

Leila Ben Amor, Yvon L'Abbé,
Dominique Cousineau et Paule Morin

Troubles mentaux chez les enfants et les adolescents

Prévenir, repérer tôt, intervenir



CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier
universitaire pour l'enfant.

Université 
de Montréal

Troubles mentaux chez les enfants et les adolescents

Prévenir, repérer tôt, intervenir

**Leila Ben Amor, Yvon L'Abbé,
Dominique Cousineau et Paule Morin**

Troubles mentaux chez les enfants et les adolescents

Prévenir, repérer tôt, intervenir



Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives nationales du Québec et Bibliothèque et Archives Canada

Ben Amor, Leila, 1959-

Les troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent
(Actions cliniques)

Comprend des références bibliographiques et un index.
ISBN 978-2-89619-807-8

1. Enfants - Psychopathologie. 2. Adolescents - Psychopathologie. I. L'Abbé, Yvon, 1949- . II. Morin, Paule, 1964- . III. Cousineau, Dominique. IV. Titre. V. Collection: Actions Cliniques (Éditions CHU Sainte-Justine).

RJ499.B46 2017

618.92'89

C2016-942582-7

Illustration de la couverture: Olivier Lasser
Conception graphique et réalisation: Nicole Tétreault

Diffusion et distribution: au Québec: Prologue
en France, en Belgique et au Luxembourg:
CEDIF (diffusion) — Daudin (distribution)
en Suisse: Servidis

Éditions du CHU Sainte-Justine
3175, chemin de la Côte-Sainte-Catherine
Montréal (Québec) H3T 1C5
Téléphone: 514 345-4671
Télécopieur: 514 345-4631
www.editions-chu-sainte-justine.org

© Éditions du CHU Sainte-Justine 2017
Tous droits réservés
ISBN 978-2-89619-807-8 (imprimé)
ISBN 978-2-89619-808-5 (pdf)
ISBN 978-2-89619-809-2 (ePub)

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017
Bibliothèque et Archives Canada, 2017

Membre de l'Association nationale des éditeurs de livres

ASSOCIATION
NATIONALE
DES ÉDITEURS
DE LIVRES

Remerciements

Les propos exprimés dans cet ouvrage relèvent bien sûr de l'apport de chacun des coauteurs et coauteurs, mais également des commentaires, suggestions et corrections effectués par nos correcteurs et correctrices. Nous leur sommes extrêmement redevables et leur exprimons nos remerciements les plus chaleureux.

Nos correcteurs et correctrices

Diane Dubé, T.S.P. Travailleuse sociale au programme Jeunes en difficulté, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière et en pratique privée.

Nicole Laramée, inf. Infirmière clinicienne à la Clinique des jeunes 14-21 ans, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière.

Claude Saint-Laurent, M. D. Omnipraticien à l'Unité de médecine familiale, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière.

Michel Sirois, M. D. Omnipraticien au Groupe de médecine familiale de l'Hêtrière, Clinique Focus, Saint-Augustin-de-Desmaures, Québec.

Marie-Pier Bourque, M. Sc. (maîtrise en psychoéducation).

Notre gratitude s'exprime également à l'égard du D^r Philippe Lageix, M. D. CSPQ, qui a accepté de signer la préface. Le Dr Lageix est pédopsychiatre au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (site de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas) et au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (site de l'Hôpital Rivière-des-Prairies). Il est également professeur adjoint, à la fois à l'Université de Montréal et à l'Université McGill.

Nous remercions finalement la direction et le personnel des Éditions du CHU Sainte-Justine de nous avoir accueillis dans leur famille. Nous leur sommes aussi énormément redevables pour tout le professionnalisme dont ils ont fait preuve lors de l'édition de cet ouvrage.

Liste des auteurs

Leila Ben Amor, M. D.

Pédopsychiatre et chercheuse clinicienne au Département de psychiatrie du CHU Sainte-Justine, elle a occupé les fonctions de chef du Département de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Elle est professeure agrégée de clinique à l'Université de Montréal. Ses travaux s'intéressent aux facteurs de risque (génétiques et environnementaux) des troubles mentaux, à une meilleure compréhension de l'étiologie de ces troubles et aux interventions thérapeutiques précoces efficaces à effectuer, notamment l'implantation de programmes d'intervention et de soutien aux parents de jeunes présentant des troubles cognitifs et comportementaux.

Yvon L'Abbé, M. A. Ps.

Psychologue à la retraite, il est coauteur de différents ouvrages portant sur la modification et l'analyse du comportement, les comportements agressifs, l'entraînement aux habiletés sociales, la prévention des handicaps et des retards de développement et la prévention en santé mentale des enfants et des adolescents. Il est membre du Comité des usagers du Sud de Lanaudière.

Dominique Cousineau, M. D.

Pédiatre spécialisée en développement de l'enfant, elle est chef de la Section développement au Département de pédiatrie du CHU Sainte-Justine et professeure agrégée de clinique à l'Université de Montréal. Elle œuvre au sein d'une équipe d'évaluation interdisciplinaire de troubles neurodéveloppementaux complexes dont les troubles du spectre autistique.

Paule Morin, Ph. D.

Psychologue et coordonnatrice à la Clinique d'intervention précoce au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, site Hôpital Rivière-des-Prairies, elle offre des services spécialisés à des enfants et des adolescents qui souffrent de troubles psychotiques. Elle pratique également en cabinet privé.

Préface

Ce livre est le fruit du travail minutieux de deux psychologues, d'une pédiatre spécialisée dans le développement et d'une pédopsychiatre.

Il a d'abord pour vocation d'informer les intervenants de première ligne (médecins, professionnels de la santé) sur l'état actuel des connaissances dans le domaine de la prévention et de l'intervention précoce en regard des principaux troubles mentaux que l'on retrouve chez les jeunes. La terminologie utilisée se rapporte à celle utilisée dans le *DSM-5* afin de faciliter une démarche diagnostique partagée et utilisable.

Il est aussi un compagnon que l'on peut rapidement et ponctuellement consulter pour affiner notre démarche ou clarifier une situation clinique complexe. Il peut nous aider à ramener à l'avant-plan une interprétation précise de la symptomatologie observée, permettant d'élaborer un plan d'intervention qui accordera une place de choix à des interventions éprouvées.

Cet ouvrage est écrit avec un objectif de clarté, autant dans sa forme que dans son style, ce qui le rend agréable à lire. Son format judicieux permet de l'emmener pour le consulter lorsqu'on le juge nécessaire. Les différents chapitres présentent chaque trouble mental de façon standardisée et détaillée, permettant une consultation rapide et une mémorisation aisée. Des informations pratiques et des références pour aller plus loin sont fournies à la fin de chaque chapitre et en annexe. Ainsi, au contraire du traité exhaustif (*textbook*), il se veut un outil pratique. De plus, les informations contenues sont étayées sur des preuves rigoureuses et actuelles.

Ce livre s'inscrit surtout dans une tradition de prévention et d'intervention précoce où les intervenants de première ligne se doivent de prévenir l'émergence de troubles mentaux en proposant des programmes d'intervention précoce efficaces auprès de groupes de jeunes. On se doit aussi de recueillir les informations pertinentes auprès des jeunes et de leurs proches pour repérer les signaux d'alerte d'un trouble mental à ses débuts. Il est alors possible de proposer des stratégies d'intervention basées sur des données probantes, dont l'efficacité est clairement améliorée par la précocité. Cet ouvrage nourrit une vision intégrée de ces démarches complémentaires pour chaque trouble mental.

Philippe Lageix M. D., CSPQ, pédopsychiatre
Institut universitaire en santé mentale Douglas et
Hôpital Rivière-des-Prairies
Professeur adjoint, Université de Montréal et Université McGill

Table des matières

INTRODUCTION

PARTIE I • Troubles mentaux et intervention précoce

CHAPITRE 1

Définition, prévalence et impacts des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents

Définition

Prévalence

Impacts des troubles mentaux sur l'individu et la société

De la détection au diagnostic

Importance du dépistage précoce des troubles mentaux

Recueillir des informations auprès des parents

Recourir à différents outils pour dépister un trouble mental possible

L'accès aux services de santé mentale jeunesse

Intervenir tôt, car les programmes d'intervention précoce sont efficaces

Favoriser une bonne transition entre l'adolescence et l'âge adulte

Des proches qui prennent d'abord soin d'eux-mêmes

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux — DSM-5 et la prévention

PARTIE II • Troubles mentaux chez les enfants et les adolescents

CHAPITRE 2

Trouble dépressif caractérisé

Définition

Prévalence

Causes

Troubles concomitants

Dépression chez les enfants de 7 à 11 ans

Dépression chez les adolescents de 12 à 18 ans

Signaux d'alerte d'un trouble dépressif caractérisé (dépression majeure)

Programmes de prévention de la dépression

Intervention

Attitudes aidantes

Attitudes à éviter

Psychothérapie
Médication

CHAPITRE 3

Trouble bipolaire de type I

Définition

Prévalence

Facteurs de risque

Troubles concomitants

Signaux d'alerte d'un trouble bipolaire de type I

Prévention d'une rechute

Intervention

Attitudes aidantes

Interventions psychothérapeutiques

Traitement pharmacologique

CHAPITRE 4

Troubles anxieux

Définition

Prévalence

Facteurs de risque

Psychosociaux

Médicaux

Troubles concomitants

Différents troubles anxieux (TA)

Anxiété de séparation

Phobie spécifique

Anxiété sociale (phobie sociale)

Agoraphobie

Trouble panique

Trouble d'anxiété généralisée

Mutisme sélectif

Signaux d'alerte d'un trouble anxieux

Stratégies préventives

Programmes d'intervention précoce

Intervention

Objectif de l'intervention

Attitudes aidantes

Attitudes à éviter

Psychothérapie

Médication

CHAPITRE 5

Troubles obsessionnels compulsifs et apparentés

Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)

Définition

Prévalence

Causes

Troubles concomitants

Intervention

Obsession d'une dysmorphie corporelle (ODC)

Définition

Prévalence

Causes

Impact de l'obsession d'une dysmorphie corporelle (ODC)

Intervention

CHAPITRE 6

Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress

Trouble réactionnel de l'attachement (TRA)

Trouble de désinhibition du contact social (TDSCS)

Impact de la négligence et de la maltraitance sur le développement de troubles mentaux

Négligence

Maltraitance

L'attachement parent-enfant

L'attachement sécurisant

L'attachement insécurisant

Prévention

Stratégies d'intervention

Trouble de stress post-traumatique

Définition

Prévalence

Programme de prévention et d'intervention précoce

Intervention

CHAPITRE 7

Troubles des conduites alimentaires (TCA) et de l'ingestion d'aliments

Définitions

Restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments

Anorexie mentale

Boulimie

Accès hyperphagiques

Trouble des conduites alimentaires chez l'homme

Prévalence

Facteurs de risque

Répercussions des troubles des conduites alimentaires
Signaux d'alerte d'un trouble des conduites alimentaires
Programmes de prévention

Intervention

Attitudes aidantes
Attitudes à éviter
Objectifs de l'intervention
Psychothérapie
Médication

CHAPITRE 8

Troubles neurodéveloppementaux

Trouble du spectre de l'autisme (TSA)

Définition
Caractéristiques
Types de soutien selon le niveau de sévérité du TSA
Déficits associés
Diagnostic différentiel: trouble de la communication sociale (TCS)
Prévalence du TSA
Causes
Troubles concomitants
Démarche clinique
Intervention
Importance de l'implication des parents

Attitudes aidantes à utiliser auprès d'un jeune présentant un TSA

Efficacité des programmes d'intervention précoce
Autres programmes
Médication
Approches complémentaires
Interventions non soutenues par des preuves scientifiques
En conclusion

Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH)

Définition
Prévalence
Impact du TDAH
Causes
Troubles concomitants
Signaux d'alerte d'un trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH)
Programmes de prévention et d'intervention précoce
Intervention

CHAPITRE 9

Troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites

Trouble oppositionnel avec provocation (TOP)

Définition

Prévalence

Causes

Troubles concomitants

Signaux d'alerte d'un trouble oppositionnel avec provocation

Programmes de prévention

Intervention

Trouble des conduites (TC)

Définition

Prévalence

Facteurs de risque

Troubles concomitants

Signaux d'alerte d'un trouble des conduites

Programmes de prévention et d'intervention précoce

Intervention

CHAPITRE 10

Troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques

Manifestations des troubles du spectre de la schizophrénie

Hétérogénéité des troubles psychotiques

Les symptômes psychotiques mineurs

La schizophrénie

Signaux d'alerte d'un trouble psychotique

Phases de développement du trouble psychotique

Causes

Prévalence

Psychose

Schizophrénie

Troubles concomitants

Impacts des troubles psychotiques

Outils d'évaluation

Programmes d'intervention précoce

Avantages des programmes d'intervention précoce

Prédire la psychose: la prudence est de mise

Intervention

Premier épisode psychotique

Attitudes aidantes

Attitudes à éviter

Psychothérapie

Médication

CHAPITRE 11

Intervention thérapeutique, réadaptation psychosociale, rétablissement et pratiques psychologiques scientifiques efficaces

Intervention thérapeutique

Définition

Compétences du psychothérapeute

Accessibilité

Réadaptation psychosociale

Rétablissement

Pratiques psychologiques scientifiques efficaces

Des parents et des jeunes informés

Autres avenues prometteuses

Des parents et des jeunes qui questionnent

Prévention des rechutes

Définition

Moyens de prévention des rechutes

CHAPITRE 12

Technologies de l'information et santé mentale

Télesanté mentale (*Telemental Health*)

Les sites Web sur la prévention en santé mentale

Les programmes de traitement en ligne sur les troubles mentaux

Dépression

Troubles anxieux

Trouble du comportement alimentaire

Résultats de ces programmes

Jeux de société

Planches de jeu

Jeux en ligne

Conduites individuelles et collectives à adopter pour une meilleure prévention des troubles mentaux chez les jeunes

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

ANNEXE 1

Outils francophones de dépistage et d'aide au diagnostic des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents à l'usage des praticiens de première ligne

ANNEXE 2

Ressources et sites Web portant sur la santé mentale et les troubles mentaux des enfants et des adolescents

Associations et regroupements en santé mentale

Cliniques et centres hospitaliers spécialisés

Dépression et troubles bipolaires

Mutisme sélectif

Troubles anxieux

Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress

Troubles de la conduite alimentaire

Troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites

TOP

Troubles des conduites

Troubles neurodéveloppementaux

Troubles du spectre de l'autisme

Troubles du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH)

Troubles obsessionnels-compulsifs

Troubles psychotiques

Interventions thérapeutiques, réadaptation psychosociale, rétablissement

Droits en santé

Droits en santé mentale

ANNEXE 3

Signaux d'alerte d'un trouble mental possible

GLOSSAIRE

LISTE DES TABLEAUX

Introduction

L'être humain se développe en fonction de facteurs héréditaires et de son environnement. La période de l'enfance et de l'adolescence permet l'acquisition d'une multitude de connaissances et d'attitudes qui serviront au jeune tout au long de sa vie. Tous les parents espèrent que cette période comprendra les facteurs qui assureront la croissance et l'épanouissement de leur enfant. Les intempéries de la vie peuvent cependant compromettre ce trajet menant à la vie adulte. Ainsi, certains jeunes — malgré le soutien de leurs parents — seront moins bien préparés que d'autres à entreprendre leur vie d'adulte. Malheureusement, il n'existe aucune garantie qu'une personne sera à l'abri de développer un trouble mental au cours de sa vie. L'inverse est aussi vrai. **On ne peut prédire en toute certitude qu'un individu souffrira d'un trouble mental, et ce, même si son hérédité et son environnement lui sont au départ défavorables.** L'être humain est doté de nombreuses caractéristiques remarquables qu'il peut utiliser pour modifier lui-même son parcours de vie. N'avez-vous pas dans votre entourage certaines personnes qui ont vécu des épreuves difficiles et qui s'en sont admirablement bien sorties? **Tout n'est pas prévu, déterminé à l'avance: chaque être humain peut modifier son parcours de vie.** D'ailleurs, les psychothérapies contribuent à l'épanouissement de la personne en cherchant à modifier les comportements, croyances et attitudes.

Les premières interventions préventives consistent à adopter des comportements et attitudes pour préserver et améliorer la santé mentale des jeunes (L'Abbé et coll., 2013). Rappelons que la santé mentale est bien plus que l'absence d'une maladie mentale (ou d'un trouble mental). Elle incarne davantage un état de bien-être permettant à chacun de se réaliser pleinement.

«La *santé mentale* est un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté.» (OMS, 2007)

Un jeune en bonne santé mentale aime la vie, utilise ses aptitudes pour atteindre ses objectifs, entretient des relations interpersonnelles harmonieuses, apporte sa contribution à la société et affronte les difficultés inévitables de l'existence en trouvant des solutions appropriées qui favorisent son épanouissement. Il est également capable de puiser dans ses ressources et d'aller chercher de l'aide s'il juge qu'il en a besoin.

En ce début de XXI^e siècle, force est de constater que les sciences humaines ont énormément progressé. Plusieurs écoles de pensée ont développé des créneaux bien distincts et des approches cliniques différentes pour traiter un trouble mental. La majorité de ces approches préconisent d'intervenir tôt si l'on en suspecte un.

Pour prévenir les troubles mentaux en bas âge, l'implication des parents ainsi que celle du personnel des milieux de garde et scolaire est primordiale. Les pays qui disposent de politiques en regard de la santé mentale et du bien-être des jeunes en milieu scolaire accordent une priorité accrue au soutien des élèves (Patalay et coll., 2016).

Les troubles mentaux chez les jeunes s'installent progressivement et souvent de façon insidieuse. De ce fait, ils sont plus difficiles à repérer puis à dépister, comme nous le démontrerons dans le présent ouvrage. Cependant, ils peuvent être très dommageables et nécessitent des investigations et des traitements appropriés.

Tout un chacun dispose d'une opinion plus ou moins exacte sur les troubles mentaux, entraînant des jugements de valeur peu fondés qui se traduisent malheureusement, et trop souvent, par de la discrimination et de la stigmatisation à l'égard des personnes atteintes. Souvent, notre ignorance nous pousse à adopter de telles attitudes, car nous nous sentons menacés devant l'inconnu. Il nous faut reconnaître nos peurs et nos appréhensions issues d'une telle ignorance et avoir le courage d'essayer de mieux comprendre ce qui nous échappe. La transmission de connaissances de base sur les troubles mentaux, sur leur dépistage et, surtout, sur les interventions efficaces à mettre en place — à la fois pour les prévenir et pour mieux intervenir — constitue l'objectif fondamental du présent ouvrage.

Le dépistage auprès des enfants et des adolescents chez qui l'on soupçonne un trouble mental et l'intervention précoce qui s'ensuit représentent cependant des approches relativement nouvelles. Plusieurs recherches sont encore à faire avant qu'on puisse tirer des certitudes de ces

informations. À plusieurs égards, notre ignorance a cédé la place à de meilleures connaissances. **Dans ce contexte, il importe de véhiculer les informations sur les programmes d'intervention précoce, les médications et les thérapies les plus efficaces et les plus prometteuses**, et ce, pour favoriser le développement harmonieux des enfants et des adolescents. Les dispensateurs de services doivent favoriser l'application de pratiques cliniques efficaces.

Cet ouvrage s'inscrit dans les orientations de l'American Psychological Association qui préconise, auprès des jeunes, **l'utilisation d'interventions médicales et psychologiques basées sur des données probantes et privilégie dans la plupart des cas les interventions psychosociales*¹ de premier recours²** à moins que la situation de la personne ne requière une intervention pharmacologique de première instance (Brown et coll., 2009). Il souscrit également à diverses recommandations de l'INESSS (2013b) en spécifiant les approches d'intervention efficaces, les programmes d'intervention précoce prometteurs et en suggérant aux adolescents, aux parents et aux intervenants des références et des ressources pour chaque trouble mental répertorié. Il décrit les différents troubles mentaux, mais insiste également beaucoup sur les attitudes aidantes à adopter et précise les programmes d'intervention précoce et les psychothérapies efficaces pour chacun de ces troubles. Appliquer dans la réalité quotidienne les résultats des données probantes est loin d'être une tâche simple. Cela nécessite la participation et la volonté de tous (Barwick et coll., 2005).

Le présent ouvrage ne traite pas de la très importante question de l'abus et de la dépendance aux drogues. Ces problèmes, très souvent concomitants à d'autres troubles mentaux, sont trop complexes pour être abordés ici. Un autre ouvrage dédié à cette unique problématique s'avère nécessaire. Rappelons brièvement qu'un sondage pancanadien rapporte que 85% des commissions scolaires sont très préoccupées par la santé mentale et les problèmes de toxicomanie de leurs élèves; ainsi, 80% des répondants soulignent l'existence de besoins non comblés en cette matière (Commission de la santé mentale du Canada, 2013b). Les principales recommandations formulées à la suite de ce sondage portent sur l'importance d'avoir un personnel formé en santé mentale suffisant dans les écoles et de mesurer l'efficacité des programmes d'intervention précoce. La toxicomanie chez les jeunes a fait l'objet d'un recensement important

d'informations dans le rapport *Faire un pas vers le futur – Bâtir un système de services en santé mentale et en toxicomanie adapté aux besoins des adultes émergents* (Commission de la santé mentale du Canada, 2015a). Dans cette même optique, Peterson (2014) souhaite une concertation adéquate des jeunes, de l'école, de la communauté et des familles afin de développer de meilleures pratiques de prévention des toxicomanies en milieu scolaire. Le Centre québécois de lutte aux dépendances³ a mis en place une stratégie intégrée de prévention des problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues à l'adolescence (programme APTE: Activités de prévention des toxicomanies évaluées). L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC, 2009) diffuse un *Guide d'application des programmes d'acquisition de compétences familiales pour la prévention de l'usage de drogue*⁴.

Pour certains enfants, l'initiation à la consommation de psychotropes survient avant la puberté. C'est pourquoi il est préférable que la prévention des toxicomanies chez les jeunes ne se limite pas seulement à la période de l'adolescence, mais débute dès l'école primaire. Dans cette foulée, un projet novateur⁵, démarré en mai 2015 pour une période de cinq ans, vise à prévenir l'abus de substances psychoactives dès la préadolescence. Cette initiative pancanadienne cherche à faire déboucher le savoir scientifique sur de nouvelles méthodes de prévention de l'abus de substances et de traitement des consommateurs de drogue (Commission de la santé mentale du Canada, 2016b).

La prévention des troubles mentaux, c'est:

«[...] une approche qui s'attaque aux facteurs de risque associés à la maladie mentale, comme les toxicomanies, les maladies mentales dans la famille, les sévices et la négligence subis dans l'enfance, de même qu'aux facteurs de protection associés à une bonne santé mentale, comme l'estime de soi, le soutien social et un bon départ dans la vie⁶.»

La prévention constitue une préoccupation à la fois collective et individuelle. À cet égard, le Commissaire à la santé et au bien-être (2012a) recommande au gouvernement du Québec de «mettre en œuvre une stratégie québécoise de promotion de la santé et de prévention des troubles mentaux en mettant l'accent sur les jeunes de moins de 25 ans». Dans cette même foulée, le Groupe de travail de la petite enfance de la Société canadienne de pédiatrie précise: «Le Canada a besoin de politiques

publiques qui accordent la priorité aux jeunes enfants et aux familles et qui soutiennent leur développement, stimulent la création d'environnements soutenant et contribuent à renforcer des relations qui protègent les enfants de l'adversité.» (Williams et coll., 2013). La *Politique de prévention en santé* du gouvernement du Québec (2016) a entre autres comme objectifs de soutenir et d'améliorer le développement global des enfants et des jeunes d'âge scolaire. Pour ce faire, elle vise à rehausser les capacités professionnelles et organisationnelles au regard de la détection précoce des problèmes et de l'intervention en temps opportun. Le présent ouvrage, axé sur la prévention et l'intervention précoce en santé mentale, se situe dans cette lignée.

Dans son *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2013a) insiste sur l'importance que chaque État se dote d'un plan d'action afin:

- › De promouvoir le bien-être mental et les droits de l'homme;
- › De prévenir les troubles mentaux;
- › De dispenser des soins et d'améliorer les chances de guérison;
- › De réduire la mortalité, la morbidité et le handicap chez les personnes atteintes de troubles mentaux (OMS, 2013a).

Quatre objectifs majeurs font partie d'un tel plan d'action, dont celui de mettre en œuvre des stratégies de promotion et de prévention dans le domaine de la santé mentale. Au Québec, le *Plan d'action en santé mentale 2015-2020* (MSSS, 2015) considère la santé mentale comme une priorité ministérielle et vise à améliorer les délais d'attente et la réponse adéquate aux besoins tout en préconisant l'évaluation de la performance des services offerts. Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec s'engage dans ce plan d'action à élaborer et à diffuser des orientations ministérielles à l'égard des services de santé mentale à offrir aux enfants et aux jeunes adultes émergents.

Au Canada, le Cadre d'action 2017-2022 de la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC, 2016a) précise les stratégies suivantes à adopter:

«... mettre l'accent sur le rétablissement, promouvoir universellement une santé mentale positive, respecter la diversité, éliminer les inégalités, faire participer les familles et les proches aidants aux soins et à la prise

de décisions, orienter les interventions en fonction de différentes sources de preuves et de connaissances, favoriser l'intégration à part entière des personnes ayant des problèmes de santé mentale et des maladies mentales dans la société⁷».

Elle insiste également sur la prévention et le dépistage précoce, la réduction de la stigmatisation qui entoure la maladie mentale, la formation des professionnels de première ligne et l'accès rapide à des services de santé mentale, incluant les psychothérapies dispensées par du personnel qualifié.

À retenir

- On ne peut prédire en toute certitude qu'un individu aura un trouble mental, car tout n'est pas déterminé à l'avance. Chaque être humain peut modifier son parcours de vie.
 - La première intervention préventive permettant de diminuer les troubles mentaux consiste à diffuser auprès de la population des stratégies visant à préserver et maintenir une bonne santé mentale.
 - L'adoption d'une bonne hygiène de vie (alimentation, activité physique, sommeil, etc.), jumelée à des stratégies efficaces de gestion du stress, de résolution de problèmes, d'habiletés sociales et de communications interpersonnelles, contribue à développer une bonne estime de soi et favorise le développement de l'autonomie.
 - Le soutien des parents, par l'adoption d'habiletés parentales aidantes, et la lutte à la pauvreté constituent deux autres avenues essentielles.
 - Pour prévenir les troubles mentaux en bas âge, l'implication des parents et du personnel des milieux de garde et scolaire est primordiale.
 - Les troubles mentaux chez les jeunes s'installent progressivement, souvent de façon insidieuse, et, de ce fait, ils sont plus difficiles à repérer puis à dépister. Cependant, non traités, ils peuvent être très dommageables et c'est pourquoi ils nécessitent des investigations et des traitements appropriés.
 - Dans ce contexte, il importe de véhiculer les informations sur les programmes d'intervention précoce, les médications et les thérapies les plus efficaces et les plus prometteuses, et ce, pour favoriser le développement harmonieux des enfants et des adolescents. Les dispensateurs de services doivent favoriser l'application de pratiques cliniques efficaces.
 - Les stratégies préconisées dans cet ouvrage contribuent à immuniser le jeune face à l'adversité, mais ne garantissent pas que, tout au long de son développement, il sera exempté du risque de développer un trouble mental.
-

-
1. Les astérisques signifient que les mots sont définis dans le glossaire, à la fin de l'ouvrage.
 2. Dans cette perspective, soulignons les efforts déployés par Le centre de transfert pour la réussite éducative du Québec (CTREQ, 2013) afin de mettre un bilan des ressources alternatives à la médication à la disposition des acteurs qui interviennent auprès des enfants aux prises avec un trouble mental.
 3. www.cqld.ca
 4. www.unodc.org/documents/prevention/family-guidelines-F.pdf
 5. <http://recherche.chusj.org/fr/Communications/Nouvelles/2015/Prevenir-l-abus-de-substances-psychoactives-des-la>
 6. Kirby, J.L. et Keon, W.J. (2006). *De l'ombre à la lumière. La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, Rapport final du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Ottawa: Gouvernement fédéral, p.459.
 7. Commission de la santé mentale du Canada (CSMC, 2016a). *Pour faire progresser la stratégie en matière de santé mentale au Canada: Cadre d'action 2017-2020*, p. 8.

Partie I

**Troubles mentaux et
intervention précoce**

Définition, prévalence et impacts des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents

Définition

Le trouble mental se distingue du concept de santé mentale. En effet, la santé mentale se rattache davantage à un modèle conceptuel comprenant des **attitudes et des stratégies à adopter afin de favoriser le développement harmonieux des enfants et des adolescents**. Le trouble mental réfère plus à une affection définie selon des critères précis et qui est diagnostiquée par un médecin (omnipraticien ou psychiatre) ou un psychologue. Il se rapporte davantage à une condition psychologique spécifique qui comporte un ensemble de symptômes. Il entraîne, entre autres, un dysfonctionnement dans un ou plusieurs domaines de la vie d'un individu (ex.: famille, travail, relations interpersonnelles, etc.). Le projet de loi 21, qui encadre la pratique de la psychothérapie au Québec, définit le trouble mental ainsi:

«Une affection cliniquement significative qui se caractérise par le changement de mode de pensée, de l'humeur (affects), du comportement associé à une détresse psychique ou à une altération des fonctions mentales.» (Gouvernement du Québec, 2012)

Les troubles mentaux découlent d'une interaction complexe de facteurs sociaux, économiques, psychologiques, biologiques et génétiques.

À retenir

Les concepts de santé mentale et de trouble mental constituent deux notions différentes:

- «La santé mentale est un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté.» (OMS, 2007)
 - «Le trouble mental est une affection cliniquement significative qui se caractérise par le changement de mode de pensée, de l'humeur (affects), du comportement associé à une détresse psychique ou à une altération des fonctions mentales.» (Gouvernement du Québec, 2012)
-

Prévalence

Les troubles mentaux touchent les personnes de tous âges, tous niveaux d'instruction, tous revenus et cultures, et ce, sans exception. Un Canadien sur cinq sera personnellement atteint d'un trouble mental au cours de sa vie (Agence de la santé publique du Canada, 2002). Pendant une période de sa vie, une personne sur quatre présentera un trouble mental ou de comportement (OMS, 2004). Plusieurs statistiques militent en faveur du dépistage et de l'intervention précoce des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents:

- › **Au moins 70% des troubles mentaux et des maladies mentales débuteraient pendant l'enfance et l'adolescence** (Commission de la santé mentale du Canada, 2009a).
- › **Un jeune sur cinq présentera des troubles mentaux, émotionnels et comportementaux. Chez les adultes, environ 50% de ces troubles ont été diagnostiqués lorsqu'ils avaient entre 14 et 24 ans** (National Academy of Sciences, 2009).

Le *Plan d'action en santé mentale 2015-2020* du Québec rapporte des chiffres similaires: 50% des troubles mentaux apparaissent avant l'âge de 14 ans et 75% avant l'âge de 22 ans (MSSS, 2015). Alors que 14% des enfants et des adolescents du Canada sont affectés par des troubles mentaux nécessitant une intervention professionnelle, **seulement un sur six aura accès à des soins de santé mentale spécialisés, à des traitements qui ne sont pas nécessairement fondés sur des données probantes ni efficaces** (Davidson et coll., 2011).

Les troubles mentaux enregistrés durant l'enfance peuvent être efficacement résolus par un diagnostic précoce et des interventions découlant d'investissements adéquats et d'un accès aux traitements (Centre

d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents, 2011). À cet égard, l'Organisation mondiale de la Santé écrit: «Les enfants et les adolescents atteints de troubles mentaux devraient bénéficier d'interventions précoces — thérapies psychosociales et autres interventions non pharmacologiques fondées sur des bases factuelles et ancrées dans la communauté locale — qui évitent le placement en institution et la médicalisation.» (OMS, 2013a).

