résultats différents pour chacun des tests non-projectifs. L'enfant et les parents rapportent de l'anxiété. Le questionnaire rempli par le professeur ne rapporte que des symptômes liés à la somatisation. Arthur rapporte également des éléments de somatisation dans son questionnaire (« Sensation bizarre dans l'estomac »). Le questionnaire rempli par le parent rapporte des traits dépressifs, des difficultés attentionnelles ainsi que des problèmes au niveau de la pensée.

Le Tableau 8 relève les indices des méthodes projectives et non-projectives qui convergent entre les sept tests administrés. Les indices récurrents entre les méthodes projectives sont l'anxiété, la somatisation, une épreuve de la réalité fragile et des traits d'hyperactivité.

¹ Le faux-self prend la même définition que dans le cas de Noah.

Tableau 6

Indices provenant des méthodes projectives pour Arthur

	House-Tree-Person (Personnages)	House-Tree-Person (Maison et Arbre)	Dessin de la famille	Rorschach	Thematic Apperception Test
Faits saillants	Personnage #1 :	Maison :	- Inhibition (Petits personnages; Bras raides)	- Vulnérable aux pertes de contrôle et à la désorganisation sous stress (Dadj = 2)	- Inhibition (Ci-1)
	- Agressivité (Dents visibles; Narines; Gros dessin)	- Mauvais indice d'organisation de la personnalité (Petit toit)	- Manque de force physique (Absence de cheveux)	- Ressources disponibles limitées (EA = 2.5)	- Difficulté à s'investir (Accent porté sur le quotidien, le factuel, le faire – CF-1; Ci-2)
	- Tendance à présenter une façade acceptable pour masquer des sentiments qui le sont moins (Grande bouche tournée vers le haut)	- Sujet semble inaccessible (Porte haute sans marche)	- Désir de se couper du monde (Pas de yeux)	- Tendance à simplifier les choses (Lambda = 1,16)	- Difficulté avec les relations (Relation entre les personnages non-évoquée)
	- Manque d'ambition (Petits bras)	- Peu de désir d'entrer en contact avec l'environnement (Petite porte)	- Sentiment d'infériorité (Petites épaules)	- Modes de pensée plus aléatoires et déconnectées qu'à l'accoutumée (Fm = 8)	- Difficulté à gérer les affects (Pas de B1-3)
	- Sentiment d'infériorité (Petits bras; Petites épaules)	- Soucis avec la chaleur psychologique à la maison (Grande cheminée)	- Rigidité (Bras raides)	- Fournis plus d'efforts que ce qui est attendu (Zf = 18 + Style évitant; W : D : Dd = 12 :12 :2)	- Pulsions agressives débordante (évocation de la mort, histoires tragiques)
	- Efforts acharnés pour contenir les pulsions agressives (Doigts fermés / coupés)	- Tension interne (Fumée)	- Contact superficiel et sans affectivité avec l'environnement (Bras à angle droit)	- Balaye de manière hâtive et aléatoire (Zd = 13)	- Ne profitent pas de l'appui offert
	- Attitude défensive (Épaules carrées)	- Satisfaction recherchée dans la fantaisie (Dominance de la dimension verticale)	- Manque d'ambition (Bras courts)	- Difficulté à déplacer son attention sur autre chose (PSV intra = 1)	- Opposition (refus de planche : Ci-1; tente de ne pas respecter l'ordre de passation)
	- Hostilité (Épaules carrées)	- Moins de contact avec la réalité (Dominance de la dimension verticale)	- Manque d'assurance dans les contacts sociaux (Absence des mains)	- Atteinte important des capacités mentales (XA% = 0,58; WDA% = 0,58)	
	- Manque d'habileté de planification (Dessin qui déborde de la page)		- Sentiment de contrainte (Absence des jambes)		

Tableau 6

Indices provenant des méthodes projectives pour Arthur (suite)

	House-Tree-Person (Personnages)	House-Tree-Person (Maison et Arbre)	Dessin de la famille	Rorschach	Thematic Apperception Test
Faits saillants	<ul style="list-style-type: none"> - Tendance à la manie, à l'hyperactivité (Dessin qui déborde de la page; Gros dessin) - -Sensation de blocage et de dépendance (Absence des jambes) - Insécurité (Centre de la page; Bas de la page) - Rigidité (Centre de la page) - Manque de confiance face à l'accomplissement de soi et des contacts sociaux (Mains dessinées inégalement) - Sentiment de faiblesse, spécialement lors des interactions sociales (Menton faible) - Contrôle excessif de la colère (Narines) - Sentiment d'un manque d'autonomie (Pas de pieds) - Préoccupations sexuelles (Échec à fermer le tronc) - Désir de se couper du monde extérieur (Petits yeux) 	<ul style="list-style-type: none"> - Besoin de maintenir une façade acceptable dans les relations interpersonnelles (Perspective simple à un mur) - Inaccessibilité psychologique (Petites fenêtres) - Manque d'intérêt envers les gens (Petites fenêtres) <p>Arbre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faiblesse du contrôle du moi (Tronc dessiné faiblement) - Impulsivité (Feuillage en gribouillage fermée) - Anxiété (Feuillage en gribouillage fermée) - Pauvres contacts avec la réalité (Racines unidimensionnelles ayant un contact superficiel avec le sol) - Dépendance (Fruits) - Manque de contrôle rationnel (Tronc plus grand que la couronne) - Tendance à l'inadaptation (Arbre phallique) - Fantaisie active (Couronne en nuage) 		<ul style="list-style-type: none"> - Atteinte médiationnelle sévère (X-% = 0,42) - Activités mentales périphériques générées par des expériences de besoin et / ou de stress (Fm - = 2) - Style évitant devenu moins efficace et maintenu par des distorsions de la réalité (F-) - Produit des réponses acceptables dans les situations où les indices relatifs à ce type de comportements sont évidents (Banalités = 5) - Probabilité de comportements atypiques (X+% = 0,15) - Vulnérable à une pensée moins sophistiquée (EB = 1 :1,5; Lambda : 1,16) - Émotions moins bien modulées (EB = 1 :1,5; Lambda : 1,16) 	

Tableau 6

Indices provenant des méthodes projectives pour Arthur (suite)

	House-Tree-Person (Personnages)	House-Tree-Person (Maison et Arbre)	Dessin de la famille	Rorschach	Thematic Apperception Test
Faits saillants	<ul style="list-style-type: none"> - Incapacité à gérer rationnellement les pulsions (Omission du cou) - Préoccupation pour le corps (Organes internes) - Somatisation (Organes internes) - Faible estime personnelle (Bas de la page) 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible énergie (Couronne en nuage) - Ajustement précaire dû à l'inhabileté à satisfaire les besoins de base (Gros tronc avec petites branches) - Sentiment d'insécurité (Racines sur le bord de la feuille) 		<ul style="list-style-type: none"> - États de besoin internes produisent chez la personne un niveau important d'activité mentale périphérique (côté gauche eb = 9) - Jugements erronés plus souvent qu'il n'est courant (WSum 6 = 12) - Aussi prêt que les autres à traiter des stimuli chargés émotionnellement (Afr = 0,63) - Fonctionnement psychologique moins complexe que ce qui est attendu (Blend = 0) - Ni plus ni moins centré sur soi que les autres (Ind. Égo = 0,62) - Moins porté sur la conscience de soi qu'il n'est habituel (FD = 0; FV = 0) - Inquiétudes quant au corps (An + Xy = 2) - Prudent dans les situations de proximité (T = 0) - Tend à reconnaître et/ou exprimer son besoin de contact d'une manière inhabituelle (T = 0) 	
	Personnage #2 : <ul style="list-style-type: none"> - Agressivité (Dents visible; Gros dessin; Poils) - Manque d'ambition (Petits bras) - Sentiment d'hostilité (Doigts pointus) - Tendance à la manie, à l'hyperactivité (Dessin qui déborde de la page; Gros dessin) - Sensation d'un manque d'autonomie (Absence des jambes) - Insécurité (Centre de la page) - Rigidité (Centre de la page) - Immaturité émotionnelle (Yeux aveugles) 				

Tableau 6

Indices provenant des méthodes projectives pour Arthur (suite)

	House-Tree-Person (Personnages)	House-Tree-Person (Maison et Arbre)	Dessin de la famille	Rorschach	Thematic Apperception Test
Faits saillants	<ul style="list-style-type: none"> - Égocentricité (Yeux aveugles) - Manque de confiance face à l'accomplissement de soi et des contacts sociaux (Mains dessinées inégalement) - Incapacité à gérer rationnellement les pulsions (Omission du cou) 			<ul style="list-style-type: none"> - Aussi intéressé que la plupart des gens et les conceptualise d'une manière fondée sur la réalité (H = 2) - S'engage dans des comportements relationnels qui risquent d'être moins adaptés à la situation qu'il ne serait souhaitable (GHR : PHR = 3 : 3) - N'anticipe pas les interactions positives entre les gens (COP = 0; AG = 0) - Enclin à se sentir mal à l'aise dans les situations interpersonnelles (COP = 0; AG = 0) 	
Interprétation	Personnage #1 <ul style="list-style-type: none"> - Agressivité - Faux-self - Faible estime personnelle - Difficultés de planification 	Maison <ul style="list-style-type: none"> - Difficultés relationnelles - Épreuve de la réalité fragile - Faux-self 	<ul style="list-style-type: none"> - Inhibition - Difficultés relationnelles - Faible estime personnelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Épreuve de la réalité fragile - Difficultés relationnelles - Difficultés gestion des émotions 	<ul style="list-style-type: none"> - Inhibition - Agressivité - Difficultés relationnelles - Difficultés gestion des émotions

Tableau 6

Indices provenant des méthodes projectives pour Arthur (suite)

	House-Tree-Person (Personnages)	House-Tree-Person (Maison et Arbre)	Dessin de la famille	Rorschach	Thematic Apperception Test
Interprétation	<ul style="list-style-type: none"> - Traits d'hyperactivité - Difficultés relationnelles - Difficultés gestion des émotions - Préoccupation pour le corps 	<ul style="list-style-type: none"> Arbre - Impulsivité - Épreuve de la réalité fragile - Importance de l'imaginaire - Anxiété 		<ul style="list-style-type: none"> - Immaturité - Difficultés dans le balayage de l'information - Préoccupation pour le corps 	<ul style="list-style-type: none"> - Opposition
	<ul style="list-style-type: none"> Personnage #2 - Agressivité - Traits d'hyperactivité - Faible estime personnelle - Difficultés relationnelles - Difficulté gestion des émotions 				

Légende :

Agressivité

Anxiété

Difficulté gestion des émotions

Préoccupation pour le corps

Difficultés relationnelles

Épreuve de la réalité fragile

Faible estime personnelle

Traits hyperactivité

Présentation d'un faux-self

Tableau 7

Indices provenant des méthodes non-projectives pour Arthur

	Children Behavior Checklist	Teacher Report Form	State-Trait Anxiety Inventory - Children
Résultats en fonction de la norme	Zone clinique (98 ^e percentile et +) :	Zone clinique (98 ^e percentile et +) :	État :
	- Anxiété / Déprimé	- Plaintes somatiques	Score : 57
	- Problèmes au niveau de la pensée	Zone entre le 93 ^e et le 98 ^e percentile :	(moyenne des garçons québécois : 27,74; Écart-type : 6,44)
	- Problèmes d'attention	- Anxiété / Déprimé	* Significatif par rapport à la moyenne avec 4 écarts-types
	Zone entre le 93 ^e et le 98 ^e percentile :	- Problèmes sociaux	Trait :
	- Isolement / Déprimé	- Comportements agressifs	Score : 50
	- Plaintes somatiques	Zone non-clinique (en dessous du 93 ^e percentile) :	(moyenne des garçons québécois : 28,21; Écart-type : 6,82)
- Problèmes sociaux	- Isolement / Déprimé	* Significatif par rapport à la moyenne avec trois écarts-types	
- Comportements agressifs	- Problèmes au niveau de la pensée		
Zone non-clinique (en dessous du 93 ^e percentile) :	- Problèmes attentionnels		
- Comportements qui brisent les règles	- Comportements qui brisent les règles		
Problèmes internalisés (Score T = 72) : Significativement clinique	Problèmes internalisés (Score T = 70) : Significativement clinique		
Problèmes externalisés (Score T = 67) : Significativement clinique	Problèmes externalisés (Score T = 66) : Significativement clinique		
Score Total (Score T = 73) : Significativement clinique	Score Total (Score T = 69) : Significativement clinique		

Tableau 7

Indices provenant des méthodes non-projectives pour Arthur (suite)

	Children Behavior Checklist	Teacher Report Form	State-Trait Anxiety Inventory - Children
Faits saillants	Anxiété / Déprimé :	Anxiété / Déprimé :	État :
	- A peur de certains animaux, de certaines situations ou certains endroits autres que l'école	- Est blessé par la critique	- Pas du tout calme
	- Est une personne nerveuse ou tendue	- Est une personne inquiète	- Très bouleversé
	Plaintes somatiques :	Plaintes somatiques :	- Pas aimable
	- Maux de têtes	- Souffre d'épuisement sans raison valable	- Très nerveux
	- Maux ou crampes d'estomac	- Maux de tête	- Très agité
	Problèmes sociaux :	- Maux ou crampes d'estomac	- Pas reposé
	- Souffre d'un trouble de la parole	Problèmes sociaux :	- Beaucoup de peur
	Problèmes au niveau de la pensée :	- A l'impression que les autres veulent sa peau	- Pas détendu
	- Ne peut s'empêcher de penser à certaines choses; a des obsessions	Problèmes attentionnels :	- Très inquiet
- A des gestes nerveux ou convulsifs	- A de la difficulté à demeurer tranquillement assés, est agité ou a un comportement hyperactif	- Pas satisfait	
Problèmes attentionnels :	- Ne tient pas en place	- Pas sur	
- A de la difficulté à se concentrer ou à porter attention de façon soutenue	- Dérange les autres élèves	- Pas bien	
- Est confus ou semble être perdu dans la brume	- Agit sans réfléchir	- Très tracassé	
- Révase ou est souvent « dans la lune »	- Parle quand il ne devrait pas, coupe la parole aux autres	- Pas gentil	
- Est inattentif ou facilement distrait	- Essaie d'impressionner les gens ou fait le clown	- Très terrifié	
	- Parle trop	- Très confus	
	- A une voix plaintive	- Pas enjoué	
	Comportements qui brisent les règles :	Trait :	
	- Se tient avec des personnes qui « font des mauvais coups »	- Préoccupé à l'idée de faire des erreurs	
	Comportements agressifs :	- Difficulté à prendre des décisions	
	- A un comportement explosif et imprévisible	- S'inquiète trop	
	Autres problèmes :	- Est gêné	
	- Envahit la bulle des autres élèves	- Des idées sans importance me passent par la tête et me tracassent	
		- S'inquiète à propos de l'école	
		- Remarque que son cœur bat vite	
		- A peur et n'en parle à personne	
		- Est inquiet pour ses parents	
		- Mains moites	
		- S'inquiète à propos des choses qui pourraient arrivées	

Tableau 7

Indices provenant des méthodes non-projectives pour Arthur (suite)

	Children Behavior Checklist	Teacher Report Form	State-Trait Anxiety Inventory - Children
Faits saillants	Comportements agressifs :		- Difficulté à s'endormir le soir
	<ul style="list-style-type: none"> - Exige beaucoup d'attention - Change d'humeur soudainement - Embête les autres ou les taquine de façon excessive - Est particulièrement bruyant 		- Sensation bizarre dans l'estomac
Interprétation	Autres problèmes :		- Est inquiet à propos de ce que les autres pensent de lui
	<ul style="list-style-type: none"> - Essaie d'impressionner les gens ou fait le clown - Parle trop - A une voix plaintive 		
	<ul style="list-style-type: none"> - Anxiété - Déprimé - Problèmes au niveau de la pensée - Difficultés attentionnelles 	- Somatisation	<ul style="list-style-type: none"> - Anxiété présente - Somatisation - Difficulté à s'endormir le soir

Légende :

Anxiété

Symptômes dépressifs

Épreuve de la réalité fragile

Traits d'hyperactivité

Somatisation

Autre

Tableau 8

Indices convergents entre les méthodes projectives et non-projectives pour Arthur

HTP	Dessin de la famille	Rorschach	TAT	CBCL	TRF	STAIC
Personnage #1	- Inhibition	- Épreuve de la réalité fragile	- Inhibition	- Anxiété	- Somatisation	- Anxiété présente
- Préoccupation pour le corps		- Préoccupation pour le corps		- Problèmes au niveau de la pensée		- Somatisation
- Difficultés de planification		- Difficultés dans le balayage de l'information		- Difficultés attentionnelles		
- Traits d'hyperactivité						
Personnage #2						
- Traits d'hyperactivité						
Maison						
- Épreuve de la réalité fragile						
Arbre						
- Épreuve de la réalité fragile						
- Anxiété						
- Impulsivité						

Légende :

Anxiété

Épreuve de la réalité fragile

Traits d'hyperactivité

Somatisation

Le Tableau 9 présente les divergences d'indices retrouvés entre les méthodes projectives et non-projectives. Seules les méthodes projectives dévoilent des difficultés relationnelles, une faible estime de soi, de l'agressivité et une présentation en faux-self. Le STAIC dévoile une « difficulté à s'endormir le soir », élément qui n'est pas ressorti dans les autres tests. Les éléments rapportés par le CBCL et le TRF se retrouvent également dans les résultats aux méthodes projectives.

