Le lien entre les épisodes explosifs d’enfants ayant le syndrome de Gilles de la Tourette, les symptômes dépressifs, anxieux et l’estime de soi

THÈSE DE SPÉCIALISATION
PRÉSENTÉ COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU BACCALAURÉAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
MÉLIZA GAGNON

SOUS LA SUPERVISION DE
JULIE LECLERC, M.Ps., Ph.D.

23 AVRIL 2021
**Remerciements**

Je tiens spécialement à remercier ma directrice de thèse, Julie Leclerc (M.Ps., Ph.D.), pour son soutien tout au long de ce processus. Sa disponibilité et l’importance accordée au transfert de connaissances ont été essentielles à mon émancipation durant ce projet. Plus particulièrement, sa passion et sa joie de vivre m’ont grandement motivée et inspirée. Je tiens également à remercier tous les membres du LETOPE pour leur accueil chaleureux et leurs judicieux conseils. Ce projet n’aurait pu être possible sans vous tous.

De plus, je remercie famille et amis, qui ont su m’encourager tout au long de la réalisation de ce projet. En dépit du contexte particulier, ils ont su m’épauler et m’apporter du réconfort. Ce fut une année riche en apprentissages et vous avez été en mesure de me guider à travers ce parcours.

Enfin, je salue le dévouement de Mme Merri et M. Saint-Amour tout au long du cheminement.
Résumé

Problématique. Les épisodes explosifs (ÉE) sont une manifestation fréquente et considérée comme la plus dérangeante chez les enfants présentant le syndrome de Gilles de la Tourette (SGT). En plus, les enfants atteints du SGT présentent fréquemment des symptômes dépressifs et anxieux, tandis que l’estime de soi est peu étudiée. En général, les enfants tout-venant présentant des comportements agressifs rapportent plus de symptômes dépressifs et anxieux, de même qu’une plus faible estime de soi que les enfants ne présentant pas de comportement agressif.

Objectifs. 1) Évaluer le lien entre les ÉE, les symptômes dépressifs et anxieux et l’estime de soi chez les enfants présentant le SGT. 2) Explorer le lien entre les symptômes dépressifs et anxieux et l’estime de soi chez les enfants présentant le SGT ainsi que des ÉE.

Méthode. Des questionnaires évaluant la présence d’ÉE, l’intensité et la sévérité des tics (YGTSS), les symptômes dépressifs et anxieux (BASC-2) ainsi que l’estime de soi (BATTLE) ont été remplis par 71 enfants qui présentent le SGT.

Résultats. Les tests révèlent que les participants présentant ou non des ÉE auraient des niveaux semblables de symptômes dépressifs, anxieux, et d’estime de soi. Les corrélations et régressions multiples montrent qu’il n’y aurait pas d’effet de cumulation des symptômes, mais une interaction négative entre les symptômes anxieux et l’estime de soi.

Discussion. Les résultats suggèrent que pour une population clinique, bien que l’effet des ÉE ne soit pas à négliger, l’effet des tics sur le fonctionnement global aurait un impact supérieur.

Mots-clés : syndrome de Gilles de la Tourette, épisodes explosifs, enfants, symptômes dépressifs, symptômes anxieux, estime de soi.
LIEN ENTRE ÉPISODES EXPLOSIFS, SYMPTÔMES DÉPRESSIFS ET ANXIEUX ET ESTIME DE SOI

Table des matières

REMERCIEMENTS ........................................................................................................... 1
RÉSUMÉ .............................................................................................................................. 2
LISTE DES TABLEAUX ....................................................................................................... 4
INTRODUCTION ............................................................................................................... 5
  PROBLÉMATIQUE .......................................................................................................... 5
  CADRE THÉORIQUE ..................................................................................................... 5
    Le syndrome de Gilles de la Tourette ........................................................................... 5
    Symptômes intériorisés ................................................................................................. 7
    Estime de soi .................................................................................................................. 8
    Interaction entre les comportements agressifs, les symptômes intériorisés et l’estime de soi 9
OBJECTIFS ..................................................................................................................... 10
MÉTHODE ........................................................................................................................ 11
  PARTICIPANTS ............................................................................................................... 11
  INSTRUMENTS DE MESURE .......................................................................................... 12
    Évaluation descriptive des participants ....................................................................... 13
    Évaluation des symptômes intériorisés ....................................................................... 13
    Évaluation de l’estime de soi ....................................................................................... 14
PROCÉDURE ...................................................................................................................... 14
DEVIS DE RECHERCHE .................................................................................................... 14
ANALYSES STATISTIQUES .............................................................................................. 15
RÉSULTATS ....................................................................................................................... 16
  ÉPISODES EXPLOSIFS ET SYMPTÔMES INTÉRIORISÉS ................................................. 16
  ÉPISODES EXPLOSIFS ET ESTIME DE SOI .................................................................... 16
  RELATIONS ENTRE LES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS, ANXIEUX ET L’ESTIME DE SOI DANS LES ÉPISODES EXPLOSIFS ................................................................. 17
DISCUSSION ..................................................................................................................... 20
  LIMITES ......................................................................................................................... 22
LIEN ENTRE ÉPISODES EXPLOSIFS, SYMPTÔMES DÉPRESSIFS ET ANXIEUX ET ESTIME DE SOI

RETOMBÉES SCIENTIFIQUES ET CLINIQUES ................................................................. 23
CONCLUSION .................................................................................................................. 23
RÉFÉRENCES ................................................................................................................. 24
ANNEXE A ..................................................................................................................... 28

Liste des tableaux

Tableau 1. Caractéristiques des participants ................................................................. 12
Tableau 2. Résultats des test t pour les symptômes dépressifs et anxieux ..................... 16
Tableau 3. Résultats des test t pour l’estime de soi ....................................................... 17
Tableau 4.1. Résultats des corrélations entre les symptômes dépressifs, anxieux et l’estime de soi chez les participants de 8 à 11 ans présentant des ÉE ................................................................. 18
Tableau 4.2 Résultats des corrélations entre les symptômes dépressifs, anxieux et l’estime de soi chez les participants de 12 à 14 ans présentant des ÉE ................................................................. 18
Tableau 5. Résultats des régressions multiples entre les symptômes dépressifs, anxieux et l’estime de soi chez les participants de 8 à 11 ans présentant des ÉE ................................................................. 19
Introduction

Problématique

Le syndrome de Gilles de la Tourette (SGT) se caractérise par la présence de plusieurs tics moteurs et d’au moins un tic sonore qui se manifestent de manière persistante pendant au moins un an avant l’âge de 18 ans (American Psychiatric Association [APA], 2015). Outre la présence de tics, le SGT est fréquemment accompagné de troubles concomitants dont le trouble du déficit de l’attention avec hyperactivité (TDAH) ainsi que le trouble obsessionnel compulsif (TOC) (Ferreira et al., 2014). Les symptômes dépressifs et anxieux sont aussi connus pour être fréquents chez les personnes atteintes du SGT (Robertson, 2015). L’estime de soi est une variable peu étudiée de façon spécifique et pour laquelle les observations, chez les personnes atteintes du SGT, ne font pas consensus (Silvestri et al., 2018). Par ailleurs, certains jeunes qui présentent le SGT expérimentent des épisodes explosifs (ÉE) qui se distinguent des crises de colère plus courantes par leur intensité ainsi que la variabilité du facteur contextuel (Budman et al., 2000). Lorsque présents, les parents décrivent les ÉE comme les manifestations les plus dérangeantes du syndrome (Dooley et al., 1999). Le caractère perturbateur de ces épisodes a mené à la création d’un programme d’entraînement à l’autogestion de ceux-ci (Leclerc et al., 2012).