Perou et coll. (2013) rapportent les taux de prévalence*¹ suivants chez ces jeunes âgés de 3 à 17 ans: trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH: 6, 8%); trouble des conduites (TC: 3, 5%); troubles anxieux (TA: 3%); dépression (D: 2, 1%); troubles du spectre de l'autisme (TSA: 1, 1%). Au Québec, de 1999 à 2010, la prévalence des troubles mentaux chez les moins de 20 ans est passée du simple au double (INSPQ, 2012a). Le [tableau 1](#) démontre la prévalence de divers troubles mentaux chez les jeunes au Québec et en France.

Tableau 1 • Prévalence des troubles mentaux chez les jeunes au Québec et en France

	Gouvernement du Québec (2005)	Commissaire à la santé et au bien-être (2012b) ² Jeunes de 15-24 ans		Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes – France, 2015 ³
		Pour 12 mois	À vie	
Troubles anxieux	6,5 %	6,5 %	12,1 %	
Trouble des conduites	3,3 %			
Trouble du déficit de l'attention	3,3 %			
Dépression	2,2 %	6,4 %	10,2 %	15-19 ans : 6,4 % (2010) Épisode dépressif caractérisé dans les 12 derniers mois
Trouble bipolaire		1,8 %	3,3 %	(2012) 10-14 ans : G 0,4/10 000 hab. 10-14 ans : F 0,3/10 000 hab.
Autres troubles mentaux (abus de substance [AS], troubles du comportement alimentaire [TCA])	2 %			Troubles psychotiques (2012) 15-19 ans : C 1,7/1000 hab. 15-19 ans : F 0,8/1000 hab.

Au Québec, **la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux et du suicide ont été retenues comme priorités ministérielles** (Ruel et Hamel, 2012). En 2010, à partir de témoignages de jeunes, de parents et de professionnels, le document Evergreen⁴ a établi plus d'une centaine d'orientations stratégiques permettant de donner une meilleure direction aux services de santé mentale offerts aux jeunes Canadiens. Depuis 2009, rappelons qu'au Québec, le projet de loi 21 confère aux différents professionnels des activités d'information, de promotion et de prévention en santé mentale (Gouvernement du Québec, 2012).

Cette volonté accrue de tenir compte du point de vue des utilisateurs de services et de leurs proches est également soulignée par la création, en 2012, de l'International Association for Youth Mental Health⁵ qui s'adresse aux jeunes de 12 à 25 ans et à leur entourage. Le fait d'armes de cette jeune

association a été la publication, en 2013, de *International Declaration on Youth Mental Health*⁶. Dans cette déclaration, on préconise **11 critères minimum de services de qualité** afin d'aider les jeunes et leurs proches à accéder à des services appropriés à leurs besoins en privilégiant l'espoir, la résilience et le rétablissement. Cette Déclaration met également l'accent sur l'importance de la promotion de la santé mentale et de la prévention des troubles mentaux, tout en combattant la stigmatisation, la discrimination et les préjugés pour assurer une meilleure intégration des jeunes atteints d'un trouble mental.

Le présent ouvrage, en diffusant les informations récentes basées sur les données probantes, les critères de qualité de services et la nouvelle classification des troubles mentaux spécifiée dans le *DSM-5* (APA, 2015), se situe dans cette lignée. L'annexe 1 propose plusieurs outils utiles aux professionnels et l'annexe 2 précise les principaux sites Web portant sur la santé mentale et les troubles mentaux chez les enfants et les adolescents.

À retenir

- La plupart des troubles mentaux débutent dans l'enfance, à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.
- Il importe donc de bien connaître les signes précurseurs et d'intervenir pendant cette période du développement. Les troubles mentaux ont des impacts négatifs importants si aucune intervention efficace n'est entreprise. Les services dispensés doivent être accessibles et de qualité.

Impacts des troubles mentaux sur l'individu et la société

Au Canada, en 2007, 14% des enfants et des adolescents de moins de 20 ans (1, 1 million) souffraient d'un trouble mental ayant une incidence sur le déroulement de leur vie quotidienne (SCP, 2012). **D'ici 2020, la Société canadienne de pédiatrie prévoit une augmentation de 50% des troubles mentaux.**

À l'échelle mondiale, parmi 10 des principales causes d'incapacité, 5 représentent des troubles mentaux: dépression unipolaire, trouble de consommation d'alcool, trouble bipolaire, schizophrénie et trouble obsessionnel-compulsif (OMS, 2004).

«L'Organisation mondiale de la Santé anticipe qu'en 2020, le fardeau global des troubles mentaux représentera 15% de la charge de l'ensemble des maladies et que la dépression deviendra la principale cause d'invalidité. Au Canada, cette charge est déjà évaluée à 23% de l'ensemble des maladies.» (INSPQ, 2008)

Les troubles mentaux chez les enfants et les jeunes sont dévastateurs s'ils ne sont pas repérés tôt et si une intervention efficace n'est pas rapidement entreprise. Les enfants qui en sont atteints ne sont pas de mauvaises personnes, pas plus que leurs parents (RISMEA, 2010). Les services offerts aux jeunes qui présentent un trouble mental doivent tenir compte de leurs besoins. Offrir des services de santé mentale aux jeunes sans tenir compte de leurs points de vue constitue une hérésie. Les jeunes désirent:

- › Obtenir de l'information sur la santé mentale et sur les troubles mentaux;
- › Avoir accès à des services dans leur communauté et à l'école;
- › Que les intervenants soient accessibles, sincères, amicaux, positifs, chaleureux, tout en étant compétents et respectueux de la confidentialité des informations transmises (Plaistow et coll., 2014).

Ils souhaitent de plus devenir plus confiants et conserver le contrôle sur leur propre vie. Les jeunes mentionnent que la stigmatisation constitue une barrière à l'accès aux services et qu'elle est souvent entretenue par les préjugés et la désinformation. Le manque d'information sur les services et sur les traitements disponibles constitue également une récrimination fréquente. Ils recherchent davantage une intervention psychothérapeutique que pharmacologique et souhaitent une plus grande continuité dans les services offerts afin d'éviter d'être ballottés d'un intervenant à l'autre.

La Commission de la santé mentale du Canada (CSM, 2014) a sondé les jeunes sur ce qu'ils désirent savoir. En plus de vouloir comprendre le concept de santé mentale et les caractéristiques d'une personne en bonne santé mentale, ils cherchent également à mieux connaître les différents troubles mentaux:

- › Quels sont les signes, les symptômes et la gravité des divers troubles mentaux?
- › Quelle est l'évolution de chacun de ces troubles?
- › Pourquoi certaines personnes en sont-elles atteintes et d'autres non?
- › Quelles sont les répercussions d'un trouble mental sur la personne atteinte?
- › Comment prévenir un trouble mental et le gérer si j'en suis atteint?
- › Comment savoir si je suis en bonne santé mentale?
- › Comment améliorer ma santé mentale?

Les jeunes sont préoccupés et recherchent des réponses à leurs questions, et ce, dans des documents fiables.

À retenir

- Les troubles mentaux ont des impacts majeurs sur le fonctionnement actuel et futur des personnes atteintes.
 - Ils ont également des impacts indéniables sur la société et, selon l'Organisation mondiale de la Santé, d'ici 2020, le fardeau global des troubles mentaux représentera 15% de la charge de l'ensemble des maladies et la dépression sera la principale cause d'invalidité.
 - Les services offerts doivent correspondre aux aspirations et aux besoins des jeunes.
-

De la détection au diagnostic

Avant d'en arriver à un diagnostic de trouble mental, de nombreuses observations sont nécessaires et celles-ci s'effectuent selon différentes étapes et mettent à contribution les parents et plusieurs intervenants.

Quatre étapes sont définies dans le projet de loi 21 (Gouvernement du Québec, 2012).

1. La **détection** (ou le repérage) consiste à relever les indices de trouble non encore identifié ou de facteurs dans le cadre d'interventions dont les buts sont divers. Elle ne repose pas sur un processus systématisé, mais elle s'appuie sur la sensibilité des intervenants auxdits indices.

2. Le **dépistage** sert à départager les jeunes probablement atteints d'un trouble mental non diagnostiqué ou ceux qui présentent des facteurs de risque pour développer un trouble mental, et ceux qui en sont exempts.

L'efficacité du dépistage dépend cependant de la disponibilité d'outils valides (voir l'[annexe 1](#)), de l'utilisation adéquate de ces outils et de la capacité de réponse des services de première ligne à la demande accrue d'évaluation diagnostique et de traitement (INSPQ, 2008). Dans la limite de leurs compétences, les professionnels et intervenants du secteur de la santé mentale et des relations humaines peuvent effectuer un tel dépistage.

3. L'**évaluation** consiste à porter un jugement clinique sur la situation du jeune à partir des informations dont le professionnel dispose. L'évaluation devient nécessaire lorsque (Hazen et coll., 2011):
 - › Le comportement du jeune nuit à son fonctionnement quotidien;
 - › Le jeune demande de l'aide;
 - › Les proches sont préoccupés par le comportement problématique de leur jeune;
 - › La sécurité du jeune est compromise.

Le choix des outils d'évaluation demeure la responsabilité de chaque professionnel en regard de son champ d'exercice professionnel, tel que précisé par le projet de loi 21.

4. Le **diagnostic** et le plan de traitement résultent de l'évaluation médicale. Cette dernière peut requérir un examen complet de l'ensemble des organes, appareils et systèmes du corps humain. Habituellement, ce sont les médecins qui posent la majorité des diagnostics de trouble mental et recommandent une infime partie de leurs patients à un psychiatre. Au Québec, c'est parfois le médecin seul, parfois le médecin et le psychologue qui peuvent diagnostiquer un trouble mental. Cette évaluation s'effectue selon une classification reconnue des troubles mentaux du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux — DSM-5* (APA, 2015) ou de la *Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes: CIM-10 CA-CCI* (OMS, 2012). Les parents, les enseignants, les éducateurs et autres intervenants de

première ligne sont des partenaires qui aident à l'évaluation et, surtout, qui sont en mesure de contribuer au rétablissement du jeune. Ces professionnels peuvent avoir recours aux divers outils préconisés à l'annexe 1 pour les aider à évaluer l'hypothèse d'un trouble mental.

À retenir

- Les parents et les intervenants de première ligne (infirmières, éducateurs, travailleurs sociaux, enseignants, etc.) doivent avantagement être mis à contribution dans le processus conduisant le professionnel (omnipraticien, psychiatre, psychologue) à poser le diagnostic d'un trouble mental.
 - Les parents demeurent ceux qui connaissent le mieux leur enfant et on se doit de recueillir leurs observations et commentaires lors des étapes de détection, de dépistage et d'évaluation.
-

Importance du dépistage précoce des troubles mentaux

Les premières observations sur les difficultés de fonctionnement de l'enfant ou de l'adolescent proviennent d'abord de son milieu familial et sont la plupart du temps effectuées par ses proches. Ces informations se doivent d'être rapportées au médecin traitant du jeune. La démarche éducative visant à responsabiliser l'adolescent en ce qui a trait à sa santé s'inscrit dans une relation interpersonnelle (professionnel-adolescent) basée sur la recherche de la compréhension et des résistances en jeu chez celui-ci. Il importe de bien mettre en œuvre cette démarche d'éducation pour la santé (INPES, 2009). Le médecin s'inscrit dans cette démarche par l'intermédiaire d'un examen médical préventif qui recueille des informations pertinentes sur la vie familiale, les amis, l'école, les loisirs, la consommation de substances, la sexualité et les problèmes de santé mentale (Questionnaire HEADSS: Agence SSSM, 2005).

Recueillir des informations auprès des parents

L'intervenant se doit de faire participer les parents en recueillant des informations pouvant laisser présager la présence d'un trouble mental chez le jeune. Certains signaux d'alerte ne mentent pas:

«Un enfant qui a besoin d'aide, c'est un enfant qui ne dort plus, fait des cauchemars envahissants, ne mange plus, pleure tout le temps, qui est trop agité ou passe son temps à dormir, se trouve en échec scolaire, multiplie les colères violentes, est maladivement timide ou sans cesse souffrant⁷.»

Pour aider le parent à observer ces signaux d'alerte, l'annexe 3 présente certains comportements qui nuisent au fonctionnement harmonieux du développement du jeune. L'intervenant doit prendre en compte que ce sont la fréquence, la durée et l'intensité de ces comportements adoptés par le jeune **qui déterminent la présence possible d'un trouble mental, et que ce dernier doit être diagnostiqué par un médecin ou un psychologue.**

De plus, l'intervenant doit informer les parents qu'une réponse positive à certains des comportements de l'annexe 3 devrait également mettre en œuvre chez eux une démarche de rencontre avec un professionnel de la santé afin de mieux déterminer s'il y a des raisons de croire à la présence possible d'un trouble mental chez leur jeune. Les parents n'ont pas de raison de se sentir honteux d'entreprendre cette recherche d'aide et ils devraient éviter de diluer l'impact de ces problèmes en disant que le temps arrangera les choses. Une action visant à mieux évaluer la problématique est impérieuse afin d'intervenir plus efficacement pour soutenir le développement harmonieux du jeune. Il est essentiel de faire comprendre aux parents que le plus important consiste à mieux reconnaître le problème afin d'être en mesure de mettre en place les interventions les plus efficaces pour le résorber ou l'atténuer.

Recourir à différents outils pour dépister un trouble mental possible

La France reconnaît l'importance de mieux former les intervenants de première ligne afin d'améliorer le diagnostic et l'intervention précoce en pédopsychiatrie et précise que l'existence d'écoles médicales contradictoires constitue un frein à l'atteinte de cet objectif (Buisson, 2010). La Haute Autorité de Santé (2005) propose aux médecins un *Guide pour le dépistage chez l'enfant de 28 jours à 6 ans*.

Au Québec, les médecins ont été sensibilisés à l'importance d'adopter des pratiques cliniques préventives lors des visites médicales de leurs patients. Les pratiques cliniques préventives (PCP) représentent un ensemble d'interventions réalisées par un professionnel de la santé (clinicien) auprès d'un patient dans le but de promouvoir la santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux (Groulx, 2007). De plus, l'omnipraticien se doit de dépister certains écarts dans le développement de l'enfant. Pour ce faire, il recourt à la contribution des parents par le truchement de différents questionnaires (ex.: le Questionnaire sur les étapes du développement: Évaluation de l'enfant par les parents, Bonin et coll., 2000). Dans une revue de différents outils évaluant la santé mentale des enfants, Szaniecki et Barnes (2016) suggèrent également l'utilisation du Brief infant-toddler social-emotional assessment (Briggs-Gowan et Carter, 2006, traduit en français par Guedenay) auprès des enfants de 12 à 36 mois. Ils préconisent aussi l'utilisation du Questionnaire sur les étapes de développement socio-émotionnel (ASQ-SE). Au Nouveau-Brunswick, on privilégie l'utilisation de l'ASQ-3 et de l'ASQ-SE 26 pour aider les intervenants à élaborer le plan de services individualisé du jeune (Gervais, 2016).

En Ontario, on dispose du questionnaire Nipissing District Developmental Screen (NDDS), un outil de dépistage convivial pour les enfants de 1 mois à 6 ans et auquel les parents ont accès gratuitement⁸.

Ce questionnaire est utilisé dans l'ensemble du Canada et des États-Unis par une multitude de parents, de professionnels de la santé et de puéricultrices. Il existe également le Parent's Evaluations of Developmental Status (PEDS) et le PEDS: Developmental Milestones (Screening Version) PEDS-DM, qui ont été traduits dans plusieurs langues, dont le français⁹.

Les compétences de tous les médecins en santé mentale sont primordiales et elles doivent porter sur «une approche systémique axée sur le rétablissement, sur le renforcement de la pratique en collaboration, sur l'intégration de services de santé mentale aux services de santé de première ligne, sur la lutte à la stigmatisation et sur l'accès en temps opportun aux soins de santé physique appropriés aux personnes atteintes d'un trouble mental» (Comité directeur sur les compétences fondamentales en santé mentale, 2014).

Il faut savoir qu'en regard de la prévention des troubles mentaux et du suicide, les pratiques cliniques préventives inscrites dans le *Programme national de santé publique du Québec 2003-2012* insistaient entre autres sur:

- › L'importance de la formation des médecins axée sur la prévention du suicide;
- › L'identification des signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs (Groulx, 2007).

Pour poser le diagnostic, le médecin, aidé d'outils validés scientifiquement (voir l'[annexe 1](#)), se réfère à des manuels de classification des troubles mentaux reconnus internationalement. Il en existe deux: le *DSM-5* (APA, 2015) est surtout utilisé en Amérique et la *CIM-10* (OMS, 2013b) est surtout utilisée en Europe. Au Canada, on se sert également de la *CIM-10 CA-CCI* (OMS, 2012). L'annexe 1 présente plusieurs outils francophones que les professionnels de la santé peuvent utiliser pour arriver à dépister les troubles mentaux. La Colombie-Britannique a développé un programme de formation pour les intervenants de première ligne qui œuvrent auprès des jeunes et elle préconise plusieurs outils de dépistage que la chaire Financière Sun Life sur la santé mentale des adolescents recommande (Kadlec et Hollander, 2012). Ce programme de formation des médecins et intervenants de première ligne mérite un déploiement élargi, car les résultats ont démontré une augmentation substantielle des connaissances des participants ainsi qu'une plus grande confiance en leurs moyens pour identifier ces troubles mentaux et les traiter (Garcia-Ortega et coll., 2013).

Non seulement il importe d'utiliser des outils valides pour dépister un trouble mental, mais il faut également recourir à diverses sources d'information (parents, professeurs, pairs, etc.) et s'assurer que l'on observe l'enfant ou l'adolescent en tenant compte le plus possible de son milieu de vie naturel et de sa culture. Avant de poser un diagnostic de trouble mental, il importe que le médecin élimine d'abord tout problème de santé physique pouvant être responsable de ce trouble mental (ex.: la fatigue provenant d'une hypothyroïdie, l'hyperactivité issue d'une hyperthyroïdie, des changements de comportement provenant d'un cancer, etc.). L'Académie américaine de pédiatrie recommande à ses membres d'acquérir dans le futur de meilleures compétences en santé mentale. Elle insiste sur la capacité de

chacun d'eux à évaluer ses propres connaissances et habiletés en regard des développements récents en santé mentale, de déterminer ses lacunes et de s'inscrire à différentes formations (AACAP, 2009).

Les recherches portant sur le développement psychologique des enfants et des adolescents constituent une banque de données intéressante pour harmoniser les interventions parentales afin de favoriser le développement harmonieux des jeunes (Papalia et coll., 2014). Le suivi du développement normal des enfants en bas âge est particulièrement important, car il permet de déterminer les écarts de développement selon le groupe d'âge de l'enfant. Au Québec, pour le suivi médical des femmes enceintes et celui des enfants de 0 à 5 ans, l'omnipraticien dispose de différents outils en regard du suivi de grossesse et du suivi pédiatrique (voir l'[annexe 1](#)): les Feuilles de suivi obstétrical, l'ABCdaire de suivi pédiatrique (Brunet et coll., 2012), le Relevé post-natal Rourke¹⁰ et le Nipissing District Developmental Screen, 1 mois-6 ans¹¹. Le Relevé médical Greig pour les enfants de 6 à 17 ans est également fortement suggéré (Greig, 2010a et b). Ces instruments intègrent les recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (2008)¹².

Williams et coll. (2011, 2013) rapportent que la Société canadienne de pédiatrie ainsi que le Collège des médecins de famille du Canada recommandent aux médecins l'utilisation d'un bilan de santé à 18 mois comme élément central du développement de l'enfant et de la santé familiale. De plus, les médecins et les intervenants psychosociaux travaillant auprès des jeunes présentant un trouble mental devraient pouvoir compter sur un psychiatre répondant afin d'assurer une réponse à leurs besoins cliniques ou de formation (Commissaire à la santé et au bien-être, 2012b). Le *Plan d'action en santé mentale 2015-2020* (MSSS, 2015) prévoit le déploiement de cette fonction dans toutes les régions du Québec.

À retenir

- Le parent (ou le représentant de l'autorité parentale) est souvent le premier à déceler certains signaux d'alerte, car il est celui qui détient le plus d'informations sur le fonctionnement de son enfant;
- Inquiété par ces signaux, il recherchera des informations dans les livres ou sur Internet avant d'entamer l'étape de consultation auprès d'un professionnel de la santé;

- L'intervenant se doit de recueillir les informations laissant présager un trouble mental chez le jeune auprès du parent et des enseignants;
 - L'utilisation par les intervenants de différents outils de dépistage ou d'aide au diagnostic est fortement recommandée.
-

L'accès aux services de santé mentale jeunesse

L'accès à l'équipe en santé mentale de première ligne peut être effectué à la suite d'une recommandation: a) des services psychosociaux généraux du CISSS; b) des services d'urgence; c) des services spécialisés en santé mentale; d) par un médecin ou un psychologue.

L'équipe de santé mentale jeunesse procédera à l'étude de la recevabilité de la demande de service et orientera celle-ci vers l'une de ces trois avenues:

- › Les services de première ligne qui peuvent être offerts par un CISSS ou un CIUSSS¹³, par exemple les cliniques médicales, les groupes de médecine familiale (GMF), les unités de médecine familiale (UMF), certains groupes communautaires, les CLSC pour une intervention psychosociale* ou psychologique;
- › Des services de deuxième ligne qui font appel à une expertise spécialisée pour traiter les jeunes dont les troubles mentaux sont plus graves (ex.: psychothérapeute, psychiatre);
- › Des services de troisième ligne qui peuvent intervenir auprès des jeunes présentant des troubles mentaux graves nécessitant des soins surspécialisés (ex.: psychose, troubles du comportement alimentaire, tentatives de suicide, hospitalisation en psychiatrie).

Un membre de l'équipe responsable de l'accès aux différents services offerts en santé mentale jeunesse colligera les informations, soit sur un formulaire comme Besoins et forces de l'enfant et de l'adolescent (CANS) (Lyons et coll., 2010; AQESS, 2007; Vrakas et coll., 2010a, b), soit sur le site Internet de l'établissement afin d'orienter adéquatement la demande. Les informations recueillies seront acheminées au Guichet d'accès en santé mentale jeunesse de la région, qui en assurera le suivi.

Généralement, une demande de services en santé mentale effectuée au Guichet d'accès en santé mentale devrait, dans les sept jours¹⁴ de son dépôt,

obtenir l'une des réponses suivantes: a) une confirmation de sa réception; b) si possible, une impression diagnostique; c) des informations sur les interventions faites et celles à venir; d) les coordonnées d'une personne-ressource (MSSS, 2011e). L'accès au traitement doit quant à lui débiter à l'intérieur de 30 jours. **Deux stratégies importantes doivent prédominer:**

- 1. En aucun cas il ne faut éclipser la procédure de recueil de données probantes permettant de poser un diagnostic qui orientera vers des interventions efficaces;**
- 2. Il ne faut jamais se contenter d'une évaluation sommaire minimisant la problématique et prétextant que le temps arrangera les choses.**

La présentation de la demande de service au Guichet d'accès en santé mentale est une étape cruciale qui permet au clinicien de déterminer dès le départ l'ampleur du traitement à offrir selon les besoins exprimés et étudiés par l'équipe. Le plan de service offert aux jeunes est comparable à celui préconisé chez les adultes dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (MSSS, 2005). Il comporte diverses interventions:

- › Évaluer le fonctionnement social ainsi que la santé physique et mentale;
- › Connaître les habitudes de vie;
- › Renseigner le jeune et ses parents sur les ressources disponibles dans la communauté;
- › Prévoir un «filet de sécurité» en cas de détérioration de l'état mental;
- › Selon l'évaluation du clinicien, commencer le traitement à partir des données recueillies, des préférences exprimées par le jeune ou ses parents et les guides de bonnes pratiques en vigueur.

L'analyse ainsi faite des besoins du jeune détermine le service à offrir, et ce, dans un délai relativement court. Pour ce faire, la flexibilité des services entre les intervenants de première, deuxième ou troisième ligne d'intervention en santé mentale est cruciale. Les services se doivent d'être offerts en fonction des besoins du jeune et non en fonction de ce que la structure de services peut lui offrir. La flexibilité de la structure de services doit donc s'adapter aux besoins du jeune et non l'inverse.

À retenir

- Le jeune pour lequel un trouble mental est suspecté doit rapidement avoir accès aux services de santé mentale.
 - Les parents peuvent s'adresser au médecin ou à un membre de l'Équipe de santé mentale jeunesse qui, après avoir évalué la demande et rempli le formulaire requis, acheminera la demande vers le responsable du Guichet d'accès en santé mentale jeunesse de la région afin de préciser les besoins du jeune dans son plan d'intervention.
-

Intervenir tôt, car les programmes d'intervention précoce sont efficaces

Pour améliorer la santé mentale des enfants dans la population, il faut investir de l'argent frais dans la mise en œuvre et l'évaluation de programmes visant spécifiquement à prévenir les troubles mentaux (Commission de la santé mentale du Canada, 2013). Pour ce faire, il faut s'assurer de mettre en place des programmes de prévention et de promotion de la santé mentale auprès des jeunes qui sont validés, tels que ceux-ci (Lambooy et coll., 2011):

- › Chez les enfants de moins de 5 ans: développer les compétences parentales;
- › Chez les enfants de plus de 5 ans: à l'école et dans les familles, il importe de favoriser le développement des relations interpersonnelles et la promotion des compétences psychosociales (ex.: résolution de problèmes, stratégies pour faire face à l'adversité, habiletés sociales, communication, esprit critique, etc.);
- › Pour les jeunes à risque de développer un trouble mental (ex.: dépression, trouble des conduites, etc.), il est d'usage de cibler les programmes d'intervention précoce structurés, efficaces et prometteurs basés sur des données probantes.

Dans son document intitulé *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*, la Commission de la santé mentale du Canada (2013) établit les coûts/bénéfices des programmes d'intervention précoce: «De solides données probantes confirment que la promotion de la santé mentale chez les

enfants et les proches, la prévention de la maladie mentale et l'intervention précoce à l'apparition des premiers signes de la maladie sont nettement avantageuses en matière de coûts.»

En 2014, la Colombie-Britannique estimait que 12, 6% de ses jeunes âgés entre 4 et 17 ans avaient démontré lors de leur période de développement des troubles mentaux et que seulement 31% d'entre eux recevaient des services en santé mentale (Waddel et coll., 2015). Ces données demeurent effarantes compte tenu du fait qu'il existe des programmes d'intervention précoce efficaces. Six interventions psychosociales ont été reconnues efficaces pour améliorer la santé mentale des enfants (Waddel et coll., 2015):

1. La formation des parents pour prévenir les troubles des conduites et la consommation de substances psychoactives chez les jeunes, et l'enseignement d'interventions comportementales pour les jeunes qui présentent un trouble des conduites;
2. L'utilisation des thérapies cognitivo-comportementales* pour prévenir et traiter les troubles anxieux et la dépression majeure, ainsi que pour traiter les troubles des conduites et la consommation de substances psychoactives;
3. La visite d'une infirmière chez les familles à risque; suivi pré et postnatal (mère peu scolarisée, faible revenu familial, parents présentant des troubles mentaux, etc.) pour prévenir la maltraitance et les troubles des conduites;
4. Le suivi du programme Ces années incroyables pour prévenir les troubles des conduites;
5. Le suivi du programme Triple P pour prévenir les troubles des conduites;
6. Le suivi du programme Friends pour prévenir les troubles anxieux.

De plus, une revue systématique de 15 études randomisées et contrôlées (ERC) portant sur les programmes de prévention du trouble des conduites, de l'anxiété et de la dépression chez les enfants de 0-18 ans a démontré l'efficacité des pratiques suivantes:

- › **Pour le trouble des conduites:** formation sur les habiletés parentales et sur l'acquisition de compétences sociales chez les enfants à risque;

- › **Pour les troubles anxieux:** utilisation de la thérapie cognitivo-comportementale chez les enfants d'âge scolaire;
- › **Pour la dépression:** utilisation de la thérapie cognitivo-comportementale auprès d'enfants à risque, et ce, dans un contexte scolaire (Waddell et coll., 2007).

Le style d'autorité parentale influence également sur le développement de l'enfant. L'adoption d'un style d'autorité démocratique (ou bienveillant), caractérisé par le développement d'une très grande sensibilité parentale pour répondre aux besoins de l'enfant tout en exerçant sur lui une supervision étroite (L'Abbé et coll., 2013; Hammarrenger, 2016), fait en sorte que les parents sont, la plupart du temps:

«disponibles, attentifs, sensibles aux besoins de l'enfant, tout en établissant des limites et des règles claires qu'ils appliquent rigoureusement... Leurs enfants sont généralement confiants, persévérants et capables d'autocontrôle. Ils développent une bonne estime de soi, sont responsables, autonomes et jouissent de bonnes compétences sociales¹⁵».

L'Ontario a mis en place plusieurs programmes de prévention en santé mentale, dont le programme Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur, qui a manifestement donné des résultats positifs sur la santé mentale des enfants. Cette province a de plus créé un *Guide de formation sur la santé mentale durant la petite enfance* (ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2002)¹⁶ et a pris position en faveur d'interventions basées sur les données probantes (Barwick et coll., 2005).

Pour être efficace, l'intervention précoce doit également privilégier la formation des intervenants de première ligne. À cet égard, au Canada, la chaire Financière Sun Life sur la santé mentale des adolescents¹⁷ a produit un document d'information en français à l'intention des enseignants en vue d'améliorer leurs connaissances des principaux troubles mentaux (Kutcher et coll., 2008). Les enseignants jouent un rôle primordial dans la promotion de la santé mentale de leurs élèves, ainsi que dans la prévention des troubles mentaux. Toutefois, un sondage national, effectué auprès de 4000 enseignants en 2012, déplore le fait que 70% d'entre eux n'ont participé à aucune activité de perfectionnement professionnel leur permettant

d'améliorer leurs interventions auprès des jeunes présentant ou susceptibles de présenter un trouble mental¹⁸.

Parmi les troubles mentaux les plus pressants signalés par les répondants à ce sondage, mentionnons les troubles déficitaires de l'attention (90%), le stress (79%), les troubles anxieux (73%) et les troubles dépressifs (59%).

Pour aider les enseignants aux prises avec des élèves en difficulté, la Fédération canadienne des enseignantes et des enseignants (2012) a mis en place une liste de ressources en regard de la santé mentale des jeunes élèves¹⁹. L'Association canadienne pour la santé mentale a mis en place un site Web concernant la santé mentale et l'école (www.cmha.ca/ecolesecondaire). Soulignons également *Les interventions qui comptent* (RISMEA, 2010), un guide sur les problèmes de santé mentale des jeunes à l'usage des enseignants. Mentionnons aussi la contribution intéressante du ministère de l'Éducation de l'Ontario (2013), qui a publié un guide destiné au personnel scolaire afin d'aider celui-ci dans la promotion, la sensibilisation, la prévention, l'intervention précoce, les stratégies de dépistage précoce en classe et l'orientation des élèves en difficulté vers les ressources appropriées.

Au Québec, le programme Co-Venture²⁰, qui porte sur la prévention de la consommation d'alcool et de drogues, a été mis à l'essai auprès d'élèves dans les écoles secondaires de Montréal. Il intègre le programme Preventure²¹, qui est basé sur des interventions psychosociales, dont les résultats d'application dans un contexte de recherche ont confirmé l'efficacité pour diminuer le taux de consommation chez les jeunes. En octobre 2015, le CHU Sainte-Justine a annoncé un projet novateur²² de dépistage et d'intervention précoces des troubles mentaux en milieu scolaire auprès de jeunes de 12 à 18 ans dans une trentaine d'écoles secondaires de la région de Montréal. Il comporte trois volets:

- › L'identification des jeunes présentant l'un des profils de vulnérabilité: impulsivité, recherche de sensations fortes, anxiété, dépression et tendance à la psychose;
- › La mise sur pied d'un centre de soutien et d'intervention afin de mieux outiller les parents et les familles dans leurs interventions auprès du jeune;

- › Le regroupement de l'ensemble des connaissances générées par les professionnels québécois et canadiens œuvrant en santé mentale.

L'implantation en milieu scolaire de programmes de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux nécessite la motivation, la coopération et la coordination de toutes les personnes engagées (Paulhus et coll., 2016).