Tableau 9

Indices divergents entre les méthodes projectives et non-projectives pour Arthur

HTP	Dessin de la famille	Rorschach	TAT	CBCL	TRF	STAIC
Personnage #1 - Agressivité - Faux-self - Faible estime personnelle - Difficultés relationnelles - Difficultés gestion des émotions	- Difficultés relationnelles - Faible estime personnelle	- Difficultés relationnelles - Immaturité - Difficultés gestion des émotions	- Agressivité - Difficultés relationnelles - Opposition	/	/	- Difficultés à s'endormir le soir
Personnage #2 - Agressivité - Faible estime personnelle - Difficultés relationnelles - Difficultés gestion des émotions						
Maison - Difficultés relationnelles - Faux-self						
Arbre - Importance de l'imaginaire						
Légende : Agressivité Difficulté gestion des émotions Difficultés relationnelles	Faible estime personnelle Présentation d'un faux-self Autre					

Sujet 3 : Florian

Le Tableau 10 rapporte les éléments qui se retrouvent dans plus d'un test projectif. Les éléments récurrents sont une difficulté dans la gestion des émotions, une faible estime personnelle, des difficultés relationnelles, une présentation en faux-self¹ et de l'impulsivité.

Le Tableau 11 présente les éléments recueillis à l'aide des méthodes non-projectives. Les parents et l'enfant rapportent la présence d'anxiété. L'anxiété est la seule problématique qui ressort des méthodes non-projectives dans le cas de Florian. Le professeur ne rapporte aucune difficulté cliniquement significative.

Le Tableau 12 présente les indices aux méthodes projectives et non-projectives qui convergent entre les sept tests administrés. L'anxiété est l'unique élément qui revient tant aux méthodes projectives que non-projectives.

Le Tableau 13 rapporte les divergences d'indices retrouvés entre les méthodes projectives et non-projectives. Seules les méthodes projectives rapportent une présentation en faux-self, des difficultés relationnelles, une faible estime personnelle, une difficulté dans la gestion des émotions, de l'impulsivité et de l'agressivité. D'un autre côté, les méthodes non-projectives sont les seules à rapporter des difficultés de sommeil.

¹ Le faux-self prend la même définition que dans le cas de Noah.

Tableau 10

Indices provenant des méthodes projectives pour Florian

	House-Tree-Person (Personnages)	House-Tree-Person (Maison et Arbre)	Dessin de la famille	Rorschach	Thematic Apperception Test
Faits saillants	Personnage #1 :	Maison :	- Manque de contrôle (Augmentation non-justifiée de la taille des personnages)	- État chronique de surcharge de stimuli (Dadj = -1)	- Inhibition (Temps de latence long - CI-1)
	- Tendance à présenter une façade acceptable pour cacher des sentiments qui le sont moins (Grande bouche tournée vers le haut)	- Mur social pour cacher des tendances profondes (Mur avec une seule façade)	- Sentiment d'inadéquation, d'impuissance et d'infériorité (Petite tête)	- Tendance à l'impulsivité (Dadj = -1)	- Difficulté dans la gestion des émotions (Peu de sentiments évoqués)
	- Ambitions et efforts pour atteindre le succès (Bras longs)	- Sentiment d'un manque de chaleur psychologique à la maison	- Refuse l'environnement (Petits yeux)	- Vulnérable aux problèmes de contrôle (Dadj = -1)	- Difficulté à élaborer (Nécessite de poser des questions – CI-1)
	- Demande d'amour et d'attention (Bras longs)	- Satisfactions dans les fantasmes (Emphase sur la dimension verticale)	- Introversion (Petits yeux)	- Ressources disponibles limitées (EA = 1)	- Difficulté à conjuguer avec les conflits (CI-2)
	- Besoin de support émotionnel lorsqu'il est stressé (Bras tendus)	- Régression (Peu de fenêtres)	- Incapacité à contrôler les pulsions (Absence du cou)	- Moins mur sur le plan des relations que ce qui est attendu (CDI = 4)	- Difficultés relationnelles (Relations peu évoquées entre les personnages)
	- Contrôle émotionnel (Côté droit de la page)	Arbre :	- Sentiment d'infériorité (Petites épaules)	- Adopte un rôle passif dans les relations interpersonnelles (a : p = 2 : 3)	- Érotisation de certaines relations (B3-2)
	- Évasion face aux conflits interpersonnels (Visage faible)	- Tendances à éviter la satisfaction émotionnelle (Emphase sur les branches à droite)	- Ambition (Bras longs et solides)	- Tend à reconnaître et/ou exprimer son besoin de contact d'une manière qui est inhabituelle (Sum T = 0)	- Difficulté à investir l'autre (anonymat des personnages - CI-2)
	- Égo diminué (Petit dessin)			- Moins intéressé aux autres que la plupart des gens (Human content = 3)	
	- Sentiment d'inadéquation et préoccupation face aux relations avec l'entourage (Petit dessin)				

Tableau 10

Indices provenant des méthodes projectives pour Florian (suite)

	House-Tree-Person (Personnages)	House-Tree-Person (Maison et Arbre)	Dessin de la famille	Rorschach	Thematic Apperception Test
Faits saillants	- Sentiment d'inadéquacité face à l'environnement (Absence de mains)	- Désir de masquer l'inadaptation basale par une couverture superficielle de bonne adaptation (Feuilles à deux dimensions trop larges pour les branches)	- Manque d'assurance dans les contacts sociaux (Mains vagues)	- S'implique dans des formes de comportements interpersonnels qui ont toutes chances d'être adaptés à la situation (GHR : PHR = 2 : 1)	- Difficulté à s'investir (Accent porté sur le quotidien, le factuel, le faire - CF-1; Banalisation - CI-2)
	- Besoin excessif de sécurité (Pieds larges)	- Dépendances (Fruits dans l'arbre)	- Sentiment de contrainte pathologique (Refus de dessiner plus bas que la taille)	- N'anticipe pas les interactions positives entre les gens (COP = 0; AG = 0)	- Craquées verbales (E4-1)
	- Sentiment d'inadéquacité (Petite tête)	- Manque de contrôle rationnel (Tronc nettement plus grand que la couronne)	- Sentiment de rejet (Loin des parents)	- Enclin à se sentir mal à l'aise dans les situations interpersonnelles (COP = 0; AG = 0)	- Surmoi sévère (Fins dramatiques lors des thèmes de désobéissance)
	- Désir de se couper du monde extérieur (Petits yeux)	- Incapacité à satisfaire les besoins de base (Petites branches sur un gros tronc)		- Tend à avoir une image négative de lui-même (Ind. Égo = 0,04)	- Expression crue de l'agressivité (E2-3)
	- Tendances introversives (Petits yeux)	- Peur d'exprimer franchement les émotions (Arbre penchant à droite)		- Moins porté à la conscience de soi qu'il n'est habituel (FV = 0; FD = 0)	- Mises à distance (Références culturelles A1-4)
	- Incapacité à retenir rationnellement les pulsions (omission du cou)	- Tendance à mettre l'emphase sur les satisfactions intellectuelles (Arbre penchant à droite)		- Valeur de soi fondée sur l'imaginaire plutôt que sur l'expérience réelle (H : (H)+Hd+ (Hd) = 1 : 2)	- Éléments narcissiques (CN-2; CN-1)
	- Ambivalence envers les besoins d'indépendance (Jambes dessinées inégalement)	- Incapacité à tirer satisfaction d'un environnement frustrant (Petites branches et gros tronc)			
	- Sentiment d'insécurité (Jambes largement campées)				
	- État de faiblesse physique (Jambes maigres)				

Tableau 10

Indices provenant des méthodes projectives pour Florian (suite)

	House-Tree-Person (Personnages)	House-Tree-Person (Maison et Arbre)	Dessin de la famille	Rorschach	Thematic Apperception Test
Faits saillants	Personnage #2 :			- Moins intéressé par les stimuli émotionnels (Afr = 0,53)	
	- Déni du contrôle intellectuel sur les pulsions du corps (Petite tête)			- Enclin à intellectualiser les affects (Ind. Intellec. = 4)	
	- Sentiment d'inadéquacité et d'infériorité (Petite tête)			- Fonctionnement psychologique moins complexe que ce qui est attendu (Blend = 0)	
	- Désir de voir le moins possible (Petits yeux)			- Tendance à économiser et à éviter la complexité (Zf = 5)	
	- Tendances introversives (Petits yeux)			- Qualité du traitement de l'information adéquate, mais prudente et économique (DQ+ = 1)	
	- Incapacité à retenir rationnellement les pulsions (omission du cou)			- La médiation est généralement appropriée à la situation (XA% = 0,83; WDA% = 0,81)	
	- Ambitions et efforts pour atteindre le succès (Bras longs)				
	- Demande d'amour et d'attention (Bras longs)				
	- Hostilité (Gros doigts comme des pointes)				

Tableau 10

Indices provenant des méthodes projectives pour Florian (suite)

	House-Tree-Person (Personnages)	House-Tree-Person (Maison et Arbre)	Dessin de la famille	Rorschach	Thematic Apperception Test
Faits saillants	<ul style="list-style-type: none"> - Tendance à présenter une façade acceptable pour caches des sentiments qui le sont moins (Grande bouche tournée vers le haut) - Évasion face aux conflits interpersonnels (Visage faible) - Égo diminué (Petit dessin) - Sentiment d'inadéquacité et préoccupation face aux relations avec l'entourage (Petit dessin) - Sentiment d'immobilité (Jambes courtes) - Manque d'autonomie (Jambes courtes) - Contrôle émotionnel (Côté droit de la page) - Besoin excessif de sécurité (Pieds très larges) - Contacts superficiels et sans affects avec l'environnement (Bras à 90°) - Manque de confiance dans les situations sociales (mains faiblement dessinées) 			<ul style="list-style-type: none"> - Atteinte occasionnelle de la médiation (X-% = 0,17) - Probable qu'il réponde de manière moins conventionnelle, plus individualisée (Banalités = 3) - Beaucoup de décisions médiationnelles seront non-conventionnelles (X+% = 0,43; Xu% = 0,39; X-% = 0,17) - Valeurs idéationnelles flexibles (a : p = 2 : 3) 	

Tableau 10

Indices provenant des méthodes projectives pour Florian (suite)

	House-Tree-Person (Personnages)	House-Tree-Person (Maison et Arbre)	Dessin de la famille	Rorschach	Thematic Apperception Test
Interprétation	Personnage #1 - Faux-self - Difficultés relationnelles - Faible estime personnelle - Difficulté gestion des émotions	Maison - Faux-self - Satisfaction dans les fantaisies	- Difficultés relationnelles - Faible estime personnelle - Impulsivité - Sentiment de rejet	- Impulsivité - Difficulté gestion des émotions - Difficultés relationnelles - Bonne épreuve de la réalité	- Anxiété - Agressivité - Mise à distance - Traits narcissiques
	Personnage #2 - Faux-self - Difficultés relationnelles - Faible estime personnelle - Difficulté gestion des émotions	Arbre - Faux-self - Impulsivité - Difficulté gestion des émotions - Difficulté dans la satisfaction de ses besoins		- Bonne qualité du traitement de l'information - Tendance à l'économie - Intellectualisation	- Surmoi présent - Difficulté relationnelles - Difficultés gestion des émotions

Légende :

Anxiété

Difficulté gestion des émotions

Présentation en faux-self

Faible estime personnelle

Difficultés relationnelles

Agressivité

Autres

Tableau 11

Indices provenant des méthodes non-projectives pour Florian

	Children Behavior Checklist	Teacher Report Form	State-Trait Anxiety Inventory - Children
Résultats en fonction de la norme	Zone clinique (98 ^e percentile et +) :	Zone non-clinique (en dessous du 93 ^e percentile) :	État :
	- Anxiété / Déprimé	- Problèmes d'anxiété	Score : 31
	- Isolement / Déprimé	- Problèmes affectifs	(moyenne des garçons québécois : 27,74; Écart-type : 6,44)
	Zone non-clinique (en dessous du 93 ^e percentile) :	- Problèmes somatiques	* Non-significatif par rapport à la moyenne
	- Isolement / Déprimé	- Déficit d'attention / Problèmes d'hyperactivité	Trait :
	- Plaintes somatiques	- Problèmes d'opposition et de provocation	Score : 35
	- Problèmes sociaux	- Problèmes de conduites	(moyenne des garçons québécois : 28,21; Écart-type : 6,82)
	- Problèmes au niveau de la pensée	Problèmes internalisés (Score T = 55) : Non-significativement clinique	* Significatif par rapport à la moyenne avec un écart-type
	- Problèmes d'attention	Problèmes externalisés (Score T = 41) : Non-significativement clinique	
	- Comportements qui brisent les règles	Score Total (Score T = 46) : Non-significativement clinique	
- Comportements agressifs			
- Autres problèmes			
Problèmes internalisés (Score T = 65) : Significativement clinique			
Problèmes externalisés (Score T = 59) : Non-significativement clinique			
Score Total (Score T = 61) : Zone sous-clinique			

Tableau 11

Indices provenant des méthodes non-projectives pour Florian (suite)

	Children Behavior Checklist	Teacher Report Form	State-Trait Anxiety Inventory - Children
Faits saillants	Anxiété / Déprimé :		État :
	<ul style="list-style-type: none"> - A peur de certains animaux, de certaines situations ou certains endroits autres que l'école. - Est une personne nerveuse ou tendue - Est une personne trop craintive ou anxieuse - Est une personne inquiète 		<ul style="list-style-type: none"> - Très agité - Pas détendu
	Problèmes sociaux :		Trait :
	<ul style="list-style-type: none"> - Devient facilement en proie à la jalousie 		<ul style="list-style-type: none"> - A de la difficulté à savoir quoi faire - Difficulté à s'endormir le soir
Interprétation	Problèmes d'attention :		
	<ul style="list-style-type: none"> - Agit sans réfléchir ou impulsivement - Est inattentif ou facilement distrait 		
	Comportements agressifs :		
	<ul style="list-style-type: none"> - Est souvent en désaccord 		
	Autres problèmes :		
	<ul style="list-style-type: none"> - Ne mange pas bien - Anxiété 		<ul style="list-style-type: none"> - Anxiété présente - Difficultés de sommeil - Difficulté à prendre des décisions

Légende :
Anxiété
Autre

Tableau 12

Indices convergents entre les méthodes projectives et non-projectives pour Florian

HTP	Dessin de la famille	Rorschach	TAT	CBCL	TRF	STAIC
Personnage #1	\\	\\	- Anxiété	- Anxiété	\\	- Anxiété présente
Personnage #2	\\					
Maison	\\					
Arbre	\\					

Légende :
Anxiété

Tableau 13

Indices divergents entre les méthodes projectives et non-projectives pour Florian

HTP	Dessin de la famille	Rorschach	TAT	CBCL	TRF	STAIC
Personnage #1 - Faux-self - Difficultés relationnelles - Faible estime de soi - Difficulté gestion des émotions	- Difficultés relationnelles - Faible estime personnelle - Impulsivité - Sentiment de rejet	- Impulsivité - Difficulté gestion des émotions - Difficultés relationnelles - Bonne épreuve de la réalité - Bonne qualité du traitement de l'information - Tendance à l'économie - Intellectualisation	- Agressivité - Mise à distance - Traits narcissiques - Surmoi présent - Difficultés relationnelles - Difficultés gestion des émotions	/	/	- Difficultés de sommeil - Difficulté à prendre des décisions
Personnage #2 - Faux-self - Difficultés relationnelles - Faible estime de soi - Difficulté gestion des émotions						
Maison - Faux-self - Satisfaction dans les fantaisies						
Arbre - Faux-self - Impulsivité - Difficulté gestion des émotions - Difficulté dans la satisfaction de ses besoins						
Légende : Agressivité Difficulté gestion des émotions Difficultés relationnelles Faible estime personnelle						
Impulsivité Autre Présentation d'un faux-self						

Discussion

Dans cette section, les parties présentées précédemment seront discutées en reprenant les objectifs de la recherche. Les résultats seront aussi comparés entre eux afin de mieux comprendre l'apport respectif des méthodes projectives et non-projectives. Enfin, les limites de l'étude et des suggestions pour l'amélioration de celle-ci seront présentées.