En général, les enfants d’âge scolaire qui présentent des comportements agressifs rapportent plus de symptômes dépressifs et anxieux (Priddis et al., 2014), de même qu’une plus faible estime de soi (Donnellan et al., 2005) que les enfants qui ne présentent pas de comportement agressif. Les ÉE étant constitués de comportements agressifs, on peut se demander si ces épisodes entraîneront, eux-aussi, des symptômes dépressifs et anxieux ainsi qu’une faible estime de soi chez les jeunes ayant le SGT. À ce jour, la littérature scientifique ne permet pas d’approfondir cette interaction au sein du SGT. Ainsi, la présente étude vise à investiguer le lien entre les ÉE des enfants ayant le SGT et la présence de symptômes dépressifs et anxieux et une faible estime de soi. La présence d’un lien pourrait aider à définir plus précisément cette relation complexe et ainsi, permettre d’améliorer les programmes d’autogestion pour possiblement diminuer la fréquence d’ÉE et augmenter la qualité de vie de l’enfant ainsi que du contexte familial.

Cadre théorique

Le syndrome de Gilles de la Tourette

Le SGT se trouve dans la catégorie des troubles neurodéveloppementaux et est regroupé dans la sous-catégorie des troubles moteurs (APA, 2015). Le SGT se caractérise par la présence
de plusieurs tics moteurs et d’au moins un tic sonore qui se manifestent de manière persistante pendant au moins un an avant l’âge de 18 ans. Les tics sont définis comme des mouvements ou vocalisations qui sont soudains, rapides et récurrents. Les tics moteurs peuvent se manifester par exemple par le clignement des yeux et des haussements d’épaules excessifs, alors que les tics sonores peuvent se manifester par des reniflements et des raclements de gorge hors contexte. Les exemples précédents appartiennent à la catégorie de tics simples puisqu’ils n’utilisent qu’un seul groupe de muscles. Les tics complexes utilisent plusieurs groupes de muscles et sont généralement orientés vers un but comme des gestes à caractère sexuel ou la répétition de mots (APA, 2015). La prévalence du SGT chez les enfants d’âge scolaire est de 3 à 8 personnes pour 1 000 (APA, 2015). Significativement plus de garçons sont touchés que de filles, selon un ratio allant de 4 pour 1 (Knight et al., 2012).

La revue systématique de la littérature de Ferreira et collaborateurs (2014) regroupant 64 études publiées de 1990 à 2013 conclut qu’outre la présence des tics, 90 % des personnes atteintes du SGT doivent vivre avec des troubles concomitants qui compliquent le portrait clinique. En concomitance avec le SGT, de 40 % à 80 % des patients présenteraient un TDAH, de 30 % à 90 % des patients présenteraient des problèmes de comportements, 23 % des patients présenteraient des difficultés d’apprentissages, de 10 % à 80 % des patients présenteraient un TOC, 40 % des patients présenteraient un trouble anxieux et de 13 % à 75 % des patients présenteraient un trouble de l’humeur (Ferreira et al., 2014). Les troubles concomitants peuvent avoir un effet d’addition, c’est-à-dire que l’individu présente des symptômes du SGT ainsi que des symptômes du trouble particulier (Gaze et al., 2006). Les troubles concomitants peuvent également avoir un effet d’interaction agissant de manière à augmenter les symptômes disproportionnément à ce qu’un diagnostic seul aurait pu présenter (Gaze et al., 2006), l’exemple le plus concret serait la manifestation d’épisodes explosifs.

Épisodes explosifs. Les épisodes explosifs (ÉE) se caractérisent par une apparition soudaine d’agressions physiques et/ou verbales qui sont disproportionnées par rapport au stimulus déclencheur (Budman et al., 2000). Ces derniers se manifestent chez 35 % à 70 % des enfants présentant le SGT. La probabilité d’apparition des ÉE est nettement supérieure (> 90 %) lors de la présence de troubles concomitants (Budman et al., 2000). La présence de symptômes d’impulsivité et le manque d’autocontrôle pouvant être liés au TDAH, juxtaposés à la rigidité et au perfectionnisme inhérents au TOC semblent engendrer les ÉE (Budman & Feirman, 2001). Leclerc
et collaborateurs proposent la conception de l’ÉE comme un tic émotionnel étant donné que, comme les tics, il est précédé par un phénomène de montée et qu’il se déclenche de manière soudaine, intense et non volontaire (Leclerc et al., 2012). Dans les tics, le phénomène de montée réfère à une augmentation de la tension physique, alors que dans les ÉE il réfère à une montée de la frustration diminuant le seuil de tolérance de l’individu. Lorsque présents, les parents décrivent les épisodes explosifs comme les manifestations les plus dérangeantes du syndrome (Dooley et al., 1999). Les ÉE sont souvent précédés de sentiments de tension ou d’hyperexcitation (Budman et al., 2000). Ils sont également accompagnés d’un sentiment de perte de contrôle pouvant mener à des menaces de blesser autrui ou soi-même (Budman et al., 2000). Un enfant pourrait crier, s’attaquer à autrui ou à des objets en les frappant et/ou en les lançant à la suite d’une frustration, une situation ne se déroulant pas comme prévue ou une opposition (Budman et al., 2003; Leclerc et al., 2012a). À la suite des ÉE, les regrets et remords sont des sentiments fréquents vécus chez 85 % des enfants (Budman et al., 2000, 2003).

**Symptômes intériorisés**

**Symptômes dépressifs.** Dans la population générale, les symptômes dépressifs se définissent par une humeur triste, vide ou irritable, une perte de l’intérêt et du plaisir, des changements dans les habitudes alimentaires et/ou de sommeil, des sentiments de dévalorisation ou culpabilité excessive, une difficulté à se concentrer et à prendre des décisions ou des pensées de morts récurrentes (APA, 2015). Chez les enfants, l’irritabilité ou des épisodes fréquents de perte de contrôle comportemental sont parfois plus remarqués que la tristesse (APA, 2015; Gaze et al., 2006). Une étude regroupant les principales recherches épidémiologiques québécoises chez les jeunes de 6 à 17 ans rapporte qu’entre 0,7 % et 11,3 % de ces derniers présentent au moins un trouble dépressif (Piché et al., 2017).