À retenir

- Les gouvernements devraient investir de l'argent frais dans la mise en œuvre et l'évaluation de programmes visant spécifiquement à prévenir les troubles mentaux.
 - Ce faisant, ils devraient s'assurer de mesurer l'efficacité de tels programmes et de favoriser la formation des intervenants de première ligne ainsi que celle offerte aux proches.
-

Favoriser une bonne transition entre l'adolescence et l'âge adulte

Quoique notre ouvrage se consacre à la prévention des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent, rappelons que plusieurs troubles mentaux de l'adulte (schizophrénie, trouble bipolaire, etc.) débutent également à l'adolescence. La continuité des soins et des interventions entre l'adolescence et l'âge adulte demeure donc primordiale en vertu des nombreux changements vécus par les jeunes durant cette période. Une bonne partie des jeunes sont susceptibles d'habiter en région éloignée et doivent affronter plusieurs nouvelles responsabilités (s'adapter à leur nouveau milieu, créer un nouveau réseau social, gérer leur budget, effectuer des démarches administratives, s'occuper de leur santé, etc.). Les ajustements à ces importants changements peuvent être difficiles pour les jeunes, particulièrement pour ceux qui présentent des troubles mentaux. La continuité de l'accompagnement de ceux-ci nécessite la mise en place de programmes d'intervention adressés aux jeunes âgés entre 16 et 25 ans afin d'éviter une rupture de services et de favoriser une intégration plus harmonieuse à leur vie d'adulte. Ces programmes, qui en sont encore à

leurs débuts, devraient intégrer des intervenants s'occupant des adolescents aussi bien que ceux qui travaillent auprès des jeunes adultes (Davis et Sondheimer, 2005).

La Commission de la santé mentale du Canada (2015) veut favoriser une meilleure transition des adultes émergents (16-25 ans) présentant des troubles mentaux ou des problèmes de toxicomanie vers des services de santé mentale mieux intégrés. Dans son rapport intitulé *Faire un pas vers le futur*, elle mentionne l'importance d'élaborer «des lignes de pratiques cliniques fondées sur les données probantes issues de la recherche portant spécifiquement sur les adultes émergents». Citant l'Australie en exemple, elle rapporte que le programme Headspace dispose depuis 2015 de 90 sites d'accueil non stigmatisant et jouissant d'une grande visibilité pour cette clientèle émergente qui éprouve des inquiétudes quant à sa santé mentale. Le *Plan d'action en santé mentale 2015-2020* (MSSS, 2015) reconnaît l'importance de bien accompagner ces jeunes aux prises avec des troubles mentaux ou de consommation d'alcool et de drogues dans leur intégration au milieu scolaire ou à l'emploi. Pour vivre cette transition harmonieusement, une meilleure coordination entre les services offerts en pédopsychiatrie et en psychiatrie adulte apparaît nécessaire. Les rites de passage d'un service à l'autre doivent être adaptés aux besoins de chaque jeune plutôt que d'être guidés par des impératifs administratifs. Il est par ailleurs primordial que les parents et les intervenants scolaires soutiennent adéquatement la transition des élèves d'un milieu scolaire à l'autre^{23, 24}.

Des proches qui prennent d'abord soin d'eux-mêmes

Les interventions effectuées par les professionnels de première ligne en santé mentale s'adressent à la fois au jeune et à ses proches. Des conseils à l'égard de la préservation de la santé mentale des proches et favorisant une intervention efficace demeurent la clé de voûte de la réussite. S'ils désirent agir efficacement, les proches qui interviennent auprès d'un jeune présentant un trouble mental doivent prioritairement prendre soin d'eux-mêmes. L'annonce du diagnostic d'un trouble mental apporte chez le jeune et ses proches des réactions émotives semblables à celles d'une personne endeuillée:

- › Consternation, inquiétude, déni de la réalité;
- › Colère, désespoir, désillusion, suspension temporaire des rêves;

- › Acceptation graduelle de la maladie;
- › Recherche de moyens pour favoriser le rétablissement*.

De façon générale, et pour l'ensemble des troubles mentaux, il importe que les personnes vivant avec un jeune présentant un trouble mental ne négligent pas leurs propres besoins. Elles doivent éviter certains comportements néfastes à leur propre santé mentale et privilégier les attitudes positives qui les aideront dans leur rôle de soutien.

En somme, le soutien des proches est indispensable au rétablissement du jeune qui présente un trouble mental, et il sera d'autant plus efficace que les parents prendront les moyens nécessaires pour soigner leur propre hygiène mentale. À cet égard, des guides d'information pour les jeunes présentant un trouble mental sont offerts aux familles (FFAPAMM et CHUQ, 2012) et aux professionnels (IACAPAP, 2015).

Adopter des attitudes positives

- Prendre soin de sa santé physique et mentale.
- Adopter de saines habitudes de vie (alimentation, activité physique, sommeil).
- Fréquenter des gens de confiance et des activités qui apportent réconfort et bonheur.
- Éviter de s'isoler (ex.: participer à des activités culturelles et sportives).
- Se déculpabiliser («Je ne suis pas responsable de la maladie ni de la guérison de mon jeune et je le soutiens dans sa démarche vers son rétablissement.»).
- Privilégier la vie familiale (éviter que la maladie ne monopolise tout).
- Rechercher de l'aide professionnelle au besoin.

Attitudes à éviter

- Prendre les responsabilités et les décisions qui appartiennent au jeune (le jeune est responsable de sa vie et se doit de prendre tôt ou tard les décisions qui aideront à son rétablissement).
- Donner des directives (il est plutôt préférable de faire connaître ses désirs).
- S'isoler socialement. Il faut plutôt chercher à maintenir et à développer son réseau social.

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux — DSM-5 et la prévention

En créant la section sur les troubles neurodéveloppementaux (déficience intellectuelle, troubles de la communication, trouble du spectre de l'autisme, trouble du déficit de l'attention/hyperactivité, troubles d'apprentissage et troubles moteurs), l'American Psychiatric Association (APA, 2015) précise les troubles mentaux qui débutent pendant la période du développement de l'enfant. De plus, la nouvelle description des différents troubles mentaux (APA, 2015) situe chacun de ces troubles dans un contexte développemental (petite enfance, enfance, adolescence et âge adulte). Cette nouvelle façon de faire accorde ainsi une plus grande importance au repérage et au diagnostic des troubles mentaux pendant la période du développement de l'enfant. Elle préconise également l'utilisation sur une base clinique d'un instrument de dépistage des troubles mentaux chez les 6 à 17 ans²⁵. Plusieurs autres outils sont également suggérés pour aider le praticien à évaluer la sévérité des différents troubles mentaux²⁶.

Lectures suggérées

Association des psychiatres du Canada. *La jeunesse et les maladies mentales*

https://www1.cpa.apc.org/MIAW/pamphlets/youth_fr.asp

Le dépliant *Aider un proche atteint d'une maladie mentale* constitue une source d'information complémentaire intéressante

www.iusmm.ca/documents/C%C3%89RRIS/cerris_aider_un_proche_atteint_d_une_maladie_mentale-fr.pdf

Bedwani, N. C. (2011). *Vivre avec un adolescent mentalement souffrant*. Montréal: Bayard Canada.

Boisvert, C. (2003). *Parents d'ados: De la tolérance nécessaire à la nécessité d'intervenir*. Montréal: Les Éditions du CHU Sainte-Justine.

Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (CHEO, non daté). *La santé mentale et les maladies mentales chez les enfants et les adolescents*.

www.cheo.on.ca/fr/santé-mentale-info-parents

FFAPAMM et CHUQ (2012). *Guide d'information et de soutien destiné aux membres de l'entourage d'une personne atteinte de maladie mentale.*

www.ffapamm.com/publications/publications-gratuites/guide-guide-de-soutien-et-dinformation-pour-les-proches-dune-personne-atteinte-de-maladie-mentale_9230

Ministère de l'Éducation de l'Ontario (2013). *Vers un juste équilibre pour promouvoir la santé mentale et le bien-être des élèves: Guide du personnel scolaire* (Version provisoire)

www.edu.gov.on.ca/fre/document/reports/SupportingMindsFr.pdf

Réseau d'information en santé mentale pour enfants et ados (RISMEA, 2010). *Les interventions qui comptent. Guide sur les problèmes de santé mentale chez les enfants et les jeunes à l'intention du personnel enseignant* (traduction: Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents)

<http://docplayer.fr/57169-Les-interventions-qui-comptent-guide-sur-les-problemes-de-sante-mentale-chez-les-enfants-et-les-jeunes-a-l-intention-du-personnel-enseignant.html>

Rousseau, S. (2010). *Développer et renforcer sa résilience*. Montréal: Les Éditions Québecor.

-
1. Les astérisques signifient que les mots sont définis dans le glossaire, à la fin de l'ouvrage.
 2. Enquêtes populationnelles canadiennes et américaines de 1999 à 2010.
 3. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes (2015). *L'état de santé de la population en France*. Rapport 2015, Santé mentale, p. 252-265. http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappeds_v11_16032015.pdf
 4. Commission de la santé mentale du Canada (2010). *Evergreen: Document-cadre en matière de santé mentale des enfants et des adolescents au Canada*. www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/CY_Evergreen_Framework_FRE_1.pdf
 5. www.iaymh.org
 6. www.iaymh.org/f.ashx/8909_Int-Declaration-YMH_print.pdf
 7. Szejer, M., Cyrulnik, B., Golse, B. (2007). *Les enfants d'aujourd'hui. Quoi de neuf chez les 0-7 ans?* Paris: Bayard, p.48.
 8. www.ndds.ca/ontario-fr.html

9. www.pedstest.com
10. www.rourkebabyrecord.ca/pdf/RBR2014_Nat_Fr.pdf
11. www.ndds.ca/ontario-fr.html
12. www.cfp.ca/content/58/1/e1.full
13. CIUSSS: Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux. CISSS: Centre intégré de santé et de services sociaux.
14. Le nouveau *Plan d'action en santé mentale 2015-2020* (MSSS, 2015) prévoit un délai de 7 jours pour les personnes présentant un état instable, et de 15 à 30 jours pour les cas électifs ou stables.
15. L'Abbé, Y., Lamontagne, Y., Labine, R., (2013). *La santé mentale des enfants et des adolescents: Comment la préserver et l'améliorer*. Longueuil: Béliveau Éditeur, p. 70-71.
16. www.kidsmentalhealth.ca/documents/PR_Sante_mentale_durant_la_petite_enfance.pdf
17. www.teenmentalhealth.org
18. www.kidsmentalhealth.ca/documents/PR_0_6_analyse_bibliographique_et_guide_pratique.pdf
19. www.ctf-fce.ca/Research-Library/LaSantéMentaledesEleves.pdf
20. http://co-venture.ca/projet_co-venture
21. <http://co-venture.ca/en/files/2012/06/PREVENTURE-Dépliant-06.08.2014.pdf>
22. www.chusj.org/fr/Calendrier-salle-presse/nouvelles/actualites/2015/2-millions-offerts-par-RBC-au-CHU-Sainte-Justine
23. Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport (2010). Guide pour soutenir une première transition scolaire de qualité. Québec, Gouvernement du Québec. Accessible en ligne: www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/GuideSoutenirPremiereTransScolQualite_f.pdf
24. Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport. Guide pour soutenir une transition scolaire de qualité vers le secondaire, Québec, Gouvernement du Québec. Accessible en ligne: www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_compl/Guide_SoutenirTransitionScolaireQualiteVersSec.pdf
25. APA (2015). Évaluation symptomatique transversale parent/adulte responsable niveau 1- DSM-5-Enfant de 6-17 ans, p. 869-871.
26. www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm5/online-assessment-measures

Partie II

**Troubles mentaux chez les enfants et les
adolescents**

Trouble dépressif caractérisé

Définition

Le trouble dépressif caractérisé¹ (dépression majeure) provoque un déséquilibre neurochimique dans le cerveau et se traduit par des modifications de l'humeur pendant au moins deux semaines, qui conduisent le jeune à s'isoler de ses pairs, à se sentir triste, à ne plus avoir de plaisir à accomplir les activités habituelles de la vie quotidienne et à faire preuve d'une irritabilité importante (voir [tableau 2](#) à la page 58).

Les jeunes dépressifs expriment davantage une perception négative d'eux-mêmes et possèdent une vision pessimiste de l'avenir et du monde qui les entoure (Marcotte, 2013). La dépression se manifeste également différemment chez les enfants et les adolescents. Dans la dépression chez les jeunes, l'irritabilité, la colère et l'autocritique sont plus présentes, alors que la tristesse et la baisse d'énergie se retrouvent davantage chez l'adulte. À titre d'exemple, les jeunes enfants déprimés ont tendance à se sentir malades physiquement, à refuser de se rendre à l'école, à accaparer l'attention constante des parents et à s'inquiéter excessivement du décès de ceux-ci. Les adolescents, quant à eux, ont tendance à bouder, à manifester des troubles de comportement à l'école, à réagir en grognant et négativement ou à se sentir incompris (NIMH, non daté).

Une recherche québécoise reconnaît que parmi 60% des garçons de 6 à 11 ans orientés en pédopsychiatrie pour des difficultés comportementales, 71% présentent une symptomatologie dépressive (Breton et coll., 2012). Cette étude met également en évidence l'importance des dimensions relationnelle et familiale comme facteur contributif à la dépression. La dépression chez les jeunes garçons de 6 à 11 ans se vit plus sur un mode comportemental et ceux-ci recherchent davantage l'attention que les

adolescents de 12 à 17 ans (Breton et coll., 2012). Chez les jeunes de 12 à 17 ans, on retrouve les symptômes de tristesse (G: 72%; F.: 91%), d'anxiété (G.: 64%; F.: 76%), les idées suicidaires (G.: 72%; F.: 85%) (Breton et coll., 2012).

Les statistiques démontrent que 50% des adolescents dépressifs sont diagnostiqués avant l'âge de 18 ans (Zuckerbrot et coll., 2007):

«Les signes précurseurs de la dépression grave (majeure) apparaissent vers l'âge de 6 ou 7 ans, allant en s'intensifiant au cours de l'adolescence. L'abus d'alcool ou la dépendance peut commencer dès l'âge de 8 ans et l'abus de drogues ou l'accoutumance à partir de 10 ans. Les deux s'intensifient nettement pour culminer au milieu de l'adolescence (entre 14 et 15 ans)².»

Prévalence

Établie sur une période de 12 mois, la prévalence du trouble dépressif caractérisé aux États-Unis est de 7% (APA, 2015). Chez les enfants de moins de 13 ans, elle est estimée à 2, 8%, comparativement à 5, 6% chez les adolescents de 13 à 18 ans: 5, 9% chez les filles et 4, 6% chez les garçons (U.S. Preventive Services Task Force, 2009). En France, on estime que 8% des jeunes de 8 à 12 ans souffriraient d'une dépression (HAS, 2014a). Environ 3, 5% des enfants et des jeunes souffrent d'un trouble de l'humeur assez grave pour nécessiter un traitement (RISMEA, 2010). À l'adolescence, les filles sont deux à trois fois plus susceptibles de développer ce trouble mental que les garçons (Evans et Wasmer Andrews, 2012). Environ 11% des jeunes de 15 à 24 ans ont déclaré avoir souffert de dépression au cours de leur vie et 7% d'entre eux au cours des 12 derniers mois (Statistique Canada, 2017). Un plus grand risque de dépression est associé aux facteurs suivants: le fait d'être une femme, de fumer du tabac, de présenter davantage de comportements sociaux négatifs (critique, intimidation, colère) ainsi qu'une moins bonne capacité à composer avec le stress.

Causes

Les causes du trouble dépressif caractérisé sont multiples. L'hérédité joue un rôle important; en effet, les enfants issus de parents dépressifs ont un risque de deux à quatre fois plus élevé que la population en général de souffrir d'une dépression majeure (APA, 2015). Des facteurs environnementaux sont également mentionnés: une exposition continue à la pauvreté, à la violence, à la négligence ou à de mauvais traitements. Les jeunes qui éprouvent une dépendance à l'alcool, aux drogues ou aux jeux de hasard et d'argent sont plus susceptibles de souffrir d'une dépression. Différentes conditions médicales peuvent également engendrer une symptomatologie dépressive: maladie de la glande thyroïde, tumeur au cerveau, etc.

Chez les enfants et les adolescents, d'autres événements peuvent provoquer une dépression:

- › La rupture du couple parental;
- › Les conflits entre les parents ou la fratrie;
- › L'intimidation et la discrimination;
- › Une impression de vivre continuellement stressé;
- › Un accident entraînant une longue invalidité;
- › Le décès d'un proche;
- › Les effets secondaires de certains médicaments ou certaines drogues;
- › Certaines maladies (les enfants et adolescents qui ont des troubles de l'attention, d'apprentissage, des conduites ou des troubles anxieux sont plus à risque de dépression);
- › Les problèmes sexuels;
- › La dépression chez un parent ou un membre de la famille (Santé mentale pour enfants Ontario, 2002).
- › Un style parental inadéquat où priment les comportements d'hostilité, de coercition ou de désengagement, de même que peu d'expression de chaleur et de soutien émotionnel contribuent à l'émergence et au maintien de la dépression des jeunes (Marcotte, 2013).

Troubles concomitants

Le trouble dépressif caractérisé est souvent accompagné ou précédé d'autres troubles mentaux, comme la consommation abusive d'alcool et de drogues, les troubles anxieux (trouble panique), le trouble obsessionnel-compulsif, les troubles du comportement perturbateur ou les troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie) (APA, 2015; Maughan et coll., 2013). Environ les deux tiers des jeunes qui souffrent d'une dépression majeure présentent un autre trouble mental concomitant et 10% de ceux-ci en présentent plus de deux (Maughan et coll., 2013). D'autres études confirment également cette tendance. Plus de 60% des adolescents dépressifs présentent ou ont présenté des troubles anxieux et 33% à 50% des personnes qui souffrent de troubles du comportement alimentaire présentent également une dépression (Evans et Wasmer Andrews, 2012).

Dépression chez les enfants de 7 à 11 ans

La dépression reste rare chez l'enfant de moins de 12 ans et sa prévalence est estimée à 0, 5% (INSERM, 2002b). Chez les jeunes, elle constitue un risque important de suicide: elle représente la troisième cause de décès chez les 15-24 ans et la sixième cause de décès chez les 5-14 ans (U.S. Preventive Services Task Force, 2009). Après les accidents, elle représente la deuxième cause de décès chez les jeunes de 10 à 34 ans (Agence de la santé publique du Canada, 2012).

La dépression chez les jeunes enfants peut s'observer entre autres dans leurs jeux où des gens meurent et où des poupées succombent à un accident d'automobile. Lorsque les parents constatent que leur enfant s'exprime ainsi par le jeu, il importe qu'ils posent des questions à celui-ci, et ce, même s'il est en très bas âge. Dans une majorité d'études cliniques et communautaires, plus de 80% des enfants et des adolescents ayant eu un épisode dépressif s'en remettent en une année ou moins, et plus de 90% en deux ans ou moins (Dumas, 2013). Même si chez 90% des enfants, la dépression se résorbe d'elle-même, elle peut laisser des traces dans leur développement.

Il y a de plus en plus d'études axées sur la prévention des troubles mentaux chez les enfants d'âge préscolaire (Côté et coll., 2009; Luby, 2009; Luby et coll., 2009a, b; Egger, 2009). Afin d'éviter que la dépression devienne chronique, l'intervention thérapeutique consiste à changer les

pensées de l'enfant qui se sent inutile, incapable, solitaire. Luby (2013) préconise le modèle d'intervention familiale Parent-Child Interaction Therapy. Cette intervention auprès de familles dysfonctionnelles ou de parents se sentant inadéquats dans leurs capacités parentales a pour but d'améliorer la relation parent-enfant et d'éviter le recours à la médication (antidépresseurs) pour les enfants d'âge préscolaire.

Dépression chez les adolescents de 12 à 18 ans

Elle touche 1% des jeunes âgés de 12 à 15 ans et 7% des 15 à 18 ans (Garel, 2011). Chez les 15 à 24 ans, la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC, 2011a) mentionne que 10, 2% de ceux-ci avouent avoir présenté les caractéristiques de la dépression à un certain moment. Avant d'atteindre l'âge de 18 ans, 20% des adolescents présenteront une dépression (Gladstone et Beardslee, 2009).

Au Québec, environ 16% des jeunes au début du secondaire (10% des garçons et 25% des filles) présentaient plusieurs des signes d'une dépression pouvant justifier une intervention (Marcotte, 2007). Le dépistage de la dépression majeure chez les adolescents est préconisé lorsqu'un système de diagnostic, de traitement et de suivi existe (U.S. Preventive Services Task Force, 2009). Chez les adolescents de 12 à 18 ans, les facteurs de risque suivants doivent être pris en considération: la dépression parentale, un problème concomitant relié à un trouble mental ou à diverses conditions médicales, ou encore un événement ayant une incidence majeure dans la vie de l'adolescent.

Les personnes atteintes d'un trouble de l'humeur, dont la dépression, sont plus à risque de problèmes de drogue ou d'alcool ainsi que de troubles anxieux (trouble panique, obsessionnel-compulsif, phobie sociale [MSSS, 2011b]). L'American Psychiatric Association insiste sur l'importance d'être vigilant en regard des principaux symptômes de dépression majeure que l'on retrouve chez les enfants et les adolescents: irritabilité plutôt que tristesse, insomnie et baisse d'énergie (APA, 2015).

Signaux d'alerte d'un trouble dépressif caractérisé (dépression majeure)

Les parents se sentent désemparés lorsque leur jeune adopte plusieurs des différents comportements répertoriés au [tableau 2](#) (voir page suivante). Le désarroi est encore plus grand si de tels comportements perdurent et perturbent à la fois le jeune et son entourage immédiat. Le regroupement de certains de ces comportements peut laisser présager la présence d'un trouble dépressif caractérisé (dépression majeure) et les intervenants devraient pouvoir identifier ces signaux d'alerte.

Tableau 2 • Signaux d'alerte d'un trouble dépressif caractérisé (dépression majeure)³

Depuis au moins les deux dernières semaines, le jeune a démontré plusieurs des signaux d'alerte suivants :	Oui	Non
<ul style="list-style-type: none"> • Un sentiment de tristesse ou de désespoir journalier (ex. : très irritable, pleure souvent, opinions négatives de lui-même ou du monde, un sentiment de vide l'habite, etc.) ; • Une baisse d'intérêt et de plaisir (ex. : les activités jadis prisées sont peu pratiquées) ; • Un isolement social (ex. : diminution de ses rencontres ou activités sociales) ; • Une perte ou un gain de poids (accompagné ou non de plaintes) ; • Des difficultés de sommeil quasi quotidiennes (ex. : dort trop ou peu) ; • Un comportement moteur agité (ex. : dérange souvent ses camarades, etc.) ; • Une sensation de fatigue quasi quotidienne (ex. : se manifestant par de l'ennui, du mal à commencer ou à terminer une tâche, etc.) ; • Un sentiment excessif de dévalorisation (ex. : hypersensibilité à l'échec, démontre peu d'estime de lui-même, etc.) ; • Un sentiment excessif de culpabilisation (ex. : invoque son état pour dénigrer l'objectif de ce qu'on lui propose : « À quoi ça sert ? ») ; • Des difficultés à être attentif et concentré (ex. : baisse incompréhensible des résultats scolaires, ne porte pas attention lorsqu'on s'adresse à lui, etc.) ; • Des difficultés à avoir les idées claires (ex. : difficultés à exprimer son opinion) ; • Des difficultés à prendre des décisions (ex. : hésite longuement avant de passer à l'action) ; • Des pensées fréquentes de mort ou des idées suicidaires (ex. : exprime des propos négatifs et sombres face à l'avenir, dit qu'il serait mieux mort ou envisage ces scénarios pour se suicider, etc.) ; • Un comportement moteur au ralenti (ex. : se traîne les pieds, accomplit lentement une tâche, etc.). 		

La présente section propose différentes grilles d'auto-observation des signaux d'alerte pouvant laisser présager un trouble mental. Rappelons cependant qu'un tel trouble **se doit d'être diagnostiqué par un**

psychologue, un médecin ou un médecin spécialiste (ex.: psychiatre, pédiatre).

L'irritabilité et les disputes au sein de la famille constituent les deux motifs principaux qui amènent les parents en consultation pour leur jeune. Par ailleurs, la tendance du jeune à se retirer socialement et celle à démontrer très peu de plaisir constituent également deux autres facteurs prédictifs d'une dépression chez celui-ci (Feifer et Rattan, 2013). Les recherches récentes (Luby, 2009a et b) établissent quatre facteurs à observer qui seraient des marqueurs de dépression chez les enfants d'âge préscolaire:

- › La perte de plaisir (joie de vivre);
- › Un sentiment extrême de culpabilité;
- › Une fatigue extrême;
- › Une diminution des habiletés cognitives.

Le professionnel de la santé peut avoir recours à différentes échelles d'évaluation francophones de la dépression (Beck et coll., 2005; Moor et Mack, 1982; Revah-Levy et coll., 2007). L'Adolescent Depression Rating Scale, recommandée par la Haute Autorité de Santé de France, comporte deux versions de 10 questions, l'une pour l'adolescent et l'autre à être utilisée par le professionnel de la santé (Morisset, 2007). L'annexe 1 présente d'autres outils de dépistage de la dépression.

Programmes de prévention de la dépression

Les programmes efficaces de prévention de la dépression auprès des enfants et des adolescents possèdent les caractéristiques suivantes:

- › Ils sont basés sur des données probantes;
- › Leur contenu est structuré selon un nombre prédéterminé de sessions;
- › Ils sont accompagnés d'un manuel d'utilisation;
- › Le personnel qui dispense les interventions est formé.

Les programmes sont conformes aux approches de la thérapie cognitivo-comportementale*⁴ (TCC) ou de la psychothérapie interpersonnelle* (PTI) (Gladstone et Beardlee, 2009).

Le programme Attachement-Based Family Therapy (Diamond et coll., 2002, 2003, 2010) postule que les familles qui développent un lien

d'attachement sécuritaire avec leurs enfants les prémunissent contre les risques de dépression et de suicide. L'objectif de ce programme⁵, qui a été reconnu comme étant efficace⁶, consiste à reconstruire le lien de sécurité qui a été rompu. Un autre programme, davantage orienté sur l'enseignement de stratégies cognitives et comportementales, s'adressant aux jeunes âgés de 9 à 18 ans, s'est révélé probablement efficace — c'est-à-dire prometteur (Rohde et coll., 2005).

Le programme Penn Resilience Prevention Program de Gilham et coll. (non daté) vise à enseigner aux jeunes de 8 à 12 ans les habiletés cognitives pour combattre la dépression en leur proposant de changer leurs pensées pessimistes en pensées optimistes et en développant leurs habitudes sociales pour parer aux rejets et aux frustrations de la puberté. «Deux ans après l'application du programme, les résultats ont démontré que les enfants du groupe expérimental ayant participé au programme présentaient deux fois moins de symptômes de dépression (modérée à grave) que ceux du groupe témoin⁷.»

Pour prévenir la dépression, l'anxiété et la consommation abusive de drogues chez les jeunes, l'Australie a mis en ligne le programme national Beyondblue. Les écoles primaires disposent du programme national KidsMatter comportant les quatre volets suivants (Beyondblue, 2010):

1. Créer une communauté scolaire positive où les différents acteurs (élèves, enseignants, parents, direction) travaillent de concert pour le mieux-être des élèves;
2. Favoriser l'apprentissage des habiletés sociales et émotionnelles chez les élèves, et diffuser de l'information sur la santé mentale;
3. Soutenir et renseigner les parents sur le développement et le bien-être des enfants, et les aider dans la recherche de services appropriés à leurs besoins;
4. Préconiser des programmes d'intervention précoce pour les élèves qui éprouvent des troubles mentaux et aider les écoles et les familles à accéder à ces programmes.

Au Québec, le programme Pare-Chocs⁸ cherche à prévenir ou réduire la dépression chez les adolescents. Ce programme, basé sur l'approche cognitivo-comportementale*, s'adresse aux adolescents de 14 à 17 ans. Il

visé à réduire les facteurs de risque de dépression tout en développant les facteurs de résilience* (Marcotte, 2013). Les objectifs du programme sont:

- › Développer les habiletés sociales;
- › Développer l'autocontrôle et l'augmentation du niveau d'activités plaisantes;
- › Développer l'apprentissage de techniques de relaxation;
- › Développer les habiletés de communication, de négociation et de résolution de problème, l'estime de soi et l'image corporelle;
- › Diminuer les distorsions cognitives.

Les 55 activités du programme s'inscrivent à l'intérieur de 12 rencontres de 1 h 30 min à 2 h et s'effectuent en petit groupe de 6 à 10 adolescents. Trois rencontres avec les parents sont également prévues. Ces activités sont animées par deux formateurs qui ont préalablement reçu une formation de six heures. Il a été démontré que ce programme contribue à diminuer les distorsions cognitives et à améliorer les stratégies de résolution de problème (Marcotte, 2013). Dans la même lignée, le programme Zenétudes cherche à prévenir ou réduire la dépression et l'anxiété chez les adolescents qui vivent la transition de l'école secondaire (lycée) vers le milieu collégial (Marcotte et coll., 2016). Des recherches additionnelles pour mesurer l'efficacité du programme sont en cours.

Les avenues de recherche futures devraient cibler le développement de programmes de prévention universels dans les écoles. La Fondation des maladies mentales du Québec offre, depuis 1998, le programme Solidaires pour la vie aux élèves de 3^e, 4^e et 5^e secondaire. Les résultats de ce programme démontrent que 7 000 cas connus, suivis et traités de dépression chez les jeunes ont été répertoriés et 1 000 cas d'hospitalisation à la suite de signaux d'urgence suicidaires ont été identifiés. Le programme a touché 700 000 jeunes, 8 000 parents et 22 000 intervenants (Fondation des maladies mentales du Québec, 2010a).

Les programmes de prévention doivent pouvoir joindre les clientèles à risque: les jeunes dont l'un des deux parents a déjà souffert d'une dépression, ceux qui ont été victimes de sévices ou de mauvais traitements de la part de leurs proches. Toute personne ayant subi une première dépression devient plus à risque d'en avoir une autre (Compton, 2010).

Il est reconnu que les troubles anxieux jouent un rôle précurseur de la dépression; en traitant efficacement ceux-ci, on réduit l'apparition et la récurrence de la dépression (AACAP, 2007a). La prévention réside également dans l'adoption de saines habitudes de vie: avoir un sommeil régulier et une bonne alimentation, pratiquer des activités physiques, utiliser des stratégies afin de mieux composer avec le stress (relaxation, respirations profondes, évitement dans la mesure du possible de situations stressantes, etc.) et s'adonner à des occupations qui procurent du plaisir.

La prévention consiste également à traiter adéquatement la dépression majeure afin d'éviter les rechutes possibles. Une dépression majeure non traitée est sujette à se reproduire: ainsi, au cours de sa vie, une personne non soignée s'expose à cinq à sept autres épisodes de dépression majeure qui tendent à empirer avec le temps (Evans et Wasmer Andrews, 2012).

Intervention

Attitudes aidantes

Plusieurs attitudes positives existent afin de procurer un bon soutien à un jeune déprimé. Les proches qui côtoient un jeune déprimé peuvent l'aider en:

- › Prenant soin en priorité d'eux-mêmes, car pour aider, il faut être en forme physiquement et psychologiquement;
- › Étant positifs dans leurs propos;
- › Intervenant auprès de lui avec respect et dignité (lui dire les vraies choses sans les déformer);
- › Écoutant le jeune plutôt qu'en lui donnant des conseils et en lui offrant leur soutien («Puis-je faire quelque chose pour t'aider?»);
- › Lui exprimant leurs préoccupations (ex.: «Tu as l'air préoccupé. Y a-t-il quelque chose qui ne va pas?»);
- › Adoptant une attitude d'écoute compréhensive et empathique (sans porter de jugement), car l'attitude actuelle du jeune provient de sa maladie et il n'est pas volontairement égoïste, paresseux, etc.;
- › L'encourageant lorsqu'il parle de ses sentiments ou de son vécu;

- › Lui proposant des pistes de solution pour qu'il puisse mieux gérer les situations qui le stressent;
- › Le valorisant pour tout progrès effectué en vue d'augmenter son autonomie et son estime de lui-même;
- › Lui rappelant qu'on peut guérir d'une dépression (lui donner de l'espoir en son rétablissement);
- › Passant du temps avec lui (privilégier les sorties extérieures et être présent dans les moments significatifs, par exemple lors des fêtes);
- › Étant à l'écoute (éviter cependant de renforcer les fausses croyances);
- › Lui rappelant ses forces et ses succès;
- › Favorisant le contact avec les pairs et les amis afin d'éviter qu'il s'isole;
- › Le soutenant dans l'atteinte d'objectifs réalistes qu'il s'est fixés ou dans le nombre raisonnable de responsabilités qu'il s'est données;
- › Respectant son intimité et la confidentialité des informations (à moins qu'il y ait un risque de suicide);
- › Sondant son intention réelle de se suicider. Pour ce faire, lui poser directement la question et lui demander s'il a un plan en tête. Comment? Où? Quand? Si tel est le cas, l'inviter à consulter;
- › Référant le jeune à l'urgence s'il semble présenter une psychose ou s'il parle d'un plan de suicide précis.