Le premier objectif de l'étude est de voir la convergence d'indices entre les différentes méthodes projectives et non-projectives pour l'évaluation de l'anxiété chez l'enfant. Dans l'ensemble, l'anxiété est relevée par les deux types de tests utilisés. Les autres éléments convergents entre les deux méthodes sont les traits d'hyperactivité/impulsivité, la somatisation/préoccupation pour le corps, épreuve fragile de la réalité, des difficultés relationnelles et des difficultés dans la gestion des émotions.

Le second objectif est de relever les divergences d'indices entre les différentes méthodes projectives et non-projectives. L'hypothèse principale est que les méthodes projectives fournissent davantage d'informations sur le fonctionnement global de l'enfant. Cette hypothèse est confirmée pour les trois sujets évalués. En effet, les méthodes projectives sont les seules à avoir relevé la présence d'un faux-self, une faible estime personnelle et la présence d'agressivité. Voyons maintenant les résultats en fonction de chacun des sujets évalués.

Noah

Chez Noah, les indices convergents entre les deux types de tests sont l'anxiété, la difficulté dans la gestion des émotions et les difficultés relationnelles. Quant aux divergences, elles sont nombreuses. En effet, les méthodes projectives rapportent des traits d'impulsivité, une faible estime de soi, une difficulté dans la gestion de l'agressivité et une présentation en faux-self. Il est possible de croire que la présentation de soi sous un faux-self sert à cacher cette faible estime de soi et à gérer l'agressivité latente qui est présente chez lui. Seul le HTP révèle la présence d'un faux-self, mais comme l'indice revient à plusieurs reprises, il a été retenu. Il n'y a que les épreuves graphiques (HTP et *Dessin de la famille*) qui rapportent une faible estime de soi chez Noah. L'impulsivité est rapportée à la fois par le HTP et le *Rorschach*. Quant à la difficulté au niveau de la gestion de l'agressivité, elle est dévoilée grâce au *Dessin de la famille* et au TAT. Les questionnaires informent quant à la présence de sentiments dépressifs. Le STAIC est le seul à rapporter des traits s'apparentant à de la somatisation, dont les difficultés de sommeil.

Lors de l'entrevue d'anamnèse avec les parents, les difficultés par rapport à l'école sont ressorties, ce qui vient confirmer les données recueillies au CBCL et au STAIC (Inquiet à propos de l'école). Toutefois, lors de cette entrevue, ils ne nous ont pas rapporté de difficulté au niveau du sommeil. Les sentiments d'allure dépressive sont rapportés par le CBCL et le STAIC. Bien qu'ils soient évidents au CBCL, ces sentiments ne sont pas rapportés d'emblée lors de l'entrevue d'anamnèse. Les difficultés

au niveau de la gestion des émotions et la faible estime personnelle sont toutefois rapportées en cours d'entrevue d'anamnèse. Les difficultés dans les relations interpersonnelles sont évoquées (sélectif dans ses amis, ne veut pas jouer si d'autres enfants sont présents etc.), mais deviennent plus évidentes avec les résultats aux divers tests. La tendance à l'introversion, à l'inhibition et à tout garder pour lui sont des éléments qui ressortent à la fois aux tests (STAIC, *Rorschach* et TAT) et à l'anamnèse. Cela est également observable lors des entrevues avec l'enfant.

Arthur

Pour Arthur, les indices convergents sont l'anxiété, une épreuve de la réalité fragile, des traits d'hyperactivité et de la somatisation. Quant aux divergences, elles se retrouvent au niveau de la présence de l'agressivité, de la présentation d'un faux-self, d'une faible estime personnelle et des difficultés relationnelles. Ces éléments sont tous rapportés par les méthodes projectives. Les principaux résultats rapportés par les méthodes non-projectives se retrouvent également dans les résultats aux méthodes projectives. Seuls le *Rorschach* et le TRF ne font pas état de l'anxiété chez l'enfant. Le HTP, le *Rorschach*, le TRF et le STAIC relèvent des éléments de somatisation chez Arthur, ce qui converge avec les données recueillies lors de l'anamnèse avec les parents. Une fragilité au niveau de l'épreuve de la réalité est rapportée au CBCL à l'aide de l'échelle « Problème au niveau de la pensée », ainsi qu'au *Rorschach* et au HTP. Des traits s'apparentant à l'hyperactivité sont aussi relevés dans ces mêmes tests. Ces éléments sont corroborés par les propos des parents lors de l'entrevue d'anamnèse. Des

éléments divergent entre les résultats aux méthodes projectives et non-projectives. Toutefois, ils convergent entre eux dans la grande catégorie des méthodes projectives. En effet, les difficultés au niveau des relations interpersonnelles sont rapportées par toutes les méthodes projectives, mais par aucun des questionnaires.

Les principaux éléments rapportés à l'anamnèse se retrouvent dans les résultats aux tests. En effet, il nous été possible d'observer les réactions extrêmes de l'enfant lors de la passation de la planche 8BM¹ du TAT. Il l'a refusé rapidement et s'est refermé soudainement. La collaboration de l'enfant s'est dégradée, il a nommé avoir des maux de ventre et de tête et il a fallu prendre une pause avant de reprendre le test. Il est possible de lier la faible estime de soi dévoilée dans les tests à la difficulté qu'à l'enfant à recevoir les critiques (élément rapporté lors de l'anamnèse).

La problématique au niveau de l'épreuve de la réalité, l'absence de différenciation entre ce qui est vécu par soi et par l'autre (l'enfant semble ressentir la douleur ressentie par les autres et les personnages à la télévision; perte de distance entre soi et l'autre) et l'envahissement lorsque de fortes émotions sont ressenties font davantage penser à de l'angoisse qu'à de l'anxiété. La différence entre les deux n'est pas toujours évidente. L'anxiété « reste ressentie le plus souvent à un niveau essentiellement psychique, l'angoisse, par définition, s'accompagne de manifestations somatiques et neurovégétatives : dyspnée, tachycardie, tremblements [...]. » (Le petite Larousse de la

¹ Image évoquant une scène d'opération.

psychologie, 2008, p. 661). L'angoisse est donc une forme plus intense d'anxiété. Puisque les symptômes physiques sont forts, que l'identité semble fragile, qu'un manque de distance entre soi et l'autre semble être présent et que le rapport à la réalité est fragile chez Arthur, il est possible de croire à un fonctionnement plus régressé que ce qui est attendu pour son âge. L'angoisse d'Arthur s'apparente à l'angoisse de morcellement présente dans la structure psychotique décrite par la littérature psychanalytique. La structure psychotique se caractérise principalement par une relation fusionnelle avec les autres ou l'environnement, ce qui entraîne une perte de la limite entre ce qui appartient à soi et ce qui appartient à l'autre, une angoisse de morcellement (peur d'éclater en morceaux) et un contact avec la réalité qui peut être altéré par moments, pouvant entraîner des comportements étranges par moments (Bergeret, 1996; Husain, 2013). Ces éléments se retrouvent notamment au *Rorschach* à l'aide de divers indices (Dadj, EA, Fm, XA% et WDA%, X-%, F-, X + %, EB et Lambda, Wsum6, Blend, An + Xy, GHR : PHR). Les résultats d'Arthur à ces indices se rapportent tous à un fonctionnement d'apparence psychotique. Au HTP, le dessin de la maison par la dominance de la dimension verticale et la présence d'un petit toit suggèrent la présence d'une structure psychotique. Si l'on tient compte des difficultés relationnelles rapportées (Peu de désir d'entrer en contact avec l'environnement - Petite porte et Manque d'intérêt envers les gens - Petites fenêtres), cela accentue l'hypothèse. Le dessin de l'arbre obtenu par la passation du HTP révèle aussi des indices de structure psychotique (Pauvres contacts avec la réalité - Racines unidimensionnelles ayant un contact superficiel avec le sol; Manque de contrôle rationnel - Tronc plus grand que la couronne; Tendance à

l'inadaptation - Arbre phallique; Ajustement précaire dû à l'inhabileté à satisfaire les besoins de base - Gros tronc avec petites branches). C'est grâce aux résultats obtenus aux méthodes projectives qu'il est possible d'arriver à ce type de conclusion. En effet, sur l'échelle « Problèmes au niveau de la pensée » du CBCL, on obtient des informations sur le fait qu'Arthur « ne peut s'empêcher de penser à certaines choses; a des obsessions » et qu'il a « des gestes nerveux ou convulsifs ». Le TRF et le STAIC ne rapportent pas d'information de la sorte. Dans le cas particulier d'Arthur, les méthodes projectives ont permis de préciser le diagnostic psychologique et de mieux comprendre certains de ses comportements.

Florian

Pour ce qui est de Florian, le seul indice convergent entre les méthodes projectives et non-projectives est l'anxiété. Il est rapporté par le TAT, le CBCL et le STAIC. Les divergences d'indices entre les deux types de méthodes utilisées sont nombreuses. En effet, la plupart des informations sont rapportées par les méthodes projectives, mais ne sont pas corroborées par les questionnaires utilisés. Le HTP est le seul à rapporter une présentation en faux-self. Puisque l'indice est présent dans les quatre dessins de l'enfant, il est considéré comme étant fiable. Les difficultés relationnelles sont présentes dans tous les tests projectifs administrés, ce qui laisse croire qu'elles sont effectivement présentes dans le fonctionnement de l'enfant. Cet élément est aussi rapporté par les parents lorsqu'ils parlent de comportements de l'enfant avec ses frères et le fait qu'il ne partage pas ses amis avec les autres enfants. Les habiletés sociales ne sont pas

totalemment acquises selon les dires des parents. La faible estime de soi est présente seulement dans les épreuves graphiques (HTP et *Dessin de la famille*). Les difficultés au niveau de l'estime de soi ne sont pas corroborées par les informations recueillies à l'anamnèse. Il est toutefois possible de les extrapoler par la jalousie ressentie par l'enfant lorsque les autres réussissent. Cela peut l'amener à se sentir moins bon car il n'est pas le seul à réussir. Il est également possible qu'il ne veuille pas faire de nouvelles activités car il ne se sent pas suffisamment bon pour les réussir. Ce qui n'est pas le cas lorsque vient le temps de faire du sport puisqu'il y excelle. Le diagnostic de TDAH ressort sous des traits d'impulsivité au HTP, *Dessin de la famille* et *Rorschach*. Il est possible qu'il ne ressorte pas dans les questionnaires puisqu'il est médicamenté. Cela laisse croire que la problématique est présente, mais contrôlée chimiquement par la médication. Le dernier indice divergent est la difficulté au niveau de la gestion de l'agressivité qui n'est ressortie qu'au TAT. Toutefois, cette information est rapportée d'emblée par les parents lors de l'entrevue d'anamnèse. Il est surprenant que les symptômes physiques rapportés lors de la rencontre avec les parents de Florian ne se retrouvent pas dans les tests administrés. Tout comme c'est le cas pour Arthur, les méthodes projectives ont permis d'amasser beaucoup plus d'informations que les méthodes non-projectives sur le fonctionnement de Florian.

Parmi les trois cas présentés dans l'étude, le TRF n'a pas permis d'amasser d'information supplémentaire sur l'enfant. C'est seulement dans le cas d'Arthur qu'un résultat s'est avéré significatif, soit les éléments de somatisation. Ceux-ci ont aussi été

rapportés à la fois par les données anamnestiques et le *Rorschach*. La passation de plusieurs épreuves différentes, tel que suggéré par plusieurs auteurs (Exner, 1995; Gaillard, 2011; Johnston & Murray, 2003), a permis de mieux comprendre chacun des enfants évalués. Cela n'aurait pas été le cas si seulement un test projectif et un questionnaire avaient été administrés. En effet, il a été possible de constater que chacun des tests apporte des informations différentes et pertinentes à la compréhension (Exner, 1995; Knoff, 2003). Toutefois, ce ne sont pas toujours les mêmes tests qui se sont avérés les plus pertinents pour chacun des cas.

Bien que plusieurs auteurs insistent sur l'importance de recueillir de l'information à partir de plusieurs sources (parents, professeur et enfant) (Fonseca & Perrin, 2011; Greco & Morris, 2004; Jalenques et al., 1991; Johnston & Murray, 2003; Michel et al., 2008; Welsh & Bierman, 2003), cela s'est avéré peu utile dans les cas d'Arthur et de Florian. Il est possible que le TRF se soit avéré peu intéressant dans cette étude puisque les enfants évalués ne présentent pas de réelles difficultés en classe.

Tel que proposé par l'hypothèse de recherche et les écrits scientifiques de Côté (2008) et Petot (2005), les méthodes projectives ont permis aux enfants de révéler plusieurs aspects de leur personnalité, qu'ils soient inconscients ou non. Il est possible que ce type de tests ait permis de recueillir davantage d'informations car ils ont outrepassé les mécanismes de défense, ce qui n'est pas le cas avec les questionnaires (Petot, 2005; Teglasi, 1993).

Bien que la validité des méthodes projectives dans une population infantile soit un sujet de discussion dans les écrits scientifiques (Miller & Nickerson, 2006), il n'a pas été possible de la mettre en doute dans cette étude. En effet, la plupart des éléments rapportés par ces tests ont été corroborés par les informations recueillies à l'anamnèse et dans les questionnaires. Cela vient donc confirmer que les données obtenues sont vraisemblablement valides.

Bien que les méthodes non-projectives aient une réputation positive dans les écrits scientifiques, elles n'ont pas été plus utiles que les méthodes projectives dans la présente étude. En effet, bien qu'elles soient plus rapides à administrer et à corriger, elles n'ont pas apporté d'informations supplémentaires. Cela s'observe avec les protocoles d'Arthur et Florian. Toutefois, les questionnaires remplis par Noah et ses parents ont permis de faire ressortir des sentiments d'allure dépressive.

Concernant plus spécifiquement l'anxiété en tant que tel, les données recueillies se conforment aux écrits scientifiques quant à la comorbidité. En effet, les trois enfants présentent des symptômes s'apparentant à l'hyperactivité. Il est à noter que Noah et Florian ont un diagnostic de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), ce qui est fréquent chez les enfants anxieux (Beidel & Alfano, 2011; Bergeron et al., 2007; Campbell, 2006; Dumas, 2008; INSERM, 2002; Lavoie & Laurendeau, 2001; Rogé & Chabrol, 2003; Southam-Gerow & Chorpita, 2007; Tarabulsy & Hémond, 1999). Quand à Arthur, il présente des traits du TDAH, mais pas de diagnostic officiel.

Comme ce n'était pas le but de l'étude, il n'a pas été évalué pour cela lors de l'étude. Les symptômes dépressifs relevés chez Noah sont aussi relevés dans les écrits sur la comorbidité de l'anxiété (Beidel & Alfano, 2011; Bergeron et al., 2007; Campbell, 2006; Dumas, 2008; INSERM, 2002; Lavoie & Laurendeau, 2001; Rogé & Chabrol, 2003; Southam-Gerow & Chorpita, 2007; Tarabulsy & Hémond, 1999).

Forces, limites et pistes de recherches

Une des principales forces de cette étude concerne son originalité. En effet, nous n'avons pas recensé d'études similaires dans les écrits scientifiques. Les résultats provenant des méthodes projectives apportent plus d'indices sur le fonctionnement des enfants anxieux que les méthodes non projectives. Cette étude parvient aussi à démontrer que la convergence d'indices entre les méthodes projectives et non-projectives enrichit l'évaluation de l'enfant anxieux, chacune des méthodes apportant des éléments différents. Les résultats de l'étude ouvrent la porte à la possibilité d'élaborer un modèle d'évaluation mixte pour les enfants où l'on soupçonne une présence significative d'anxiété.