Les personnes atteintes du SGT présentent plus de symptômes dépressifs que la population générale (Rizzo et al., 2017; Robertson, 2015). Une méta-analyse (n=16) rapporte que 13 % à 76 % des personnes atteintes du SGT présentent des symptômes dépressifs (Robertson, 2006). Pour les enfants présentant le SGT, les symptômes dépressifs peuvent être liés à différentes causes, notamment, à un état de détresse psychologique (p. ex., manque de contrôle, réaction au diagnostic), aux effets des troubles concomitants (TOC, TDAH), aux effets secondaires de médications et aux difficultés relationnelles et sociales (p. ex., l’intimidation à l’école) (Robertson, 2006). Une étude de Robertson et collaborateurs (2006) rapporte une corrélation positive
significative entre les symptômes dépressifs et la présence du TDAH en concomitance au SGT sur l’échelle Birleson self report depression rating scale (BDSRS) ($r=0.43; \ p=0.001$) et sur l’échelle Children’s Depression Inventory (CDI) ($r=0.33; \ p=0.017$), et une corrélation positive significative entre les symptômes dépressifs sur l’échelle Children’s Depression Inventory (CDI) et les comportements obsessionnels compulsifs en concomitance au SGT ($r=0.36; \ p=0.003$). Selon une étude de Rizzo et collègues (2017) regroupant 98 enfants de 7 à 18 ans présentant le SGT, la sévérité des tics est significativement plus élevée ($p=0.13$) lorsque l’enfant présente des symptômes dépressifs que lorsqu’il n’en présente pas. La recension des écrits de Robertson (2006) rapporte que la dépression chez les individus présentant le SGT, réduit la qualité de vie et peut potentiellement mener à des hospitalisations et un risque de suicide.

**Symptômes anxieux.** Dans la population générale, les symptômes anxieux se manifestent par une peur démesurée ou une anticipation irraisonnable de menaces futures, souvent suivie par un comportement d’évitement envahissant (APA, 2015). La méta-analyse de Beesdo et collègues (2009), regroupant 21 études de huit pays, rapporte que la prévalence d’un trouble anxieux chez les enfants et adolescents est de 15 % à 20 %.

Approximativement la moitié (49.3 %, $n=65540$) des jeunes de 6 à 17 ans atteint du SGT présentent des problèmes d’anxiété diagnostiqués (Bitsko et al., 2014). Les enfants qui présentent des tics rapportent des symptômes d’anxiété tels que des symptômes physiques ($p<0.0001$), des symptômes d’anxiété sociale ($p<0.0001$) et d’anxiété de séparation ($p<0.0001$) plus sévères que les enfants ne présentant pas de diagnostic ($p<0.0001$) (Vermilion et al., 2020). La sévérité des tics ainsi que la présence d’un trouble concomitant chez les enfants présentant le SGT peuvent être associées à la manifestation d’anxiété (Vermilion et al., 2020). Les enfants présentant des tics et un TOC ont significativement plus de chance d’avoir un trouble d’anxiété généralisé (Marwitz et Pringsheim, 2018), ou simplement une anxiété plus sévère (Vermilion et al., 2020) que les enfants ne présentant pas de trouble concomitant. Étant donné la forte relation entre la présence de tics et l’anxiété, les traitements visant autant les tics que l’anxiété seraient à privilégier pour une meilleure efficacité (Marwitz & Pringsheim, 2018).

**Estime de soi**

La perception de soi de tous et toutes est composée de deux éléments : 1) le concept de soi, qui réfère à ce que la personne pense d’elle-même; 2) l’estime de soi, qui réfère à ce que la personne ressent à propos d’elle-même (Smith et al., 2006). La revue systématique de la littérature
de Silvestri et collaborateurs (2018) montre que peu d’études se sont penchées sur la perception de soi des enfants atteints du SGT (concept de soi n=7, estime de soi n=3). En se penchant spécifiquement sur l’estime de soi, l’étude de Bawden et collaborateurs (1998) conclut que les enfants de 7 à 15 ans présentant des tics (n=18) ne rapportent pas plus de problèmes d’estime de soi que des enfants d’un groupe contrôle atteints de diabète (Bawden et al., 1998). Tural Hesapcioglu et collègues (2015) n’arrivent pas aux mêmes conclusions. Leur étude rapporte que les enfants de 6 à 16 ans présentant des tics (n=57) obtiennent un score moyen plus élevé à l’échelle d’estime de soi de Rosenberg (2,3 ± 1,5) qu’un groupe de comparaison d’enfants du même âge (1,2 ± 1; p<0,0001); un score plus élevé reflétant une plus faible estime de soi. Les deux études diffèrent sur le plan méthodologique: 1) les groupes contrôles ne sont pas représentatifs des mêmes populations; 2) la taille de l’échantillon de la seconde étude est plus importante. Pour permettre des conclusions plus spécifiques sur l’estime de soi des enfants présentant un SGT, en particulier en concomitance avec un autre trouble, davantage d’études sont nécessaires. En somme, les résultats de la revue systématique de la littérature suggèrent que la présence d’un trouble concomitant chez les individus présentant un SGT serait le facteur influençant davantage le concept et l’estime de soi, et non la sévérité des tics uniquement (Silvestri et al., 2018). Les troubles concomitants ainsi que les symptômes intériorisés associés au SGT mènent à des conséquences affectant l’estime de soi de cette population (Eapen et al., 2016). Silvestri et collaborateurs (2018) ont également mis en lumière un lien entre la perception de soi et la qualité de vie chez les enfants présentant des tics, soulignant l’importance de traiter cette problématique.

**Interaction entre les comportements agressifs, les symptômes intériorisés et l’estime de soi**

L’étude de Priddis et collègues (2014) rapporte des différences significatives entre les symptômes intériorisés d’enfants tout-venant (âge moyen de 8,8 ans) présentant des comportements agressifs (n=31) et ceux n’en présentant pas (n=26). Les enfants qui présentent des comportements agressifs rapportent plus de symptômes intériorisés, dont des symptômes dépressifs et anxieux (p<0,001) ainsi que des problèmes émotionnels (p<0,001) et sociaux (p<0,001), que les enfants ne présentant pas de comportements agressifs. En outre, les enfants présentant des comportements agressifs rapportent plus de symptômes obsessionnels et compulsifs (p<0,001) ainsi que plus de comportements reliés au TDAH (p<0,001) que des enfants ne présentant pas ce type de comportements (Priddis et al., 2014). Les ÉE inhérents au SGT étant constitués de comportements agressifs, on peut se demander si les ÉE seront liés, eux-aussi, à des
LIEN ENTRE ÉPISODES EXPLOSIFS, SYMPTÔMES DÉPRESSIFS ET ANXIEUX ET ESTIME DE SOI

symptômes intériorisés, d’autant plus que les comportements agressifs et les ÉE ont en commun une forte concomitance de TDAH et TOC. Pourtant, à notre connaissance, aucune étude n’a évalué précisément le lien entre les ÉE et les symptômes intériorisés chez les jeunes présentant le SGT.