Attitudes à éviter

Les parents doivent éviter certaines attitudes et interventions auprès de leur jeune:

- › Vouloir changer le jeune, car ce n'est pas le rôle des parents (ex.: «Secouetoi!, Vois la vie du bon côté!»);
- › Le blâmer;
- › Le dénigrer (ex.: «Tu es paresseux») ou rire de ses propos;
- › Le confronter (mieux vaut lui proposer des choix);
- › Se mettre en colère devant sa passivité;
- › Se remettre constamment en question (ce n'est pas la faute des parents si le jeune est déprimé);
- › Banaliser ou nier l'état du jeune;

- › Entreprendre des démarches de consultation auprès d'un professionnel sans lui en avoir parlé.

Les intervenants agissant en première ligne gagneraient à disposer d'outils pour mieux repérer les signaux d'alerte d'une dépression majeure chez les adolescents: l'Échelle de dépression pour adolescents de Kutcher⁹ (KADS, 6 items) et l'Outil d'évaluation du risque suicidaire chez l'adolescent¹⁰ (TASR-A). Comme outil de formation, le Québec dispose d'un Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne¹¹ (Fournier et coll., 2002). Pour aider au diagnostic de la dépression à l'adolescence, la France a également émis des directives de bonnes pratiques médicales (HAS, 2014a, b, c, d).

Psychothérapie

Pour les jeunes qui présentent une dépression modérée à sévère, le traitement peut également être constitué de différentes formes de psychothérapie (ex.: la thérapie cognitivo-comportementale [TCC] ou la psychothérapie interpersonnelle [PTI] combinée ou non avec l'utilisation d'une médication [TADS, 2007]). Basés sur les approches précédentes, différents guides pratiques d'autogestion de soins sur la dépression sont offerts en français (Greenberger et Padesky, 2004; Burns, 2005; Addis et Martell, 2009, Bilsker et coll., non daté).

La TCC s'utilise efficacement auprès des enfants et des adolescents déprimés (Vera et coll., 2009; David-Ferron et Kaslow, 2008; Weersing et Brent, 2010). Elle jouit d'une efficacité bien établie auprès des enfants en sessions individuelles ou en sessions de groupe (Clarke et DeBar, 2010). La première étape de la TCC consiste à demander au jeune de nommer les sentiments positifs et négatifs vécus. Par la suite, le thérapeute amène graduellement le jeune à préciser les situations ou les pensées qui sont associées à ces sentiments. Ensuite, afin de l'aider à modifier son humeur, il lui propose de s'adonner à des activités plaisantes. La TCC cherche également à changer les croyances irrationnelles du jeune pour des croyances plus réalistes et fonctionnelles. Le thérapeute qui utilise cette psychothérapie peut souscrire à l'un ou plusieurs des objectifs suivants:

- › Diminuer ou modifier les fausses croyances;
- › Augmenter les habiletés de résolution de problèmes;
- › Augmenter les habiletés de résilience;

- › Inciter les jeunes à se soucier davantage de leur santé et à participer à des activités plaisantes (Brown et coll., 2009).

Dans la psychothérapie interpersonnelle (PTI), le thérapeute aide les adolescents à évaluer et à améliorer leurs relations sociales et la communication interpersonnelle. Les thématiques suivantes peuvent être abordées:

- › La construction du sentiment de l'identité (sexualité, influence dans le groupe des pairs, etc.);
- › Les conflits familiaux;
- › Les pertes ou les deuils (ex.: rupture amoureuse);
- › Les conflits interpersonnels.

Auprès des adolescents, la PTI a été reconnue efficace dans le traitement de la dépression (David-Ferron et Kaslow, 2008). L'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry reconnaît son efficacité auprès des adolescents présentant une dépression modérée (Jacobson et Mufson, 2010). Cependant, elle n'est pas recommandée pour les adolescents présentant une déficience intellectuelle ou souffrant d'un trouble bipolaire, de psychose, d'abus de substances ou en crise suicidaire (Young et coll., 2006).

La thérapie d'activation comportementale* (TAC) vise à:

- › Restaurer les sources de gratification (récompenses);
- › Déterminer les motifs qui poussent l'individu à fuir les situations;
- › Lui enseigner les habiletés pour mieux composer avec son quotidien;
- › Améliorer sa qualité de vie.

L'efficacité de la TAC pour traiter la dépression est reconnue par la Society of Clinical Psychology et la Division 12 de l'American Psychological Association.

Certains avancent que les préceptes qui guident la thérapie psychodynamique* sont utiles dans le traitement des jeunes présentant une dépression légère ou modérée, mais à condition de les incorporer à des formes structurées de thérapie comme la PTI et la TCC (Santé mentale pour enfants, Ontario, 2002).

Pour ceux qui n'ont toujours pas bien répondu après quatre ou six séances de psychothérapie individuelle, la médication peut dès lors être

prescrite en association avec celle-ci.

Médication

Les médicaments qui ciblent les systèmes de sérotonine sont généralement utilisés dans le traitement de la dépression de jeunes prépubères. Ils sont utiles pour traiter un enfant ou un adolescent présentant une dépression d'intensité modérée, sévère ou légère, lorsque le jeune s'oppose à la psychothérapie ou encore lorsque celle-ci n'a pas d'effet sur lui (Molly et coll., 2012).

Le jeune et ses proches se doivent d'être informés sur les différentes options de traitement. Les avantages ainsi que les effets secondaires reliés à la prise de la médication devront être discutés avec le jeune et sa famille. Une meilleure connaissance de la dépression et des traitements permet de mieux adhérer au plan de traitement (Clark et coll., 2012). Le traitement pharmacologique peut être associé à la psychothérapie, car cela est susceptible d'en augmenter l'efficacité.

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et de la noradrénaline (ISRN) sont des médicaments qui ont démontré leur efficacité dans le traitement de la dépression chez les jeunes. La fluoxétine et le citalopram sont les antidépresseurs approuvés chez les enfants et les adolescents par la US FDA (Food and Drug Administration). Chez les jeunes âgés de 8 ans et plus, il est recommandé de prescrire la fluoxétine pour la dépression modérée à sévère.

Le début de la prise de cette médication se fait progressivement et son arrêt s'effectue de même sous supervision médicale. La dose nécessaire pour diminuer les symptômes varie d'un jeune à l'autre. La durée du traitement se situe en moyenne entre 6 et 12 mois. Une surveillance médicale continue et une réévaluation des bénéfices/risques doivent se faire régulièrement lors du traitement (Korczak et coll., 2013). Une dépression non traitée peut engendrer plus d'effets dommageables que les effets secondaires reliés à l'utilisation d'une médication adéquate.

Pour le traitement de la dépression majeure chez les adolescents, plusieurs médications démontrent une bonne efficacité. Il demeure par ailleurs primordial que le suivi s'effectue sur une base régulière, afin d'évaluer la réponse au traitement et d'assurer la surveillance étroite de l'apparition d'effets secondaires indésirables comme les idées suicidaires,

les comportements d'automutilation ou autres attitudes problématiques (March et coll., 2007). Dans de telles situations, on doit modifier le dosage ou cesser la médication.

Dans les pays de l'Union européenne, les médicaments antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et apparentés¹², à l'exception de la fluoxétine (Prozac[®]), ainsi que les antidépresseurs tricycliques, sont déconseillés dans le traitement de la dépression chez l'enfant et l'adolescent (AFSSAPS, 2008). Depuis 2006, l'Agence européenne des médicaments¹³ (EMA) privilégie chez les enfants de 8 ans et plus une première intervention psychothérapeutique de quatre à six rencontres avant de prescrire de la fluoxétine (AFSSAPS, 2008).

Au sujet de la médication, le jeune doit savoir:

- › Qu'il doit prendre sa médication chaque jour;
- › Qu'il peut joindre son médecin s'il éprouve des effets secondaires;
- › Que les antidépresseurs ne commencent à être efficaces qu'après deux à quatre semaines;
- › Qu'il doit poursuivre la prise de sa médication même s'il se sent mieux;
- › Qu'il doit parler à son médecin s'il désire cesser de prendre sa médication.

Préparé par l'American Psychiatric Association et l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2010), un guide pour les parents qui désirent obtenir plus d'information sur la médication est offert¹⁴.

À retenir

- Le trouble dépressif caractérisé (dépression majeure) provoque un débalancement neurochimique du cerveau du jeune et engendre des modifications de l'humeur pendant au moins deux semaines. Cela conduit le jeune à s'isoler de ses pairs, à se sentir triste, à ne plus avoir de plaisir à accomplir les activités habituelles de la vie quotidienne et à faire preuve d'une irritabilité importante.
- Le trouble dépressif caractérisé est rarement présent chez les enfants de moins de 12 ans.
- Afin d'éviter que la dépression devienne chronique, l'intervention thérapeutique auprès des jeunes consiste à changer leurs pensées, car ils se sentent inutiles, incapables et

solitaires. La dépression touche 1% des jeunes âgés entre 12 et 15 ans et 7% des 15 à 18 ans (Garel, 2011).

- Nos attitudes aidantes à l'égard d'un jeune déprimé sont fondamentales pour son rétablissement.
 - Les thérapies cognitivo-comportementales, la thérapie interpersonnelle et la thérapie d'activation comportementale constituent des traitements efficaces, combinés ou non avec l'utilisation d'une médication.
-

Lectures suggérées

Addis, M. E. et Martell, C. R. (2009). *Vaincre la dépression: Une étape à la fois*. Traduction et adaptation de Jean-Marie Boisvert et Marie-Claude Blais. Montréal: Les Éditions de l'Homme.

Association canadienne pour la santé mentale. *Comprendre la maladie mentale; les troubles de l'humeur*

www.cmha.ca/fr/sante-mentale/comprendre-la-maladie-mentale/les-troubles-de-lhumeur

Bexton, B. (non daté). «La dépression majeure», *Revivre*.
www.revivre.org/depression/

Bilsker, D., Gilbert, M., Worling, D., Garland, E. J. (non daté). Surmontez la dépression. Techniques antidépressives à l'intention des adolescents, CARMHA, Faculté des sciences de la santé, Simon Fraser University et ministère des Enfants et du Développement de la famille, Colombie-Britannique.

www.iusmm.ca/documents/pdf/Recherche/SanteMentale/CBT_Ados_francais.pdf

Burns, D. D. (2005). *Être bien dans sa peau. Traitement éprouvé cliniquement pour vaincre la dépression, l'anxiété et les troubles de l'humeur*. (Version française). Montréal: Les Éditions Héritage.

Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants (CEDJE) et Réseau stratégique de connaissances sur le développement des jeunes enfants (RSC-DJE) (2013). Coup d'œil sur: Anxiété et dépression.

Reconnaître les signes avant-coureurs.

www.enfant-encyclopedie.com/Pages/PDF/Anxiete-depression_FRmcP.pdf

Evans, D. L. et Wasmer Andrews, L. (2012). *Dépression et troubles bipolaires chez l'adolescent*. Conseils pratiques pour le quotidien, Bruxelles: De Boeck Université.

Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH, 2012). Comprendre les médicaments psychotropes - Les antidépresseurs

www.camh.ca/en/education/about/camh_publications/Documents/Flat_PDFs/upm_antidepressants_fr.pdf

Centre Hospitalier de l'Est de l'Ontario (2009). *Ce qu'il faut savoir. L'aide à apporter à votre enfant ou à votre adolescent dépressif. Information à l'intention des parents et des aidants*.

www.cheo.on.ca/uploads/Depression/DepressionFR.pdf

Garel, P. (2011). «Les jeunes et la dépression majeure». *Revivre*. www.revivre.org/depression/

Gouvernement du Québec. *La dépression fait mal*. www.ladepressionfaitmal.ca/fr/

Greenberger D. et Padesky, C. (2004). *Dépression et anxiété: comprendre et surmonter par l'approche cognitive. Un guide pratique*. Traduction de F. Chassé, W. Pilon et P. Morency. Montréal: Éditions Saint-Martin.

Marcotte, D. (2013). *La dépression chez les adolescents. État des connaissances, famille, école et stratégies d'intervention*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Marcotte, D., Vilatte, A., Paré, M-L., Lamarre, C. (2016). Le programme Zenétudes: prévenir la dépression et l'anxiété chez les nouveaux collégiens. Association francophone pour le savoir, p. 1-6. www.acfas.ca/publications/decouvrir/2016/10/programme-zenetude-prevenir-depression-anxiete-nouveaux-collegiens

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2016). *Dépression*. Portail santé et mieux-être.

<http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/depression/>

Société canadienne de psychologie (2009). *Dépression*.
www.cpa.ca/lapsychologiepeutvousaider/depression

-
1. Les troubles dépressifs comportent le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle, le trouble dépressif caractérisé (incluant l'épisode dépressif caractérisé), le trouble dépressif persistant (dysthymie), le trouble dysphorique prémenstruel, le trouble dépressif induit par une substance/un médicament, le trouble dépressif dû à une autre affection médicale, le trouble dépressif autre spécifié et le trouble dépressif non spécifié (APA, 2015).
 2. Santé mentale pour enfants Ontario (2002). *Services de santé mentale pour enfants de la naissance à l'âge de six ans: Analyse bibliographique et Guide pratique*. Mars, Toronto: ON, p. 23.
 3. Inspiré de: APA (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux — DSM-5*. Paris: Elsevier Masson. «Trouble dépressif caractérisé», pp.188-197. Ce questionnaire est un outil non validé scientifiquement et il se doit d'être analysé par un professionnel de la santé compétent. La prudence est de mise avant de tirer quelque conclusion que ce soit. Les professionnels (médecins et psychologues) peuvent utiliser les outils énumérés dans les annexes pour les aider à poser le diagnostic de trouble dépressif caractérisé (dépression majeure).
 4. Les astérisques signifient que les mots sont définis dans le glossaire, à la fin de l'ouvrage.
 5. www.promisingpractices.net
 6. Des interventions efficaces (bien établies): Elles reposent sur au moins deux études scientifiques rigoureuses comportant un groupe témoin et expérimental et conduites par différentes équipes thérapeutiques et des schèmes expérimentaux bien conçus. (NIMH, 2001, cité dans Dunnachie, 2007, p. 18). Des interventions probablement efficaces (prometteuses): Elles reposent sur au moins deux études démontrant que l'intervention est plus efficace que celle du groupe témoin non traité ou sur plusieurs études de cas, ou bien elles sont intégrées dans des manuels thérapeutiques qui prescrivent l'intervention. (NIMH, 2001, cité dans Dunnachie, 2007, p. 18).
 7. Seligman, M. E.P. (2013). *L'école de l'optimisme. Développer la résilience chez l'enfant*. Montréal: Les Éditions de l'Homme.
 8. www.septembre.com/livres/programme-pare-chocs-valise-tous-ses-637.html
 9. http://teenmentalhealth.org/wp-content/uploads/2014/08/French_KADS_Final.pdf
 10. http://teenmentalhealth.org/wp-content/uploads/2014/08/TASR-A_Package_FR.pdf
 11. www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1509_FaireFaceDepressionQc_ProtoSoinsInterv1reLigne.pdf
 12. Il s'agit de 10 antidépresseurs: citalopram, duloxétine, escitalopram, fluoxétine, fluvoxamine, mirtrazapine, paroxétine, sertraline, trazodone et venlafaxine. La sertraline (Zoloft[®]) et la fluvoxamine (Luvox[®], Fluvox[®]), deux antidépresseurs ISRS, ont une indication chez l'enfant et l'adolescent dans le traitement des troubles obsessionnels-compulsifs.
 13. https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/ema_fr
 14. www.parentsmedguide.org

Trouble bipolaire de type I

Définition

Le trouble bipolaire de type I¹ (anciennement appelé «trouble maniaco-dépressif») entraîne un dérèglement exagéré de l'humeur qui se manifeste en succession d'épisodes dépressifs et d'états maniaques ou hypomaniaques (voir [tableau 3](#), à la page 72). On trouve principalement deux formes de troubles bipolaires:

- › Le trouble bipolaire de type I (TB I) associe des phases maniaques (élévation de l'humeur) et des phases de dépression (baisse de l'humeur);
- › Le trouble bipolaire de type II (TB II) comporte surtout des épisodes de dépression (les phases maniaques étant plus discrètes, elles réfèrent davantage à une hypomanie).

Prévalence

La prévalence du trouble bipolaire de type I chez les jeunes se situe entre 1% et 3% (Garel et Maranda, 2011, MSSS, 2011c). On observe également qu'environ 30% des adolescents présentant une dépression majeure souffriront d'un trouble bipolaire dans leur vie adulte (Gagnon, 2001a). Entre 1% et 1,3% des adolescents de 15 à 18 ans ont vécu au moins un épisode de manie (Evans et Wasmer Andrew, 2012). Les premiers symptômes des troubles bipolaires se manifestent tôt. De 20% à 40% des adultes atteints d'un trouble bipolaire affirment que la maladie a commencé dans l'enfance (Evans et Wasmer Andrew, 2012). Ils se retrouvent chez 66% des jeunes de moins de 19 ans et chez 80% des moins de 25 ans (Pfennig et coll., 2014). Le trouble bipolaire affecte les garçons et les filles

également, mais on retrouve une prédominance masculine de ce trouble chez les jeunes âgés de moins de 13 ans (AACAP, 2007b).

Facteurs de risque

L'hérédité constitue un facteur de risque important de développer un trouble bipolaire, comme le confirment diverses recherches. Lorsqu'un parent du premier degré est atteint, le risque de transmission héréditaire se situe entre 15% et 30% (Evans et Wasmer Andrew, 2012), comparativement à 1% dans la population générale. Il s'élève entre 50% et 75% si les deux parents en sont atteints (Evans et Wasmer Andrew, 2012). Selon une autre source, ce risque est six fois plus grand si un parent ou un autre membre de la fratrie en est atteint (NIMH, 2012). À ce jour, on croit que les gènes qui sont probablement associés au trouble bipolaire sont ceux impliqués dans la neurotransmission par la sérotonine, la dopamine et le glutamate (Barnett et Smoller, 2009).

Rappelons que le trouble bipolaire est souvent d'origine génétique, mais que sa survenue est généralement due à un stress, qu'il soit physiologique (consommation d'une substance psychoactive) ou psychosocial (événement de vie stressant). Ainsi, une histoire familiale d'abus d'alcool et de drogues peut être associée à un plus grand risque d'un trouble bipolaire chez l'enfant et l'adolescent. D'autres facteurs de risque sont attribuables à certains événements précoces de la vie: deuil d'un parent, agressions sexuelles dans l'enfance, carence affective, etc.

L'impact du trouble bipolaire de type I est non négligeable, car le risque de suicide chez les personnes atteintes est estimé à au moins 15% de plus que celui observé dans la population en général et, dans les faits, il représente le quart des suicides complétés (APA, 2015). Précisons également qu'environ 30% des personnes atteintes présentent une altération grave dans le domaine professionnel, c'est-à-dire un statut socio-économique inférieur au niveau d'études équivalent (APA, 2015).

Troubles concomitants

Un trouble anxieux est observé chez 75% des personnes qui présentent un trouble bipolaire (APA, 2015). Une récente méta-analyse confirme la prévalence très élevée de l'anxiété généralisée chez ceux qui présentent un trouble bipolaire, d'où l'importance de bien l'identifier et la traiter afin de diminuer la symptomatologie des phases dépressives et maniaques et réduire le risque de suicide (Preti et coll., 2016). On peut également retrouver un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité, un trouble des conduites ou un trouble de consommation d'alcool ou de drogues chez 50% de ces personnes (APA, 2015). Selon diverses études, les délires ou les hallucinations sont relativement fréquents chez les jeunes présentant un trouble bipolaire: 33% (Birmaher et coll., 2007); 16% à 87% (Pavuluri et coll., 2004); 50% (Carpenter et coll., 2009).

Signaux d'alerte d'un trouble bipolaire de type I

Les premières manifestations d'un trouble bipolaire de type I surviennent fréquemment au début de l'adolescence. Elles sont malheureusement trop souvent diagnostiquées entre les âges de 25 à 30 ans, le plus souvent à la suite d'une hospitalisation. Ce délai de 8 à 10 ans avant le diagnostic formel d'un trouble bipolaire et le début d'un traitement se doit d'être réduit le plus possible. Par ailleurs, identifier des comportements pouvant présager un trouble bipolaire à l'adolescence est loin d'être une sinécure. Il faut faire preuve de vigilance lorsqu'un adolescent modifie sa façon usuelle de se comporter, entreprend plusieurs tâches simultanément, élabore des plans de projets irréalistes ou a des comportements sexuels inappropriés (APA, 2015).

Une personne qui souffre d'un trouble bipolaire passe environ 10% de son temps en phase de manie, 40% en phase dépressive et vit à peu près normalement 50% du temps (Bexton, 2008). L'alternance des états maniaques et dépressifs s'effectue à des rythmes différents d'une personne à l'autre. Les idées délirantes et les hallucinations visuelles ou auditives se retrouvent chez 30% des personnes bipolaires, ce qui occasionne des difficultés particulières pour le diagnostic différentiel avec la schizophrénie.

Dans la phase dépressive, les pensées de mort récurrentes sont présentes dans 60% des cas et les idées suicidaires récurrentes dans 15% des cas. Le risque de suicide chez une personne bipolaire de type I est 15 fois plus

élevé que celui observé dans la population en général (APA, 2015). Le taux de prévalence à vie des tentatives de suicide chez les personnes bipolaires I est de 36, 3%, et de 32, 4% chez les personnes bipolaires II (APA, 2015).

Certains signaux d'alerte (voir le [tableau 3](#)) peuvent mettre la puce à l'oreille quant à la présence d'un trouble bipolaire de type I: l'irritabilité, l'excès d'énergie, les troubles du sommeil ainsi que la fuite des idées constituent des signaux avant-coureurs d'un tel trouble (Conus et coll., 2008). L'utilisation de l'Échelle de dépression bipolaire² (Beck et coll., 2007) aide le professionnel de la santé à l'identification précoce du trouble bipolaire.

Pour poser le diagnostic d'un trouble bipolaire, on se doit de recourir à diverses sources d'information provenant de l'adolescent, de la famille, du personnel scolaire et des amis (AACAP, 2007b). De plus, avant de poser le diagnostic, le médecin effectue un bilan médical afin de s'assurer que le problème ne provient pas d'une cause médicale quelconque (infection, mauvais fonctionnement de la glande thyroïde, anémie, trouble somatique, etc.).

Tableau 3 • Signaux d'alerte d'un trouble bipolaire de type I³

Signaux d'alerte présents dans la phase dépressive	Oui	Non
<p data-bbox="228 262 1071 325">• Pendant au moins deux semaines, le jeune a démontré plusieurs des signaux d'alerte suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="261 336 1112 430">• Un sentiment de tristesse ou de désespoir journalier (ex. : très irritable, pleure souvent, opinion négative de lui-même ou du monde, un sentiment de vide l'habite, etc.) ; <li data-bbox="261 441 1112 504">• Une baisse d'intérêt et de plaisir (ex. : les activités jadis prisées sont peu pratiquées) ; <li data-bbox="261 514 1112 577">• Un isolement social (ex. : diminution des rencontres ou activités sociales, etc.) ; <li data-bbox="261 588 1063 619">• Une perte ou un gain de poids (accompagné ou non de plaintes) ; <li data-bbox="261 630 1039 661">• Des difficultés de sommeil quasi quotidiennes (ex. : dort trop) ; <li data-bbox="261 672 1112 735">• Un comportement moteur agité (ex. : dérange souvent ses camarades, etc.) ; <li data-bbox="261 745 1112 808">• Une sensation de fatigue quasi quotidienne (ex. : se manifestant par de l'ennui ou du mal à commencer ou à terminer une tâche, etc.) ; <li data-bbox="261 819 1112 882">• Un sentiment excessif de dévalorisation (ex. : hypersensibilité à l'échec, démontre peu d'estime de lui-même, etc.) ; <li data-bbox="261 892 1112 955">• Un sentiment excessif de culpabilisation (ex. invoque son état pour dénigrer l'objectif de ce qu'on lui propose (ex. : « À quoi ça sert ? ») ; <li data-bbox="261 966 1112 1060">• Des difficultés à être attentif et concentré (ex. : baisse incompréhensible des résultats scolaires, ne porte pas attention lorsqu'on s'adresse à lui, etc.) ; <li data-bbox="261 1071 1112 1134">• Des difficultés à prendre des décisions (ex. : hésite longuement avant de passer à l'action, etc.) <li data-bbox="261 1144 1112 1239">• Des pensées fréquentes de mort ou des idées suicidaires (ex. : exprime des propos négatifs et sombres face à l'avenir, affirme qu'il serait mieux mort, ou envisage des scénarios pour se suicider, etc.) ; <li data-bbox="261 1249 1112 1312">• Un comportement moteur au ralenti (ex. : se traîne les pieds, accomplit lentement une tâche, etc.). 		

- › Presque tous les jours, pendant au moins une semaine, le jeune a démontré plusieurs des signaux d'alerte suivants :
 - Un sentiment d'invincibilité (ex. : a toujours raison et les autres ont tort, croit pouvoir réaliser tout ce qu'il désire, etc.) ;
 - Un accroissement important de ses activités (ex. : scolaires ou professionnelles, etc.) ;
 - Une augmentation de ses activités sociales (ex. : hypersexualité, etc.) ;
 - Des perceptions sensorielles inhabituelles (ex. : entend des voix qui lui disent quoi faire, voit des choses qui n'existent pas vraiment, a le sentiment d'être persécuté, etc.) ;
 - Des difficultés de sommeil (ex. : dort très peu, insomnie, etc.) ;
 - Un besoin insatiable de parler de tout et de rien (ex. : passe du coq à l'âne) ;
 - Des difficultés à contrôler son agressivité (ex. : se met en colère facilement, etc.) ;
 - Une très grande estime de lui-même (ex. : beaucoup plus qu'auparavant) ;
 - Un jugement altéré (ex. : agit impulsivement sans prévoir les conséquences de sa pensée ou de ses actions, etc.) ;
 - Des idées de grandeur (ex. : entreprend ou planifie de multiples activités ou des projets irréalistes, etc.) ;
 - De l'irritabilité (ex. : réagit sur-le-champ à la moindre occasion et il ne s'en prive pas) ;
 - Un début de consommation ou une consommation exagérée d'alcool ou de drogues ;
 - Effectue des activités à haut risque (ex. : dépenses financières exagérées, vol à l'étalage, etc.).

Prévention d'une rechute

Pour prévenir une rechute, il faut que le jeune:

- › Soit bien renseigné sur sa maladie;
- › Prenne régulièrement sa médication;
- › Adopte un mode de vie sain (alimentation équilibrée, sommeil suffisant, pratique régulière d'activités physiques, pas de consommation d'alcool et de drogues);
- › Apprenne à mieux gérer son stress;
- › Évite de s'isoler (en maintenant ou en augmentant son réseau social, ou encore en recherchant le soutien de ses amis et de sa famille);
- › Demeure attentif aux signaux avant-coureurs d'une possible rechute, comme discuté avec son médecin (omnipraticien ou psychiatre) ou son

psychologue.

Intervention

Attitudes aidantes

Le trouble bipolaire est caractérisé par la succession de signaux d'alerte répartis en une phase normale et deux phases problématiques: la phase dépressive et la phase maniaque. La durée et l'alternance de ces phases varient d'une personne à l'autre. L'intervention, pour sa part, diffère selon que le jeune vit une phase dépressive ou maniaque.

De façon générale, il importe que le jeune:

- › Ait des périodes de sommeil régulières et s'alimente sainement;
- › Soit encouragé à respecter les routines et les activités de la vie quotidienne;
- › Effectue des activités physiques sans verser dans l'excès;
- › Apprenne à mieux gérer son stress et son anxiété;
- › Maintienne les contacts avec ses amis;
- › Évite de consommer des drogues ou de l'alcool.

En phase dépressive

- › **Le rassurer:** lui expliquer que la perception négative qu'il a de la réalité et qui lui apporte des sentiments négatifs provient de la maladie.
- › **Communiquer:** lui parler calmement, être à l'écoute et patient.
- › **Le soutenir:** le valoriser en lui rappelant ses forces et ses succès. Renforcer toute tentative de sa part pour augmenter son estime de lui-même.
- › **L'encourager:** dans le choix et l'atteinte de ses objectifs à court terme; à rencontrer un professionnel pour entreprendre un traitement; à prendre régulièrement sa médication.

En phase maniaque

- › **Identifier les choses importantes:** résoudre les problèmes urgents; prendre régulièrement sa médication; établir des limites claires; s'assurer

de sa sécurité et de la vôtre (saisir les cartes de crédit, etc.); ne pas sous-estimer le risque d'agressivité.

- › **Lui rappeler d'éviter les excès:** diminuer les stimulations; ne pas se laisser emporter par son euphorie ou les attentes de ses projets irréalistes; ne pas faire tout ce que la personne demande; sélectionner une priorité parmi les plus importantes.
- › **Communiquer succinctement:** aborder un sujet à la fois; éviter d'argumenter sur ses projets irréalistes; demeurer ferme et réaliste dans les demandes sans verser dans l'autoritarisme; éviter de parler d'émotions.

En classe, il faut s'assurer que l'environnement soit calme et prévisible (ex.: afficher un horaire des activités de la journée, le prévenir des moments de transition afin qu'il termine sa tâche sans s'emporter, diminuer le bruit, etc.).

Interventions psychothérapeutiques

Tableau 4 • Interventions psychothérapeutiques du trouble bipolaire de type I

Objectifs:
› Augmenter l'observance médicamenteuse, soulager ou réduire les symptômes, restaurer le fonctionnement psychosocial, prévenir les rechutes, mieux comprendre sa maladie.
La psychoéducation*:
› Enseigner les causes de la maladie, comment la traiter, la gérer et prévenir les rechutes, mieux gérer le stress, éviter les abus d'alcool et de drogues, adopter une bonne hygiène de vie.
La thérapie cognitivo-comportementale*:
› Modifier les croyances et les pensées profondes de la personne pour changer sa vision du monde et d'elle-même.
La thérapie centrée sur la famille*.
La thérapie interpersonnelle des rythmes sociaux (ou TIPARS)*.
La thérapie interpersonnelle des rythmes sociaux (IPSRT)*.

La psychoéducation, la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie centrée sur la famille, et la thérapie interpersonnelle des rythmes sociaux (TIPARS) donnent de bons résultats (Zaretsky et coll., 2007; AACAP, 2007b, Bottai, 2010, 2014).

Traitement pharmacologique

Tableau 5 • Traitement pharmacologique du trouble bipolaire de type I

Objectifs :

- Régulariser les humeurs, enrayer les hallucinations (s'il y en a).
 - **Les stabilisateurs de l'humeur sont privilégiés** : lithium, anticonvulsivants (acide valproïque [Epival®] et carbamazépine [Tegretol®]), lamotrigine (Lamictal®).
 - **Les antidépresseurs** (accompagnés d'un stabilisateur de l'humeur) : bupropion (Wellbutrin®), fluoxétine (Prozac®), paroxétine (Paxil®), sertraline (Zoloft®), fluvoxamine (Luvox®), venlafaxine (Effexor®).
 - **Les antipsychotiques** : olanzapine (Zyprexa®) pour les 13-17 ans (NIMH, 2012), rispéridone (Risperdal®), quétiapine (Seroquel®), clozapine (Clozaril®), aripiprazole (Abilify®) pour les 10-17 ans (NIMH, 2012).