Il est certain que l'étude comporte plusieurs faiblesses, tant au niveau de la méthodologie qu'au niveau de la taille de l'échantillon. Les faiblesses méthodologiques concernent principalement le fait que les méthodes non-projectives utilisées étaient composées uniquement de questionnaires. Dans une future étude ayant des objectifs similaires, il serait intéressant d'utiliser le Dominique Interactif (Valla, 2008) afin de

recueillir des données auto-rapportées par l'enfant. Il s'agit d'un logiciel informatique et interactif où des questions sont posées à l'enfant sous forme de bande-dessinée. Il existe également des entrevues semi-structurées permettant d'établir des diagnostics, tels que le K-SADS (Kaufman et al., 1997) et le Kid-SCID (Hien, 2004). Le K-SADS est offert en version pour les parents et pour les enfants. Il est donc possible de recueillir les informations de la part de plusieurs sources aux mêmes questions. Il permet donc d'aller chercher une convergence d'indices entre les diverses sources interrogées. Il serait fortement suggéré d'obtenir un accord interjuge lors de la cotation des méthodes projectives. Cela permet d'améliorer la validité de la cotation et donc de l'interprétation des données.

L'étude ne comporte qu'un échantillon constitué de trois garçons. Il serait intéressant de la reproduire avec plus d'enfants, incluant des filles. L'étendu de l'âge des enfants pourrait également être plus large. De cette façon, il serait plus facile de tirer des conclusions valides. Il est important d'inclure des filles anxieuses dans l'échantillon puisqu'elles sont plus nombreuses que les garçons (Campbell, 2006; INSERM, 2002; Jalenques et al., 1991; Robinson, 2003; Weiss & Last, 2001). L'échantillon serait donc davantage représentatif de la population des enfants anxieux. Toutefois, nous n'avons pas réussi à avoir accès à davantage de cas et aucune fille ne nous a été référée dans les trois mois de recrutement. Des données concernant l'anxiété dans la famille devraient également être recueillies au moment de l'anamnèse, ce qui n'a pas été fait dans la

présente étude. Cela pourrait se faire, par exemple, avec le *Adult Behavior CheckList* qui a été créé sur le même modèle que le CBCL et le TRF (Achenbach & Rescorla, 2003).

Afin de bien statuer sur l'apport des méthodes projectives et non-projectives dans l'évaluation, il serait intéressant de reproduire l'étude avec des enfants présentant d'autres problématiques, tel que les problèmes de comportements ou d'opposition qui sont des troubles externalisés. Il va sans dire que le STAIC devrait être remplacé par un questionnaire évaluant plus spécifiquement ce type de problématique.

Conclusion

Cette recherche a permis de rendre compte de la richesse de l'information pouvant être recueillie à l'aide de l'évaluation psychologique chez l'enfant, et ce, en fonction des deux types de tests utilisés. Elle démontre également l'importance d'évaluer les enfants afin de mieux cerner leur fonctionnement et leurs difficultés.

Les objectifs de l'étude étaient d'observer les convergences et les divergences d'indices entre les méthodes projectives et non-projectives. Nous posions l'hypothèse que les méthodes projectives rapportaient davantage d'informations et d'indices sur le fonctionnement de l'enfant anxieux que les méthodes non-projectives. L'hypothèse a été confirmée. Plus précisément, il a été possible de constater que les méthodes projectives permettent de relever plusieurs indices concernant le fonctionnement psychologique de l'enfant aux prises avec une problématique d'anxiété. Elles ont permis de récolter des informations sur plusieurs niveaux et non seulement sur l'anxiété. En effet, il a été possible d'obtenir des renseignements sur les relations aux autres, les angoisses, l'existence d'un faux-self, l'estime personnelle, la difficulté dans la gestion des émotions, l'impulsivité, la présence de l'agressivité et le rapport à la réalité.

Les méthodes non-projectives du type questionnaire permettent aussi d'obtenir de l'information sur le fonctionnement des enfants, mais celle-ci est moins riche, moins diversifiée que celle obtenue avec les méthodes projectives. Les questionnaires ont

davantage informé sur les symptômes d'anxiété de l'enfant. Toutefois, ils ont aussi permis d'amasser de l'information concernant les difficultés de sommeil et la somatisation, ce qui n'a pas été le cas avec les méthodes projectives.

Bien que l'échantillon soit petit, il est important de considérer que les résultats convergent chez les trois participants. Les tests projectifs utilisés semblent donc être pertinents lorsque vient le temps d'évaluer et de comprendre un enfant chez qui l'on soupçonne une pathologie de nature anxieuse. Ils permettent également d'avoir un aperçu des problématiques probablement comorbides telles que les difficultés attentionnelles avec hyperactivité et les symptômes d'allure dépressive, comme ce fut le cas pour les enfants de l'étude.

Aucune étude comparant les mêmes tests n'a été répertoriée lors de la recension des écrits. Celle-ci se démarque donc par son originalité. Elle contribue ainsi à l'avancement des écrits scientifiques sur la pertinence de l'utilisation des méthodes projectives, notamment en ce qui concerne les enfants anxieux. Les études utilisant les méthodes projectives doivent se poursuivre, tant avec les enfants qu'avec les adultes, afin de poursuivre la validation de leur utilisation dans diverses situations et pathologies. Cela favoriserait la promotion de l'emploi de ces tests et enrichirait ainsi les données concernant leur pertinence et leur validité.

Références

- Achenbach, T. M., & McConaughy, S. H. (2003). The Achenbach System of Empirically Based System. Dans C. R. Reynolds & R. W. Kamphaus (Éds), *Handbook of psychological and educational assessment of children: Personality, behavior and context* (2^e éd., pp. 406-430). New York: Guilford press.
- Achenbach, T. M., & Rescola, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: An integrated system of multi-informant assessment*. Burlington: ASEBA.
- Achencach, T. M., & Rescola, L. (2003). *Manual for the ASEBA Adult Forms and Profiles for Ages 18-59: Adult Self-Report, Adult Behavior Checklist. An Integrated System of Multi-informant Assessment*. Burlington: ASEBA.
- Allen, J. C., & Hollifield, J. (2003). Using the Rorschach with children and adolescents: The Exner Comprehensive System. Dans C. R. Reynolds & R. W. Kamphaus (Éds), *Handbook of psychological and educational assessment of children: Personality, behavior and context* (2^e éd., pp. 182-197). New York: Guilford Press.
- Almerigogna, J. (2011). Vérification de la structure factorielle d'une traduction française de l'Inventaire de l'Anxiété État-Trait pour Enfants. *Annales médico psychologiques*, 169, 345-347.
- American Psychiatric Association. (1989). *DSM-III: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson.
- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd. révisé). Washington, DC.: Masson.
- Andronikof, A., & Fontan, P. (2014). L'examen psychologique de l'enfant : pratique et déontologie. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 62(7), 403-407.
- Anzieu, D., & Chabert, C. (1987). *Les méthodes projectives*. Paris : Presses universitaires de France.
- Arbisio, C. (2003). *Le bilan psychologique avec l'enfant : approche clinique du WISC-III*. Paris : Dunod.
- Balsamo, M., Romanelly, R., Innamorati, M., Ciccarese, G., Carlucci, L., & Saggino, A. (2013). The State-Trait Anxiety Inventory: Shadows and lights on its construct validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35, 475-486.

- Baron, C. (2001). *Les troubles anxieux expliqués aux parents*. Montréal : Les Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.
- Baudin, M. (2007). *Clinique projective Rorschach et TAT Situations et épreuves - Méthodologie - Interprétation psychanalytique*. Paris : Hermann.
- Bee, H., & Boyd, D. (2006). *Les âges de la vie*. Saint-Laurent : ERPI.
- Beidel, D. C., & Alfano, C. A. (2011). *Child anxiety disorders* (2^e éd.). New York: Routledge.
- Beizmann, C. (1961). *Le Rorschach chez l'enfant de 3 à 10 ans : étude clinique et génétique de la perception enfantine*. Neuchatel : Delachaux & Niestle.
- Bellak, L., & Abrams, D. M. (1997). *The Thematic Apperception Test, the children's apperception test, and the senior apperception technique in clinical use*. Boston: Allyn and Bacon.
- Bellak, L., & Bellak, S. S. (1949). *Children's Apperception Test (C.A.T.)*. New York: C.P.S. Inc.
- Bellak, L., & Bellak, S. S. (1985). *Manual for the senior apperception technique*. New York : C.P.S. Inc.
- Bergeret, J. (1996). *La personnalité normale et pathologique* (3^e éd.). Paris : Dunod.
- Bergeron, L., Valla, J. P., & Gauthier, A.-K. (2007). L'épidémiologie des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents. Dans L. Turgeon & P. L. Gendreau (Éds), *Les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent*. Marseille : Solal.
- Bernaud, J.-L. (2008). *Les méthodes d'évaluation de la personnalité*. Paris : Dunod.
- Bertrand, S., Bessette, P., Krymko-Bleton, I., Dufour, V., & Lesourd, S. (2011). Le test des quatre dessins comme fenêtre sur la vie psychique infantile : un exemple d'analyse. *Revue québécoise de psychologie*, 32(3), 289-310.
- Besançon, G. (2005). *Manuel de psychopathologie*. Paris : Dunod.
- Blatt, S. J. (1975). The validity of projective techniques and their research and clinical contribution. *Journal of Personality Assessment*, 39(4), 327-343.
- Boekholt, M. (1997). Les épreuves projectives en psychopathologie de l'enfant : approche du diagnostic et des perspectives de changement. Dans P. Roman (Éd.), *Projection et symbolisation*. Lyon : Presses universitaires de Lyon.

- Boekholt, M. (1998). *Épreuves thématiques en clinique infantile : approche psychanalytique*. Paris : Dunod.
- Bohm, E. B. (1985). *Traité du psychodiagnostic de Rorschach*. Paris : Masson.
- Bonnet, A., & Fernandez, L. (2007). *Psychopathologie en 15 fiches : enfant, adolescent, adulte*. Paris : Dunod.
- Boussion, R., Schauder, S., & Sbedico Miquel, S. (2007). Le psychologue clinicien au CMP. Dans S. Schauder (Éd.), *Pratiquer la psychologie auprès de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 211-256). Paris : Dunod.
- Bouteyre, E. (2007). La psychologie scolaire. Dans S. Schauder (Éd.), *Pratiquer la psychologie clinique auprès de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 377-412). Paris : Dunod.
- Bouvard, M. (2009). *Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité*. Paris : Masson.
- Brelet-Foulard, F., & Chabert, C. (2003). *Nouveau manuel du TAT : approche psychanalytique*. Paris : Dunod.
- Breton, J.-J., & Valla, J.-P. (2001). Importance des troubles mentaux chez les jeunes et réactions des proches. Dans A. Gagnon (Éd.), *Démystifier les troubles de l'enfance et de l'adolescence* (pp. 1-22). Boucherville : Gaëtan Morin.
- Brun, A. (2007). *Médiations thérapeutiques et psychose infantile*. Paris : Dunod.
- Brunet, L. (2008). Réflexions sur la validité et la légitimité des méthodes diagnostiques. *Revue québécoise de psychologie*, 29(2), 29-42.
- Buck, J. N. (1948). The H-T-P test. *Journal of Clinical Psychology*, 4, 151-159.
- Buck, J. N. (1951). Directions for administration of the Achromatic Chromatic H - T P. *Journal of Clinical Psychology*, 7, 274-276.
- Buck, J. N. (1985). *The House-Tree-Person*. WPS.
- Campbell, J. M. (2006). Anxiety disorders. Dans R. W. Kamphaus & J. M. Campbell (Éds), *Psychodiagnostic assessment of children: Dimensional and categorical approaches* (pp. 211-244). Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons.
- Castro, D. (2003). L'examen psychologique de l'adulte : forme d'intervention brève au service du sujet. *Le carnet psy*, 5(82), 13-15.

- Chabert, C. (1998). *Psychanalyse et méthodes projectives*. Paris : Dunod.
- Chabert, C. (2006). Contribution des méthodes projectives dans la recherche en psychologie clinique et en psychopathologie. Dans O. Bourguignon & M. Bydlowski (Éds), *La recherche clinique en psychopathologie : perspectives cliniques*. Paris : Presses universitaires de France.
- Chagnon, J. Y. (2011). L'apport des épreuves projectives - Approche psychanalytique - Au bilan psychologique de l'enfant et de l'adolescent - Bilan de 30 ans de travaux. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 59(1), 48-53.
- Chahraoui, K., & Bénony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Paris : Dunod.
- Chandler, L. A. (2003). The projective hypothesis and the development of projective techniques for children. Dans C. R. Reynolds & R. W. Kamphaus (Éds), *Handbook of psychological and educational assessment of children: Personality, behavior and context* (2^e éd., pp. 51-65). New York: Guilford Press.
- Cloutier, R., & Renaud, A. (1990). *La psychologie de l'enfant*. Boucherville : Gaëtan Morin éditeur.
- Cognet, G. (2011). *Comprendre et interpréter les dessins d'enfants*. Paris : Dunod.
- Corman, L. (1967). *Le test du dessin de famille dans la pratique médico-pédagogique*. Paris : Presses universitaires de France.
- Costello, J., Egger, H. L., Copeland, W., & Angold, A. (2011). The developmental epidemiology of anxiety disorders: Phenomenology, prevalence and comorbidity. Dans W. K. Silverman & A. P. Fields (Éds), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 56-75). Cambridge: University Press.
- Côté, B. (2008). Apport des épreuves projectives en clinique infantile et juvénile. *Revue québécoise de psychologie*, 29(2), 11-28.
- Debray, R. (2000). *L'examen psychologique de l'enfant à la période de latence (6-12 ans)*. Paris : Dunod.
- Doron, J., & Pedinielli, J.-L. (2006). Histoire, théories et méthodes. Dans S. Ionescu & A. Blanchet (Éds), *Psychologie clinique et psychopathologie*. Paris : Presses universitaires de France.
- Dorr, D. (1981). Factor structure of the State-Trait Anxiety Inventory for Children. *Personality and Individual Differences*, 2, 113-117.

- Douville, O. (2006). *Les méthodes cliniques en psychologie*. Paris : Dunod.
- Dumas, J. (2008). *L'enfant anxieux : comprendre la peur de la peur et redonner courage*. Bruxelles : DeBoeck.
- Dupree, J. L., & Prevatt, F. (2003). Projective storytelling techniques. Dans C. R. Reynolds & R. W. Kamphaus (Éds), *Handbook of psychological and educational assessment of children: Personality, behavior and context* (2^e éd., pp. 66-90). New York: Guilford Press.
- Endler, N. S., & Kocovski, N. L. (2001). State and trait anxiety revisited. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 231-245.
- Erdberg, P. (1996). The Rorschach. Dans C. S. Newmark (Éd.), *Major psychological assessment instruments* (pp. 148-165). Boston: Allyn & Bacon.
- Exner, J. E. J. (1990). *Manuel de cotation du Rorschach pour le système intégré*. Paris : Éditions Frison-Roche.
- Exner, J. E. J. (1995). *Le Rorschach : un système intégré, théorie et pratique*. Paris : Éditions Frison-Roche.
- Exner, J. E. J. (2001). *Manuel de cotation du Rorschach pour le système intégré*. Paris : Frison-Roche.
- Exner, J. E. J. (2003). *Manuel d'interprétation du Rorschach en système intégré*. Paris : Frison-Roche.
- Exner, J. E. J., & Weiner, I. B. (1982). *The Rorschach: A comprehensive system (Vol. 3 Assessment of children and adolescents)*. New York: J. Wiley.
- Feldhusen, J. F., & Thurston, J. R. (1964). Personality and adjustment of high and low anxious children. *The Journal of Educational Research*, 57(5), 265-267.
- Fernandez, L., & Bonnet, A. (2007). *Les méthodes et la pratique en psychopathologie et en psychologie clinique*. Paris : In Press.
- Field, A., Hadwin, J. A., & Lester, K. J. (2011). Information processing biases in child and adolescent anxiety: A developmental perspective. Dans W. K. Silverman & A. P. Field (Éds), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 103-128). Cambridge: University Press.