Les études abordant le lien entre les comportements agressifs et l’estime de soi ne font pas consensus. Donnellan et collaborateurs (2005) ont mené deux études avec des mesures auto-rapportés d’enfants tout-venant, des mesures des parents et des professeurs, avec des participants de différentes nationalités (États-Unis et Nouvelle-Zélande) et d’âges différents. La première étude (n=292; âge moyen=12,66 ans) rapporte que les effets de l’estime de soi sont significatifs sur les comportements agressifs (rs = -0,17 à -0,26; p<0,05). La deuxième étude regroupant des participants de 11 ans (n=812) et de 13 ans (n=736) rapporte que l’estime de soi est négativement corrélée avec les mesures des parents des comportements externalisés de l’enfant (r= -0,11 à 11 ans; r= -0,17 à 13 ans, p<0,05), ainsi qu’avec les mesures des enseignants des comportements externalisés de l’enfant (r= -0,16 à 11 ans; r= -0,18 à 13 ans, p<0,05). Dans cette étude, les effets de l’estime de soi sont significatifs pour les comportements externalisés d’agression en particulier (rs = -0,13 à -0,26). Les ÉE étant constitués de comportements agressifs, on peut se demander si les ÉE sont eux aussi en lien avec une faible estime de soi. À notre connaissance, aucune étude n’a évalué précisément un lien entre les ÉE et l’estime de soi chez les jeunes présentant le SGT.

La relation entre les ÉE, les symptômes dépressifs, anxieux et l’estime de soi peut être vue comme une interaction, surtout en considérant qu’ils ont en commun un haut taux de troubles concomitants (Budman et al., 2000; Robertson, 2006; Vermilion et al., 2020; Silvestri et al., 2018). Considérant que des symptômes cliniques ne rencontrent pas forcément les critères d’un trouble, il est pertinent de se pencher sur les symptômes et non sur les diagnostics spécifiques (Vermilion et al., 2020). Il est possible de croire que les sentiments de perte de contrôle, de regrets et de remords associés aux ÉE peuvent engendrer des symptômes intériorisés dépressifs, anxieux ainsi qu’une diminution de l’estime de soi. Les études permettant de vérifier cette interaction et son ampleur sont, à notre connaissance, manquantes. Pour approfondir notre compréhension, des recherches plus spécifiques sont nécessaires.

Objectifs

L’objectif premier de la présente étude est d’évaluer le lien entre les ÉE, les symptômes dépressifs, les symptômes anxieux et l’estime de soi chez les enfants présentant le SGT.
Trois hypothèses sont émises :
(1) les enfants présentant le SGT et des ÉE rapporteront plus de symptômes dépressifs que les enfants présentant le SGT sans ÉE ;
(2) les enfants présentant le SGT et des ÉE rapporteront plus de symptômes anxieux que les enfants présentant le SGT sans ÉE ;
(3) les enfants présentant le SGT et des ÉE rapporteront une plus faible estime de soi que les enfants présentant le SGT sans ÉE.

La présente étude a comme second objectif d’explorer le lien entre les symptômes dépressifs, les symptômes anxieux et l’estime de soi chez les enfants présentant le SGT ainsi que des ÉE. L’hypothèse suivante est émise : les symptômes dépressifs, les symptômes anxieux ainsi que la faible estime de soi seront des variables positivement corrélées chez enfants présentant le SGT et des ÉE.

Méthode

Participants

Les données utilisées pour cette étude ont été préalablement recueillies dans le cadre de trois projets de recherche. L’objectif de ces projets était d’évaluer l’effet de thérapies cognitives comportementales visant la diminution de la fréquence et de l’intensité des tics ou la diminution de la fréquence et de l’intensité des ÉE chez les enfants présentant le SGT. Le recrutement a été effectué par l’entremise d’affiches incitatives, d’annonces sur les réseaux sociaux et par la présence à des formations spécifiques, dont celle de l’Association québécoise du syndrome de la Tourette (AQST). Les études principales sur lesquelles se base ce projet présentent leurs propres critères d’inclusion et d’exclusion. La présente étude inclut les participants âgés de 8 à 14 ans qui présentent le SGT comme diagnostic principal. Les participants sont exclus s’ils ont un changement dans leur médication moins d’un mois avant de début de la thérapie et s’ils présentent

un diagnostic du trouble du spectre de l’autisme ou une déficience intellectuelle, cela pouvant engendrer des problèmes de compréhension des énoncés. La présente étude ajoute comme critère d’exclusion ne pas avoir rempli un des instruments de mesure propre à celle-ci. Un seuil d’un ÉE par semaine a été considéré pour distinguer les deux groupes. Au total, 71 participants ont répondu aux questionnaires, dont 35 classés dans la catégorie sans ÉE et 36 classés dans la catégorie avec ÉE. L’âge moyen de 69 des participants est de 10,28 ans, 2 données sociodémographiques de participants du groupe sans ÉE sont manquantes. L’échantillon est composé de 51 garçons et 18 filles. Le tableau 1 présente les caractéristiques des participants (les données de certains participants sont manquantes).

**Tableau 1. Caractéristiques des participants**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Caractéristiques</th>
<th>Groupe sans ÉE (n = 33)</th>
<th>Groupe avec ÉE (n = 36)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Genre</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Garçon</td>
<td>21</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>Fille</td>
<td>12</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Âge moyen</strong></td>
<td>10,40</td>
<td>10,14</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Troubles concomitants</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Symptômes du TDAH</td>
<td>28</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td>Difficultés émotionnelles, psychologiques ou trouble du comportement</td>
<td>16</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Symptômes du TOC*</td>
<td>7</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td>33</td>
<td>36</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Seulement les données de 39 participants sont présentes pour cette section, les autres données sont manquantes.

**Instruments de mesure**

Les participants ont répondu à divers questionnaires dans le cadre des projets antérieurs, mais seuls les questionnaires pertinents pour cette étude ont été retenus. La présence de symptômes dépressifs, anxieux et d’une faible estime de soi en lien avec les ÉE est évaluée à l’aide des questionnaires ci-dessous.
Évaluation descriptive des participants

Entrevue préliminaire. Une évaluatrice formée et indépendante au processus thérapeutique a mené une entrevue structurée préliminaire avec les parents dans le but de documenter les caractéristiques des participants. Le questionnaire sur lequel se base l’entrevue est composé de neuf sections relatives aux renseignements sociodémographiques et à l’histoire développementale des participants; renseignements de base (âge, sexe), symptômes du SGT (âge d’apparition, sévérité et description des tics), autres problématiques comportementales, histoire familiale, histoire de la grossesse et de la naissance, histoire du développement de l’enfant, histoire médicale, scolaire et sociale de l’enfant. À l’aide d’une définition précise des ÉE dans la section des autres problématiques comportementales, le questionnaire permet de déterminer les enfants qui en présentent ou non, ainsi que la fréquence par semaine. Pour cette étude, cet item a été utilisé pour distinguer les groupes; A) avec ÉE, B) sans ÉE en respectant le seuil de 1 ÉE par semaine pour le groupe avec ÉE.