Chez certaines personnes, l'utilisation d'antidépresseurs lors d'un épisode dépressif peut engendrer ou exacerber des comportements de la phase maniaque, comme ceux illustrés au [tableau 3](#). Il est recommandé de contacter le médecin traitant dès les premiers changements pour qu'il procède à un ajustement pharmacologique.

Le médecin peut se référer aux normes de traitement (Yatham et coll., 2013). Pour les parents qui désirent obtenir plus d'information, un guide sur la médication est offert (AACAP et APA, 2010; NICE, 2016). L'hospitalisation est souvent indiquée et nécessaire en phase aigüe, et ce, malgré le désaccord fréquent de la personne concernée, surtout lorsqu'il y a risque de suicide.

À retenir

- Le trouble bipolaire de type I entraîne un dérèglement de l'humeur qui se manifeste par la succession d'épisodes dépressifs et d'états maniaques. Sa prévalence chez les jeunes se situe entre 1% et 3%.
- Ce trouble est d'origine génétique et survient généralement à la suite d'un stress, qu'il soit physiologique (substance psychoactive) ou psychosocial (événement de vie stressant).
- Dans la phase dépressive, les pensées de mort récurrentes sont présentes chez 60% des cas et les idées suicidaires récurrentes dans 15% d'entre eux.
- Un fort pourcentage des personnes atteintes souffrent d'hallucinations visuelles et/ou auditives.

- De façon générale, il importe que le jeune atteint d'un trouble bipolaire ait des périodes de sommeil régulières, adopte une alimentation saine, effectue des activités physiques sans verser dans l'excès, apprenne à mieux gérer son stress, maintienne les contacts avec ses amis et évite la consommation de drogues ou d'alcool.
 - La médication est essentielle pour aider à stabiliser les humeurs et à diminuer les hallucinations, le cas échéant.
 - La psychoéducation, la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie centrée sur la famille ainsi que la thérapie interpersonnelle des rythmes sociaux ont été démontrées efficaces (bien établies) ou probablement efficaces (prometteuses).
-

Lectures suggérées

Esantementale.ca (2013). *Le trouble bipolaire chez les enfants et les adolescents: information à l'intention de la famille*
www.esantementale.ca/Ottawa-Carleton/Le-trouble-bipolaire-chez-les-enfants-et-les-adolescents-information-a-lintention-de-la-famille/index.php?m=article&ID=8883

Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH, 2000). *Le trouble bipolaire. Guide d'information aux familles.*
www.camh.ca/fr/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/bipolar_disorder/Pages/bipolar_disorder_mhfs.aspx

Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH, 2012). *Comprendre les médicaments psychotropes – Les psychorégulateurs.*
www.camh.ca/en/education/about/camh_publications/Documents/Flat_PDFs/upm_mood_stabilizers_fr.pdf

Evans, D. L. et Wasmer Andrews, L. (2012). *Dépression et troubles bipolaires chez l'adolescent. Conseils pratiques pour le quotidien.* Bruxelles: De Boeck Université.

Ferrero, F. et Aubry, J.-M. (2009). *Traitements psychologiques des troubles bipolaires*, Paris: Elsevier Masson.

Filteau, M. J. et Beaulieu, J. (2008). *Le trouble bipolaire pour ceux qui en souffrent et leurs proches.* Montréal: Éditions La Semaine.

Institut universitaire de santé mentale de Montréal. *Le trouble bipolaire: comprendre et maîtriser la maladie constitue une source d'information complémentaire intéressante.*

www.iusmm.ca/documents/C%C3%89RRIS/cerris_le_trouble_bipolaire_comprendre_et_maîtriser_la_maladie-fr.pdf

Garel, P. et Maranda, F. *Les jeunes et le trouble bipolaire.* www.revivre.org/bipolarite/

Gay, C. et Colombani, M. (2013). *Manuel de psychoéducation: Troubles bipolaires*, Paris: Dunod.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2016). *Maladie affective bipolaire*. Portail santé mieux-être. <http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/maladie-affective-bipolaire/>

National Institute of Mental Health (NIMH, 2012). *Bipolar Disorder in Children and Teens*. www.nimh.nih.gov/health/publications/bipolar-disorder-in-children-and-teens-qf-15-6380/index.shtml

Société canadienne de psychologie (2009). *Le trouble bipolaire.* www.cpa.ca/lapsychologiepeutvousaider/troublebipolaire

1. Il existe différents troubles bipolaires apparentés: le trouble bipolaire de type I (anciennement «trouble maniaco-dépressif»), le trouble bipolaire de type II, le trouble cyclothymique, le trouble bipolaire induit par une substance ou un médicament, le trouble bipolaire dû à une affection médicale, le trouble bipolaire spécifié et le trouble bipolaire non spécifié (APA, 2015).

2. www.barwonhealth.org.au/bdrs

3. Inspiré de: APA (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux — DSM-5, Trouble bipolaire type I*, pp. 145-155. Paris: Elsevier Masson. Ce questionnaire est un outil non validé scientifiquement et il se doit d'être analysé par un professionnel de la santé compétent. La prudence est de mise avant de tirer quelque conclusion que ce soit. Les professionnels (médecins et psychologues) peuvent utiliser les outils de l'annexe 1 pour les aider à poser le diagnostic d'un trouble bipolaire. Si le diagnostic est retenu, le jeune doit être pris en charge par une équipe spécialisée dans le traitement du trouble bipolaire.

Troubles anxieux

Définition

Tout au long de sa vie, l'être humain doit composer avec une variété de situations où il interagit avec les autres afin de se développer harmonieusement (garderie, école, travail, loisirs, etc.). Au cours des étapes de son développement normal, l'enfant sera confronté à la peur: des bruits soudains à sa naissance, crainte des étrangers vers 8 mois, être séparé de ses parents vers 2 à 3 ans. Plus tard viendront la peur de l'obscurité, des monstres et des créatures imaginaires, et celle de dormir seul, vers 3 à 6 ans. Certains auront peur des accidents, de la mort et des catastrophes vers l'âge de 7 ans. Au début de l'adolescence, les jeunes peuvent éprouver des inquiétudes au sujet des amitiés et craindre d'être exclus du groupe ou de vivre des échecs. Des peurs peuvent se manifester lors du développement de leur identité ou de relations sociales intimes. Enfin, d'autres peuvent appréhender leur intégration sociale dans la communauté et éprouver des craintes face à leur avenir (Simard, 2011). Chez les enfants qui se développent normalement, les peurs sont très fréquentes: âge préscolaire (71%); entre 7 et 9 ans (87%) et vers 10-12 ans (68%) (Young et Szpunar, 2012).

Chez les jeunes enfants anxieux et dépressifs, une constante comportementale semble se dégager lorsqu'ils sont en présence de pairs. Ils ont en effet tendance:

- › À rester seuls;
- › À s'abstenir de parler;
- › À n'engager que rarement des échanges sociaux avec les autres enfants (Coplan et Ooi, 2013).

De ce fait, ils ont peu d'amis ou ont tendance à se lier d'amitié avec des enfants qui présentent les mêmes difficultés sociales qu'eux. Leurs situations sociales les rendent facilement victimes des jeunes qui les intimident et ils sont souvent exclus ou rejetés du groupe. Les adultes doivent intervenir pour éviter que de telles situations perdurent et pour chercher des moyens d'y remédier.

Il appert que les enfants et les adolescents anxieux émettent des inquiétudes et éprouvent des difficultés à faire face à une nouvelle situation ou à un défi.

Les troubles anxieux comportent une combinaison des caractéristiques suivantes: anxiété excessive, peur, inquiétude, évitement et rituels compulsifs accompagnés d'une incapacité fonctionnelle ou d'une détresse importante (Swinson, 2006).

À retenir

- L'anxiété* est l'anticipation d'une menace future et devient problématique:
 - › Si elle perdure et entrave le développement des enfants;
 - › Si elle les empêche de fonctionner normalement dans la société, au point de leur faire éviter des activités quotidiennes.
 - Retenons que les troubles anxieux (Dumas, 2012, 2013):
 - › Perturbent le fonctionnement quotidien du jeune (à l'école, dans ses relations sociales, etc.);
 - › Provoquent une détresse extrême qui ne provient pas d'un danger réel ou imminent (malgré ce qu'il en pense);
 - › Ne peuvent pas être calmés par des gestes rassurants ou par un appel à la raison ou à l'évidence;
 - › Conduisent le jeune à fuir ou à éviter la situation qui le stresse;
 - › Persistent et perturbent le développement normal de l'enfant s'ils ne sont pas traités.
 - Les recherches démontrent que certains facteurs protègent les jeunes contre les risques de développer des troubles anxieux:
 - › Disposer de bonnes habiletés cognitives;
 - › Utiliser des stratégies efficaces pour combattre l'adversité;
 - › Posséder de bonnes habiletés sociales;
 - › Entretenir de bonnes relations interpersonnelles avec les parents ou les intervenants;
 - › Être exposé à des modèles de comportements positifs (Schwartz et coll., 2012a).
-

Prévalence

Les troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent sont en général méconnus. Chez les jeunes, le taux de prévalence à vie se situe entre 14% et 17%, et l'âge moyen d'apparition est d'environ 11 ans (Swinson, 2006). Selon plusieurs études, ils figurent parmi les plus fréquents des troubles mentaux de l'enfance et de l'adolescence, et sont présents chez 10% de la population générale (Dumas, 2012). Plusieurs troubles anxieux apparaissent pendant l'enfance et se maintiennent à l'âge adulte s'ils ne sont pas traités (APA, 2015).

À l'exception de la phobie sociale, où la prévalence est égale entre les deux sexes, les filles sont généralement deux fois plus à risque de souffrir de troubles anxieux: 2F: 1G (Dumas, 2013).

La transition entre l'école primaire et l'école secondaire constitue pour plusieurs jeunes une période charnière propice au développement d'un trouble anxieux, car elle nécessite une bonne gestion du stress relié à la situation. L'âge médian d'apparition d'un trouble anxieux diffère d'un trouble à l'autre: anxiété de séparation (7 ans); phobie sociale (13 ans); trouble obsessionnel-compulsif (19 ans); agoraphobie sans panique (20 ans); état de stress post-traumatique (23 ans); trouble panique (24 ans); anxiété généralisée (31 ans) (Compton, 2010).

À retenir

- Le trouble anxieux se distingue de l'anxiété normale, car il:
 - › Est plus grave et plus intense;
 - › Est de longue durée;
 - › Empêche la personne de bien fonctionner (à l'école, dans ses relations interpersonnelles ou dans son développement émotif);
 - › Survient lorsque la personne n'est pas en danger réel;
 - › Conduit le jeune à éviter certaines activités quotidiennes afin de réduire son anxiété (Commission de la santé mentale du Canada, 2011a).

Facteurs de risque

Il existe différents facteurs de risque psychosociaux et médicaux d'un trouble anxieux (TA).

Psychosociaux

Un enfant présente un plus grand risque de souffrir d'un TA si l'un de ses parents en est également atteint. Il arrive en effet souvent que les parents eux-mêmes anxieux transmettent à l'enfant leur propre anxiété, et ce, bien malgré eux. Ainsi, ils peuvent transmettre leurs peurs à leur jeune en renforçant ses comportements anxieux et en l'encourageant à éviter la situation appréhendée. Certaines attitudes parentales de surprotection, de contrôle exagéré des comportements ou de constantes critiques nuisent au développement de l'autonomie du jeune et contribuent également au développement des troubles anxieux (AACAP, 2007c). Ces attitudes parentales de surprotection et d'hypercontrôle peuvent interférer avec les processus d'acquisition, par le jeune, de compétences sociales et de stratégies de résolution de problèmes efficaces, ce qui entraîne chez celui-ci:

- › Des difficultés à faire face aux événements de vie stressants;
- › Des doutes sur sa valeur personnelle;
- › Un manque de confiance dans ses capacités de réussite (INSERM, 2002a).

Une relation d'attachement insécurisée entre le parent et l'enfant constitue également un facteur de risque d'un trouble anxieux. Deux types de situations peuvent se présenter:

- › L'enfant perçoit que son parent est imprévisible ou ne se sent pas à l'aise dans ses interactions avec lui;
- › Le parent est insensible aux besoins de l'enfant ou n'y répond pas adéquatement (Hudson, 2013).

La consommation excessive de caféine (boissons gazeuses, énergisantes, café, sucre, thé) peut également engendrer de l'anxiété, d'où l'importance de ne pas consommer plus de 85 mg de caféine par jour pour les moins de 12 ans, et pas plus de 300 mg pour les jeunes adultes. Des heures de sommeil suffisantes en fonction de l'âge du jeune (3 à 5 ans: 10 à 13 heures; 6 à 13 ans: 9 à 11 heures et 14 à 17 ans: 8 à 10 heures) sont recommandées¹.

Elles prédisposent le jeune à un meilleur ajustement pour faire face aux défis quotidiens.

Les facteurs de risque suivants peuvent occasionner le développement de troubles anxieux:

- › Être de sexe féminin;
- › Avoir un parent qui souffre d'un TA;
- › Être timide ou fuir les nouvelles situations;
- › Avoir vécu de la maltraitance;
- › Avoir perdu un parent (Schwartz et coll., 2012a).

Médicaux

Avant de poser le diagnostic d'un trouble anxieux, le médecin ou le psychiatre s'assurera que les symptômes observés ne proviennent pas:

- › D'une maladie physique (endocrinienne, neurologique, cardiovasculaire, pulmonaire, métabolique, inflammatoire, infectieuse, génétique, etc.);
- › D'une intoxication à des médicaments ou aux drogues;
- › D'autres troubles mentaux.

Un relevé des différentes études des deux dernières décennies attribue 30% à 40% de la variance des troubles anxieux à des facteurs génétiques (Waters et coll., 2013).

Troubles concomitants

Les troubles anxieux sont souvent accompagnés d'un autre trouble mental, par exemple: dépression, trouble bipolaire, trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, trouble du spectre de l'autisme ou de la communication sociale.

Différents troubles anxieux (TA)

Les troubles anxieux sont les affections les plus fréquentes chez l'enfant (Merikangas, 2009). L'anxiété de séparation, la phobie sociale et les phobies spécifiques (ex.: peur d'un animal ou d'un objet précis) demeurent les troubles les plus souvent répertoriés dans la littérature.

Anxiété de séparation

Le bébé âgé de 6 mois n'a pas la notion du temps et, si le parent disparaît de sa vue, il pleure; vers 10-18 mois, il éprouvera une peur envers les étrangers et c'est à cette période que l'anxiété de séparation culmine chez l'enfant. Elle se termine généralement vers l'âge de 3 ans. Elle peut se manifester par de fréquents cauchemars de séparation, des maux de tête ou d'estomac. Certains enfants ne peuvent perdre de vue leur parent et insistent pour qu'un adulte les accompagne. D'autres refusent de se coucher si l'adulte n'est pas près d'eux ou d'aller dormir chez un ami, ou ils ne veulent pas fréquenter l'école. Parmi les facteurs de risque associés à l'anxiété de séparation, notons les exemples d'un enfant qui:

- › Vit une situation de perte (d'un parent, d'un ami, d'un animal);
- › Côté un proche atteint;
- › Vit un déménagement ou un changement d'école;
- › Est confronté à une séparation du couple.

L'anxiété de séparation est caractérisée chez l'enfant par une peur intense d'être éloigné du parent, de le perdre ou qu'il lui arrive du mal pendant une période minimale de quatre semaines. L'âge moyen d'apparition de l'anxiété de séparation se situe autour de 5 à 9 ans (Dumas, 2013; Schwartz et coll., 2012). La prévalence de ce trouble sur une période de 6 à 12 mois est de 4% chez les enfants et de 1, 6% chez les adolescents (APA, 2015). Elle constitue le trouble anxieux le plus prévalent chez les enfants de moins de 12 ans (APA, 2015). L'intervention consiste à laisser au jeune la chance d'exprimer ses angoisses et à le rassurer en disant que l'on va l'aider dans sa démarche pour apaiser son anxiété. Pour établir la confiance nécessaire à la réussite de l'intervention, la création d'une alliance thérapeutique* avec le jeune est primordiale.

Phobie spécifique

Certains jeunes peuvent avoir une peur intense et excessive à l'égard d'un objet, d'un lieu, d'un animal, d'une activité ou d'une situation qui entraîne souvent une détresse extrême. La peur, l'anxiété ou les situations d'évitement doivent persister pendant une période minimale de 6 mois (APA, 2015). Plutôt que d'appivoiser sa peur, le jeune cherche constamment à l'éviter. La prévalence de la phobie spécifique se situe à 5% chez les enfants et à 16% chez les 13 à 17 ans (APA, 2015). Les femmes ont

un taux de prévalence deux fois plus élevé que les hommes (APA, 2015). L'apparition de cette phobie s'effectue entre 7 et 13 ans avec un âge médian de 10 ans (APA, 2015). La thérapie cognitivo-comportementale a été démontrée efficace pour traiter la phobie spécifique. Elle consiste à exposer la personne graduellement, et de façon sécuritaire, à la situation ou au stimulus de la peur, et ce, jusqu'à ce qu'elle n'éprouve plus d'effroi (Société canadienne de psychologie, 2009a). La thérapie basée sur l'exposition est également efficace.

Puisqu'elle influe sur la persistance ou la disparition des phobies spécifiques, l'attitude de l'entourage est primordiale. Une attitude de compréhension excessive ou de provocation des parents a pour conséquence de maintenir les réactions phobiques du jeune (Vera, 2009). L'intervenant doit être sensible aux réactions physiologiques du jeune tout en demeurant empathique à son état. S'il sent que la personne qui s'adresse à lui comprend à quel point la situation qu'il vit est désagréable, le jeune aura le sentiment qu'on l'écoute. Toutefois, on peut lui rappeler calmement et avec assurance qu'il n'y a pas de danger grave. L'intervention consiste à amener le jeune, graduellement et régulièrement, à faire face à l'objet ou à la situation qui lui fait peur plutôt que de l'éviter, jusqu'à ce que l'anxiété liée à cette peur diminue. Il faut éviter d'utiliser les techniques d'immersion, car beaucoup d'autres interventions thérapeutiques moins intrusives ont été démontrées efficaces.

Considérant le degré élevé de réussite des thérapies d'exposition, la pharmacothérapie demeure peu utilisée pour traiter les phobies spécifiques (Swinson, 2006). Advenant l'échec de la thérapie cognitivo-comportementale, les ISRS constituent la médication de première instance.

Anxiété sociale (phobie sociale)

D'autres jeunes peuvent avoir peur d'être humiliés, jugés ou embarrassés dans des situations sociales ou de performance (ex.: parler devant un groupe ou à une personne en autorité, utiliser les toilettes publiques, etc.). Ces jeunes ont de la difficulté à poser des questions en classe, à amorcer des conversations, à lire à haute voix, à converser avec des personnes non familières et à participer à des événements sociaux ou à des fêtes (AACAP, 2007c). Ils préféreront éviter ces situations, qui constituent des exemples d'une anxiété sociale (phobie sociale), car ils se sentent jugés négativement

et humiliés par leurs pairs. Le diagnostic peut être posé par le médecin ou le psychologue: s'il y a persistance de cette anxiété, de cette peur ou de ces comportements d'évitement pendant plus de six mois, que ceux-ci altèrent le fonctionnement du jeune dans les domaines sociaux, scolaires ou professionnels et qu'ils engendrent une souffrance clinique significative (APA, 2015). Les personnes atteintes de phobie sociale éprouvent une peur extrême lorsqu'elles se trouvent en présence de gens qui ne leur sont pas familiers. Les comportements de timidité et d'évitement de la nouveauté ont été associés au milieu de l'enfance à de multiples troubles anxieux et à la phobie sociale à l'adolescence (Swinson, 2006). Aux États-Unis, la prévalence établie sur 12 mois se situe à 7% (APA, 2015). L'anxiété sociale se manifeste entre l'âge de 8 et 15 ans, avec un âge médian de 13 ans (APA, 2015). Les jeunes qui présentent une anxiété sociale démontrent généralement les caractéristiques suivantes: ils sont très sensibles à la critique et peu affirmatifs, ils ont une faible estime d'eux-mêmes, ils s'autocritiquent sévèrement et visent l'atteinte de standards élevés (Bexton, 2011b). Ces jeunes ont une perception négative d'eux-mêmes; ils se considèrent comme inintéressants, inadéquats ou indignes de l'attention qu'on leur porte (Crozier et Alden, 2015). Les enfants dont les deux parents sont atteints d'une phobie sociale ont de deux à six fois plus de risque d'en être également affectés (APA, 2015). L'Inventaire de phobie sociale (Connor et coll., 2000) et l'Échelle d'anxiété sociale de Liebowitz (Chaloult et coll., 2014) contribuent à aider au diagnostic. La thérapie cognitivo-comportementale de groupe a été démontrée efficace pour traiter la phobie sociale (Silverman et coll., 2008a). Cette dernière est souvent associée à la présence d'un autre trouble mental. Chez l'enfant, cette concomitance s'élève à 62% et elle se situe à 47% chez l'adolescent; le trouble d'anxiété généralisée est celui qui y est le plus fréquemment associé (Vera, 2009). Chez les jeunes, l'anxiété sociale peut parfois se développer à la suite d'un traumatisme ou de situations de rejet et d'exclusion sociale persistante. L'anxiété sociale est associée à un taux élevé d'abandon scolaire, de perte d'emploi et d'isolement social (APA, 2015). L'intervention précoce auprès des personnes atteintes est importante, car dans les sociétés occidentales, seulement la moitié des personnes qui en souffrent sont traitées, et ce, après avoir vécu pendant 15 à 20 ans avec les symptômes de ce trouble (APA, 2015). Les jeunes doivent apprendre à gérer leur vie sociale et les adultes doivent éviter de les surprotéger. Non traitée, la phobie sociale est associée

respectivement dans 20% et 25% des cas à une dépendance à l'alcool et à une dépression (Crozier et Alden, 2015). Les professionnels peuvent recourir à un *Guide de pratique pour l'évaluation et le traitement cognitivo-comportemental du trouble d'anxiété sociale (TAS)* (Chaloult et coll., 2014).

Agoraphobie

En présence de situations réelles ou anticipées, certains jeunes peuvent présenter une peur intense et éprouver une grande anxiété de se trouver dans des endroits où la fuite leur est difficile. Lorsque cette crainte se manifeste par la peur de fréquenter des endroits publics, on parle davantage d'agoraphobie, car le jeune appréhende de faire une crise panique dans ces lieux où il lui serait difficile de s'échapper. La peur, l'anxiété ou les situations d'évitement doivent persister pendant une période minimale de six mois (APA, 2015). L'agoraphobie se présente généralement dans les cinq situations suivantes:

- › Utiliser les transports publics (ex.: avion);
- › Se trouver dans une vaste place publique (ex.: centre commercial);
- › Se sentir enfermé dans un lieu (ex.: cinéma);
- › Attendre dans une file pour se procurer des billets pour un spectacle;
- › Se retrouver seul hors de son domicile.

L'âge moyen global d'apparition de l'agoraphobie se situe à 17 ans (APA, 2015). La prévalence de celle-ci établie sur 12 mois, chez les adolescents et les adultes, se situe à 1, 7%, et les femmes présentent un risque deux fois plus grand d'en être atteintes (APA, 2015). L'agoraphobie représente la phobie la plus transmissible génétiquement: 61% (APA, 2015). Non traitée, l'agoraphobie entraîne des séquelles importantes, car plus du tiers des personnes qui en souffrent demeurent complètement confinées à leur domicile et sont incapables de travailler (APA, 2015).

Trouble panique

Le jeune atteint d'un trouble panique (TP) éprouve une peur très intense, et ce, **en l'absence d'un danger réel**. Il ressent une peur et un sentiment d'inconfort en quelques minutes, accompagnés de malaises physiques reliés à cette peur irrationnelle: palpitations cardiaques, difficulté à respirer, tremblements, sensation d'étouffement, nausées, vertiges, etc. Il appréhende souvent le pire: peur de mourir ou de perdre le contrôle de lui-même.

Pendant au moins un mois suivant le trouble panique, il appréhende les conséquences reliées à celui-ci ou adopte un comportement inapproprié afin d'éviter de se retrouver dans cet état. Le trouble panique apparaît entre 20 et 24 ans (APA, 2015). Les attaques de panique sont peu fréquentes chez les moins de 14 ans (moins de 0, 4%) et la prévalence établie sur 12 mois dans la population en général est de 2% à 3% (APA, 2015). Chez les femmes, la prévalence est cependant deux fois plus grande (APA, 2015). Ces attaques de panique se produisent inopinément et en l'absence de toute menace apparente (Société canadienne de psychologie, 2009b). Ce trouble peut conduire à une anxiété chronique débilante et engendrer des visites médicales excessives s'il n'est pas traité (Société canadienne de psychologie, 2009b). Son déclenchement provient souvent d'une période de stress considérable (ex.: surcharge de travail, perte d'une personne significative, déménagement, accident grave, divorce, chirurgie, etc.) ou de l'anticipation d'un événement stressant (Société canadienne de psychologie, 2009b). Les objectifs de la thérapie du TP consistent d'une part à diminuer la fréquence et la gravité des attaques de panique et, d'autre part, à réduire l'anxiété d'anticipation, l'évitement phobique lié à la panique et l'incapacité fonctionnelle liée à l'anxiété (Swinson, 2006). Trois interventions thérapeutiques sont jugées efficaces pour le traiter (Société canadienne de psychologie, 2009b):

- › **La thérapie comportementale***: aide le jeune à atténuer ses craintes et à acquérir un plus grand contrôle sur les situations qu'il juge menaçantes;
- › **La thérapie cognitivo-comportementale***: tente de modifier les pensées irréalistes du jeune et de les remplacer par des façons d'envisager les attaques de panique plus positivement et réalistement;
- › **La médication antidépressive et anxiolytique**: atténue ou élimine souvent les symptômes. Advenant l'échec de la thérapie cognitivo-comportementale, les ISRS constituent le traitement pharmacologique de premier choix.

Trouble d'anxiété généralisée

Dans le trouble d'anxiété généralisée, le jeune vit des inquiétudes excessives et persistantes (pendant au moins six mois) et il a toujours l'impression qu'une catastrophe imminente surviendra, et ce, tant pour lui (ex.: diminution de la performance scolaire, interactions sociales difficiles,

problèmes de santé, etc.) que pour la sécurité de ses proches (ex.: accident, mort, etc.). Il invoque régulièrement le scénario du pire et appréhende constamment le futur alors qu'il aurait intérêt à profiter agréablement du moment présent. Ces appréhensions se traduisent par une tension constante, de l'irritabilité, de la fatigue, des difficultés de concentration, des difficultés de sommeil, des douleurs à l'estomac, des maux de tête, des tremblements, des étourdissements ou des sueurs abondantes. Ces jeunes cherchent constamment à être rassurés par l'adulte. Chez les enfants, un seul des six symptômes du *DSM-5* présents pendant plusieurs jours est nécessaire pour poser le diagnostic, alors qu'il en faut trois chez les adultes (APA, 2015).

La prévalence du trouble d'anxiété généralisée établie sur 12 mois est de 0, 9% chez les adolescents et de 2, 9% chez les adultes (APA, 2015). Les femmes ont un taux de prévalence deux fois plus élevé (APA, 2015). Certains symptômes peuvent se manifester à l'enfance chez des jeunes ayant un tempérament anxieux, mais ce trouble apparaît rarement avant l'adolescence (APA, 2015). Il est souvent associé à d'autres troubles mentaux, comme la peur de rencontrer des gens (phobie sociale), des crises de panique (trouble panique) et la dépression (Société canadienne de psychologie, 2009c). Dans la survenue de ce trouble, les facteurs génétiques représentent le tiers des facteurs responsables (APA, 2015). L'intervention consiste à faire prendre conscience au jeune de ses inquiétudes en les inventoriant et en recherchant avec lui des moyens pour apaiser son anxiété (ex.: techniques de relaxation, méditation, etc.). Certains jeunes qui présentent une anxiété généralisée peuvent être très inquiets de la qualité de leur performance scolaire ou sportive, d'autres ont des préoccupations excessives (ex.: la ponctualité) ou craignent la survenue d'événements catastrophiques (APA, 2015). Ils recherchent l'approbation et l'assurance de l'adulte et plusieurs démontrent les caractéristiques comportementales suivantes: perfectionnisme, conformisme et manque de confiance en eux.

Quatre thérapies sont généralement **efficaces** pour traiter ce trouble (Société canadienne de psychologie, 2009c):

- › La **thérapie cognitivo-comportementale** aide à corriger les schèmes de pensées à l'origine de l'inquiétude;
- › La **formation à la résolution de problèmes**, car elle propose de nouvelles façons de résoudre les problèmes quotidiens;

- › L'**exposition** aide à faire face aux inquiétudes et à les maîtriser plutôt que de chercher à les éviter ou à se laisser envahir par la peur;
- › La **relaxation progressive** contribue à diminuer les symptômes physiques de l'anxiété.

Selon les données probantes existantes, et advenant l'échec des psychothérapies reconnues scientifiquement comme efficaces, les ISRS représentent la médication de premier choix.

Mutisme sélectif

Un enfant peut être atteint de mutisme sélectif lorsqu'il refuse de parler dans une situation sociale où il y a attente de parole (ex.: à la garderie ou à l'école) et qu'il s'exprime à la maison parce qu'il se sent moins anxieux ou plus en confiance. La persistance de ce comportement doit s'étaler sur au moins un mois, à l'exception du premier mois de présence à l'école (APA, 2015). La prévalence de ce trouble est de moins de 1% (APA, 2015) et il est plus fréquent chez les filles — 1, 5 à 2, 0: 1 garçon (Shipon-Blum, 2009). C'est généralement entre l'âge de 4 ans et 8 ans que le diagnostic est posé. Un complément d'évaluations est nécessaire si le mutisme sélectif d'un élève persiste pendant plus d'un mois. Outre les évaluations psychologiques ou psychiatriques, des évaluations neurodéveloppementales et du langage demeurent indiquées (Swinson, 2006).

Il importe d'intervenir tôt et d'implanter progressivement un plan d'intervention spécifique visant à:

- › Diminuer l'anxiété;
- › Accroître l'estime de soi, la confiance en soi dans les situations sociales;
- › Améliorer la communication en situation sociale.

Rappelons que dans 90% des cas, ce trouble est associé à une phobie sociale qui se manifeste vers 10 ou 11 ans (Hébert, 2002; Shipon-Blum, 2009; McHolm et coll., 2011). Les stratégies d'intervention comportementale (renforcement positif, désensibilisation systématique, exposition et prévention de la réponse) et les thérapies cognitivo-comportementales (remplacement des pensées anxiogènes par des pensées positives) constituent des interventions gagnantes. L'utilisation d'une médication ISRS (ex.: fluoxétine) peut aider à abaisser le niveau d'anxiété

et faciliter ainsi la réalisation des objectifs du plan d'intervention chez le jeune.

Certains ouvrages francophones ont été publiés afin de mieux comprendre et aider l'enfant à surmonter son mutisme sélectif (Shipon-Blum, 2009; Cunningham et coll., 2011). Pour favoriser son intégration scolaire, l'organisme Ouvrir la voix² a créé un «kit» destiné aux parents et au personnel scolaire pour la mise en place du Programme d'introduction progressive de la parole à l'école. Selon les progrès démontrés par l'enfant, ce livret présente les procédures d'intervention, la structure des étapes à respecter ainsi que de nombreux exemples d'activités pouvant être utilisées.

Signaux d'alerte d'un trouble anxieux

Les signaux d'alerte courants des troubles anxieux se regroupent en deux catégories: les signaux psychologiques et les signaux physiques (voir le [tableau 6](#)). Puisque les signalements des comportements annonciateurs d'un trouble anxieux diffèrent souvent d'une personne à l'autre, il est important d'obtenir des renseignements provenant de multiples informateurs (parents, enseignant, amis, etc.) et également d'utiliser des outils d'évaluation valides³ pour dépister ces troubles (voir l'[annexe 1](#)).