- Field, A., & Purkis, H. M. (2011). The role of learning in the etiology of child and adolescent fear and anxiety. Dans W. K. Silverman & A. P. Field (Éds), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 227-256). Cambridge: University Press.
- Fonseca, A. C., & Perrin, S. (2011). The clinical phenomenology and classification of child and adolescent anxiety. Dans W. K. Silverman & A. P. Fields (Éds), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 25-55). Cambridge: University Press.
- Freud, A. (1968). *Le normal et le pathologique chez l'enfant*. Paris : Gallimard.
- Freud, S. (1965). *Totem et tabou*. Paris : Petite bibliothèque Payot.
- Freud, S. (2001). *Introduction à la psychanalyse*. Paris : Petite bibliothèque Payot. **(Ouvrage original publié en 1922).**
- Gaillard, F. (2011). Pertinence et nécessité de l'examen psychologique de l'enfant et de l'adolescent. Dans R. Voyazopoulos, L. Vannetzel, & L.-A. Eynard. (Éds), *L'examen psychologique de l'enfant et l'utilisation des mesures : conférence de consensus : recommandations pour la pratique clinique, méthode et éthique, textes de l'expertise, analyses et témoignages* (pp. 125-178). Paris : Dunod.
- Greco, L. A., & Morris, T. L. (2004). Assessment. Dans T. L. Morris & J. S. March (Éds), *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Gregory, A. M., & Eley, T. C. (2011). The genetic basis of child and adolescent anxiety. Dans W. K. Silverman & A. P. Field (Éds), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 161-178). Cambridge: University Press.
- Grønnerød, C. (2003). Temporal stability in the Rorschach method: A meta-analytic review. *Journal of Personality Assessment*, 80(3), 272-293.
- Grønnerød, C. (2004). Rorschach assessment of changes following psychotherapy: A meta-analytic review. *Journal of Projective Techniques & Personality Assessment*, 83(3), 256-276.
- Groth-Marnat, G. (2009). *Handbook of psychological assessment* (5^e éd.). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Hammer, E. (1997). *Advances in projective drawing interpretation*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Handler, L. (1996). The clinical use of drawings: Draw-A-Person, House-Tree-Person and Kinetic-Family-Drawing. Dans C. S. Newmark (Éd.), *Major psychological assessment instruments* (pp. 206-293). Boston: Allyn & Bacon.

- Hien, D. (2004). KID-SCID: Structured clinical interview for DSM-IV: Childhood diagnoses. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- Hishinuma, E. S., Miyamoto, R. H., Nishimura, S. T., Goebert, D. A., Yuen, N. Y. C., Makinim, G. K., Jr., Carlton, B. S. (2001). Prediction of anxiety disorders using the State-Trait Anxiety Inventory for multiethnic adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 511-533.
- Hojnoski, R. L., Morrison, R., Brown, M., & Matthews, W. J. (2006). Projective test use among school psychologists: A survey and critique. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 24(2), 145-159.
- Holt, R. R. (1965). Le TAT (Thematic Apperception Test). Dans H. H. Anderson & G. M. L. Anderson (Éds), *Manuel des techniques projectives en psychologie clinique* (pp. 207-254). Paris : Éditions universitaires.
- Huber, W. (1993). *L'homme psychopathologique et la psychologie clinique*. Paris : Presses universitaires de France.
- Husain, O. (2013). Notes du cours : *Évaluation de la personnalité : premier acte thérapeutique. Approche structurale et méthodes projectives. Niveau I : Parcours de la psychopathologie et repères pour l'intervention*. Notes de cours. Montréal : Centre de psychologie Gouin.
- Husain, O., Merceron, C., & Rossel, F. (2001). Introduction à l'analyse dynamique du discours. Dans O. Husain, C. Merceron, & F. Rossel (Éds), *Psychopathologique et polysémie : étude différentielles à travers le Rorschach et le TAT*. Lausanne : Éditions Payot Lausanne.
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). (2002). *Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*. Paris : Inserm.
- Ionescu, S., Jacquet, M.-M., & Lhote, C. (2012). *Les mécanismes de défense : théorie et clinique*. Paris : Armand Colin.
- Jalenques, I., Lachal, C., & Coudert, A.-J. (1991). *L'enfant anxieux*. Paris : Presses universitaires de France.
- Johnston, C., & Murray, C. (2003). Incremental validity in the psychological assessment of children and adolescent. *Psychological Assessment*, 15(4), 496-507.
- Jourdan-Ionescu, C., & Lachance, J. (2000). *Le dessin de la famille*. Paris : Éditions et applications psychologiques.

- Kaplan, R. M., & Saccuzzo, D. P. (2005). *Psychological testing: Principles, applications, and issues* (6^e éd.). Belmont: Thomson/Wadsworth
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., ... Ryan, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 980-988.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walter, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kim-Chi, N. (1989). *La personnalité et l'épreuve de dessins multiples : maison, arbre, deux personnes d'après le test House, Tree, Person de J.N. Buck*. Paris : Presses universitaires de France.
- Kleiger, J. H. (2001). Projective testing with children and adolescents. Dans C. E. Walker & M. C. Roberts (Éds), *Handbook of clinical child psychology* (3^e éd., pp. 172-189). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Klein, R. G., & Last, C. G. (1989). *Anxiety disorders in children*. Newbury Park: Sage.
- Knoff, H. M. (2003). Evaluation of projective drawings. Dans C. R. Reynolds & R. W. Kamphaus (Éds), *Handbook of psychological and educational assessment of children: Personality, behavior and context* (2^e éd., pp. 91-158). New York: Guilford Press.
- Ladouceur, R., Marchand, A., & Boisvert, J.-M. (1999). *Les troubles anxieux : approche cognitive et comportementale*. Paris : Masson.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France.
- LaRoque, S. D., & Obrzut, J. E. (2006). Pencil pressure and anxiety in drawings: A techno-projective approach. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 24(4), 381-393.
- Lavoie, G., & Laurendeau, D. (2001). Troubles anxieux. Dans P. Lalonde, J. Aubut, & F. Grunberg (Éds), *Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale Tome II* (pp. 1086-1101). Boucherville : Gaëtan Morin.

- Leigh Neale, E., & Rosal, M. L. (1993). What can art therapists learn from the research on projective drawing techniques for children? A review of the literature. *The Arts in Psychotherapy*, 20(1), 37-49.
- Leon, K., Wallace, T., & Rudy, D. (2007). Representations of parent-child alliances in children's family drawings. *Social Development*, 16(3), 440-459.
- Le petit Larousse de la psychologie. (2008). *Dictionnaire*. Paris : Larousse.
- Lilienfeld, S. O., Wood, J. M., & Garb, H. N. (2000). The scientific status of projective techniques. *Psychological Science in the Public Interest*, 1(2), 27-66.
- Lonigan, C. J., Phillips, B. M., Wilson, S. B., & Allan, N. P. (2011). Temperament and anxiety in children and adolescents Dans W. K. Silverman & A. P. Field (Éds), *Anxiety disorder in children and adolescents* (pp. 198-224). Cambridge: University Press.
- Lyneham, H. J., & Rapee, R. M. (2011). Prevention of child and adolescent anxiety disorders. Dans W. K. Silverman & A. P. Field (Éds), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 349-366). Cambridge: University Press.
- MacFarlane, J. W., & Tuddenham, R. D. (1965). Problèmes de validation des techniques projectives. Dans H. H. Anderson & G. L. Anderson (Éds), *Manuel des techniques projectives en psychologie clinique* (pp. 45-74). Paris : Éditions Universitaires.
- Malchiodi, C. A. (1998). *Understanding children's drawings*. New York: Guilford Press.
- Manassis, K. (2011). Child-parent relations: Attachment and anxiety disorders. Dans W. K. Silverman & A. P. Field (Éds), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 280-298). Cambridge: University Press.
- Marcelli, D., & Cohen, D. (2012). *Enfance et psychopathologie*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.
- Marcilhacy, C. (2009). *Productions graphiques et clinique infantile*. Paris : L'Harmattan.
- Martin-Guehl, C. (2003). *L'enfant anxieux : dépistage et soins*. Paris : Masson.
- Marzolf, S. S., & Kirchner, J. H. (1973). Personality traits and color choices for house-tree-person drawings. *Journal of Clinical Psychology*, 29(2), 240-245.
- Meyer, G. J., Finn, S. E., Eyde, L. D., Kay, G. G., Moreland, K. L., Dies, R. R., . . . Reed, G. M. (2001). Psychological testing and psychological assessment: A review of evidence and issue. *American Psychologist*, 56(2), 128-165.

- Michel, G., Aubron, V., Purper-Ouakil, D., Cortese, S., & Mouren, M. C. (2008). Enjeux actuels de l'évaluation psychologique dans la clinique de l'enfant et de l'adolescent : vers une approche intégrée de la psychopathologie. *Annales médico psychologiques*, 166(7), 509-515.
- Miller, D. N., & Nickerson, A. B. (2006). Projective assessment and school psychology: Contemporary validity issues and implications for practice. *California School Psychologist*, 11, 73-84.
- Milne, L. C., & Greenway, P. (1999). Color in children's drawings: The influence of age and gender. *The Arts in Psychotherapy*, 26(4), 261-263.
- Morin, L. (2001). Anxiétés de l'enfant. Dans A. Gagnon (Éd.), *Démystifier les troubles de l'enfance et de l'adolescence* (pp. 107-119). Boucherville : Gaëtan Morin.
- Morris, W. W. (1965). Autres techniques projectives. Dans H. H. Anderson & G. L. Anderson (Éds), *Manuel des techniques projectives en psychologie clinique* (pp. 541-567). Paris : Éditions Universitaires.
- Morval, M. (1982). *Le T.A.T. et les fonctions du moi*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Muris, P., & Field, A. (2011). The "normal" development of fear. Dans W. K. Silverman & A. P. Field (Éds), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 76-89). Cambridge: University Press.
- Murray, H. A. (1965). Introduction. Dans H. H. Anderson & G. L. Anderson (Éds), *Manuel des méthodes projectives* (pp. 15-18). Paris : Éditions Universitaires.
- Murray, H. A. (1971). *Thematic Apperception Test: Manual*. Cambridge: Harvard University Press.
- Murray, L., Creswell, C., & Cooper, P. J. (2009). The development of anxiety disorders in childhood: An integrative review. *Psychological Medicine*, 39(9), 1413-1423.
- Ordre des psychologues du Québec. (2000, Septembre). *Les tests et leur usage*. Repéré le 29 décembre 2015 à <http://www.ordrepsy.qc.ca/fr/documentation-et-medias/fiches-deontologiques.sn>
- Ordre des psychologues du Québec. (2003a, Janvier). *La pratique des psychologues en Centre jeunesse*. Repéré le 29 décembre 2015 à <http://www.ordrepsy.qc.ca/fr/documentation-et-medias/fiches-deontologiques.sn>

- Ordre des psychologues du Québec. (2003b, Septembre). *La pratique des psychologues en milieu scolaire (partie 2)*. Repéré le 29 décembre 2015 à <http://www.ordrepsy.qc.ca/fr/documentation-et-medias/fiches-deontologiques.sn>
- Ordre des psychologues du Québec. (2004, Décembre). *Cadre de pratique des psychologues exerçant en 1^{re} ligne : mission CLSC*. Repéré le 29 décembre 2015 à <http://www.ordrepsy.qc.ca/fr/documentation-et-medias/guides-cadres-et-lignes-directrices.sn>
- Ordre des psychologues du Québec. (2007a, Octobre). *Cadre de pratique des psychologues exerçant en milieu scolaire*. Repéré le 29 décembre 2015 à <http://www.ordrepsy.qc.ca/fr/documentation-et-medias/guides-cadres-et-lignes-directrices.sn>
- Ordre des psychologues du Québec. (2007b, Novembre). *La pratique des psychologues en milieu correctionnel fédéral*. Repéré le 29 décembre 2015 à <http://www.ordrepsy.qc.ca/fr/documentation-et-medias/fiches-deontologiques.sn>
- Oster, G. D., & Crone, P. G. (2004). *Using drawings in assessment and therapy* (2^e éd.). New York: Brunner-Routledge.
- Oster, G. D., & Gould, P. (1987). *Using drawings in assessment and therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Oster, G. D., & Montgomery, S. S. (1996). *Clinical uses of drawings*. New Jersey: Jason Aronson.
- Perron-Borelli, M., & Perron, R. (1994). *L'examen psychologique de l'enfant*. Paris : Presses universitaires de France.
- Perry, C. J., Guelfi, J.-D., Despland, J.-N., Hanin, B., Lamas, C., de Roten, Y., & Ambresin, G. (2009). *Mécanismes de défense : principes et échelles d'évaluation*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.
- Petot, D. (2005). *L'évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant*. Paris : Dunod.
- Piotrowski, C., & Keller, J. W. (1984). Attitudes toward clinical assessment by members of the AABT. *Psychological Reports*, 55(3), 831-838.
- Raush de Trautenberg, N., & Boizou, M.-F. (1996). *Le Rorschach en clinique infantile : l'imaginaire et le réel chez l'enfant*. Paris : Dunod.
- Rey, A. (1962). *Interprétation de dessins et développement psychologique*. Neuchâtel : Editions Delachaux & Niestle.

- Richelle, J. (2009). *Manuel du test de Rorschach : approche formelle et psychodynamique*. Bruxelles : DeBoeck.
- Robinson, K. (2003). Assessment of childhood anxiety. Dans C. R. Reynolds & R. W. Kamphaus (Éds), *Handbook of psychological and educational assessment of children: Personality, behavior and context* (2^e éd., pp. 508-525). New York: Guilford Press.
- Rogé, B., & Chabrol, H. (2003). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Belin.
- Roman, P. (2006). *Les épreuves projectives dans l'examen psychologique*. Paris : Dunod.
- Roman, P. (2009). *Le Rorschach en clinique de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Dunod.
- Romano, D. G. (1975). *L'enfant face au test de Rorschach*. Paris : Presses universitaires de France.
- Rorschach, H. (1921). *Rorschach – Test : Psychodiagnostik Tafeln = Psychodiagnostics plates*. Bern: Verlag Hans Huber
- Sanglade-Andronikof, A., & Verdier-Gibello, M. L. (1983). *L'examen psychologique de l'enfant : les tests d'intelligence, d'aptitude, de raisonnement*. Encyclopédie médico-Chirurgicale, Psychiatrie.
- Sarason, S. B., Davidson, K., Lighthall, F., & Waite, R. (1958). Rorschach behavior and performance of high and low anxious children. *Child Development*, 29, 277-285.
- Seligman, L. D., Ollendick, T. H., Langley, A. L., & Baldacci, H. B. (2004). The utility of measures of child and adolescent anxiety: A meta-analytic review of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale, the State-Trait Anxiety Inventory for Children and the Child Behavior Checklist. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(3), 557-565.
- Servant, D. (2005). *L'enfant et l'adolescent anxieux : les aider à s'épanouir*. Paris : Odile Jacob.
- Silverman, W. K., & Ollendick, T. H. (2008). Child and adolescent anxiety disorders. Dans J. Hunsley & E. J. Mash (Éds), *A guide to assessment that work* (pp. 181-206). Oxford: University Press.

- Southam-Gerow, M. A., & Chorpita, B. F. (2007). Anxiety in children and adolescents. Dans E. J. Mash & R. A. Barkley (Éds), *Assessment of childhood disorders*. New York: Guildford Press.
- Spielberger, C. D., Edwards, C. D., Lushene, R. E., Montuori, J., & Platzek, D. (1973). *The State-Trait Anxiety Inventory for Children (preliminary manual)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Stern, E. (1950). *Le test d'apperception thématique de Murray*. Neuchâtel : Delachaux et Niestle.
- Sultan, S. (2004). *Le diagnostic psychologique : théorie, éthique, pratique*. Paris : Frison-Roche.
- Tarabulsy, G. M., & Hémond, I. (1999). L'inhibition comportementale, l'attachement et la genèse des troubles anxieux durant l'enfance. Dans E. Habimana, L. Éthier, D. Petot & M. Tousignant (Éds), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : approche intégrative* (pp. 47-65). Montréal : Gaëtan Morin.
- Teglasi, H. (1993). *Clinical use of storytelling: Emphasizing the TAT with children and adolescents*. Boston: Allyn and Bacon.
- Teglasi, H. (2010). *Essentials of TAT and other storytelling assessments* (2^e éd.). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Terrassier, J.-C. (1981). *Les enfants surdoués ou la précocité embarrassante*. Paris : Editions ESF Groupe ELSEVIER.
- Tharinger, D. J., & Stark, K. D. (1990). A qualitative versus quantitative approach to evaluating the Draw-A-Person and Kinetic Family Drawing: A study of mood- and anxiety-disorder children. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(4), 365-375.
- Treffers, A., & Silverman, W. K. (2011). Anxiety and its disorders in children and adolescents in historical perspective. Dans W. K. Silverman & A. P. Fields (Éds), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 3-24). Cambridge: University Press.
- Trempe, J.-P. (1977). *Lexique de la psychanalyse*. Montréal : Les Presses de l'Université du Québec.
- Turgeon, L., & Chartrand, E. (2003). Psychometric properties of the French Canadian version of the State-Trait Anxiety Inventory for Children. *Educational and Psychological Measurement*, 63(1), 174-185.