Yale global tic severity scale (YGTSS; Leckman et al., 1989). Cet instrument de mesure permet d’obtenir une caractérisation spécifique des tics moteurs et sonores du participant. Le questionnaire, utilisé à titre descriptif, est administré sous forme d’entretien semi-structuré par une évaluatrice. Pour compléter le questionnaire, cette dernière se base sur des rapports rétroactif d’une semaine de l’enfant et des parents ainsi que sur une observation comportementale de l’enfant (Storch et al., 2007). Un inventaire des tics est d’abord complété, puis la sévérité des tics est mesurée par le biais de cinq dimensions: le nombre, la fréquence, l’intensité, la complexité et l’interférence. Ces dimensions sont chacune évaluées à l’aide d’une échelle de Likert à six points allant de « Aucun » à « Sévère ». Le questionnaire offre des scores séparés pour les tics moteurs, les tics sonores et l’interférence globale. La présente étude prend en compte le score global pour caractériser les tics des participants. Les propriétés psychométriques du YGTSS sont adéquates, avec une corrélation interne élevée ($\alpha = 0.89$), une fidélité test-retest élevée ($r = 0.86$ et $r = 0.91$) et un accord inter juge satisfaisant ($r = 0.52$ et $r = 0.99$) (Leckman et al., 1989).

Évaluation des symptômes intériorisés

Behavioral assessment scale for children second edition (BASC-2; Reynolds, 2009). Cet instrument multidimensionnel est utilisé pour évaluer le comportement et les perceptions de soi des enfants, adolescents et jeunes adultes âgés de 2 à 25 ans. Les participants ont rempli le questionnaire auto-rapporté de l’enfant (SRP : self-report of personality) ainsi que celui des
LIEN ENTRE ÉPISODES EXPLOSIFS, SYMPTÔMES DÉPRESSIFS ET ANXIEUX ET ESTIME DE SOI

parents (PRS : *parent rating scale*). Pour la présente étude, deux versions du questionnaire à mesures auto-rapportées sont utilisées pour refléter le sentiment intérieur de l’enfant : la version pour les participants de 8 à 11 ans et celle de 12 à 21 ans pour les participants de 12 à 14 ans. Les questionnaires comprennent au total huit échelles cliniques : hyperactivité, agression, anxiété, dépression, atypie, retrait, problèmes d’apprentissage et problèmes d’attention (Tan, 2007). Le nombre de question ainsi que leur formulation diffère selon le groupe d’âge ciblé. Dans le cadre de la présente étude, les échelles cliniques qui concernent l’anxiété et la dépression sont utilisées pour évaluer ces symptômes intériorisés. Les items sont sous le format vrai ou faux ou sur une échelle de Likert à quatre points allant de « Jamais » à « Presque toujours ». Les propriétés psychométriques du BASC-2 sont adéquates, avec une cohérence interne élevée ($\alpha = 0,90$) et une fidélité test-retest élevée ($r = 0,80$) (Tan, 2007).

**Évaluation de l’estime de soi**

*Battle culture free self-esteem inventory for Children (Battle, 1992).* Cet instrument mesure l’estime de soi sous l’angle social, scolaire, familial ou en général des enfants âgés de 6 à 18 ans. Dans le cadre de cette étude, le formulaire B comportant 30 énoncés est utilisé. Les enfants doivent indiquer si chaque item correspond à comment ils se sentent d’habitude en cochant « oui » ou « non ». Le score total ainsi que le général sont transformés en rang centile et en score T. Les propriétés psychométriques du BATTLE sont considérées adéquates, avec une fidélité test-retest allant de 0,79 à 0,92, ainsi qu’une bonne validité de contenu (Battle, 1992).

**Procédure**

À la suite du recrutement, les parents ont rempli un formulaire d’information et de consentement et l’assentiment des enfants a été demandé. Via une entrevue téléphonique, la coordonnatrice du laboratoire a vérifié que les critères d’inclusion et d’exclusion des participants soient respectés. Lors de la première rencontre, l’évaluatrice, formée à la passation des questionnaires, a fait une double vérification des critères d’inclusion et d’exclusion avant d’entamer la passation de l’entrevue préliminaire et des tests standardisés. La présente étude a été approuvée par le comité éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains de l’Université du Québec à Montréal (UQAM ; voir Annexe B).

**Devis de recherche**

La présente étude s’inscrit dans un devis quantitatif corréléationnel à mesure unique. Pour répondre à l’objectif premier, les symptômes dépressifs, anxieux et l’estime de soi sont comparés
LIEN ENTRE ÉPISODES EXPLOSIFS, SYMPTÔMES DÉPRESSIFS ET ANXIEUX ET ESTIME DE SOI

chez les groupes (A) enfants présentant le SGT et des ÉE, et (B) enfants présentant le SGT sans ÉE. La distinction des deux groupes se fait au moyen d’une question dans l’entrevue préliminaire qui demande spécifiquement aux parents si leur enfant présente des ÉE, et si oui, à quelle fréquence. Les symptômes intériorisés sont représentés par les variables (1) symptômes dépressifs, et (2) symptômes anxieux. L’estime de soi est la troisième variable mesurée. Les analyses quantitatives de la présente étude ont pour but d’investiguer une différence au niveau des symptômes intériorisés et de l’estime de soi des deux groupes. Les données analysées proviennent des scores des enfants aux questionnaires mesurant les symptômes intériorisés (BASC-2) et l’estime de soi (BATTLE), considérant que la mesure auto-rapportée est un réflecteur valide des sentiments intérieurs de l’enfant. Pour répondre au second objectif, les symptômes dépressifs, les symptômes anxieux et l’estime de soi des enfants présentant le SGT ainsi que des ÉE sont évalués. Les analyses quantitatives de la présente étude ont pour but d’investiguer une corrélation au niveau des derniers symptômes pour expliquer le facteur interactionnel. Les données analysées proviennent des scores des enfants aux questionnaires mesurant les symptômes intériorisés (BASC-2) et à l’estime de soi (BATTLE).

Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été opérées par le programme d’analyse IBM SPSS Statistics. Pour obtenir une taille d’effet (d de Cohen) de 0,65 (α = .05 et β = .80), la présente étude nécessite 78 participants, soit 39 dans chaque groupe.

Pour vérifier le premier objectif, trois tests de Student (test t) ont été effectués dans le but de comparer les symptômes intériorisés et l’estime de soi chez les deux groupes. Les comparaisons effectuées sont: (1) les symptômes dépressifs chez les enfants atteints du SGT qui présentent des ÉE et ceux qui n’en présentent pas; (2) les symptômes anxieux chez les enfants atteints du SGT qui présentent des ÉE et ceux qui n’en présentent pas; (3) l’estime de soi chez les enfants atteints du SGT qui présentent des ÉE et ceux qui n’en présentent pas.

Pour vérifier le second objectif, des corrélations ainsi que des régressions multiples ont été effectuées dans le but d’explorer le lien entre: 1) les symptômes dépressifs; 2) les symptômes anxieux; 3) l’estime de soi chez les enfants présentant le SGT ainsi que des ÉE.
Résultats

L’objectif premier de la présente étude est d’évaluer le lien entre les ÉE d’enfants présentant le SGT et les symptômes dépressifs, les symptômes anxieux et l’estime de soi.