Tableau 6 • Signaux d'alerte d'un trouble anxieux⁴

Un jeune angoissé par le futur ou par des situations (lieux, personnes, événements, etc.) qu'il appréhende et qu'il cherche constamment à éviter peut éprouver un trouble anxieux. Depuis quelques semaines, le jeune a présenté :

Signaux d'alerte psychologiques

- Des inquiétudes nombreuses et intenses concernant différents aspects de sa vie (manquer d'argent, devenir malade, vivre des échecs scolaires, perdre un membre de sa famille, etc.) ;
- Une gêne ou une timidité excessive ;
- Des peurs ou des préoccupations lorsqu'il est seul ou loin de ses proches ;
- La peur de perdre le contrôle ce lui-même ;
- La peur de mourir ;
- Des crises de colère ou des crises de pleurs ;
- Une peur exagérée de l'opinion d'autrui ;
- Une obsession quelconque (ex. : pour les chiffres, les dates, pour une partie de son corps qu'il juge inadéquate : poids, seins, cheveux, etc.) ;
- Un besoin excessif de toujours se sentir rassuré ;
- Une envie insatiable de répéter les mêmes gestes (ex. : se laver les mains plusieurs fois par jour, vérifier très souvent les serrures, etc.) ;
- Une phobie (peur irrationnelle) d'un objet, d'une situation ou d'un lieu ;
- Une appréhension d'un danger ou d'une catastrophe imminente ;
- Des cauchemars à la suite d'un accident ou d'une situation de stress vécue ;

Oui

Non

	Oui	Non
<p>Signaux d'alerte psychologiques (suite)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des difficultés à être en présence des autres (il cherche à les fuir ou à les éviter) ; • Des difficultés de concentration. <p>Signaux d'alerte physiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une tension accrue de ses muscles ; • Des tremblements ou des frissons ; • Un manque d'énergie ; • Des sueurs abondantes ; • Des palpitations ; • Une sensation de vertige ou d'évanouissement ; • Des nausées ; • Une sensation de souffle coupé, d'étouffement, d'essoufflement ; • Des sensations de picotement ou d'engourdissement ; • Une douleur au thorax ; • Des réviviscences (des souvenirs d'un traumatisme vécu) ; • Des troubles du sommeil (difficultés à s'endormir, réveils nocturnes, cauchemars) ; • Des vomissements ; • Des diarrhées ; • Une incapacité à se détendre ; • Une fatigue excessive. 		

Il est important de mettre en place des mesures de prévention et d'intervention qui permettent de limiter ou de diminuer l'expression de l'anxiété (Leroux, 2016).

Stratégies préventives

Une saine alimentation, la pratique régulière d'activités physiques, des heures de sommeil suffisantes et la réduction de stimulants (café, thé, boissons gazeuses, etc.) font partie des stratégies de prévention. En agissant dès les premiers signes d'anxiété, on peut chercher à enseigner à l'enfant des attitudes et des comportements qui lui serviront de facteurs de protection, comme la connaissance de ses réactions personnelles face à l'anxiété, l'identification de la source de cette émotion, la verbalisation de cet état émotif ou la restructuration de ses pensées (Centre de transfert pour la réussite éducative du Québec⁵). Se distraire en effectuant des activités

qu'on aime et partager ses difficultés avec des amis constituent aussi des moyens fructueux pour dédramatiser les appréhensions. Utiliser différentes techniques de relaxation (ex.: des respirations abdominales lentes et profondes) de même que s'abstenir de consommer de l'alcool et des drogues favorisent également le mieux-être.

Programmes d'intervention précoce

La prévention des problèmes d'anxiété chez les jeunes est possible (Turgeon et Brousseau, 2003). Schwartz et coll. (2012) ont démontré que quatre programmes ont apporté une réduction des symptômes d'anxiété de modérée à majeure:

- › FRIENDS (7-11 ans);
- › Coping Cat (7-13 ans);
- › Cool Kinds (7-16 ans);
- › Skills for Academic and Social Success (SASS: 14-16 ans).

Le programme Coping Cat, créé aux États-Unis, s'adresse aux enfants anxieux âgés de 7 à 13 ans (Kendall, 1990; Kendall et Hedtke, 2006; Kendall et coll., 2010a) et incorpore les principes de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Les troubles anxieux suivants y sont abordés: l'anxiété de séparation, l'anxiété généralisée et la phobie sociale. L'enfant dispose d'un cahier d'exercices, le thérapeute utilise un manuel clinique et le parent peut se référer à un manuel d'accompagnement (Kendall et coll., 2010b). Il comporte 16 sessions et vise 4 principaux objectifs:

1. Identifier les situations qui nous rendent anxieux et nos réactions physiques;
2. Cerner les pensées que nous éprouvons;
3. Développer un plan pour affronter ces situations;
4. Évaluer notre performance dans la réalisation des différentes étapes de notre plan et nous autorenforcer.

Selon les critères de l'American Psychological Association, ce programme est considéré comme probablement efficace — c'est-à-dire prometteur — (Kendall et coll., 2010a). Rappelons que, dans les années 1980, le psychologue Philip Kendall a développé aux États-Unis le

programme Coping Cat. À partir de 1991, ce programme a été adapté en contexte australien et renommé Coping Koala par la D^{re} Paula Barrett. Puis, en 1998, le programme a subi d'autres modifications. Il s'est scindé en deux parties correspondant à des groupes d'âge distincts: le FRIENDS for children, visant les enfants de 7 à 11 ans, et le FRIENDS for youth, pour les jeunes de 12 à 16 ans⁶.

Le programme FRIENDS for Life⁷ (*Des amis pour la vie*) s'applique en milieu scolaire par le personnel déjà en place et vise à prévenir le développement de symptômes d'anxiété et de dépression chez les enfants et les adolescents⁸ (Neil et Christensen, 2007).

Ce programme scolaire anti-anxiété favorise le développement de l'estime de soi, l'acquisition d'aptitudes de résolution de problèmes, la résilience psychologique, l'extériorisation et la capacité à établir des relations positives avec les pairs et les adultes. L'acronyme FRIENDS est suggéré pour aider les jeunes à se souvenir des habiletés apprises lors du programme:

F = *Feelings* (Émotions). R = Relaxe-toi.

I = Influence tes pensées en disant: «Je peux le faire!»

E = Explore des solutions et rédige ton plan d'adaptation par étapes.

N = N'oublie pas de te récompenser! «J'ai fait de mon mieux.»

D = Décide-toi à mettre tout cela en pratique!

S = Souris intérieurement et reste calme!

Le programme FRIENDS for Life est appliqué dans plus de huit pays. Il s'agit du seul programme de prévention de l'anxiété chez les enfants reconnu efficace par l'Organisation mondiale de la Santé. Depuis sa création en 1990, plus de 800 000 jeunes ont participé au programme FRIENDS. Il en existe trois, adaptés selon l'âge des jeunes⁹:

1. Grandir entre amis: maternelle à 1^{re} année, 4 à 7 ans; 12 séances;
2. Des amis pour la vie: 2^e à 6^e année; 8 à 11 ans; 10 séances;
3. Entr'amis: 7^e à la 11^e année; 12-16 ans; 10 séances.

En 2007, une étude a comparé l'efficacité des programmes de prévention de l'anxiété et de la dépression appliqués dans les écoles australiennes (Neil

et Christensen, 2007). Dans cette revue systématique des différents programmes de prévention, FRIENDS¹⁰ est celui qui démontre la plus grande efficacité et qui se conforme aux standards d'efficacité établis par la Society for Prevention Research¹¹. Il constitue le programme de prévention de choix à mettre en place (Schwartz et coll., 2012).

Des études indiquent que jusqu'à 80% des enfants montrant des symptômes de troubles anxieux ne les présentaient plus après avoir participé au programme, et ce, jusqu'à six années après avoir terminé celui-ci (Shortt et coll., 2001). Depuis 2004, le programme Des amis pour la vie a été implanté en Colombie-Britannique et une documentation francophone est également offerte. Agrément Canada reconnaît la pertinence de ce programme.

Au Québec, le programme Les amis de Zippy s'adresse aux enfants de 6-7 ans et vise la promotion de la santé mentale par l'acquisition de mécanismes d'adaptation (Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie et Partnership for children, 2004, 2006; Denoncourt, 2010). En leur proposant des mises en situation, il incite les jeunes à réfléchir sur leur vécu et à rechercher les solutions possibles. Il encourage l'expression des sentiments et l'entraide. Ce programme de 24 séances de 45 minutes par semaine enseigne aux enfants comment parler de leurs sentiments, dire ce qu'ils veulent réellement exprimer, écouter attentivement, demander de l'aide, se faire des amis et les conserver, faire face à la solitude, s'excuser, faire face à l'intimidation, résoudre les conflits, s'adapter aux nouvelles situations et aux pertes et aider les autres. Il propose six histoires mettant en scène un groupe de jeunes enfants et Zippy, un insecte «domestiqué» qui a la forme d'une brindille. Après la lecture de l'histoire par l'enseignant, les enfants sont invités à dessiner, discuter ou effectuer un jeu en rapport avec celle-ci. Une étude comparative entre un groupe témoin de 303 élèves et un groupe de 313 élèves de 1^{re} et 2^e année du primaire ayant utilisé le programme Les amis de Zippy a démontré l'utilité de celui-ci pour augmenter l'autonomie, la coopération et le soutien social perçu (Dufour et coll., 2011). Ce programme est enseigné dans les écoles de 26 pays.

En Australie, un autre programme de gestion de l'anxiété a été développé: Cool Kids Program¹². Les thématiques abordées dans ce programme s'adressant aux jeunes et à leurs parents portent sur:

- › L'enseignement de ce que représentent les émotions et l'anxiété;
- › L'analyse de sa façon de penser et les stratégies à adopter pour la modifier afin d'agir de manière plus réaliste;
- › Les façons dont les parents peuvent aider;
- › L'affrontement progressif de ses peurs;
- › L'apprentissage à la résolution de problèmes;
- › L'affirmation de soi;
- › Les stratégies à adopter face à l'intimidation.

Plusieurs versions du programme s'adaptent à l'âge des participants: 7-12 ans ou 13-17 ans, et une version s'adresse aux élèves du préscolaire: Cool Little Kids (Bayer et Beatson, 2013). Ces programmes ont été traduits en plusieurs langues (mais ne sont pas encore offerts actuellement en français). Ils ont été expérimentés auprès de plusieurs milliers d'enfants et de nombreux effets bénéfiques ont été rapportés:

- › Augmentation de l'assiduité à l'école et des résultats scolaires, de la confiance en soi, du nombre d'amis et des activités parascolaires;
- › Diminution des inquiétudes, de la gêne, des peurs et de la détresse familiale.

Des chercheurs de l'Université du Québec en Outaouais ont mis au point un programme de prévention de l'anxiété et du stress chez les jeunes de 9 à 12 ans (Turgeon et Brousseau, 2000). Ce programme, Les trucs de Dominique 4, s'échelonne sur une durée de 10 semaines (Gervais et coll., 2006). Il s'avère particulièrement utile aux nombreux enfants qui sont plus sensibles au stress et à l'anxiété, à ceux qui sont moins sûrs d'eux et qui ont tendance à douter de leurs capacités en se comparant désavantageusement aux autres. Dominique est un personnage qui apprend avec ses amis à gérer sa vie et à se débrouiller dans diverses situations à la maison, à l'école ou dans son quartier. Dans ce programme d'orientation cognitivo-comportementale, l'enfant apprend que, bien souvent, c'est l'interprétation erronée de la réalité qui suscite chez lui des émotions négatives. Ne pouvant pas éliminer certains éléments stressants, il en viendra petit à petit à développer un sentiment de compétence en utilisant des pensées réalistes et différentes pour mieux gérer son anxiété. Diverses situations anxiogènes sont également détaillées dans les 10 livrets offerts (ex.: divorce, énurésie, intimidation ou démotivation scolaire). Le programme comporte un cahier

d'activités de l'enfant, un manuel de l'animateur et un cahier d'information pour le parent. Les tâches et activités proposées peuvent être présentées sous forme de jeux de rôles, de lectures, de tâches papier-crayon ou de créations artistiques. En 2007, l'Ordre des psychoéducateurs du Québec a décerné le prix professionnel à l'auteur principal du programme.

Le programme Zak et Zoé¹³ (Berthiaume et coll., à paraître) est une adaptation pour les jeunes de 8 à 12 ans de l'ouvrage de Dugas et Robichaud (2007) portant sur la thérapie cognitivo-comportementale du trouble de l'anxiété généralisée.

Les programmes de prévention offerts dans la communauté aux personnes présentant des troubles anxieux et à celles souffrant de dépression auraient un taux d'**efficacité** respectif de 60% et 63%, et les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) seraient particulièrement efficaces (Christensen et coll., 2010). Un phénomène nouveau consiste à mettre en ligne des programmes de prévention des troubles anxieux et de la dépression qui comportent 5 à 14 sessions et sont basés sur le modèle de la thérapie cognitivo-comportementale (Calear et Christensen, 2010). En comparant les résultats pré et post-test, les auteurs font état de l'efficacité de six des huit programmes étudiés. Les personnes qui s'inscrivent à ces programmes peuvent obtenir l'aide d'un tuteur qui enregistre leurs progrès et, le cas échéant, peut orienter la personne à un professionnel, avec son accord bien entendu (voir la section «Télésanté mentale»).

La prévention de l'anxiété chez les jeunes est très importante. Si aucune intervention n'est effectuée, l'anxiété peut en effet entraîner l'apparition d'autres troubles mentaux comme la dépression, l'abus de substances, etc. (Compton, 2010). Une analyse de 28 études portant sur les programmes de prévention utilisés en milieu scolaire révèle que 65% des programmes de prévention de la dépression et 73% de ceux portant sur les troubles anxieux sont efficaces (Corrieri et coll., 2013).

Intervention

Objectif de l'intervention

L'identification précoce des troubles anxieux suivie de l'utilisation d'un traitement efficace peut réduire l'impact de l'anxiété sur le fonctionnement

académique et social des jeunes ainsi que sur leur persistance à l'âge adulte (AACAP, 2007c; Rapee, 2012). L'objectif de l'intervention consiste à aider le jeune à affronter ce qu'il redoute et à diminuer l'emprise que la peur exerce sur lui. Il apprend ainsi à mieux vivre dans le présent en utilisant de nouvelles habitudes, des routines plus adaptées pour l'aider à suivre des règles de vie clairement établies par un soutien parental ferme et constant (Dumas, 2012).

Lorsqu'il cherche à éviter les situations anxiogènes, le jeune anxieux perpétue sans le savoir le cycle de la peur, du retrait social et des catastrophes appréhendées. En thérapie, la personne atteinte d'un trouble anxieux doit apprendre graduellement à tolérer une situation qui lui cause de l'anxiété pour finir par se rendre compte que cela n'est pas si grave puisqu'aucun cataclysme majeur ne survient.

Le professionnel doit soutenir le parent afin qu'il puisse:

- › Éviter d'encourager les comportements de fuite du jeune, mais qu'il lui enseigne plutôt à puiser dans son répertoire de comportements pour trouver lui-même la solution afin de franchir l'obstacle qui lui paraît insurmontable;
- › Aider le jeune à se relever s'il tombe en lui proposant d'autres solutions.

Par ailleurs, le professionnel doit prendre des précautions lorsqu'il expose le jeune à des situations anxiogènes auxquelles il doit apprendre à faire face:

- › Présenter graduellement les situations à éviter en commençant par celles qui sont les moins intimidantes ou anxiogènes;
- › Faire vivre cette situation jusqu'à ce que l'anxiété diminue de façon significative;
- › Provoquer et pratiquer ces expositions de manière quotidienne (Zacchia et Munoz, 2012).

Attitudes aidantes¹⁴

Le professionnel doit encourager ou orienter les parents afin qu'ils adoptent certaines attitudes permettant d'aider leur jeune à mieux gérer son anxiété:

- › Lui rappeler leur amour inconditionnel — cela constitue une police d'assurance lui garantissant un soutien indéfectible;

- › Passer du temps de qualité avec lui en participant aux activités qu'il préfère;
- › Lui parler calmement (sans paraître angoissé, énervé ou impatient) — il tirera profit de cette assurance;
- › L'encourager à vivre avec eux le moment présent en prenant soin de décrire ce qu'ils font, ce qui lui apprendra peu à peu à tirer profit de ces moments agréables;
- › Seuls avec lui, lui apprendre à mieux identifier les pensées qui génèrent sa peur et, petit à petit, l'inciter à les remplacer par des pensées plus positives grâce auxquelles il vaincra graduellement ses craintes;
- › Le féliciter lorsqu'il remet en question ses inquiétudes exagérées et ses idées pessimistes (ex.: lorsqu'il se dit: «Je sais que je peux y arriver»);
- › L'aider à décortiquer en petites étapes l'objectif qu'il s'est fixé: «Une étape à la fois et tu y arriveras» — en agissant ainsi, on augmente ses chances de succès;
- › Élaborer un tableau d'émulation pour renforcer ses bonnes habitudes alimentaires, son hygiène de vie, etc. (ex.: la consommation minimale de sucre, de caféine, etc.);
- › Renforcer toutes les initiatives (même les plus petites) qu'il prend pour affronter la situation ou l'événement qui le rend anxieux (ex.: il utilise de lentes respirations abdominales, il franchit une première étape vers l'objet qui l'effraie, etc.);
- › Lui faire confiance et, surtout, lui donner l'espoir qu'il parviendra à atteindre son objectif de vaincre sa peur;
- › L'encourager et l'aider à se faire des amis;
- › L'informer que les erreurs sont normales et qu'elles représentent d'excellentes possibilités d'apprentissage;
- › Afin qu'il apprenne à apprivoiser ses peurs, l'inciter à parler, écrire, dessiner ou peindre à propos des thématiques qui l'effraient;
- › Sans chercher à l'endoctriner, lui rappeler que les peurs reliées à son anxiété sont peu probables ou moins effrayantes que ce qu'il en perçoit;
- › Dédramatiser ses pensées négatives afin qu'il prenne conscience qu'elles l'affectent et que cela n'est pas si effrayant (ex.: «Qu'est-ce que cela changera dans l'univers?»).

Attitudes à éviter

- › Prolonger les adieux lorsqu'il est conduit chez la gardienne. Pour lui faciliter la tâche, lui remettre un objet (transitionnel) qu'il aime (ex.: petite couverture, doudou);
- › Lui faire part de vos états d'âme: «Bien voyons donc, ressaisis-toi!»;
- › Le surprotéger, car il faut qu'il apprenne à développer graduellement son autonomie et à croire en lui-même;
- › Plaisanter au sujet des peurs ou utiliser l'humour pour le ridiculiser;
- › Lui faire la morale ou chercher à le convaincre à tout prix (Cham et coll., 2013);
- › Lui témoigner un manque de confiance (le jeune trouvera bien la solution qui lui convient pour réussir);
- › L'encourager dans sa démarche d'éviter d'affronter ses peurs;
- › Lui transmettre ses inquiétudes de parent anxieux (s'il y a lieu);
- › Exiger qu'il soit parfait en tout.

Soulignons que les intervenants concernés par la problématique de l'anxiété chez l'enfant peuvent utiliser (ou suggérer l'utilisation aux parents ou à l'enfant) un magnifique ouvrage¹⁵ qui illustre à l'aide d'un conte thérapeutique l'anxiété chez l'enfant. L'interprétation et l'analyse du conte abordent les causes, les déclencheurs, les manifestations, les outils d'intervention et la mise en pratique de moyens de gestion de l'anxiété (Leroux, 2016).

Psychothérapie

En milieu scolaire, les interventions utilisant la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) engendrent de bons résultats (Institut canadien d'information sur la santé, 2009). La TCC peut être offerte sous différentes formes: thérapie individuelle, thérapie de groupe, bibliothérapie, thérapie par téléphone et thérapie en ligne (Katz et coll., 2013). Ce type de thérapie comporte généralement cinq principales composantes (AACAP, 2007c):

- › La transmission d'une information psychoéducative sur les troubles anxieux et sur la TCC au jeune et aux parents;
- › L'enseignement de techniques d'autogestion des malaises physiques (relaxation, respiration, auto-enregistrement);

- › L'utilisation d'une approche de restructuration cognitive qui vise à modifier les pensées et les comportements négatifs du jeune;
- › Le jeune est encouragé à expérimenter les stratégies enseignées (en imagination ou dans la réalité), et ce, par un processus de désensibilisation graduelle aux événements qui engendrent ses peurs;
- › L'enseignement au jeune et aux parents des signaux précurseurs d'une rechute.

La TCC demeure la thérapie la plus reconnue pour traiter la majorité des troubles anxieux chez les enfants (Schwartz et coll., 2012). Le [tableau 19](#), à la page 252, présente, pour chacun des troubles anxieux, les différentes thérapies **efficaces**. Généralement, les thérapies comportementales et les thérapies cognitivo-comportementales appliquées en situations individuelles ou de groupe démontrent des **résultats modérés** et même supérieurs (Brown et coll., 2009).

Malgré le fait que la TCC soit reconnue comme étant le meilleur traitement des troubles anxieux, une minorité significative d'enfants (40%) continue de manifester des perturbations significatives à la fin du traitement. D'autres recherches demeurent nécessaires pour mieux comprendre ce phénomène (Creswell et Waite, 2016). Il faut aussi mentionner que le coût des TCC limite pour plusieurs l'accès à la psychothérapie. L'utilisation auprès des parents de guides pédagogiques sur la TCC, accompagnés d'une formation et d'une supervision dans l'application au quotidien des stratégies, constitue une voie d'avenir à exploiter (Creswell et Waite, 2016). Ces mêmes auteurs constatent également que depuis les cinq dernières années, la télésanté mentale représente une autre voie d'accès à la psychothérapie chez les enfants, et plus encore chez les adolescents (voir [chapitre 12](#), section «Télésanté mentale»).

Médication

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont considérés comme les agents pharmacologiques de première ligne pour traiter les troubles anxieux sévères ou ceux qui n'ont pas répondu à la psychothérapie. En général, la combinaison médication et psychothérapie est recommandée. Plusieurs études contrôlées «randomisées» ont démontré la supériorité de la combinaison des ISRS avec la TCC à la médication

seule, en particulier dans l'anxiété généralisée, l'anxiété sociale et l'anxiété de séparation. L'utilisation des benzodiazépines est rarement indiquée chez les jeunes. On les utilise dans les situations aiguës ou d'urgence. Elles peuvent également être employées lorsque le jeune attend la mise en place d'une psychothérapie ou d'une médication ISRS. Il faut les utiliser avec prudence chez les adolescents qui abusent de drogues ou d'alcool (Katz et coll., 2013). La médication présente des effets indésirables qui doivent être discutés avec le médecin. Ce dernier dispose d'un guide clinique pour le traitement des troubles anxieux (Katzman et coll., 2014).

À retenir

- L'enfant qui se développe normalement apprend petit à petit à affronter ses peurs et à reconnaître qu'elles ne présentent plus le danger appréhendé auparavant.
 - Un jeune qui souffre d'un trouble anxieux a de la difficulté à apprécier le moment présent et appréhende sans raison valable le pire des scénarios. Le jeune fait tout en son pouvoir pour éviter les situations qui l'angoissent. Cette façon de faire nuit à son bon fonctionnement quotidien. Environ 20% des jeunes souffriront d'un trouble anxieux avant d'atteindre l'âge adulte.
 - Divers troubles anxieux peuvent apparaître: l'anxiété de séparation, la phobie spécifique, la phobie sociale, l'agoraphobie et l'anxiété généralisée.
 - Les troubles anxieux se développent à un âge médian de 11 ans, d'où l'importance de mettre en place dans les écoles des programmes de prévention (ex.: le programme FRIENDS for Life).
 - L'objectif du traitement consiste à aider le jeune à affronter ce qu'il redoute et à diminuer l'emprise que la peur exerce sur lui. Les thérapies cognitivo-comportementales appliquées en milieu scolaire ou en clinique sont reconnues généralement **efficaces** pour traiter les troubles anxieux.
 - Dans les cas sévères ou qui ne répondent pas à la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), la médication peut être utilisée, souvent en association avec ces thérapies. Les ISRS constituent la médication la plus recommandée dans le traitement des troubles anxieux sévères, surtout en combinaison avec la psychothérapie.
-

Lectures suggérées

Bertrand, E. et Brousseau, M. (2011). *L'anxiété, un message à déchiffrer — De la naissance à l'adolescence*. Longueuil: Éditions Brossard.

Bexton, B. «La phobie sociale (ou le trouble d'anxiété sociale)». Montréal: Revivre. www.revivre.org/anxiete/

Burns, D. D. (2005). *Être bien dans sa peau. Traitement éprouvé cliniquement pour vaincre la dépression, l'anxiété et les troubles de l'humeur*. Version française du livre: *Feeling good: the new mood therapy*. Montréal: Les Éditions Héritage.

Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants (CEDJE) et Réseau stratégique de connaissances sur le développement des jeunes enfants (RSC-DJE) (2013). Coup d'œil sur: Anxiété et dépression. Reconnaître les signes avant-coureurs. www.enfant-encyclopedie.com/Pages/PDF/Anxiete-depression_FRmcP.pdf

Chaloult, L., Goulet, J., NGô, T.-L. (2014). *Guide de pratique pour l'évaluation et le traitement cognitivo-comportemental du trouble anxiété sociale (TAS) (phobie sociale)*. Montréal: Polyclinique Concorde <https://tccmontreal.files.wordpress.com/2014/03/guide-de-pratique-tas.pdf>

Couture, N. et Marcotte, G. (2011). *Incroyable Moi maîtrise son anxiété*. Québec: Éditions Midi trente.

Couture, N. et Marcotte, G. (2014). *Trucs de super-héros pour calmer son anxiété*. Québec: Éditions Midi trente.

Couture, N. et Marcotte, G. (2014). *Extraordinaire Moi calme son anxiété de performance*. Québec: Éditions Midi trente.

Crozier, W. R. et Alden, L. E. (2015). *Mieux vivre avec la timidité et la phobie sociale*. Montréal: Les Éditions de l'Homme.

Dumas, J. (2012). *L'enfant anxieux — Comprendre la peur de la peur et redonner courage*. Bruxelles: Éditions De Boeck Université.

Esantementale.ca (2014a). *La façon d'aider les enfants et les jeunes aux prises avec des problèmes d'anxiété sociale — Feuille de renseignements à l'intention des parents et des aidants*. www.cheo.on.ca/uploads/healthbits/social_anxiety_f.pdf

Esantementale.ca (2014b). *L'aide à apporter aux enfants et aux adolescents atteints de mutisme sélectif: Information à l'intention des parents et des aidants*. www.esantementale.ca/Ottawa-Carleton/Le-mutisme-selectif-chez-les-enfants-et-les-jeunes/index.php?m=article%ID=8894

Esantementale.ca (2014c). *L'anxiété chez les enfants et les adolescents: Information à l'intention des parents et des aidants*. www.esantementale.ca/Ottawa-Carleton/Lanxiete-chez-les-enfants-et-les-adolescents-Information-a-lintention-des-parents-et-des-aidants/index.php?m=article%ID=8872

Gervais, J. et Bouchard, S. (2006). *Les trucs de Dominique — Programme de développement des habiletés de gestion de l'anxiété et du stress chez les enfants*. Montréal: Cforp.

Gibson Desrochers, S. (2011). *Pourquoi j'ai mal au ventre? Guide pratique de l'anxiété chez l'enfant de 7 à 12 ans*. Montréal: Éditions Logiques.

Ginchereau, M. (2012). *Guide d'accompagnement pour la prise en charge des troubles anxieux chez l'enfant*. Montréal: La Boîte à livres.

Greenberger, D. et Padesky, C. (2004). *Dépression et anxiété: comprendre et surmonter par l'approche cognitive. Un guide pratique*. Montréal: Éditions Saint-Martin.

Institut universitaire en santé mentale de Montréal. *Troubles anxieux*. www.iusmm.ca/sante-mentale/troubles-anxieux.html

Ladouceur, R., Bélanger L. et Léger, E. (2011). *Arrêtez de vous faire du souci pour tout et pour rien*. Paris: Odile Jacob.

Leroux, S. (2016). *Aider l'enfant anxieux: Guide pratique pour parents et enfants*. Montréal: Éditions du CHU Sainte-Justine

Marchand, A. et Letarte, A. (2004). *La peur d'avoir peur — Guide de traitement du trouble panique avec agoraphobie*. Montréal: Les Éditions internationales Alain Stanké.

McHolm, A. E., Cunningham, C. E. et Vanier, M. K. (2011). *Aider son enfant à surmonter le mutisme sélectif — Guide pour surmonter la peur de*

parler. Lyon: Chronique sociale, Traduction de l'Association Ouvrir La Voix du livre, McHolm A.E., Cunningham, C.E., Vanier, M.K. (2005) *Helping Your Child with Selective Mutism*. Oakland: New Harbinger Publications.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS, 2011a). *Troubles anxieux*. <http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/troubles-anxieux/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS, 2016). *Prévenir l'anxiété chez les enfants*. <http://sante.gouv.qc.ca/conseils-et-prevention/prevenir-l-anxiete-chez-les-enfants/>

Parent, N. (2014). *Alex: Surmonter l'anxiété à l'adolescence*. Québec: Éditions Midi trente.

Reid, L. (2011). *Guérir l'anxiété de nos enfants sans médicament ni thérapie*. Deuxième édition, Montréal: Québecor.

-
1. <https://sleepfoundation.org/>
 2. Ouvrir la voix: Mutisme sélectif: <http://ouvrirelavoix.sitego.fr/le-kit-ecole.html>
 3. La prudence est de mise dans l'utilisation et l'analyse de ces grilles, car le *DSM-5* exclut les troubles du stress post-traumatique et les troubles obsessionnels-compulsifs comme faisant partie initialement des troubles anxieux dans le *DSM-IV-TR*.
 4. Inspiré de: APA (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux — DSM-5*. Paris: Elsevier Masson. Troubles anxieux, pp.221-274. Ce questionnaire est un outil non validé scientifiquement et se doit d'être analysé par un professionnel de la santé compétent. La prudence est de mise avant de tirer quelque conclusion que ce soit. Les professionnels (médecins et psychologues) peuvent utiliser les outils de l'annexe 1 pour les aider à poser le diagnostic d'un trouble anxieux spécifique.
 5. www.ctreq.qc.ca/realisation/agir-des-les-premiers-signes/
 6. <http://guides.bib.umontreal.ca/disciplines/257-Psychoeducation?tab=1040>
 7. www.centropsychosocial.ca/fr/Programme-Des-Amis-Pour-La-Vie-Dans-Les-Ecoles_51/Programme-Des-Amis-Pour-La-Vie-Dans-Les-Ecoles_65
 8. <https://schoolsplus.ednet.ns.ca/sites/default/files/Advertisement%20FRENCH.pdf>
 9. http://friendsrt.com/Content/Uploads/Documents/FRIENDS_Program_Brochure_f.pdf
 10. www.mcf.gov.bc.ca/mental_health/pdf/FrenchBrochure.pdf
 11. www.preventionresearch.org
 12. www.centreforemotionnalhealth.com.au/pages/cool-kids-program.aspx

13. www.iftcc.com/FormationArchive.aspx?id=2080
14. Les parents d'enfants de 6 à 12 ans peuvent recourir à un ouvrage intéressant conçu pour aider ces jeunes à mieux comprendre les manifestations physiques, cognitives et émotionnelles de leur état et à mieux gérer leur anxiété au quotidien (Couture et Marcotte, 2011). Les techniques de résolution de problèmes peuvent également donner des moyens additionnels pour affronter les situations. La gestion du stress et l'utilisation des techniques de relaxation contribuent à mieux outiller les jeunes pour faire face à des situations anxiogènes. L'ouvrage *Pourquoi j'ai mal au ventre – Guide pratique de l'anxiété chez l'enfant de 7 à 12 ans* de Gibson Desrochers (2011), en plus de décrire les différents troubles d'anxiété, propose aux jeunes une quarantaine d'activités pour les aider à diminuer leur anxiété.
15. Leroux, Sophie (2016). *Aider l'enfant anxieux: Guide pratique pour parents et enfants*. Montréal: Les Éditions du CHU Sainte-Justine.