- Turgeon, L., & Gendreau, P. L. (2007). Avant-propos. Dans L. Turgeon & P. L. Gendreau (Éds), *Les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent* (pp. 7-9). Marseille : Solal.
- Valla, J.-P. (2008). *Dominique interactif*. Montréal : Digital Interactive Multimedia Assessment Tool.
- Valla, J.-P., & Bergeron, L. (1999). L'épidémiologie de la santé mentale des enfants et des adolescents. Dans E. Habimana, L. S. Éthier, D. Petot, & M. Tousignant (Éds), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : approche intégrative* (pp. 97-107). Montréal : Gaëtan Morin.
- Vasey, M. W., & Dadds, M. R. (2001). An introduction to the developmental psychopathology of anxiety. Dans M. W. Vasey & M. R. Dadds (Éds), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 3-26). New York: Oxford University press.
- Vigneau, F., & Cormier, S. (2008). The factor structure of State-Trait Anxiety Inventory: An alternative view. *Journal of Personality Assessment*, 90(3), 280-285.
- Voyazopoulos, R., Vannetzel, L., & Eynard, L.-A. (2011). *L'examen psychologique et l'utilisation des mesures en psychologie de l'enfant*. Paris : Dunod.
- Wagner, E. E. (2003). Defining projective techniques: Finding common ground for discourse. *Psychological Reports*, 92(3), 951-956.
- Weiner, I. B. (2000). Making Rorschach interpretation as good as it can be. *Journal of Personality Assessment*, 74(2), 164-174.
- Weiss, D. D., & Last, C. G. (2001). Developmental variations in the prevalence and manifestation of anxiety disorders. Dans M. W. Vasey & M. R. Dadds (Éds), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 27-42). New York: Oxford University Press.
- Welsh, J. A., & Bierman, K. L. (2003). Using the clinical interview to assess children's interpersonal reasoning and emotional understanding. Dans C. R. Reynolds & R. W. Kamphaus (Éds), *Handbook of psychological and educational assessment of children: Personality, behavior and context* (2^e éd., pp. 219-234). New York: Guilford Press.
- Weschler, D. (2010). *Échelle d'intelligence de Weschler pour adultes* (4^e éd.). Toronto: PsychCorp.

Weschler, D. (2013). *Échelle d'intelligence de Weschler pour la période préscolaire et primaire* (4^e éd.). Toronto: PsychCorp.

Weschler, D. (2015). *Échelle d'intelligence de Weschler pour enfants* (5^e éd.). Toronto: PsychCorp.

Wetzler, S. (1989). Introduction: The contemporary parameters of assessment in psychopathology. Dans S. Wetzler (Éd.), *Measuring mental illness: Psychometric assessment for clinicians*. Washington DC: American Psychiatric Press.

Appendice A

Formulaire de consentement remis aux parents



LETTRE D'INFORMATION

*Invitation à participer au projet de recherche Batterie d'évaluation pour dépister
l'anxiété chez l'enfant*

Marie-Claude Lauzon
Département de psychologie
Doctorante en psychologie

Colette Jourdan-Ionescu
Département de psychologie
Professeure

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre l'anxiété chez l'enfant, serait grandement appréciée.

Objectifs

Les objectifs de ce projet de recherche sont de déterminer l'apport de chacune des catégories de tests dans l'évaluation de l'anxiété chez l'enfant, afin d'établir le meilleur protocole d'évaluation de l'anxiété chez l'enfant. Plusieurs tests sont utilisés pour évaluer l'anxiété de l'enfant et pour établir leur pertinence dans le processus diagnostique. Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

Tâche

Votre participation à ce projet de recherche consiste en 1 rencontre où l'on parle du développement de votre enfant et de ses difficultés. Puis en 2 rencontres d'évaluation avec votre enfant, où des dessins, un test de *Rorschach* (nommer ce qui est vu dans une tache d'encre) et un *Test d'Apperception Thématique* (raconter des histoires à partir d'images précises)

ainsi qu'un questionnaire seront administrés à votre enfant. Les parents doivent remplir un questionnaire sur les comportements de l'enfant à la maison. Un questionnaire semblable sera remis à l'enseignant. En tout, trois entrevues d'une durée de 90 minutes chacune sont nécessaires pour le projet de recherche. Elles se tiendront à l'UQTR à un moment de votre convenance. Il est à noter que les entrevues seront enregistrées de façon auditive pour faciliter la transcription des réponses et des informations recueillies.

Risques, inconvénients, inconforts

Quelques inconvénients peuvent survenir au cours des entrevues. Le fait de devoir évoquer ce qui rend votre enfant anxieux pourrait constituer un inconvénient. L'anxiété pourrait augmenter transitoirement. Toutefois, la doctorante est formée à la relation d'aide et pourra vous soutenir, vous et votre enfant. Le temps consacré au projet, soit quatre heures et trente minutes, ainsi que les déplacements à l'université constituent d'autres inconvénients.

Bénéfices

Les bénéfices pour vous ou votre enfant sont limités, si ce n'est que les entrevues pourraient vous permettre de parler de ce que vous vivez. Nous espérons que votre participation pourra contribuer à vous donner une meilleure compréhension de la problématique de votre enfant. À cet effet, un résumé des résultats pourra vous être transmis verbalement sur demande. Il est toutefois important de noter que cette remise de résultats n'a aucune valeur légale.

Confidentialité

Les données recueillies lors de cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification ni à celle de votre enfant. Un questionnaire sera envoyé au professeur de votre enfant, afin qu'il réponde à quelques questions concernant le comportement observé en classe. Afin d'assurer l'anonymat lors de la recherche, vos noms ainsi que celui de votre enfant seront codés. Les résultats seront publiés sous forme d'essai doctoral et les noms utilisés seront fictifs afin d'assurer la confidentialité de votre participation. Les résultats pourront aussi être publiés sous forme d'article, les mêmes mesures de confidentialité seront prises.

Les données recueillies seront conservées sous clé dans un classeur à l'université et les seules personnes qui y auront accès seront la doctorante et sa superviseure. Elles seront détruites de façon sécuritaire, après le dépôt final de l'essai doctoral de l'étudiante et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Le refus de participer n'aura pas d'effet sur les services offerts à votre enfant par son psychologue.

Le chercheur se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Marie-Claude Lauzon, au 819-376-5011 poste 3563 ou par courriel à Marie-Claude.Lauzon@uqtr.ca

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-13-191-06.08 a été émis le 4 juillet 2013.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

Engagement de la chercheuse

Moi, Marie-Claude Lauzon m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____ [nom du participant] confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet Batterie d'évaluation pour dépister l'anxiété chez l'enfant. J'accepte également que mon enfant _____ [nom de l'enfant] participe à l'étude. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation et celle de mon enfant. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. Je consens également à ce que les entrevues soient enregistrées de façon auditive afin faciliter la transcription des réponses et des informations recueillies. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à la décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation et celle de mon enfant est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer et retirer mon enfant en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Mère de l'enfant :	Père de l'enfant :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

Nom de l'enfant : _____

Chercheuse : _____

Signature : _____

Nom : _____

Date : _____

Appendice B
Grille d'entrevue d'anamnèse

Histoire du trouble

- Quel est le diagnostic que votre enfant a reçu?
- Quand l'a-t-il reçu?
- Décrivez-moi l'anxiété de votre enfant, les manifestations, les comportements.
- Comment l'anxiété de votre enfant a-t-elle évoluée ou changée depuis que vous avez reçu le diagnostic?
- Quelles solutions avez-vous tentées afin d'aider votre enfant? Quelles en ont été les conséquences?

Composition de la famille

- Avec qui l'enfant habite-t-il?
- Quel est l'âge des parents?
- Quelle est l'occupation des parents? Quel est le niveau socioéconomique de la famille?
- Les parents ont-ils des problèmes de santé? Lesquels?
- Combien de temps par semaine les parents passent-ils avec leur enfant?
- Combien de frère et sœurs?
- Quel est leur âge?
- Quel type de relation l'enfant entretient-il avec sa fratrie?
- Quelles activités familiales faites-vous?

Événements marquants

- Comment a-t-il réagit à la naissance de sa fratrie? Comment cela s'est-il passé?
- Votre enfant a-t-il vécu des déménagements? Combien? Quand? Comment a-t-il réagit?
- Votre enfant a-t-il été adopté?
- Est-ce que vous vous êtes déjà séparés?
- Votre enfant a-t-il vécu de deuils? (Personnes ou animaux)
- Votre enfant a-t-il ou a-t-il déjà eu une maladie?
- Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé?

Grossesse/Accouchement

- Votre enfant était-il désiré?
- Comment s'est déroulée la grossesse?
- Comment s'est déroulé l'accouchement?
- Quelle image aviez-vous de votre enfant à venir durant la grossesse?
- Comment s'est passé le développement de votre enfant?
- Comment s'est passé le sevrage?
- Comment qualifieriez-vous le sommeil de votre enfant lorsqu'il était bébé? Et maintenant?
- Comment s'est développé le langage de votre enfant?
- À quel âge votre enfant a-t-il marché?
- Comment votre enfant réagit-il à l'autorité?
- Comment se sont passées les premières séparations? (Garderie / école)

Évolution des relations

- Comment s'est déroulé l'apprentissage de la propreté?
- Comment se passent les relations aux autres de votre enfant?
- Comment votre enfant entretient-il ses relations?
- Comment s'est passée l'entrée à l'école de votre enfant?
- Comment votre enfant réagit-il à la nouveauté?

Vie scolaire

- Parlez-moi du vécu à l'école de votre enfant. Comment cela se passe-t-il?
- Comment était votre vécu scolaire?
- Votre enfant a-t-il des activités parascolaires? Lesquelles? Comment cela se passe-t-il?
- Votre enfant est-il allé à la garderie / CPE? Comment cela s'est-il passé?

Autres

- Nommez-moi des qualités et des défauts de votre enfant. Décrivez-le moi.
- Avez-vous des attentes vis-à-vis de votre enfant? Lesquelles?

Appendice C
Protocoles aux divers tests de Noah

Rorschach Noah

Planche	Association	Enquête
I	1. Une chauve-souris?	1. Comme les deux ailes pis le corps ici. [Basé?] Ça ressemble pas mal à des ailes de chauve-souris. Ici pis le corps aussi.
	2. Deux personnes accrochées à un arbre.	2. Les ailes. Deux personnes accrochées à un arbre. La tête, les bras, deux jambes. [Arbre?] Au milieu. Se tient dessus à une main.
II	3. Des personnes qui se tapent dans les mains.	3. La main ici, la tête penchée. Heu, les pieds ici, pis le genou. [Basé?] À cause la main ressemble à une vraie main.
	4. Un cœur en dessous. Rien d'autre.	4. Un cœur en bas. Ça ressemble, la forme.
III	5. Un papillon au milieu.	5. La forme.
	6. Un crabe, un genre de crabe.	6. À l'envers. Comme ici, les pinces là. La genre d'écaille.
	7. Deux faces de canard, je crois. Rien d'autre.	7. Sont là. Je ne sais pas si c'est des canards ou un autre animal. Sauf que c'est une face d'animal. Ça ressemble.
IV	8. Un genre de ... un genre de monstre avec une face de castor.	8. Deux gros pieds, des mains en formes de ronds et la face du castor. En haut là. Peut-être plus une face de moufette, plus en noir et blanc, comme la moufette est noire et blanc.

Planche	Association	Enquête
V	9. Un genre de face de girafe mélangée avec un chien.	9. Ça ressemble à une girafe avec un museau genre d'un chien boxeur.
	10. Un papillon à l'envers.	10. Les antennes, les ailes. [Basé?] Les antennes, les ailes, y peut y avoir un papillon des deux côtés.
	11. Une chauve-souris à l'endroit.	11. Le corps ici, pas d'antennes ici.
	12. Deux becs de crocodile comme. Rien d'autre.	12. Deux. Le côté des ailes. La bouche ouverte, y'est long.
VI	13. Deux poumons comme, 1-2 poumons.	13. Ça, sauf on enlève ça. Juste ça. [Basé?] La forme et c'est gros.
	14. Et une libellule.	14. Ici. La tête, les ailes, la longueur de son corps.
VII	15. Je sais pas. [Prends ton temps] Deux visages de cochon.	15. Le nez, la bouche.
	16. Deux autruches. Rien d'autre.	16. C'est grand des autruches, le cou, les jambes.
VIII	17. Encore des castors, mélangés avec une face d'éléphant ou d'un poisson.	17. Là. La face ressemble, un poisson, un éléphant ou un perroquet. Le corps, la queue, les quatre pattes.
	18. Deux bras. Rien d'autre.	18. Deux bras ici. Les doigts et le genre de coude.

Planche	Association	Enquête
IX	19. Deux faces de ... un genre de castor.	19. Là. Cochon d'inde. La face ronde, le nez aplati, comme un mini-bosse.
	20. Un cheval, deux chevaux. Ici. Rien d'autre.	20. Deux chevaux orange ici. Ressemble pas à des chevaux, mais moi j'crois que c'est un cheval. Y'a une corne, sauf que ça serait une licorne là.
X	21. Deux araignées.	21. Là. Beaucoup de pattes.
	22. Quatre grenouilles.	22. Quatre pattes, sont vertes.
	23. Deux vers de terre.	23. Là. Longs et heu, ça d'l'air gluant, comme ça dégouline ici.
	24. Deux fleurs jaunes.	24. Sont là. Le jaune, pas la forme d'une fleur, sauf ça ressemble.
	25. Deux visages. Rien d'autre.	25. Là ici. Bouche, nez, œil.

TAT NoahPlanche 1 :

Mais c'est quoi? (pointe le violon) (C'est comme tu veux) Un p'tit garçon qui joue avec un objet. (Peux-tu m'en dire plus?) Il s'ennuie. Je sais pas quoi d'autre. (Pourquoi il s'ennuie?) Ça paraît.

Planche 2 :

(...) Une madame qui fait ses devoirs et l'autre qui fait le champ avec un autre garçon. (Peux-tu m'en dire plus?) Il y a un cheval. (Ils se connaissent?) Oui. Rien d'autre.

Planche 3 BM :

Une fille ou un garçon qui pleure dans son salon (Pleure?) Je sais pas (Encouragements) ... Je ne sais pas.

Planche 4 :

Deux personnes qui font un câlin au restaurant. Je sais pas.

Planche 5 :

Une madame rentre dans sa cuisine. Rien d'autre. (Peux-tu m'en dire plus?) Dans sa cuisine, y'a des fleurs et une lampe.

Planche 6BM :

(...) Je sais pas. Juste une grand-maman et un garçon. Sont fâchés. (Pourquoi?) Se sont chicanés. (Pourquoi?) Ça je sais pas.

Planche 7BM :

Le maire (personne derrière) et son serviteur sont dans son bureau ... Rien d'autre (Qu'est-ce qu'ils font?) Je sais pas.

Planche 8BM :

Un monsieur raconte une histoire qui s'est fait opérer. Rien d'autre (Peux-tu m'en dire plus?) À l'hôpital. Je sais pas quoi d'autre.

Planche 10 :

(... ..) Je comprends pas l'image. (Que vois-tu dessus?) Deux personnes, juste ça. (Qu'est-ce qu'elles pourraient être en train de faire?) Je ne sais pas.

Planche 11 :

Des roches dans une mine et une grosse mouche. Rien d'autre (Peux-tu m'en dire plus?) Tout s'est écroulé. Rien.

Planche 12 BG :

Un arbre et un bateau dans la forêt. (Peux-tu m'en dire plus?) Il y a des arbres qui sont tombés. (Pourquoi ils sont tombés?) Par l'orage.

Planche 13 B :

Un p'tit garçon dans sa cabane qui regarde le soleil. Rien d'autre.