Épisodes explosifs et symptômes intériorisés

Pour évaluer le lien entre les ÉE et les symptômes dépressifs, les résultats des test t pour les participants âgés de 8 à 11 ans et pour les participants âgés de 12 à 14 ans montrent que le niveau moyen de dépression chez ceux qui manifestent des ÉE (8 à 11 ans : M = 71,42, ET = 3,61; 12 à 14 ans : M = 69,40, ET = 2,61) n’est pas significativement différent du niveau moyen de dépression chez ceux qui ne manifestent pas d’ÉE (8 à 11 ans : M = 71,31, ET = 3,70; 12 à 14 ans : M = 68,33, ET = 4,03), t (55) = -1,115, p = n.s., t (12) = -5,28, p = n.s (voir tableau 2).

Pour évaluer le lien entre les ÉE et les symptômes anxieux, les résultats des test t pour les participants âgés de 8 à 11 ans et pour les participants âgés de 12 à 14 ans montrent que le niveau moyen d’anxiété chez les participants de 8 à 11 ans qui manifestent des ÉE (8 à 11 ans : M = 51,61, ET = 6,63; 12 à 14 ans : M = 51,00, ET = 4,16) n’est pas significativement différent du niveau moyen d’anxiété chez ceux qui ne manifestent pas d’ÉE (8 à 11 ans : M = 50,15, ET = 7,48; 12 à 14 ans : M = 50,78, ET = 4,18), t (55) = -7,80, p = n.s., t (12) = -9,4, p = n.s.

Tableau 2. Résultats des test t pour les symptômes dépressifs et anxieux

<table>
<thead>
<tr>
<th>Types de symptômes</th>
<th>Groupe sans ÉE</th>
<th>Groupe avec ÉE</th>
<th>Test t</th>
<th>Erreur standard</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>8 à 11 ans</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Dépressifs</td>
<td>71,31</td>
<td>71,42</td>
<td>-1,15</td>
<td>0,971</td>
<td>0,909</td>
</tr>
<tr>
<td>Anxieux</td>
<td>50,15</td>
<td>51,61</td>
<td>-7,80</td>
<td>1,890</td>
<td>0,439</td>
</tr>
<tr>
<td>12 à 14 ans</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Dépressifs</td>
<td>68,33</td>
<td>69,40</td>
<td>-528</td>
<td>2,019</td>
<td>0,607</td>
</tr>
<tr>
<td>Anxieux</td>
<td>50,78</td>
<td>51,00</td>
<td>-0,94</td>
<td>2,375</td>
<td>0,927</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Épisodes explosifs et estime de soi

Pour évaluer le lien entre les ÉE d’enfants présentant le SGT et l’estime de soi, les résultats des test t montrent que le niveau moyen d’estime de soi chez les participants tous âges confondues qui manifestent des ÉE (M = 19,44, ET = 4,07) n’est pas significativement différent du niveau
moyen d’estime de soi chez ceux qui ne manifestent pas d’ÉE (M = 20,31 ET = 3,74), t (69) = .936, p = n.s (voir tableau 3.1). Les résultats des tests t des sous-échelles ne montrent pas une différence significative dans les niveaux moyens d’estime de soi.

Tableau 3. Résultats des test t pour l’estime de soi

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Groupe sans ÉE (n = 35)</th>
<th>Groupe avec ÉE (n = 36)</th>
<th>Test t</th>
<th>Erreur standard</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Score Global</td>
<td>20,31</td>
<td>19,44</td>
<td>.936</td>
<td>.929</td>
<td>.352</td>
</tr>
<tr>
<td>Estime de soi générale</td>
<td>8,03</td>
<td>7,67</td>
<td>.796</td>
<td>.455</td>
<td>.429</td>
</tr>
<tr>
<td>Estime de soi sociale</td>
<td>3,60</td>
<td>3,47</td>
<td>.580</td>
<td>.220</td>
<td>.564</td>
</tr>
<tr>
<td>Estime de soi académique</td>
<td>4,34</td>
<td>4,08</td>
<td>1,113</td>
<td>.233</td>
<td>.270</td>
</tr>
<tr>
<td>Estime de soi parentale</td>
<td>4,34</td>
<td>4,22</td>
<td>.544</td>
<td>.222</td>
<td>.588</td>
</tr>
<tr>
<td>Lie items</td>
<td>4,00</td>
<td>4,14</td>
<td>-.549</td>
<td>.253</td>
<td>.585</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Relations entre les symptômes dépressifs, anxieux et l’estime de soi dans les épisodes explosifs

L’objectif second de la présente étude est d’explorer le lien entre les symptômes dépressifs, les symptômes anxieux et l’estime de soi chez les enfants présentant le SGT et des ÉE. Pour ces analyses, uniquement les participants manifestant un ÉE par semaine ou plus ont été sélectionnés (n = 36). Pour les participants de 8 à 11 ans (n = 31), les corrélations entre les trois variables indiquent une relation négative significative entre les symptômes anxieux et l’estime de soi r (29) = -.458, p = .009, et des relations négatives non-significatives entre les symptômes dépressifs et anxieux r (29) = -.113, p = n.s et entre les symptômes dépressifs et l’estime de soi r (29) = -.041, p = n.s (voir tableau 4.1).

Pour les participants de 12 à 14 ans (n = 5), les corrélations entre les trois variables indiquent des relations non-significatives; une relation positive entre les symptômes dépressifs et anxieux r (3) = .651, p = n.s, une relation négative entre les symptômes dépressifs et l’estime de soi r (3) = -.642, p = n.s et une relation positive entre les symptômes anxieux et l’estime de soi r (3) = .068, p = n.s (voir tableau 4.2).
LIEN ENTRE ÉPISES EXPLOSIFS, SYMPTÔMES DÉPRESSIFS ET ANXIEUX ET ESTIME DE SOI

Tableau 4.1. Résultats des corrélations entre les symptômes dépressifs, anxieux et l’estime de soi chez les participants de 8 à 11 ans présentant des ÉE

<table>
<thead>
<tr>
<th>Symptômes dépressifs</th>
<th>Symptômes anxieux</th>
<th>Estime de soi</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Corrélation</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>-.113</td>
<td>-.041</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>p</strong></td>
<td>.546</td>
<td>.828</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Corrélation</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-.113</td>
<td>1</td>
<td>-.458**</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>p</strong></td>
<td>.546</td>
<td>.009</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilateral)**

Tableau 4.2. Résultats des corrélations entre les symptômes dépressifs, anxieux et l’estime de soi chez les participants de 12 à 14 ans présentant des ÉE