Troubles obsessionnels compulsifs et apparentés

Chez les enfants et les adolescents, on trouve particulièrement deux troubles mentaux classés dans cette rubrique par l'American Psychiatric Association: le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et l'obsession d'une dysmorphie corporelle (ODC).

Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)¹

Définition

Les comportements compulsifs sont émis par le jeune pour calmer son anxiété. Les compulsions les plus répertoriées sont: la vérification, le lavage des mains, la répétition, l'ordre, le comptage et les touches répétitifs. La persistance irrésistible à accumuler à outrance des objets plus ou moins utiles ainsi que l'habitude à s'infliger de légères écorchures corporelles (ex.: se pincer à répétition) font également partie de ces troubles (APA, 2015).

Les obsessions les plus courantes dans les TOC sont: le souci de la contamination, de la symétrie, de l'exactitude et de la sécurité, les impulsions sexuelles, les impulsions agressives et les préoccupations somatiques ou religieuses (Swinson, 2006).

Le TOC peut hypothéquer le mode de vie du jeune, car la seule façon qu'il trouve pour diminuer son obsession (les pensées qui l'assaillent de façon récurrente et persistante) consiste à répéter le même geste (la compulsion) plusieurs fois par jour, ce qui nuit à son fonctionnement. Les obsessions du jeune sont ressenties comme intrusives, entraînant une anxiété ou une détresse importantes (Bertrand et coll., 2011). Cette

préoccupation peut s'étaler sur plusieurs heures dans une journée. Les jeunes peuvent être davantage obsédés par la peur d'événements catastrophiques, la crainte de la mort ou de la maladie; les adolescents peuvent se sentir angoissés par des obsessions religieuses ou sexuelles (APA, 2015).

Prévalence

Le TOC apparaît en moyenne vers l'âge de 10 ans et est plus fréquent chez les hommes; ratio de 3H: 2F. Sa prévalence se situe entre 1% et 2% (AACAP, 2012a). Aux États-Unis, sa prévalence établie sur 12 mois se situe à 1, 2%, et 25% des cas débutent vers l'âge de 14 ans (APA, 2015).

Causes

L'hérédité joue un rôle important, car le taux des TOC chez les apparentés biologiques de premier degré des adultes ayant un TOC est deux fois plus élevé que celui des apparentés biologiques de premier degré n'en souffrant pas (APA, 2015). Qui plus est, advenant que ces parents aient développé leur TOC pendant leur enfance ou leur adolescence, le risque est alors multiplié par 10 (APA, 2015).

Troubles concomitants

Entre 56% et 75% des personnes pour lesquelles un TOC a été diagnostiqué présentent également un ou plusieurs autres troubles mentaux concomitants. À la prépuberté, le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité et les tics (ex.: syndrome de Gilles de la Tourette) semblent davantage présents alors qu'après la puberté, la dépression et les troubles anxieux sont davantage observés (Chang et coll., 2013).

Intervention

Les intervenants doivent inciter la personne atteinte à rencontrer un psychologue et un psychiatre familiers avec les troubles obsessionnels-compulsifs. Le professionnel peut également suggérer que le jeune participe à un groupe de soutien composé de pairs qui vivent la même problématique.

Psychothérapie

Environ 40% des jeunes qui présentent un TOC durant l'enfance ou l'adolescence vivront une période de rémission au début de l'âge adulte (APA, 2015). Conséquemment, les autres 60% devront recourir à des interventions thérapeutiques ou pharmacologiques.

Avant de commencer une thérapie, il importe de mesurer, à l'aide d'instruments standardisés, l'étendue des obsessions et des compulsions. Un résultat supérieur à 16 à l'Échelle des obsessions et compulsions de Yale-Brown et coll., 1988 (voir l'[annexe 1](#)) détermine la présence d'un TOC (Mollard et coll., 1989; Bouvard, 2006; Bouvard et Cottraux, 2002; Bouvard et coll., 2008). Lors de la thérapie, le jeune est exposé suffisamment longtemps à la situation qui l'obsède. L'exposition à cette situation atténue son anxiété, car il se rend compte qu'il peut vivre ce moment sans trop d'appréhension. Pour qu'il apprenne à gérer son anxiété, le thérapeute s'assure que le jeune n'a pas de gestes compulsifs ou de comportements de fuite lors de l'exposition à ces situations micrograduées. L'exposition, la prévention de la réponse (Brown et coll., 2009), la thérapie comportementale et la thérapie cognitivo-comportementale sont considérées comme des thérapies **efficaces** (Société canadienne de psychologie, 2009d). Ces thérapies constituent le premier choix clinique avant l'introduction, au besoin, d'une médication (Brown et coll., 2009; Schwartz et coll., 2014). La thérapie cognitivo-comportementale constitue le traitement de premier choix et la thérapie centrée sur la famille (individuelle ou de groupe) est reconnue comme étant probablement efficace (prometteuse) (Freeman et coll., 2014). Les principes de ces thérapies se doivent d'être enseignés aux parents puisque des études démontrent que près de 50% de ceux-ci encouragent sans le savoir les rituels comportementaux de leurs jeunes (Schwartz et coll., 2014).

Médication

Pour traiter les TOC chez les enfants et les adolescents, la FDA² a approuvé les médicaments suivants: la fluoxétine, la fluvoxamine, la sertraline et la clomipramine. Toutefois, l'efficacité des ISRS (fluvoxamine) pour traiter les TOC chez les jeunes demeure bien modeste (Brown et coll., 2009). La psychothérapie représente le traitement de premier choix; cependant, au besoin, elle peut être associée à la médication, principalement l'utilisation des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS).

Obsession d'une dysmorphie corporelle (ODC)

Définition

Nous possédons tous une image mentale de notre corps et apprécions plus ou moins certaines de ses imperfections. Quelquefois, nous sommes surpris, mais non inquiétés, lorsqu'on nous montre une photo de nous comportant une légère imperfection. En effet, la plupart des gens attachent peu d'importance à cette légère imperfection perçue par eux-mêmes ou par les autres. La personne atteinte d'une obsession de dysmorphie corporelle (ODC) accorde une importance démesurée au défaut corporel qu'elle perçoit chez elle, même si les autres ne l'ont pas remarqué (ex.: peau, cheveux, nez, yeux, sourcils, lèvres, menton, forme du visage, seins, jambes, etc.). Ces préoccupations assaillent souvent le jeune pendant plus d'une heure par jour (Wilhem et coll., 2013) et il éprouve:

- › Une difficulté importante à résister aux comportements compulsifs qu'il émet;
- › Une détresse psychologique importante;
- › Une altération de son fonctionnement social et scolaire ou professionnel.

Il recherche ainsi différentes façons de composer avec l'insatisfaction perçue à cause du ou des défauts corporels. Pour lutter contre de telles obsessions, le jeune a différents comportements compulsifs: il passe des heures devant le miroir à s'observer afin de camoufler le défaut perçu (maquillage, vêtement qui cache le défaut, lunettes de soleil, etc.). Environ le tiers des personnes atteintes cherchent également à éliminer le défaut en se pinçant la peau de façon compulsive. Ce geste peut causer des dommages à la peau, des infections ou la rupture de vaisseaux sanguins (Wilhelm et coll., 2013). D'autres s'adonnent de façon excessive à des programmes d'exercices de musculation parce qu'ils trouvent que leur masse musculaire est insuffisante. Les personnes atteintes d'une ODC ressentent le besoin constant d'être rassurées sur leur apparence.

Ce trouble apparaît vers 12 ou 13 ans. Les deux tiers des individus en sont atteints avant l'âge de 18 ans (APA, 2015). Cette obsession exagérée du défaut physique perçu, très intensément vécue par le jeune, nuit à son fonctionnement quotidien. Éprouvant une grande difficulté à s'autoévaluer justement, il se considère comme laid ou rebutant. Il cherche à éviter les

situations sociales, car il croit que les autres rient de lui. Environ 70% de ces jeunes estiment que leur apparence se doit d'être parfaite (Wilhelm et coll., 2013).

Prévalence

Aux États-Unis, la prévalence établie sur une période de 12 mois est de 2, 5% chez les femmes et de 2, 2% chez les hommes. Elle est aussi plus fréquente chez les jeunes dont les parents sont atteints d'un trouble obsessionnel-compulsif (APA, 2015).

Causes

Les causes de l'ODC demeurent peu connues; toutefois, certaines explications sont proposées. La théorie biologique invoque des facteurs génétiques ainsi que le déséquilibre d'un neurotransmetteur (la sérotonine). La théorie psychologique précise qu'il y a une plus grande fréquence d'ODC chez les personnes qui ont été intimidées ou chez celles qui ont grandi dans un milieu familial ou culturel qui attachait énormément d'importance à l'apparence. La théorie sociale, quant à elle, invoque l'influence des médias dans la propagation d'images corporelles idéalisées (mannequins, revues, etc.).

Impact de l'obsession d'une dysmorphie corporelle (ODC)

Il ne faut pas prendre à la légère l'ODC: environ 80% des personnes atteintes manifestent des idées suicidaires et 20% d'entre elles effectuent des tentatives de suicide (Neziroglu et coll., 2012). Elles présentent également une très faible estime d'elles-mêmes (Wilhelm et coll., 2013). Environ 72% des personnes atteintes d'une ODC sont de grandes consommatrices de services médicaux spécialisés (Wilhem et coll., 2013): en effet, 9% à 15% d'entre elles consultent en dermatologie, 7% à 8% en chirurgie plastique, 8% en orthodontie et 10% en chirurgie maxillo-faciale (APA, 2013).

Wilhem et coll. (2013) constatent également que:

- › 91% de ces personnes ont recours à des techniques de camouflage de leur prétendu défaut physique;
- › 88% ne cessent de se comparer à leurs pairs ou à des mannequins;

- › 87% tendent à contrôler leur apparence en se regardant dans toutes les surfaces réfléchissantes (miroirs, vitrines, etc.).

Plusieurs autres troubles mentaux peuvent également être associés à l'ODC: la dépression majeure, la phobie sociale et le trouble obsessionnel-compulsif (Neziroglu et coll., 2012). Environ les trois quarts des personnes atteintes ont ou vivent un épisode de trouble dépressif caractérisé (dépression majeure). Cette comorbidité peut expliquer en partie le décrochage scolaire chez 20% des personnes atteintes (APA, 2015).

Intervention

L'utilisation des questions ci-dessous permet un dépistage rapide (Deppen et Laget, 2004):

- › Êtes-vous préoccupé par l'apparence de votre visage ou de votre corps?
- › Si oui, quelles sont vos préoccupations?
- › À quel point êtes-vous insatisfait de...?
- › Combien de temps dans une journée ces préoccupations sont-elles présentes dans votre esprit?
- › Avez-vous tenté quelque chose pour cacher ou vous débarrasser du problème?

Les personnes qui côtoient le jeune qui présente l'obsession d'une dysmorphie corporelle se doivent d'être empathiques à son égard, car sa détresse est bien réelle. Les attitudes visant à le ridiculiser, à le diminuer, à évacuer le problème ou à comparer le jeune à ses pairs sont à bannir. Tout en reconnaissant sa détresse, il ne faut ni le repousser ni invalider ses propos. Il importe de l'écouter sans le juger. Les parents gagneraient à mieux s'informer sur l'ODC. Bien sûr, il importe d'inciter le jeune à rencontrer un psychologue et un psychiatre familiers avec l'obsession d'une dysmorphie corporelle.

Psychothérapie

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) apporte de bons résultats (Veale, 2001; Wilhelm, 2013). La compétence du professionnel à mener la TCC ainsi que le développement d'une alliance thérapeutique patient-thérapeute constituent deux facteurs clés de réussite. La participation active du jeune en thérapie demeure fondamentale pour son rétablissement*.

Parmi les procédures utilisées, l'exposition et la prévention de la réponse sont reconnues scientifiquement éprouvées pour réduire l'évitement de situations sociales et les comportements compulsifs (Neziroglu et coll., 2012). La restructuration cognitive*, quant à elle, cherche à procurer à la personne des croyances plus réalistes et aidantes en regard de son apparence.

Les buts généraux de la TCC consistent à ce que le jeune:

- › Souffre moins;
- › Soit moins obsédé par son apparence et moins affecté par ses pensées obsessives;
- › Établisse un meilleur contrôle de ses comportements compulsifs et de ses comportements d'évitement des situations sociales;
- › Apprécie davantage la vie;
- › Retrouve un fonctionnement plus harmonieux (Wilhelm et coll., 2013).

Médication

L'utilisation des inhibiteurs sélectifs recaptateurs de la sérotonine (ISRS), avec ou sans la TCC, donne également de bons résultats (Neziroglu, 2012; Wilhelm et coll., 2013). Leur dosage est généralement plus élevé que celui pour traiter d'autres troubles mentaux, et le début d'efficacité du traitement s'effectue généralement après 12 ou 14 semaines (Wilhelm et coll., 2013).

À retenir

- Dans le trouble obsessionnel-compulsif (TOC), le jeune, pour diminuer l'anxiété de ses obsessions, recourt à des gestes ritualisés (compulsifs).
 - Dans l'obsession d'une dysmorphie corporelle (ODC), la personne atteinte accorde une importance démesurée à un ou plusieurs défauts corporels qu'elle perçoit, même si les autres ne les remarquent pas.
 - Les jeunes atteints d'un TOC ou d'une ODC vivent une détresse intense et cherchent à éviter les situations sociales.
 - La thérapie cognitivo-comportementale, l'exposition et la prévention de la réponse constituent des thérapies efficaces pour traiter ces troubles; elles peuvent également être utilisées conjointement avec des médicaments (ISRS). Les ISRS peuvent être utilisés en association avec la psychothérapie.
-

Lectures suggérées

Bouvard, M. (2006). *Les troubles obsessionnels compulsifs: principes, thérapies, applications*. Deuxième édition. Paris: Masson.

Deppen, A. et Laget, J. (2004). «Dysmorphophobies à l'adolescence», *Revue médicale suisse*.

www.revmed.ch/rms/2004/RMS-2504/24173

Esantementale.ca (2015a). *L'aide à apporter aux enfants et aux jeunes ayant un trouble obsessionnel-compulsif (TOC): Information à l'intention des parents et des aidants*.

www.esantementale.ca/Ottawa-Carleton/Laide-a-apporter-aux-enfants-et-aux-jeunes-ayant-un-trouble-obsessionnel-compulsif-TOC-Information-a-lintention-des-parents-et-des-aidants/index.php?m=article&ID=8876

Esantementale.ca (2015b). *Peur d'une dysmorphie corporelle*.

www.esantementale.ca/Ottawa-Carleton/Peur-dune-dysmorphie-corporelle/index.php?m=article&ID=8903

Fondation des maladies mentales. *Le trouble obsessionnel-compulsif*.

www.fmm-mif.ca/la-maladie-mentale.html?t=&i=6

Neziroglu, F., Khemlani-Patel, S. et Santos, M. T. (2012). *Overcoming Body Dysmorphic Disorder: A Cognitive Behavioral Approach to Reclaiming Your Life*. Oakland: New Harbinger Publications.

-
1. En plus du trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et de l'obsession d'une dysmorphie corporelle (ODC), le *DSM-5* inclut les troubles apparentés suivants: la thésaurisation pathologique (sylogomanie: difficultés persistantes à se débarrasser ou à se séparer de ses biens), la trichotillomanie (arrachage compulsif de ses propres cheveux), la dermatillomanie (trituration pathologique de la peau), le trouble obsessionnel-compulsif ou apparenté induit par une substance/un médicament et celui induit par une affection médicale, le trouble obsessionnel-compulsif spécifié et celui non spécifié (comportement répétitif pathologique centré sur le corps, jalousie obsessionnelle) (APA, 2015).
 2. FDA: Food and Drug Administration, organisme qui approuve l'utilisation des médicaments aux États-Unis.

Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress¹

Trouble réactionnel de l'attachement (TRA)

Le TRA se manifeste par une inhibition, voire une fuite émotionnelle, envers l'adulte qui procure les soins à l'enfant (parents ou figures parentales). Le *DSM-5* (APA, 2015) mentionne trois grandes catégories de symptômes d'un TRA.

- › Un comportement inhibé et de retrait émotionnel dans le mode relationnel avec l'adulte parce que l'enfant:
 - Ne recherche pas le réconfort de l'adulte quand il est en situation de détresse;
 - N'émet pas de réponse lorsqu'il est réconforté par la présence ou les gestes de l'adulte qui en prend soin.
- › La perturbation persistante du fonctionnement social et émotionnel de l'enfant, qui s'observe par:
 - Une diminution de ses interactions sociales et émotionnelles avec les autres;
 - Des affects positifs restreints;
 - Des épisodes inexplicables d'irritabilité, de tristesse ou de craintes, et ce, même lorsque les situations d'interactions avec l'adulte ne sont pas menaçantes.
- › Un vécu de formes extrêmes d'insuffisance de soins qui se traduit par au moins un des énoncés suivants:
 - Une négligence ou une privation sociale de réponse de l'adulte aux besoins émotionnels de réconfort, de stimulation ou d'affection de

l'enfant;

- Le changement répété d'adultes qui prennent soin de lui;
- Un vécu dans des milieux éducatifs qui ne privilégient pas l'établissement de liens d'attachements sélectifs (ex.: un ratio personnel-enfant insuffisant).

En d'autres mots, pour poser le diagnostic d'un trouble réactionnel de l'attachement (TRA), il faut retrouver dans l'histoire de l'enfant la notion de négligence ou de privation, et l'absence ou la pauvreté de soins de base, qu'ils soient émotionnels ou occasionnés par un manque de stimulation par les adultes. Il peut provenir également de changements fréquents d'adultes de référence qui empêche le développement d'un attachement stable et sécuritaire (APA, 2015). Le diagnostic se pose après l'âge de 9 mois et avant l'âge de 5 ans (APA, 2015). La prévalence du TRA est estimée à 10% dans la population qui a vécu les caractéristiques précédemment citées (négligence, changements d'adultes de référence, etc.) (APA, 2015).

Le professionnel se doit d'effectuer un diagnostic différentiel en éliminant soit un trouble du spectre de l'autisme, un retard global du développement ou une dépression (APA, 2015; AACAP, 2016). Des paramètres de pratique clinique servant à évaluer et traiter les troubles de l'attachement sont disponibles pour les médecins et pour les professionnels². Avant de poser un diagnostic de TRA, il faut évaluer le développement global de l'enfant et l'historique de ce trouble, la dynamique relationnelle entre l'enfant et sa figure d'attachement, la dynamique familiale et les conditions de vie de l'enfant (Emery, 2016).

Trouble de désinhibition du contact social (TDCS)

Pour poser le diagnostic de TDCS, le *DSM-5* (APA, 2015) propose trois grandes catégories de symptômes.

- › La présence d'au moins deux des comportements sociaux désinhibés suivants:
 - L'enfant est peu ou pas du tout réticent à approcher des adultes inconnus ou à interagir avec eux;
 - L'enfant démontre des comportements verbaux ou physiques excessivement familiers;

- L'enfant ne recherche pas ou peu l'approbation de l'adulte qui lui procure les soins pour s'éloigner de lui;
 - L'enfant accepte de suivre une personne inconnue en démontrant peu ou aucune hésitation.
- › Un comportement social désinhibé qui n'est pas le fruit de l'impulsivité de l'enfant, contrairement au TDAH;
- › Un vécu de formes extrêmes d'insuffisance de soins qui se traduit par au moins un des énoncés suivants:
- Une négligence ou une privation sociale de réponse de l'adulte aux besoins émotionnels de réconfort, de stimulation ou d'affection de l'enfant;
 - Le changement répété d'adultes qui prennent soin de lui;
 - Un vécu dans des milieux éducatifs qui ne privilégient pas l'établissement de liens d'attachements sélectifs (ex.: un ratio personnel-enfant insuffisant).

Le diagnostic se pose après l'âge de 9 mois et avant l'âge de 5 ans (APA, 2015). Un diagnostic différentiel doit être fait par rapport au trouble du déficit d'attention avec hyperactivité, au trouble du spectre de l'autisme et au retard global de développement (Emery, 2016). Il importe de bien préciser que les troubles de l'attachement reposent sur un diagnostic émis en fonction de critères cliniques (APA, 2015; CIM-10; OMS, 1992) et se distinguent des diverses classifications de la qualité du lien d'attachement parent-enfant. La prévalence de ce trouble est peu connue, et certaines clientèles demeurent plus à risque. Ainsi, «environ 20% des enfants ayant vécu dans des conditions de négligence sévère puis ayant été placés en famille d'accueil ou en institution présenteraient un TDCS (Emery, 2016).

La chronicité d'un TRA ou d'un TDCS est reconnue lorsque celui-ci perdure pendant plus de 12 mois (APA, 2015). Plusieurs études rapportent des taux de prévalence des TRA et TDCS variant entre 40% et 60% chez les enfants hébergés en famille d'accueil ou en centre de réadaptation (Zéphyr et coll., 2015). Bien qu'il n'existe pas, à ce jour, d'intervention validée pour le traitement spécifique du TRA et du TDCS, les interactions relationnelles recherchées demeurent celles qui visent à développer un lien d'attachement sécuritaire entre l'enfant et le donneur de soins en privilégiant le développement de la sensibilité de ce dernier (Zéphyr et coll., 2015). Emery (2016) précise également l'importance d'axer l'intervention

sur la capacité de l'enfant à résoudre des problèmes sociaux, sa régulation émotionnelle et ses relations avec ses pairs.

Impact de la négligence et de la maltraitance sur le développement de troubles mentaux

Négligence

L'article 38 du projet de loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) stipule qu'un enfant est en situation de compromission lorsque «[sa] sécurité ou [son] développement est considéré comme compromis, lorsqu'il se retrouve dans une situation d'abandon, de négligence, de mauvais traitements psychologiques, d'abus sexuels ou physiques ou lorsqu'il présente des troubles de comportements sérieux³». Un mauvais traitement psychologique est pour sa part considéré «lorsque l'enfant subit, de façon grave ou continue, des comportements de nature à lui causer un préjudice de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation (ex.: dénigrement, rejet affectif, isolement, menaces, exploitation, exécution d'un travail disproportionné par rapport aux capacités de l'enfant, exposition à la violence familiale)⁴». Les professionnels peuvent recourir à divers outils cliniques pour peaufiner leurs interventions (MSSS, 2012).

Impact de la négligence

L'impact de la négligence sur le développement des jeunes est catastrophique. On dénote notamment que:

- › Les personnes victimes de négligence dans leur enfance risquent environ deux fois plus que le reste de la population de souffrir d'un trouble dépressif ou anxieux — ou des deux — à l'âge adulte et demeurent près de trois fois plus susceptibles d'éprouver un trouble du comportement alimentaire (Norman et coll., 2012);
- › Le fait d'avoir subi des sévices sexuels de quelque nature que ce soit dans l'enfance augmente d'une fois et demie à trois fois le risque de toxicomanie, de tentatives de suicide et de troubles dépressifs et anxieux (Andrews et coll., 2004);

- › Les personnes victimes de violence psychologique sont au moins trois fois plus susceptibles de souffrir d'un trouble dépressif ou anxieux (Norman et coll., 2012);
- › Les sévices sexuels ou physiques contribuent grandement au risque d'apparition de troubles psychotiques (Varese et coll., 2012).

Lutgens et coll. (2015) relatent plusieurs études démontrant que les jeunes soumis à l'adversité et à la négligence sont plus à risque de développer des troubles mentaux. Ainsi:

- › Près du tiers de tous les cas de troubles mentaux peuvent être attribués directement à une forme d'adversité vécue dans la petite enfance (Kessler et coll., 2010);
- › Plus du quart de la population mondiale aurait vécu pendant l'enfance des événements stressants ou des traumatismes qui menacent gravement la sécurité et minent de façon marquante la formation d'adultes sains (Friedman et coll., 2002; Spataro et coll., 2004; Read et Bentall, 2012);
- › En Amérique du Nord, la négligence psychosociale et la négligence matérielle représentent 34% de tous les cas de mauvais traitements chez les enfants (Trocmé et coll., 2010);
- › Près du quart des répondants à un sondage canadien signalent avoir subi des sévices sexuels durant leur enfance (Statistique Canada, 2013, dans Afifi et coll., 2014).

Maltraitance

L'Observatoire sur la maltraitance envers les enfants précise qu'aucune définition de la maltraitance ne fait l'unanimité parmi les chercheurs et que celle-ci varie selon une combinaison d'éléments⁵ dont:

- › L'acte commis par l'abuseur;
- › L'effet sur l'enfant;
- › L'intention du parent.

Toutefois, plusieurs chercheurs s'en remettent à la définition préconisée par l'Organisation mondiale de la Santé:

«Elle s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son

développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir⁶.»

Des études longitudinales ont démontré que les expériences négatives vécues par les enfants en bas âge (abus de substances, criminalité, pathologie ou maltraitance des parents) ont des effets néfastes sur leur développement, et ce, jusqu'au début de l'âge adulte (Boivin et Hertzman, 2012). Les enfants maltraités ou victimes de négligence présentent un taux élevé d'attachement insécurisant. Plusieurs études montrent aussi que malgré les expériences de négligence et d'abus, les enfants maltraités développent un attachement insécurisant de type désorganisé (entre 55% et 86%) (St-Laurent et coll., 2008).

La prévention de la maltraitance par le soutien au rôle parental constitue une voie importante à privilégier. Ross et Motheron (2016) ont développé à l'intention des médecins un contenu de formation continue sur la maltraitance⁷. Dans ce contexte de prévention, le programme Triple P (Positive Parenting Program, Sanders et coll., 2014) a été implanté avec succès dans 25 pays. Il est aussi présentement en implantation et en évaluation dans deux régions du Québec par la Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance (Renard et coll., 2014). L'objectif de ce programme consiste à engager la communauté dans une démarche visant l'adoption de pratiques parentales positives, à la fois pour réduire les problèmes de comportement des enfants et la maltraitance à leur égard (Gagné et coll., 2015).

L'attachement parent-enfant

Les intervenants qui interviennent auprès des enfants et de leur famille trouveront dans l'ouvrage⁸ de Jacinthe Emery (2016) une revue exhaustive du concept de l'attachement parent-enfant ainsi que des instruments d'évaluation, des programmes de prévention et différentes approches thérapeutiques. Soulignons l'importance que représente la création d'un attachement sécuritaire de l'enfant avec son principal pourvoyeur de soins pour son développement global, et plus particulièrement pour sa socialisation.

L'attachement sécurisant

L'attachement sécurisant constitue le plus bel héritage que les parents puissent donner à leur enfant. Il agit comme facteur de protection parmi les groupes à haut risque de troubles de l'attachement (AACAP, 2016).

«Le parent qui répond de manière prévisible, cohérente et chaleureuse aux comportements, besoins et manifestations affectives de son enfant amènera ce dernier à développer une relation dite “ sécurisante ” avec lui (Tarabulsky et coll., 2015).» La sensibilité du parent se remarque par sa capacité de percevoir, interpréter et répondre de manière appropriée et dans un délai acceptable aux besoins et aux signaux de l'enfant (Cyr et Dubois-Comtois, 2014). La qualité de l'attachement serait donc le produit cumulatif de la réponse du parent aux signaux et aux besoins de l'enfant (Emery, 2016). Grâce à ce passeport, le jeune est plus confiant pour actualiser son développement social et émotionnel, car il perçoit son parent comme une personne fiable.

L'attachement insécurisant

L'attachement insécurisant découle des agissements d'un parent qui est soit souvent insensible, qui interprète incorrectement ou qui ne répond pas aux signaux de son enfant (Cyr et Dubois-Comtois, 2014). En conséquence, celui-ci ne perçoit pas son parent comme une personne fiable vers laquelle il peut se tourner en cas de besoin.

Il existe trois profils d'attachement insécurisant⁹:

1. **L'attachement évitant** (par indifférence ou indisponibilité, le parent ne répond pas aux signaux et aux besoins relationnels de son enfant, et ce, de façon systématique);
2. **L'attachement ambivalent** (le parent répond de manière sporadique ou inadéquate aux besoins de l'enfant);
3. **L'attachement désorganisé** (le parent a régulièrement des comportements incompréhensibles, incohérents, inappropriés ou menaçants à l'égard de l'enfant [Emery, 2016]). Le donneur de soins démontre une insensibilité extrême dans ses réponses aux besoins et signaux de l'enfant, émettant même des comportements effrayants favorisant l'adoption par l'enfant de comportements désorganisés (Cyr et Dubois-Comtois, 2014).

Ces différents comportements demeurent très néfastes pour le développement des enfants, car ils risquent:

- › De devenir plus vulnérables au stress;
- › De ne pas contrôler leurs émotions négatives;
- › De manifester un trouble réactionnel de l'attachement, un trouble oppositionnel avec provocation ou des comportements bizarres;
- › D'utiliser des interactions sociales médiocres avec leurs pairs.

De nombreuses études ont démontré que les enfants ayant un profil d'attachement désorganisé présentent des problèmes plus graves d'adaptation durant l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte (Emery, 2016).

Dans les populations occidentales à faible risque, on répertorie en moyenne entre 55% et 65% d'attachement sécurisant, 20% d'attachement évitant, 5 à 10% d'attachement ambivalent et 10 à 15% d'attachement désorganisé (Tarabulsky et coll., 2015). Par ailleurs, chez les parents maltraitants, les taux d'attachement insécurisant varient entre 55 et 86%, selon les études. Ces taux sont considérés comme des facteurs de risque pouvant contribuer au développement de difficultés d'adaptation et de troubles mentaux tels le TRA et le TDCS (Zéphyr et coll., 2015; AACAP 2016).

Prévention

Les programmes de prévention adoptant des stratégies éducatives gagnantes consistent à enseigner aux parents différentes habiletés afin:

- › De mieux gérer leurs interactions positives avec leurs enfants;
- › D'être plus alerte pour répondre à leurs besoins;
- › De gérer leur stress et mieux contrôler leur colère.

Auprès des familles à risque, une priorité indéniable d'intervention doit être établie, notamment par des visites de professionnels (infirmières, psychoéducateurs, etc.) à domicile lors de la période prénatale et postnatale (Boivin et Hertzman, 2012). Ce type d'intervention permet de sensibiliser les parents à l'adoption d'attitudes et de comportements favorables au développement harmonieux de l'enfant. L'intervention préventive effectuée auprès des enfants doit inciter les familles à adopter des stratégies pour:

- › Diminuer la persistance des comportements agressifs et antisociaux des jeunes;
- › Augmenter la fréquence de leurs comportements prosociaux;
- › Augmenter le développement d'un attachement sécurisant avec eux.

Au Québec, les femmes enceintes n'ayant pas terminé leur secondaire V (le lycée) ou vivant dans un contexte de pauvreté peuvent s'inscrire au programme SIPPE (Services intégrés en périnatalité et en petite enfance) en consultant le Centre local de services communautaires (CLSC) de leur région. Elles pourront ainsi participer aux activités offertes pour faciliter la création d'un lien d'attachement. Au Québec, les programmes de prévention en périnatalité préconisent une application du développement de l'attachement sécurisant auprès des familles vulnérables (MSSS, 2005b, 2009).

En France, le programme CAPEDP (Compétences parentales et attachement dans la petite enfance: Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et promotion de la résilience) (Dugravier et coll., 2009) s'adresse aux familles à vulnérabilité psychosociale moyenne (jeunes parents, parents manquant d'expérience parentale, familles isolées socialement ou qui possèdent un niveau d'éducation peu élevé entraînant un accès plus difficile à l'emploi) (Guédeney et coll., 2007).

Les parents doivent également adopter des attitudes préventives à long terme comportant les buts suivants: être responsables, respectueux et faciles à vivre en privilégiant des relations mutuelles agréables (Pétales, 2003).

Différents moyens concrets favorisant un attachement parent-enfant

(CEDJE/RSC-DJE, 2012)

- Répondre chaleureusement aux signaux d'inconfort de l'enfant;
- Suivre les routines permettant à l'enfant d'anticiper les événements et, ainsi, de faire diminuer son anxiété;
- S'intéresser à ses jeux;
- Favoriser le contact peau à peau avec le nourrisson;
- Utiliser un porte-bébé kangourou lors des déplacements.