Planche 19 :

Un petit garçon a dessiné un dessin. Rien d'autre. (Qu'est-ce qu'il a dessiné?) Une auto, une tête d'animal. Rien d'autre.

Planche 16 :

Voir un petit garçon qui joue au Xbox one et sa sœur est pas en train de gossier. Rien d'autre.

House-Tree-Person, Personnage 1 - Noah

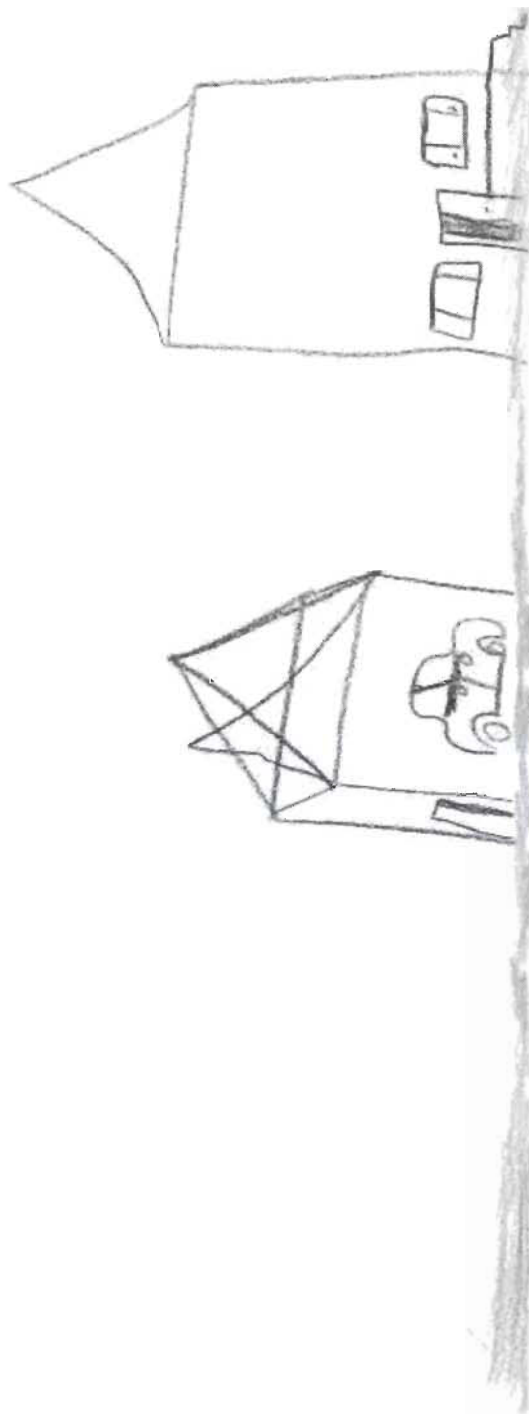


Rapport-Gratuit.com

House-Tree-Person, Personnage 2 - Noah



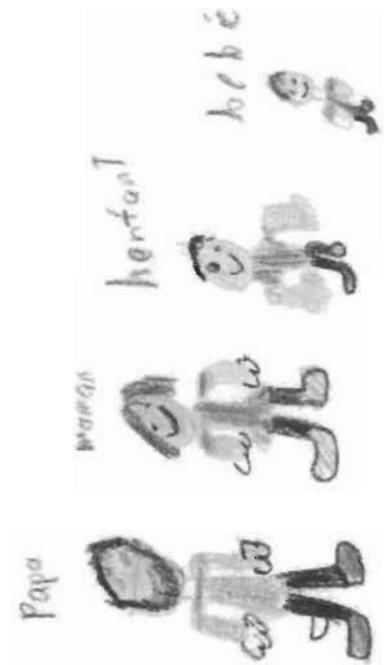
House-Tree-Person, Maison - Noah



House-Tree-Person, Arbre - Noah



Dessin de la famille - Noah



State-Trait Anxiety for Children – Noah

	State Anxiety	Trait anxiety
Résultats	38 / 60	33 / 60

Children Behavior Checklist – Noah

	Anxiété / Dépression	Isolement / Dépression	Plaintes somatiques	Problèmes sociaux	Problèmes de la pensée	Problèmes attentionnels	Comportements qui brisent les règles	Comportements agressifs	Autres problèmes
Total	14	12	1	1	0	9	0	11	4

	Comportements internalisés	Comportements externalisés	Total
Total	27 Score T = 75	11 Score T = 59	52 Score T = 65

Teacher Report Form – Noah

	Anxiété / Dépression	Isolement / Dépression	Plaintes somatiques	Problèmes sociaux	Problèmes de la pensée	Problèmes attentionnels	Comportements qui brisent les règles	Comportements agressifs	Autres problèmes
Total	9	8	0	0	0	Inattention : 13 Hyperactivité / Impulsivité : 0 Total : 13	1	6	3

	Comportements internalisés	Comportements externalisés	Total
Total	17 Score T = 69	7 Score T = 58	40 Score T = 59

Appendice D
Protocoles aux divers tests d'Arthur

Rorschach Arthur

Planche	Association	Enquête
I	1. Un loup. (Autre chose? La plupart des gens voient plus qu'une réponse par image) C'est ça que t'a faite? J'en ai aucune idée. (Tourne la planche)	1. Si on les écarte, ça fait deux loups. Est-ce que c'est toi qui a fait ça? (Non) C'est qui? (Je sais pas) (Basé?) Mais si on enlève le scorpion, bin ça fait deux loups.
	2. Ah j'pense que je l'ai la réponse. Un scorpion.	2. Si l'on met au plat ventre, ça me fait penser à ça. (Basé?) J'sais pas.
	13. V. Squelette.	13. (Basé?) Tout ce que je vois, c'est un squelette avec quatre oeils.
II	3. Un éléphant. (Tente de changer la planche) Deux éléphants avec du sang. Ah non! C'est pas ça éléphants, c'était rhinocéros. (Un ou deux?) Rien que deux. (Autre chose?) Du rouge, des pattes, des oreilles, rien que ça.	3. Ça ressemble beaucoup à des rhinocéros. En fait c'est plus de la peinture. Ça ressemble plus mais à de la peinture que des crayons.
	14. Des rhinocéros qui volent dans le ciel.	14. Ça là, c'est comme (papillon) c'est des bottes fusée qui volent et ça là c'est les autres aimants qui les poussent vers le sol. (Parle d'une invention qu'il a vue à l'école ...)
III	4. Deux enfants avec un scorpion.	4. Ici, ça ça me fait comme penser à un taureau et une voiture. (Basé?) Ça. Ça c'est les enfants et ça c'est le taureau.
	5. Heu non! Deux personnes avec un taureau. Olé.	5.

Planche	Association	Enquête
	15. Ah bon sang. Un squelette, mais qui va à un festival.	15. Ça c'est squelette, ça c'est sa bouche. (Festival?) Ça, ça commence à monter pour faire un feu d'artifice de monstres.
IV	6. Un gorille, avec quelqu'un, avec un tronc d'arbre en arrière et avec des étranges pinces et des orteils qui ressemblent à une bouche	6. Ça c'est le gorille. Ça c'est les pinces, ça c'est les étranges pieds qui ressemblent à des bouches. (Basé?) Regarde, ça ça me fait penser à ma bouche parce que c'est ouvert, ouvert comme ma bouche (mime).
	16. Un géant, mais qui s'est transformé en arbre.	16. Ça c'est le géant et ça c'est l'arbre. (Basé?) Ça c'est l'arbre et au bout ça ressemble comme à un raton-laveur. Il est comme de dos (Dos?) On voit pas ses yeux.
V	7. Un papillon! avec des pinces. Rien que ça que je vois. Rien que ça de je vois. Où tu mets ça après les cartons?	7. C'est ça. Ça c'est le papillon et ça c'est les pinces et ça aussi et ça aussi. (Basé?) Les ailes et un petit peu costaud (Costaud) Regarde, il y a des bosses.
	17. Un humain-crabe. Avec des ailes et avec des lanternes et avec des pattes dessus les jambes.	17. Ça c'est la tête et ça là, c'est ses ailes et ça c'est ses pieds.
VI	8. V Deux ours, mais accrochés avec un poteau, mais en bas y'a du feu.	8. C'est ça. Pis après ça y'a comme deux pinces là. (Basé?) Regardes, ça c'est les ours, un peu comme un hippopotame. Ça c'est le feu, ça c'est les bâtons. (Ours?) Bin oui ça. (Décrire?) Comme là et là. Y'a deux ours.
	18. Un scorpion qui se cache, mais en arrière et deux loups gardes.	18. Bin oui regardes. (Loups-gardes?) Ici. (Scorpion?) Ici.

Planche	Association	Enquête
VII	9. Là, c'est un éléphant qui sont collés fesse-à-fesse, tiennent quelque chose heu ... et qui ... fesse-à-fesse, il est debout.	9. Aussi si on le vire de bord, ça devient deux loups qui saient même pas marcher et qui a les fesses en l'air. Ça c'est les pattes, ça c'est les fesses, le nez crochu. (Tu m'as aussi parlé de deux éléphants) Je sais pas trop trop. (Où?) Ça c'est le couteau. (Couteau?) Oui. Et ça c'est la tête, ça c'est le bras, en faite la patte, ça c'est les fesses.
	19. V. Un ou deux loups, mais qui marchent à un pied.	19.
VIII	10. Deux castors qui montent le saut de la mort.	10. (Le saut de la mort, c'est quoi?) Ça c'est comme on est là, on saute là, ça nous fait « Bouuuuing ». Ça c'est le saut de la mort pis on fait un saut de la mort. (On saute de où?) La montagne pis boooooo après on est mort. (Pis ça ici c'est quoi?) (Change de sujet et devient difficilement compréhensible)
	20. Un monsieur sourire.	20. Ça c'est comme le masque. (le triangle ici?) (Basé?) Ça. (pointe)
	21. Deux taureaux.	21. (Pointe) (Décrire?) Lààààà. Ça c'est des cornes avec de la bave et de l'autre côté c'est la même chose. (Bave?) Ça, parce que la madame a l'a pas fait très bien et ça me fait penser à de la bave.
	22. Et deux blocs.	22. Deux blocs pour les yeux du monsieur sourire. (Les yeux?) Du bonhomme sourire.

Planche	Association	Enquête
	23. Avec un orignal.	23. Orignal? Ah oui. Ça et ça. (Basé?) Ça c'est les deux taureaux. (original?) Mais les taureaux c'est ça. L'original. (L'original est à la même place que les taureaux?) Oui. (Décrire?) Bin en bas du saut de la mort. Ses cornes, sa tête. (Poursuivre la description?) Non. (Je dois le voir bien comme toi) Ça c'est la tête, ça c'est les cornes et ça je ne sais pas.
IX	11. Deux orignals dessus le saut de la mort. Non. Dessus la magie de Noël. Pour moi c'est terminé.	11. Là et là. (Basé?) Ça. Les cornes, et ça la bizarre bouche. Ça c'est les cornes, les deux cornes, ça c'est les joues et ça c'est le corps. (Magie de Noël?) Toute en vert. La magie de Noël c'est ça et ça.
	25. Deux hippopotames.	25. Deux hippopotames. Bin des hippopotames, ça a à peu près cette couleur là et je trouve que ils ressemblent beaucoup à ça des hippopotames.
	26. Je vois deux bibittes sauvages	26. Ici. (Quel genre de bibittes sauvages?) Comme des ... scorpions (Basé?) Ça, comme des chèvres aussi. (Basé?) Bin ça, une barbe, son corps, sa tête. Sur l'autre bord c'est la même chose. J'ai mal au ventre.
	27. Et je vois deux vaches	27. (pointe) (Basé?) Mais comme, comme ça c'est son corps en double. Bin corps en double, deux têtes pis deux corps. (Têtes?) (pointe) (Basé?) Mais si on continue ça fait une vache.

Planche	Association	Enquête
X	12. Deux crabes avec deux extra-terrestres avec dessus un monsieur volcan.	12. Là et là et là. (Basé?) Ça c'est les extra-terrestres, ici, dessus le volcan. (Volcan?) Là et paf tu meurs (chantonne).
	28. Un gros monsieur volcan fâché.	28. (grimace) (Où?) Ici. (Fâché?) Parce que il est comme ça (mime un visage fâché).

TAT Arthur

Planche 1 :

Ça parle d'un garçon avec un violon qui sait même pas en jouer. (Peux-tu m'en dire plus?) Non.

Planche 2 :

C'est une fille avec des ... des livres et avec une madame, devant une maison. Et y'a un homme avec un cheval et plein de sable et avec un champ.

(Histoire?) Non. (Se connaissent?) Non.

Planche 3BM :

Hum? Une personne qui pleure (Pleure?) Elle s'est coupée. C'est tout je vois (Sexe?) Garçon.

Planche 4 :

Une p'tite, une grande fille et un homme de j'sais pas quoi. (Ensuite?; Tente de tourner la planche; Qu'est-ce qu'ils font sur l'image?) Une femme. Ils s'embrassent. (Tente de retourner la planche; Attends, regardes moi bien s'il te plait. Concentres-toi bien). Plein de rideaux et l'homme il souriait. C'est tout de je vois.

Planche 5 :

Y'a une femme qui sait pas quoi ... (Qu'est-ce qu'elle sait pas?; Pas de réponse) (Comment elle se sent la femme sur l'image?) Pas bien (Pourquoi?) Parce que son bébé était pu là (Il était où son bébé?) Je sais pas, il s'est fait voler.

Planche 6BM :

Y'avait une femme avec des rideaux et un homme. (Peux-tu m'en dire plus?) Non. (Se connaissent?) Non. C'est tout je vois.

Planche 7BM :

Un monsieur et un autre monsieur qui dit des secrets. (Qui dit des secrets à qui?) Les deux monsieurs. (Est-ce que tu sais ce qu'ils se disent comme secret?) Non. (Se connaissent?) (Fait signe que non)

Planche 8BM :

(Réaction, se ferme les yeux, retourne l'image rapidement et la remet sur la pile).

Rien, J'ai rien vu un p'tit homme. (Comment tu te sens?) Pas bien. ** Tentative de le rassurer.

Planche 10 :

Qui se donnent des bisous. (?) La femme et l'homme. (Peux-tu m'en dire plus?) C'est rien que ça je vois. Y'a pas de numéro 9?

Planche 11 :

Y'a une grosse chute, avec des gros taureaux, avec un homme et un dragon. (Peux-tu m'en dire plus?) Oh, avec des roches et une colline et heu, une grosse montagne.

Planche 12 BG :

L'automne. Y'avait comme ... aussi avec un bateau.

Planche 13 B :

David avec heu ... dans sa grange. (Qu'est-ce qu'il fait dans sa grange?) Il réfléchit à son père, qui est mort. (Peux-tu m'en dire plus?) Non.

Planche 19 :

(Rit) T'a mis 16 à la fin. Alors c'est supposé d'être lui avant lui (tente de changer de planche) Une grande maison d'hibou avec une météorite (Attends un p'tit peu, une grande maison d'hibou ...) Non de fantôme! avec une météorite et un ... (et un?) Et un ... fantôme ... ombre (Comment?) Ombre, un ombre.

Planche 16 :

(Tourne la planche) Un grand monstre avec des poils, avec ... J'ai envie qu'il s'appelle monstre poilu. (Est-ce que tu veux m'en dire plus?) Non. (De quoi il aurait l'air ton monstre? Est-ce que tu veux me le décrire?) Plein de poils et c'est tout. (quelle couleur son poil?) Noir. (Un poil doux? Rude?) Rusque, heu ... rapide pour piquer. S'il nous pique, on peut même pas s'arrêter, on peut même pas s'arrêter de atchoumer.