<table>
<thead>
<tr>
<th>Symptômes dépressifs</th>
<th>Symptômes anxieux</th>
<th>Estime de soi</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Corrélation</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>.651</td>
<td>-.642</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>p</strong></td>
<td>.234</td>
<td>.243</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Corrélation</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>.651</td>
<td>1</td>
<td>.068</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>p</strong></td>
<td>.234</td>
<td>.914</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Corrélation</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-.642</td>
<td>.068</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>p</strong></td>
<td>.243</td>
<td>.914</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Afin d’explorer davantage les relations entre les symptômes dépressifs, les symptômes anxieux et l’estime de soi lorsque des ÉE sont présents, des régressions multiples ont été réalisées avec une méthode d’entrée simultanée des variables. Pour les participants de 8 à 11 ans (n = 31), le modèle avec les symptômes dépressifs comme variable dépendante et les symptômes anxieux
ainsi que l’estime de soi comme variables indépendantes explique une partie non-significative de la variabilité $F(2,28) = .336$, $p = n.s$. Ce modèle explique 2,3% de la variabilité totale (-4,6% ajusté; voir tableau 5.1). Le modèle avec les symptômes anxieux comme variable dépendante et les symptômes dépressifs ainsi que l’estime de soi comme variables indépendantes explique une partie significative de la variabilité $F(2,28) = 4,122$, $p = .027$. Les symptômes dépressifs ne permettent pas de prédire une quantité significative de la variabilité, $\beta = -.131$, $t(28) = -.791$, $p = n.s$. L’estime de soi est un prédicteur significatif $\beta = -.464$, $t(28) = -2,790$, $p = .009$. Ce modèle explique 22,7% de la variabilité totale (17,2% ajusté). Le modèle avec l’estime de soi comme variable dépendante et les symptômes dépressifs ainsi que les symptômes anxieux comme variables indépendantes explique une partie significative de la variabilité $F(2,28) = 3,922$, $p = .032$. Les symptômes dépressifs ne permettent pas de prédire une quantité significative de la variabilité, $\beta = -.093$, $t(28) = -.556$, $p = n.s$. Les symptômes anxieux sont un prédicteur significatif $\beta = -.469$, $t(28) = -2,790$, $p = .009$. Ce modèle explique 21,9% de la variabilité totale (16,3% ajusté).

Tableau 5. Résultats des régressions multiples entre les symptômes dépressifs, anxieux et l’estime de soi chez les participants de 8 à 11 ans présentant des ÉE

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>$R^2$</th>
<th>$F$</th>
<th>$p$</th>
<th>Coefficients</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>$X^1$: Symptômes anxieux</td>
<td>.023</td>
<td>.336</td>
<td>.717</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>$X^2$: Estime de soi</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>$Y$: Symptômes dépressifs</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>$X^1$: Symptômes dépressifs</td>
<td>.227</td>
<td>4,122</td>
<td>.027</td>
<td>D : $\beta = -.131$, $t(28) = -.791$, $p = .436$</td>
</tr>
<tr>
<td>$X^2$: Estime de soi</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>$Y$: Symptômes anxieux</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>$X^1$: Symptômes dépressifs</td>
<td>.219</td>
<td>3,922</td>
<td>.032</td>
<td>D : $\beta = -.093$, $t(28) = -.556$, $p = .583$</td>
</tr>
<tr>
<td>$X^2$: Symptômes anxieux</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>$Y$: Estime de soi</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Pour les participants de 12 à 14 ans ($n = 5$), le modèle avec les symptômes dépressifs comme variable dépendante et les symptômes anxieux ainsi que l’estime de soi comme variables indépendantes explique une partie non-significative de la variabilité $F(2,2) = 8,675$, $p = .103$, n.s.
LIEN ENTRE ÉPISODES EXPLOSIFS, SYMPTÔMES DÉPRESSIFS ET ANXIEUX ET ESTIME DE SOI

Ce modèle explique 89,7% de la variabilité totale (79,3% ajusté). Le modèle avec les symptômes anxieux comme variable dépendante et les symptômes dépressifs ainsi que l’estime de soi comme variables indépendantes explique une partie non-significative de la variabilité F (2,2) = 4,717, p = .175, n.s. Ce modèle explique 82,5% de la variabilité totale (65% ajusté). Le modèle avec l’estime de soi comme variable dépendante et les symptômes dépressifs ainsi que les symptômes anxieux comme variables indépendantes explique une partie non-significative de la variabilité F (2,2) = 4,596, p = .179, n.s. Ce modèle explique 82,1% de la variabilité totale (64,3% ajusté).

Discussion

Les ÉE sont fréquents chez les enfants atteints du SGT (> 90 % lors de la présence de TDAH et de TOC en concomitance; Budman et al., 2000), et sont considérés comme la manifestation la plus dérangeante du syndrome (Dooley et al., 1999). De plus, les enfants atteints du SGT présentent fréquemment des symptômes dépressifs et anxieux (Robertson, 2015), et l’effet du syndrome sur l’estime de soi ne fait pas consensus à ce jour dans la littérature scientifique (Silvestri et al., 2018). Considérant que les enfants tout-venant d’âge scolaire qui présentent des comportements agressifs rapportent plus de symptômes dépressifs et anxieux (Priddis et al., 2014), de même qu’une plus faible estime de soi (Donnellan et al., 2005) que les enfants qui ne présentent pas de comportement agressif, la présente étude visait à approfondir les relations entre ces variables chez les enfants présentant le SGT. Plus précisément, le premier objectif était d’évaluer le lien entre les ÉE, les symptômes dépressifs, les symptômes anxieux et l’estime de soi chez les enfants présentant le SGT. Le second objectif était d’explorer le lien entre les symptômes dépressifs, les symptômes anxieux et l’estime de soi chez les enfants présentant le SGT ainsi que des ÉE. Les participants ont été classés en deux groupes selon la manifestation d’au moins un ÉE par semaine ou non, et ont répondu à des questionnaires évaluant leurs symptômes dépressifs, leurs symptômes anxieux et leur estime de soi.

Le niveau de symptômes dépressifs chez tout participant confondu est cliniquement élevé, comme le suggérait Robertson (2015). Bien que la différence soit non-significative, les enfants présentant des ÉE rapportent un niveau de symptômes dépressifs légèrement plus haut que les enfants n’en présentant pas, ce qui ne permet pas de confirmer la première hypothèse. Ces résultats sont en contradiction avec l’étude de Priddis et collaborateurs (2014) qui suggérait que les enfants tout-venant présentant des comportements agressifs rapportent significativement plus de
symptômes dépressifs que ceux n’en présentant pas. Considérant le niveau cliniquement élevé de symptômes dépressifs pour tous les participants, un effet plafond peut expliquer la différence non-significative obtenue dans la présente étude.

Les résultats de la présente étude reflètent un niveau de symptômes anxieux non cliniquement élevé, tous participants confondus, contrairement à ce que suggérait Robertson (2015). Comme pour les symptômes dépressifs, les enfants présentant des ÉE rapportent un niveau de symptômes anxieux légèrement plus haut que les enfants n’en présentant pas, bien que cette différence soit non-significative. Ces résultats ne permettent pas de confirmer la deuxième hypothèse. Ces résultats sont également en contradiction avec l’étude de Priddis et collaborateurs (2014) qui suggérait que les enfants tout venant présentant des comportements agressifs rapportent significativement plus de symptômes anxieux que ceux n’en présentant pas.

Le niveau d’estime de soi, tous participants confondus, est cliniquement bas. À l’inverse de la troisième hypothèse, les enfants présentant des ÉE rapportent un niveau d’estime de soi légèrement plus haut que les enfants n’en présentant pas, bien que cette différence soit non-significative. Ces résultats sont en contradiction avec l’étude de Donnellan et collègues (2005) qui suggérait que les enfants tout-venant présentant des comportements agressifs rapportent significativement une plus faible estime de soi que ceux n’en présentant pas. En ce qui a trait à l’effet du SGT sur l’estime de soi, la revue de la littérature de Silvestri et collègues (2018) n’arrivait pas à un consensus. Le profil d’estime de soi des enfants ayant le SGT ne correspondrait donc pas à celui des enfants tout-venant.

La quatrième hypothèse postulait que les symptômes dépressifs, les symptômes anxieux ainsi que la faible estime de soi seront des variables positivement corrélées chez enfants présentant le SGT et des ÉE. Les résultats révèlent une corrélation significative entre les symptômes anxieux et l’estime de soi chez les participants de 8 à 11 ans. Ceci laisse sous-entendre que plus un enfant est anxieux, plus il aurait une estime de soi élevée. Les régressions multiples chez les participants de 8 à 11 ans confirment le rôle inattendu des symptômes anxieux. Dans le modèle où les symptômes dépressifs et l’estime de soi influencent les symptômes anxieux, l’estime de soi est un prédicteur significatif des symptômes anxieux. De plus, dans le modèle où les symptômes dépressifs et les symptômes anxieux influencent l’estime de soi, les symptômes anxieux sont un prédicteur significatif de l’estime de soi. Cependant, les résultats ne rapportent ni corrélation ni régression multiple significative pour les participants de 12 à 14 ans. Ceci s’explique en partie par
le fait que l’échantillon était peu élevé (n = 5). Le BASC-2 (Reynolds, 2009) étant conçu de manière à séparer notre échantillon en deux tranches d’âge : 8 à 11 ans, et 12 à 14 ans, il est possible de se demander si les résultats démontrent un lien avec le développement, outre le plus petit nombre de participant âgés de 12 à 14 ans. En somme, les résultats des corrélations et des régressions multiples indiquent qu’il n’y aurait pas de phénomène de cumulation des symptômes, ce qui infirme la dernière hypothèse. Par contre, il serait intéressant d’explorer plus en profondeur l’effet entre les symptômes anxieux et l’estime de soi.

La présente étude permet donc d’approfondir la compréhension actuelle des ÉE et ses relations avec les manifestations sous-jacentes du syndrome. La nature clinique de l’échantillon permet uniquement d’affirmer que pour un échantillon d’enfants présentant le SGT qui ont su se mobiliser pour s’engager dans une psychothérapie de 10 semaines, les symptômes dépressifs, anxieux et l’estime de soi seraient à des niveaux semblables chez les enfants manifestant des ÉE et ceux n’en manifestant pas. Ces résultats mettent en lumière les effets des tics sur le fonctionnement de l’enfant qui sont parfois négligés, surtout lorsque les ÉE sont présents. Pourtant, les ÉE ne semblent pas avoir d’effet sur l’estime de soi des enfants. Le portrait clinique n’étant pas généralisable, l’important d’évaluer les variables de manière individuelle est à prendre en compte. Toutefois, il ne faut pas négliger l’effet des ÉE, qui pourraient avoir un impact plus notable dans une population plus représentative du SGT chez les enfants.

**Limites**

La limite principale de la présente étude est la nature clinique de l’échantillon, qui empêche de généraliser les résultats à tous les enfants présentant le SGT. En effet, les participants qui ont pris part à l’étude ont su se mobiliser et avoir un soutien parental assez présent pour aller chercher de l’aide, puis suivre une psychothérapie ciblant les tics ou les ÉE. Un échantillon plus représentatif des enfants atteints du SGT serait à envisager dans de futures recherches. Le nombre de participants de 12 à 14 ans présentant des ÉE est une autre limite de la présente étude. Un échantillon plus grand pour le groupe manifestant des ÉE permettrait une meilleure exploration des relations entre les symptômes dépressifs, anxieux et l’estime de soi. De plus, l’instrument de mesure pour évaluer les symptômes dépressifs et anxieux, le BASC-2 (Reynolds, 2009), est conçu de manière à séparer notre échantillon. Ainsi, un instrument de mesure adapté aux participants de 8 à 14 ans permettrait de rapporter des résultats plus globaux et pallier en partie le problème de taille d’échantillon.
Retombées scientifiques et cliniques

Des recherches plus approfondies sont nécessaires pour explorer davantage les interactions entre les ÉE chez les enfants présentant le SGT et les symptômes dépressifs, anxieux ainsi que l’estime de soi. Outre considérer un échantillon plus grand et plus représentatif du SGT en général chez les enfants, il serait intéressant d’explorer des variables médiatrices comme le soutien parental considérant qu’un échantillon mobilisé dans une psychothérapie reçoit un soutien parental adéquat.

Sur le plan clinique, la présente étude soulève l’importance de la prise en compte des symptômes dépressifs, anxieux et de l’estime de soi dans les interventions pour les enfants présentant le SGT, avec ou sans ÉE. Les ÉE étant tout de même la manifestation la plus dérangeante du syndrome (Dooley et al., 1999), elle n’est pas à négliger. Cependant, il est important de se sensibiliser aux effets des tics, particulièrement sur les symptômes dépressifs et sur l’estime de soi chez une population clinique.

Conclusion

La présente étude visait à investiguer le lien entre les ÉE des enfants ayant le SGT et la présence de symptômes dépressifs, de symptômes anxieux et d’une faible estime de soi. Bien que les résultats rapportent des niveaux semblables de symptômes dépressifs, anxieux et d’estime de soi chez les enfants manifestant ou non des ÉE, la présente étude permet tout de même d’approfondir la compréhension actuelle des relations entre ces variables. De plus, les résultats suggèrent que ces variables ne semblent pas se cumuler lorsqu’un enfant manifeste des ÉE, mais il y aurait une interaction négative entre les symptômes anxieux et l’estime de soi. Ce projet permet également de proposer des pistes de recherches futures permettant de définir plus précisément les relations entre les ÉE et les manifestations sous-jacentes du SGT et ainsi, permettre éventuellement d’améliorer les programmes d’autogestion pour possiblement diminuer la fréquence d’ÉE et augmenter la qualité de vie de l’enfant ainsi que du contexte familial.
Références


Battle, J. (1992). Culture-free self-esteem inventories (2nd ed.). Austin, TX, PRO-ED.


ANNEXE A : Certificat d’approbation éthique du Comité d’éthique de la recherche avec les êtres humain (CERPE 4)

CERTIFICAT D’APPROBATION ÉTHIQUE

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

Titre du projet: Le lien entre les épisodes explosifs d’enfants ayant le syndrome de Gilles de la Tourette, les symptômes dépressifs, anxieux et l’estime de soi

Nom de l’étudiant: Mézla GAGNON

Programme d’études: Thèse de spécialisation en psychologie ou stage de recherche (1er cycle)

Direction de recherche: Julie LECLERC

Modalités d’application

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

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

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

Anne-Marie PARIS
Professeure, Département de linguistique
Présidente du CERPÉ FSH