House-Tree-Person, Personnage 1 - Arthur

ANNE 7

il sourit parce que
elle est très bien



at 14

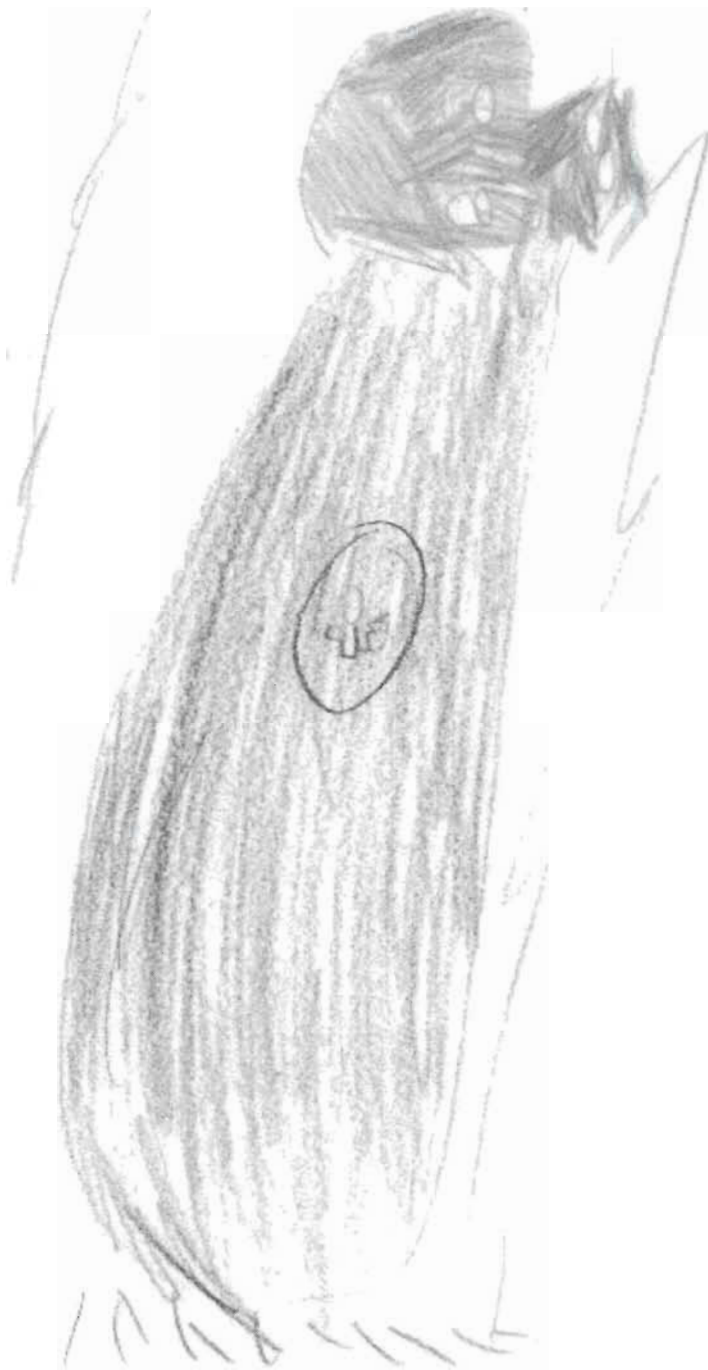
House-Tree-Person, Personnage 2 - Arthur



House-Tree-Person, Maison – Arthur



House-Tree-Person, Arbre - Arthur



Dessin de la famille - Arthur



Rapport-Gratuit.com

State-Trait Anxiety for Children – Arthur

	State Anxiety	Trait anxiety
Résultats	57 / 60	50 / 60

Children Behavior Checklist – Arthur

	Anxiété / Dépression	Isolement / Dépression	Plaintes somatiques	Problèmes sociaux	Problèmes de la pensée	Problèmes attentionnels	Comportements qui brisent les règles	Comportements agressifs	Autres problèmes
Total	13	4	6	8	7	13	3	16	8

	Comportements internalisés	Comportements externalisés	Total
Total	23 Score T = 72	19 Score T = 67	78 Score T = 73

Teacher Report Form – Arthur

	Anxiété / Dépression	Isolement / Dépression	Plaintes somatiques	Problèmes sociaux	Problèmes de la pensée	Problèmes attentionnels	Comportements qui brisent les règles	Comportements agressifs	Autres problèmes
Total	10	3	6	7	2	Inattention : 7 Hyperactivité / Impulsivité : 19 Total : 26	4	17	2

	Comportements internalisés	Comportements externalisés	Total
Total	19 Score T = 70	21 Score T = 66	77 Score T = 69

Appendice E
Protocoles aux divers tests de Florian

Rorschach Florian

Planche	Association	Enquête
I	1. Ça ressemble à ... des animaux. (Autre chose? La plupart des gens voient plus qu'une réponse, prends ton temps)	1. Ça, ça ressemble à un loup qui coure. (Où) Ici pis ici. Bien, les loups là. (Basé?) Parce qu'il a des oreilles pointues, la tête vers le haut. Peut-être qu'il crie. (Il coure?) Il se balade, c'est comme s'il galopait.
	2. Un masque. (5 sec.) J'vois qu'y ont copié comme.	2. Parce qu'il y a deux trous ici pour voir pis ici pour respirer (Basé) Parce que y'a deux yeux pis une genre de bouche.
II	3. Un papillon.	3. Ici là. (Basé?) Bin parce que il a des ailes, il a des pattes, pis c'est ça.
	4. Un loup mal formé.	4. Comme ici. (Basé?) La tête, mal formée parce qu'il y avait un trou. La tête est pas complète. (?) La tête, comme son ventre était ouvert à cause du trou. (Ventre ouvert?) Parce que si on le referme, ça fait un loup mal formé, mais le loup est comme ouvert.
III	5. (6 sec.)Un scarabée	5. Ici la tête (panier) avec deux pattes. (?) La tête avec les pattes.
	6. Deux amoureux. C'est ça.	6. Parce qu'ici c'est comme deux cœurs. Pis c'est ça (Ça ici tu l'as entouré, mais tu ne m'en as pas parlé?) C'est les amoureux. (Décrire?) Ça c'est la première patte avec la tête pis peut-être que ça, ça serait deux pattes. Pis c'est ça.
IV	7. Un géant.	7. Grosses pattes ici pis il est pas mal grand. (Basé?) Parce qu'il a de grosses pattes, pis il est pas mal un peu gros.

Planche	Association	Enquête
	8. (5 sec.) Un dragon. C'est tout.	8. Parce qu'il y a la tête avec deux oreilles pis y'a des cornes (?) La queue.
	9. (5 sec.) Un dragon. C'est tout.	9. Parce qu'il y a la tête avec deux oreilles pis y'a des cornes (?) La queue.
V	10. Une chauve-souris.	10. Toute une chauve-souris, toute le corps. Ressemble parce que les pattes avec deux cornes, deux antennes je veux dire pis sur les ailes y'a des griffes pour s'agripper.
	11. Un hibou.	11. Quand je le regarde de proche, y'a comme la figure qui ressemble à un hibou. C'est juste la figure qui ressemble à un hibou.
	12. Des crocodiles (sic). C'est tout.	12. Bin ici ça ressemble à des têtes de crocodile aussi. Aussi ça ressemble, sauf qui sont ouvertes. C'est ça. (Ouvertes?) Comme si y'avait ouvert sa bouche.
VI	13. (30 sec.) Une tortue.	13. Bin, ça ça ressemble comme avec des pattes de tortue. (?) Une carapace comme pis c'est comme la tête qui ressort. Sauf qu'est spéciale parce qu'il a des ailes.
	14. Un hippopotame. C'est tout là.	14. (20 sec.) Y'a pas d'hippopotame. Moi j'en vois pas d'hippopotame.
VII	15. Des licornes.	15. Ah oui, elle elle était bizarre. Ici parce que j'vois une corne. Ici, mais en fait y'en a plusieurs (toupet). Avec des cornes, pis je trouvais que ça ressemble à un cheval.
	16. Lapin.	16. Ah, le lapin y'est ici comme. Vu que y'a des oreilles de lapin. Pis y'a des dents. (Dents?) Ici.
	17. Monstre. C'est ça.	17. Ah oui. La tête ici quand j'me mets sur le côté. Je peux la tourner? (C'est comme tu veux) (Tourne la planche) Ici, une longue dent pis la tête j'trouve qu'à ressemble plus à un monstre. (Basé?) Avec la dent pis la tête.

Planche	Association	Enquête
VIII	18. Un écureuil.	18. Ici, ça ressemblait à un écureuil, pis y'a des pattes pis y'a comme, comme si y'avait du poil un peu. (Poil?) Les petites bosses ici.
	19. Un âne. C'est ça.	19. Ah oui. Ici, ça ressemble à un âne. Parce que le rose foncé c'est comme les yeux. (Basé?) Les yeux pis le museau. La tête d'âne.
IX	20. Un caribou.	20. Ici c'est un caribou avec les cornes pis heu, c'est ça. Avec un p'tit peu le corps. C'est tout. (?) Les cornes, pis c'est ça.
	21. Une raie.	21. Oui ici c'est comme la tête de la raie avec la queue. Parce que ici c'est comme là tête de la raie avec les yeux, pis la queue.
	22. Un morse. C'est tout.	22. Ici c'est un morse parce que c'est comme si y'avait des genres de babines avec du poil ici. (Poil?) Oui, les morses y'ont comme des genres de moustaches. (Qu'est-ce qui te fait penser à du poil?) Ici les bosses.
X	23. (Gros yeux) Des pinces.	23. Ici, ça ressemble à des pinces (vert) (Basé?) parce que c'est comme des pinces là. Pis ici aussi c'est des pinces (rose + gris)
	24. Des ... crabes.	24. Ici, ça ressemble à des crabes (Basé?) Parce que ici y'a quatre pattes, bin y'a des pattes.
	25. Un crocodile. C'est tout.	25. Ah oui sa grande bouche comme ici. Y'ouvre sa bouche pis ça ressemble à un crocodile. (Juste la bouche du crocodile?) Oui.

TAT Florian

Planche 1 :

(7 sec.) Ça ressemble à un p'tit gars qui est en train de parler à sa maman de quel cadeau il a eu à Noël. Pis pourquoi il la parle au téléphone, c'est parce que est au travail sa maman. C'est tout.

Planche 2 :

Oh boy. Un cheval qui est en train de râper le sol, la terre pis ça ressemble (5 sec.) à des Incas. Bin, sont comme dans une ferme (6 sec.) pis c'est ça. (Incas?) Comme des Amérindiens là. (Se connaissent?) Oui. (Liens?) La connaissance.

Planche 3BM :

Une femme qui s'est endormie ou qui a peur (10 sec.) J'pense bien que c'est ça. (Peur?) heu, de des voleurs. (Peux-tu m'en dire plus?) Comme sur un banc là. Elle s'accote sur un banc.

Planche 4 :

Un homme et une femme dans un mariage, parce qu'ils sont habillés beaux et chic. C'est tout. (Est-ce que c'est eux qui se marient?) Oui.

Planche 5 :

Une p'tite fille qui ouvre la porte pour aller lire le soir parce que ses parents la punissent. Les parents y veulent pas qu'a lise. (Pourquoi?) Parce que ses parents sont pas gentils pis y leur laisse pas le droit à elle de lire et s'informer. Dans mon module ID le droit des enfants (parle de son programme de PEI et de ce qu'il a appris sur le droit des enfants ...).

Planche 6BM :

Le juge! (6 sec.) Ou sinon y'a quelqu'un qui est dans un hôtel avec une femme de ménage pis qui s'assoit pour manger. Pis la femme de ménage lui fait à manger. C'est comme une serveuse admettons qui sert la maison, qui fait le ménage, qui range pis toute. Pis le elle fait à manger.

Planche 7BM :

Un monsieur qui dit un secret à l'autre monsieur. Pis le monsieur qui dit le secret dit quelque chose de mal pis le monsieur qui entend le secret y, y comprend mettons pis y va aller faire un mauvais coup. Est-ce que toutes les images sont en noir et blanc? (Oui; Mauvais coup?) Comme aller faire un mauvais coup. Je sais pas quel mauvais coup, j'ai pas d'idée.

Planche 8 BM :

Des médecins qui coupent le ventre de quelqu'un, mais ils ne le gèlent pas, faque c'est douloureux pour lui. Pis l'autre personne ici là, y ressemble à Harry Potter. Ouais mais pas de lunettes (Fait quoi?) Lui qui est allé à l'hôpital, pis là y'est correct. Pis là c'est son apparence quand y'est correct.

Planche 10 :

Un p'tit garçon qui a joué un mauvais coup pis là son papa était pas content faque il est allé dans sa chambre. Il était triste le petit garçon pis quand son papa est v'nu, il lui a fait un gros câlin. (triste?) Parce qu'il avait joué un mauvais coup et son papa l'avait chicané très fort.

Planche 11 :

C'est un explorateur qui explorait des cavernes pis là y'a trouvé une très grande caverne avec des dinosaures, des dinosaures d'eau là comme. Qui vont dans l'eau. Pis y'a vu apparaitre un dinosaure en bas dans l'eau. (Où est l'explorateur?) C'est tout. Ici qui marche à quatre pattes avec son sac à dos. Ici pis le dragon.

Planche 12 BG :

Un ruisseau. Un petit garçon qui est allé sans la permission dans un ruisseau pis là y s'est noyé. Y'est tombé de sa barque pis y s'est noyé. Pis ses parents y le cherchent. C'est tout. Bin fin de l'histoire là.

Planche 13 B :

Un petit garçon qui est allé visiter la grange. Pis il faisait sombre, faque y'a pas pu prendre ses jouets. Pis là, il se demande quoi faire. Y'a pas d'amis, pis il veut se demander quoi faire, mais il sait pas quoi faire. Faque, il attend sur le bord de la porte de la grange sombre.

Planche 19 :

(8 sec.) Elle me fait penser à rien. Je trouve pas une idée (Qu'est-ce que tu vois?) Du blanc pis du noir. Pis c'est comme un peu d'la neige sur un toit de maison, j'pense. C'est tout.

Planche 16 :

(Consigne) Je ne comprends pas trop. (Tu vas surement comprendre quand tu vas voir). Bin un p'tit enfant qui s'amuse avec son ami dans un parc pis y glissent sur le toboggan. Bin la glissade là. C'est tout.

House-Tree-Person, Personnage 1 - Florian

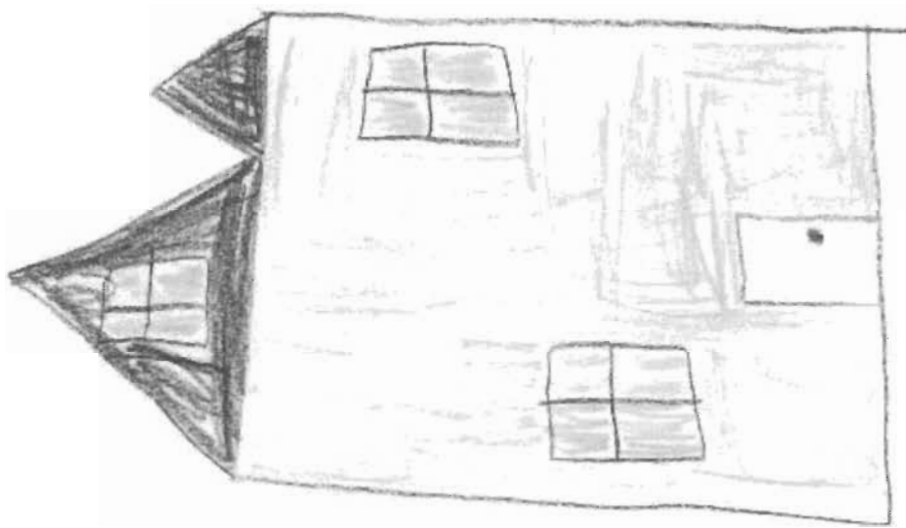
Rapport-Gratuit.com



House-Tree-Person, Personnage 2 - Florian



House-Tree-Person, Maison – Florian



House-Tree-Person, Arbre – Florian



Dessin de la famille - Florian



State-Trait Anxiety for Children – Florian

	State Anxiety	Trait anxiety
Résultats	31 / 60	35 / 60

Children Behavior Checklist – Florian

	Anxiété / Dépression	Isolement / Dépression	Plaintes somatiques	Problèmes sociaux	Problèmes de la pensée	Problèmes attentionnels	Comportements qui brisent les règles	Comportements agressifs	Autres problèmes
Total	11	0	1	3	5	7	5	6	4

	Comportements internalisés	Comportements externalisés	Total
Total	12 Score T = 65	11 Score T = 59	49 Score T = 61

Teacher Report Form – Florian

	Anxiété / Dépression	Isolement / Dépression	Plaintes somatiques	Problèmes sociaux	Problèmes de la pensée	Problèmes attentionnels	Comportements qui brisent les règles	Comportements agressifs	Autres problèmes
Total	4	1	0	0	0	Inattention : 2 Hyperactivité / Impulsivité : 1 Total : 3	0	0	0

	Comportements internalisés	Comportements externalisés	Total
Total	5 Score T = 55	0 Score T = 41	8 Score T = 46