Afin de prévenir les troubles d'attachement, l'Ontario offre aux parents de bébés de moins de 24 mois le programme Right From the Start¹⁰, qui comporte 8 séances. L'association Pétales Québec diffuse pour sa part de l'information et offre des ateliers pour prévenir les troubles d'attachement et mieux intervenir auprès des jeunes qui souffrent de tels troubles¹¹. L'organisme Pétales Belgique (2003) a également publié un ouvrage fort intéressant sur les troubles de l'attachement.

Stratégies d'intervention

L'objectif de ces programmes d'intervention consiste à développer chez les parents une meilleure sensibilité parentale. Ce type de sensibilité est défini comme «la capacité de percevoir et d'interpréter correctement les expressions verbales et non verbales des jeunes enfants et de réagir adéquatement à ces signaux dans les meilleurs délais» (Krakow, 2006).

Les programmes d'intervention en attachement les plus efficaces comportent les éléments suivants:

- › Ils sont de courte durée (5 à 16 sessions);
- › Ils ciblent la qualité des interactions entre le parent et l'enfant;
- › Ils utilisent principalement la stratégie d'intervention de l'observation des comportements sensibles du parent à l'égard de son enfant et la rétroaction vidéo avec le parent (St-Laurent et coll., 2008).

Tarabulsy et coll. (2015) insistent également sur l'importance d'utiliser des stratégies structurées comportant une relation de mentorat entre l'intervenant et le parent. Pour ce faire, ils suggèrent que l'intervenant utilise des guides de formation. L'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ), qui vise à uniformiser l'intervention dans le domaine de l'attachement, propose également l'utilisation d'un manuel de formation (Leclerc et Rivard, 2014; Tarabulsy et coll., 2014a, b). Une telle formation préconise de centrer l'intervention sur l'aide aux parents de manière à ce qu'ils puissent:

1. Comprendre le sens des signaux et des manifestations émotionnelles des enfants;

2. Se rendre compte que leurs gestes et comportements, dans toutes sortes de situations quotidiennes, transmettent un message;
3. Soutenir l'exploration de leur enfant;
4. Encadrer leur enfant.

Les stratégies d'intervention comportementales doivent mettre l'accent sur l'aspect éducatif en échangeant sur les préoccupations éducatives des parents, les meilleures façons de répondre aux besoins de leur enfant, l'établissement de limites et la présentation de modèles adéquats d'intervention. Pour améliorer la qualité de l'attachement, plusieurs scientifiques proposent des interventions comportementales portant sur l'amélioration de la sensibilité parentale (Emery, 2016). Une avenue prometteuse consiste à intervenir dans le but d'améliorer les interactions entre le parent et l'enfant, et ce, en privilégiant les objectifs suivants¹²:

1. Favoriser le développement d'une relation harmonieuse et plaisante (ex.: réserver des moments dans la journée où le parent et l'enfant peuvent interagir dans un contexte agréable et détendu);
2. Aider le parent à décoder les comportements et les manifestations émotionnelles de son enfant afin de comprendre les besoins sous-jacents (ex.: besoin d'affection, de soutien, d'autonomie, de tester les limites);
3. Aider le parent à trouver des façons appropriées de répondre à ces différents besoins;
4. Aider le parent à poser les limites de façon claire et à développer des stratégies pour les faire respecter de façon ferme, mais non hostile.

Trouble de stress post-traumatique

Définition

L'enfant ou l'adolescent qui a vécu un événement traumatisant ou qui en a été témoin, qui a appris qu'un membre de sa famille ou un ami a subi un tel événement (ex.: accident d'auto, suicide, agression, abus sexuel, désastre naturel, guerre, etc.) ou qui a été soumis à l'exposition **extrême et répétée** de détails choquants d'événements traumatiques (ex.: premiers intervenants qui racontent des histoires d'horreur) peut éprouver des difficultés

importantes dans son fonctionnement quotidien. De telles difficultés peuvent se manifester par des troubles du sommeil, des cauchemars, un comportement d'évitement de tout ce qui rappelle l'événement traumatisant, le fait d'être toujours sur le qui-vive ou de revoir la situation par des réviviscences (*flashback*), etc. Il vit dès lors un trouble de stress post-traumatique (TSPT). Ce trouble se caractérise par:

- › Des souvenirs envahissants de l'événement (le jeune revit l'expérience traumatique);
- › L'évitement (il tente de chasser le souvenir de son esprit);
- › Une hypervigilance (il éprouve des difficultés de concentration ou démontre une réaction d'alarme exagérée) (Swinson, 2006).

Possédant moins d'aptitudes à anticiper le danger, le jeune enfant est plus vulnérable aux effets de l'exposition à un traumatisme. Comme il ne peut transposer ses émotions en paroles, il les traduit souvent en comportements agressifs ou impulsifs. Difficile à consoler, il peut manifester des frayeurs et régresser en perdant des habiletés déjà acquises. Pour les enfants de 6 ans et plus, les critères suivants, inspirés du *DSM-5*, servent à circonscrire un diagnostic possible de TSPT:

1. Exposition à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles;
2. Présence de pensées ou actions envahissantes apparaissant après la survenue de cet événement traumatisant (ex.: souvenirs ou rêves répétitifs, reviviscence, détresse psychologique intense en présence de stimuli ressemblant à ceux de l'événement);
3. Évitement persistant de stimuli associés à cet événement traumatisant (ex.: pensées, lieux, objets, situations, etc.);
4. Impact négatif de la conscience et des affects associés à cet événement traumatisant (ex. souvenirs perturbés, adoption de fausses croyances négatives, distorsion dans la perception de la cause ou des conséquences de l'événement traumatique, émotions négatives persistantes, participation diminuée aux activités, détachement par rapport à autrui, difficulté à exprimer sa joie ou son affection);
5. Perturbation des réactions (ex.: irritabilité accrue, comportement impétueux, hypervigilance, réaction de sursaut amplifié, difficultés

de concentration, sommeil perturbé).

La perturbation identifiée dans les critères 2 à 5 dure plus d'un mois et provoque une souffrance clinique significative ou une altération du fonctionnement social, familial ou éducatif du jeune. Elle ne provient pas de la consommation de substances (alcool ou médicament) ou d'une affection médicale.

Plusieurs jeunes présentant un TSPT vivent un état de détresse intense et une détérioration à la suite de l'exposition à cette violence. Près de 75% d'entre eux développent un trouble concomitant: dépression, abus d'alcool ou de drogues (Schwartz et coll., 2011).

Prévalence

Aux États-Unis, la prévalence établie du TSPT chez les adultes sur une période de 12 mois est de 3, 5% (APA, 2015). McLaughlin et coll. (2013) rapportent un taux de prévalence à vie de TSPT chez les adolescents de 4, 7%, avec des taux plus élevés chez les filles (7, 3%) que chez les garçons (2, 2%).

Un enfant sur quatre vivra un événement traumatisant avant d'atteindre l'âge adulte (AACAP, 2010). Environ 30% des personnes ayant vécu un événement traumatisant continuent à manifester des symptômes un mois après l'événement et se doivent d'être traitées (AACAP, 2010). Le diagnostic d'un TSPT se pose au moins trois mois après l'événement traumatisant. Le jeune atteint d'un TSPT cherche à éviter les lieux, situations ou personnes qui ont provoqué ce traumatisme; cet état de fait perturbe généralement son mode de fonctionnement. Les enfants atteints expriment souvent leurs réactions émotives lors de jeux symboliques, et les adultes se doivent d'être à l'affût. L'impact d'un TSPT chez un jeune n'est pas à négliger. Un jeune qui a subi un abus sexuel a huit fois plus de risque d'effectuer des tentatives de suicide au cours de son adolescence (AACAP, 2010).

Programme de prévention et d'intervention précoce

Il existe peu de preuves de l'efficacité d'interventions psychologiques préventives chez les enfants de moins de 6 ans (De Young et Kenardy, 2013). Toutefois, au chapitre de l'intervention précoce, 12 sessions de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) effectuées auprès d'enfants âgés

de 3 à 6 ans ont diminué les symptômes du TSPT (Scheeringa et coll., 2011). Après des enfants traumatisés âgés de 7 à 17 ans, un programme offert en 4 sessions, au jeune et aux parents, a également permis la diminution des symptômes du TSPT (Berkowitz et coll., 2011). À la lumière des résultats d'une méta-analyse* (Kramer et Landolt, 2011), les chercheurs recommandent que les programmes d'intervention précoce ciblent les enfants à risque plutôt que d'effectuer des interventions universelles.

L'apprentissage de la résilience chez les jeunes constitue une autre voie à explorer pour mieux habilitier ceux-ci à faire face à l'événement traumatique ultérieur (Rousseau, 2010). «La résilience est la capacité d'affronter les défis sérieux de la vie et de trouver des moyens d'en sortir grandi¹³.» Les parents et les éducateurs peuvent, par leurs attitudes, contribuer au développement de la résilience du jeune, car celui qui désire développer davantage de résilience doit:

- › Se sentir soutenu par l'adulte en bénéficiant de relations aimantes et de modèles positifs, et en étant capable d'identifier diverses ressources d'aide lorsqu'il vit une situation stressante ou traumatisante;
- › Pouvoir bénéficier d'interactions avec des adultes favorisant l'émergence:
 - Du contrôle de soi (lui apprendre à terminer une tâche, à être patient, à respecter les routines, etc.);
 - Du raisonnement (identifier de nouvelles façons de résoudre le problème, partager ses réflexions avec les amis, etc.);
 - De la confiance en soi (l'encourager à surmonter l'obstacle malgré les difficultés, une étape à la fois, dédramatiser les erreurs et lui enseigner qu'on apprend de celles-ci);
 - D'attitudes positives (basées sur l'optimisme et l'espoir de la réussite);
 - Du développement des responsabilités (en s'acquittant bien des tâches quotidiennes qui lui ont été confiées, en participant à des activités où il peut faire valoir ses talents).

Apprendre au jeune à mieux gérer son stress constitue une approche proactive intéressante. Il a été démontré que le jeune sécrète davantage d'hormones de stress lorsqu'il anticipe ou fait face à une situation:

- › Qu'il a l'impression de ne pas contrôler (C);
- › Qui est imprévisible (I);
- › Nouvelle (N);
- › Où son ego est menacé (E) (Centre d'études sur le stress humain¹⁴; Lupien, 2010).

Utiliser des stratégies pour que l'enfant s'adapte mieux au stress (CESH, 2011a) et l'aider à mieux vivre son passage de l'école primaire à l'école secondaire (ou au lycée) en participant à un programme comme *Dé-stresse et progresse* (CESH, 2011b) s'avèrent des stratégies gagnantes.

Intervention

La première étape consiste à évaluer divers comportements susceptibles de se produire à la suite d'un traumatisme. Pour évaluer un TSPT auprès des enfants, Bui et coll. (2011) ont validé le PDI (Peritraumatic distress inventory-child) et le PDEQ (Peritraumatic dissociative experiences questionnaire). Ces outils sont disponibles en français¹⁵. L'Inventaire de détresse péritraumatique (PDI) évalue les sentiments d'impuissance, de tristesse, de culpabilité, de honte, de frustration, de terreur, d'horreur, l'évanouissement, l'inquiétude pour les autres, la perte du contrôle intestinal ou vésical, les réactions physiques et les idées de mort. Le Questionnaire des expériences de dissociation péritraumatique (PDEQ) évalue quant à lui le sentiment d'effacement, c'est-à-dire l'impression d'être «sur le pilote automatique», la distorsion temporelle (impression de «ralenti», la dépersonnalisation (l'impression de se regarder agir sans contrôle sur la situation), la déréalisation (un sentiment d'étrangeté et d'irréalité du monde extérieur), la confusion, l'amnésie et une diminution de la vigilance (Bui et coll., 2015).

Le jeune qui obtient un résultat supérieur à 15 à la suite d'une de ces deux évaluations sera invité à consulter un professionnel de la santé mentale. Selon son champ d'expertise, et à l'aide des critères diagnostics du *DSM-5* et de son expérience clinique, celui-ci procédera au diagnostic.

Pour aider à poser le diagnostic de TSPT auprès de l'enfant ou de l'adolescent, le CAPS-CA-5 (Pynoos et coll., 2005), un questionnaire de 30 questions basées sur les critères du *DSM-5*, peut être utilisé par le clinicien.

Plusieurs autres outils¹⁶ pour mesurer le stress post-traumatique chez les jeunes sont disponibles en anglais (Leigh et coll., 2016).

La première intervention consiste à éviter la perpétuation du traumatisme et à assurer la sécurité du jeune. Par la suite, les interventions adéquates des parents et des intervenants jouent un rôle primordial pour l'adoption par le jeune de stratégies gagnantes (Schwartz et coll., 2011).

Stratégies aidantes

Plusieurs indices peuvent laisser présager un besoin d'assistance chez les enfants traumatisés: «l'agressivité, la colère excessive, des problèmes de comportement et d'apprentissage, une obsession face à l'événement qui les a traumatisés, une tendance à refouler leurs émotions et à vivre en retrait, des signes d'anxiété intense ou des difficultés émotionnelles¹⁷». Différentes stratégies aidantes peuvent être mises en place pour aider la personne qui a vécu un événement traumatisant¹⁸:

- › Lui apprendre à reconnaître et à accepter ses diverses réactions, même si elles lui procurent de la douleur;
- › Insister pour qu'elle ne s'isole pas socialement et s'assurer que quelqu'un en qui elle a confiance puisse lui apporter une écoute attentive;
- › L'inciter à faire des activités qui lui procurent du bien-être (ex.: bain chaud, activités physiques, séance de relaxation, sorties sportives ou culturelles);
- › L'inviter à ne pas consommer boissons alcooliques et drogues;
- › L'encourager à parler de l'événement à son rythme, sans minimiser ses émotions et, surtout, sans porter de jugement;
- › Lui démontrer de la patience et de la compassion;
- › La rassurer en lui disant qu'elle n'est pas à blâmer pour ce qui est arrivé;
- › Demeurer disponible et à l'écoute de ses sentiments;
- › L'inciter à consulter un professionnel de la santé pour l'aider à se rétablir.

Par ailleurs, des stratégies préventives peuvent également être encouragées:

- › Favoriser l'apprentissage d'un attachement sécurisant chez les parents de jeunes bébés;
- › Adopter des attitudes pour développer la résilience chez le jeune;
- › Apprendre au jeune diverses stratégies pour mieux gérer son stress.

Globalement, on doit éviter la surprotection, rassurer le jeune, le soutenir lorsqu'il évoque ses expériences douloureuses et l'encourager à demeurer positif et à éviter de se blâmer (Schwartz et coll., 2011). En règle générale, la personne aux prises avec un stress post-traumatique doit réapprendre à vivre et à faire confiance à la vie et aux autres (Brillon, 2010). Lorsqu'un enfant a vécu un trauma, il est recommandé de lui fournir une aide psychologique de premier recours comportant un enseignement sur l'évolution habituelle et les réactions normales à un traumatisme, et de s'assurer que ses besoins de base (nourriture, abri, soins, soutien social et sécurité) soient assurés (Bui et coll., 2015).

Psychothérapie

Si le jeune a subi un événement traumatisant (ex.: abus sexuel), les thérapies cognitivo-comportementales centrées sur le trauma ont comme avantage:

- › De tenir compte de l'expérience traumatique subie par l'enfant;
- › D'inclure les parents comme agents de changement;
- › De ne pas se concentrer uniquement sur l'amélioration des symptômes;
- › De tenir compte du fonctionnement du jeune, de sa capacité de résilience et de sa trajectoire développementale (AACAP, 2010).

Deux ouvrages intéressants traitent de ces aspects: Cohen et coll., 2006b, et Child Welfare Information Gateway, 2012.

Les thérapies reconnues comme **efficaces** pour ce trouble sont: la thérapie cognitivo-comportementale*, la relaxation musculaire*, l'arrêt de pensée* et l'imagerie positive*, le massage*, la thérapie centrée sur la famille* ainsi que la thérapie psychodynamique* (voir le [tableau 19](#)). L'ouvrage de Brillon (2008) renseigne les thérapeutes sur la façon d'aider les victimes d'un stress post-traumatique.

Certains pièges doivent toutefois être évités lors de la conduite de l'entretien avec le jeune (Bui et coll., 2015). Le thérapeute doit:

- › Débuter en posant des questions ouvertes afin de favoriser un compterendu narratif du traumatisme, utiliser le jeu ou les dessins avec les plus jeunes;
- › Laisser parler le jeune et éviter les questions suggestives;

- › Éviter de poser les mêmes questions, car souvent, les jeunes auront l'impression qu'ils n'ont pas répondu correctement et pourraient modifier le contenu;
- › Établir et maintenir une alliance thérapeutique avec les proches.

Pour les enfants et les adolescents victimes de multiples traumatismes, le modèle ARC (Attachement, Self-regulation, Competency) de Blaustein et Kinniburgh (2010) préconise le développement de la résilience en mettant l'accent sur l'attachement, l'autorégulation et la compétence du jeune. Les techniques psycho-éducatives et cognitivo-comportementales s'orientent sur les forces et les capacités d'adaptation de l'enfant abusé et de sa famille. La titulaire de la Chaire de recherche en aide sociale à l'enfance offre de la formation aux professionnels par le biais de l'organisme Porte-Voix¹⁹.

Médication

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) peuvent être utilisés dans le traitement du TSPT. Ils sont souvent utilisés conjointement avec la psychothérapie pour le traitement des symptômes ou pour le traitement d'une dépression associée à ce trouble. D'autres types de médicaments (antiadrénergiques, antipsychotiques) peuvent être utilisés pour diminuer ou enrayer des symptômes spécifiques tels que l'hypervigilance et l'agitation. Il est également recommandé de traiter toutes les conditions associées à ce trouble. Les médicaments les plus utilisés demeurent les ISRS. Plusieurs guides de pratique recommandent d'éviter l'utilisation des benzodiazépines dans les suites immédiates d'un traumatisme. De plus, à ce jour, il n'existe pas de données appuyant l'utilisation de médicaments psychotropes auprès des enfants et des adolescents présentant un TSPT (Bui et coll., 2015).

À retenir

- Dans les troubles liés au stress et à un trauma, le jeune qui a été confronté à un événement traumatisant (accident d'auto, témoin d'un suicide, agression, abus sexuel, etc.) peut éprouver des difficultés importantes dans son fonctionnement (avoir des difficultés à dormir, faire des cauchemars, être toujours sur le qui-vive, revoir la situation par des réviviscences [*flashback*] etc.).
- Les thérapies reconnues efficaces pour ce trouble sont la thérapie cognitivo-comportementale, la relaxation musculaire, l'arrêt de pensée et l'imagerie positive, le

massage, la thérapie centrée sur la famille ainsi que la thérapie psychodynamique-. Les médicaments les plus utilisés demeurent les ISRS.

Lectures suggérées

Brillon, P. (2010). *Se relever d'un traumatisme: Réapprendre à vivre et à faire confiance*, Montréal: Éditions Québec-Livres.

Bui, E., Ohye, B., Palitz, S., Olliac, B., Goutaudier, N., Raynaud, J.P., Kounou K.B. et Stoddard F.J. Jr. (2015) *Réactions aiguës et chroniques aux traumatismes chez les enfants et les adolescents*. Dans Rey JM (éd), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health (édition en français; Cohen D, éd.). Genève: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012. http://iacapap.org/wp-content/uploads/F4-PTSD-2014_FRENCH%202015.pdf

Centre d'études sur le stress humain (CESH, 2011a). *Déjouer le stress: Gestion du stress — solutions rapides*. www.stresshumain.ca/le-stress/dejouer-le-stress/combattre-ou-fuir.html

Centre d'études sur le stress humain (CESH, 2011b). «Dé-stresse et progresse» www.stresshumain.ca/detresseetprogresse.html

Cyr, C. et Dubois-Comtois, K.(2014). *Le développement et la promotion de l'attachement sécurisant chez l'enfant: un passeport pour la vie*. http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Coup_d%27oeil_sur_l%27attachement.aspx

Emery, J. (2016). *L'attachement parent-enfant. De la théorie à la pratique*. Montréal: Éditions du CHU Sainte-Justine.

Esantementale.ca (2015). *Comment aider les enfants et les adolescents à s'adapter à la suite d'un événement traumatique*. www.esantementale.ca/Ottawa-Carleton/Comment-aider-les-enfants-et-les-adolescents-a-sadapter-a-la-suite-dun-evenement-traumatique/index.php?m=article&ID=24817

Leclerc, M. et Rivard, D.(2014). *Le programme en intervention relationnelle au Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire*. www.unipsed.net/wp-content/uploads/2015/11/programme-intervention-relationnelle-cjm-iu1.pdf

Meilleur départ (non daté). *Bâtir la résilience chez les jeunes enfants: Pour les parents de jeunes enfants, de la naissance à l'âge de six ans*. Toronto: Ontario.

www.reachinginreachingout.com/documents/BSRC_Resilience_French_fnl.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2016). *État de stress post-traumatique*. Portail santé et mieux-être. <http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/etat-de-stress-post-traumatique/>

Ordre des psychologues du Québec (2016). *Revivre après l'épreuve*. Dépliant traduit d'un document de l'American Psychological Association. https://www3.ordrepsy.qc.ca/pdf/0Publ_Depl_Revivre.pdf

Pétales (2003). *L'enfant souffrant de troubles de l'attachement*.

Rousseau, S. (2010). *Développer et renforcer sa résilience*. Montréal: Éditions Québec-Livres.

St-Laurent, D., Larin, S., Tarabulsy, G.M., Moss, E., Bernier, A. Dubois-Comtois, K., Cyr, C. (2008). «Intervenir auprès des familles vulnérables selon les principes de la théorie de l'attachement». *L'infirmière clinicienne*, 5, (2), 21-29. http://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/pdf/InfirmiereClinicienne-vol5no2-StLaurent_Larin_Tarabulsy_Moss_Bernier_DuboisComtois_Cyr.pdf

Tarabulsy, G. M., Baudry, C., Cyr, C., Dubois-Comtois, Moss, E., K. Pearson, J., Poitras, K. et Roy, F. (2015). *Coup d'œil sur l'attachement et l'intervention. La théorie appliquée: une approche à l'intervention auprès de dyades parent-enfant fondée sur les principes et les méthodes de l'attachement*.

http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Coup_d%27oeil_sur_l%27attachement%20_et_l%27intervention.aspx

Zephyr, L., Monette, S., Cyr, C., St-André, M. (2015). *Coup d'œil sur les troubles de l'attachement. Les troubles de l'attachement durant l'enfance: état des lieux.*

http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Coup_d'œil_sur_les_troubles_de_l'attachement_durant_%20l'enfance.aspx

-
1. Ces troubles comprennent le trouble réactionnel de l'attachement, la désinhibition du contact social, le trouble de stress post-traumatique, le trouble de stress aigu et les troubles de l'adaptation.
 2. [www.jaacap.com/article/S0890-8567\(16\)31183-2/abstract](http://www.jaacap.com/article/S0890-8567(16)31183-2/abstract)
 3. Gouvernement du Québec (2006): Loi sur la protection de la jeunesse <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-34.1>
 4. *Ibid.*
 5. Observatoire sur la maltraitance envers les enfants <http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Accueil.aspx>
 6. Organisation mondiale de la Santé (2006). *Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants: intervenir et produire des données.* Genève: Suisse http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43686/1/9789242594362_fre.pdf
 7. <http://lemedecinquebec.org/archives/2016/6/3-maltraitance-de-la-presomption-a-l-action/>
 8. Jacinthe Emery, *L attachement parent-enfant: De la théorie à la pratique.* Montréal: Les Éditions du CHU Sainte-Justine, 2016.
 9. Jacinthe Emery (2016) distingue quant à elle quatre profils d'attachement chez les enfants 0-2 ans (évitant, sécurisant, résistant, désorganisé) et cinq profils chez les 3-6 ans (évitant, sécurisant, ambivalent, désorganisé contrôlant et désorganisé comportemental).
 10. www.rfts.ca/rfts/index.html
 11. www.petalesquebec.org
 12. Jacinthe Emery, *Op. cit.*, p. 310.
 13. Meilleur départ, non daté.
 14. www.stresshumain.ca
 15. www.info-trauma.org/flash/media-f/troussePsychotraumatique.pdf
 16. www.ncswtraumaed.org/wp-content/uploads/2011/07/Child-and-Adolescent-Trauma-Measures_A-Review-with-Measures.pdf
 17. Ordre des psychologues du Québec (non daté)
 18. Fondation des maladies mentales du Québec
 19. www.porte-voix.qc.ca/nc/accueil/

Troubles des conduites alimentaires (TCA) et de l'ingestion d'aliments

Définitions

La plupart des personnes qui présentent un trouble du comportement alimentaire (TCA)¹ ont des préoccupations intenses (voire des obsessions) pour l'alimentation, le poids et leur image corporelle. Ces préoccupations deviennent le centre de leur vie. Elles adoptent des comportements alimentaires anormaux (anorexie mentale et boulimie) et souvent dangereux pour leur santé, qui vont jusqu'à nécessiter pour plusieurs des personnes atteintes une hospitalisation (causée par l'instabilité des signes vitaux, une déshydratation, un déséquilibre électrolytique, etc.). En plus de l'anorexie mentale, de la boulimie et de l'accès hyperphagique, le *DSM-5* a introduit la restriction ou l'évitement de l'ingestion d'aliments.

Restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments

Ce trouble se voit principalement chez l'enfant. Ce dernier évite par de multiples prétextes de se nourrir, sans pour autant que cette situation soit reliée à son apparence ou à une intention de perte de poids (AACAP, 2015). Certains peuvent être très sélectifs quant à leur nourriture (hypersensibilité à la texture, à l'apparence ou au goût). D'autres peuvent éprouver des difficultés à avaler par crainte de s'étouffer. La persistance de ces divers comportements peut entraîner le recours à des substituts alimentaires ou à une nutrition entérale afin d'éviter une dénutrition. Compte tenu de la nouveauté de ce trouble, sa prévalence n'est pas encore établie.

Troubles concomitants

Certains troubles mentaux peuvent augmenter le risque de restriction ou d'évitement de l'ingestion d'aliments: troubles anxieux, trouble du spectre de l'autisme, trouble obsessionnel-compulsif et trouble du déficit d'attention avec hyperactivité (APA, 2015). Ce trouble est également plus fréquent chez les enfants dont les mères présentent un trouble du comportement alimentaire ou lorsque le jeune présente certaines conditions médicales: troubles gastrointestinaux, reflux gastro-œsophagien, vomissements (APA, 2015).

Intervention

Suivis médical, nutritionnel et psychosocial font partie du plan de traitement.

Anorexie mentale

L'anorexie mentale est un trouble alimentaire de type restrictif qui se caractérise à la fois par un refus catégorique de maintenir un poids corporel normal et par des mesures extrêmes et intentionnelles visant à perdre du poids ou à ne pas en prendre en période de croissance (Dumas, 2013). Le jeune est également très préoccupé par son apparence corporelle (il se trouve toujours gros malgré parfois une maigreur excessive). L'anorexie mentale, surtout présente chez les femmes, débute entre 12 et 18 ans et comporte un état de sous-alimentation chronique relié à une crainte, plus ou moins consciente, de se percevoir trop gros. Chez la femme, elle s'accompagne d'une peur excessive de prendre du poids, d'une distorsion de l'image corporelle et d'irrégularités menstruelles².

Le diagnostic d'anorexie mentale se pose selon les quatre critères³ suivants:

- › Un **amaigrissement** de plus de 15% du poids initial et/ou un indice de masse corporelle (p/T^2) inférieur à 17, 5;
- › Une anorexie, une «**perte de l'appétit**» qui se traduit plutôt ici par une lutte active contre la faim et un évitement de tous «les aliments qui font grossir» fréquemment associés à d'autres manifestations qui ont toutes pour but de perdre du poids (vomissements provoqués, hyperactivité physique, utilisation de médicaments, etc.);
- › Une **aménorrhée**, c'est-à-dire la disparition (ou la non-apparition, pour les patientes prépubères) des règles. C'est un trouble endocrinien

que l'on retrouve chez les garçons sous forme d'un désintérêt sexuel associé à une impuissance;

- › Une **perturbation de l'image corporelle** (obsession d'une dysmorphie corporelle), où l'on ne perçoit plus sa propre maigreur, associée à une obsession et à une peur panique de grossir.

Boulimie

La boulimie consiste en une envie très forte et répétitive, souvent irrésistible, de manger excessivement, suivie de vomissements ou de l'utilisation de laxatifs ou de diurétiques. Elle débute entre l'âge de 14 et 22 ans (AACAP, 2015). Parmi les facteurs de risque, soulignons: l'hérédité, la maltraitance, le trouble de stress post-traumatique, le perfectionnisme et certains traits de personnalité impulsifs (AACAP, 2015).

Le diagnostic de boulimie se pose selon les trois critères suivants:

- › Une **crise de boulimie** comportant une ingestion d'une grande quantité d'aliments dans un temps assez court (**épisode hyperphagique**) et jumelée avec le **sentiment d'une perte du contrôle alimentaire** à ce moment-là (ex.: ne pas contrôler la quantité ou ne pas pouvoir s'arrêter). Cette crise se fait en cachette;
- › Un **comportement compensatoire** pour prévenir la prise de poids (ex.: vomissements, jeûne, prise de médicaments, exercice physique excessif);
- › Une **perturbation de l'image corporelle** (obsession d'une dysmorphie corporelle) qui se traduit ici surtout par cette obsession et une peur panique de prendre du poids.

Accès hyperphagiques

La parution du *DSM-5* a officialisé la terminologie «accès hyperphagiques», où l'on observe chez la personne atteinte des épisodes d'orgies alimentaires à répétition et sans compensation (c'est-à-dire sans vomissements ou jeûnes), conduisant ainsi la personne à l'obésité. Pour retenir ce diagnostic, cette orgie alimentaire doit, entre autres:

- › Apparaître une fois par semaine pendant 3 mois;
- › Provenir d'un manque de contrôle de la personne pour empêcher ce comportement;

- › Être accompagnée d'une détresse intense.

Ce comportement débute au début de l'adolescence et de l'âge adulte et, généralement, la personne atteinte consulte pour ce problème lorsqu'elle est adulte (APA, 2015).

Globalement, 20% à 40% des personnes qui cherchent un traitement pour leur surpoids démontrent des accès hyperphagiques, et la moitié de celles-ci auront un trouble concomitant associé: dépression, troubles anxieux, dépendance à des substances et troubles de personnalité limite (Hammerli et coll., 2013).

Trouble des conduites alimentaires chez l'homme

Certains hommes⁴ cherchent à augmenter leur masse musculaire et adoptent des TCA qui se manifestent par:

- › Une insatisfaction de l'image corporelle;
- › La pratique de l'exercice physique à l'excès;
- › L'élimination de certains aliments;
- › Une obsession par rapport à la nourriture;
- › L'utilisation de médicaments et de produits de synthèse.

Prévalence

Après l'asthme et l'obésité, les TCA représentent la troisième cause de maladie chronique chez les adolescentes. Au Canada, 0, 5% de la population souffrirait d'anorexie nerveuse, et 1% à 2% de boulimie nerveuse (Lafrance-Robinson, 2012; Rosen et coll., 2010; ANEB, 2013). Les recherches épidémiologiques internationales estiment que 75% des cas de boulimie et d'anorexie débutent avant l'âge de 22 ans (Bailey et coll., 2014). L'American Psychiatric Association situe le taux de prévalence de l'anorexie nerveuse, établie sur 12 mois, à 0, 4% chez les jeunes femmes (APA, 2015). La prévalence de la boulimie, établie sur 12 mois chez les jeunes femmes, est de 1% à 1, 5% et, chez les hommes, elle serait 10 fois moins fréquente (APA, 2015).

La prévalence des TCA est nettement plus fréquente chez les jeunes femmes; respectivement, un ratio fille-garçon de 11F: 1G est observé pour

l'anorexie nerveuse, et de 30F: 1G pour la boulimie nerveuse (Brown et coll., 2009).

Facteurs de risque

L'insatisfaction à l'égard du poids corporel et de l'apparence physique agirait comme facteur précipitant de l'anorexie mentale (Wilkins, 2012). Parmi les facteurs de risque, mentionnons ceux-ci:

- › Être de sexe féminin;
- › Avoir des antécédents de surpoids;
- › Posséder une faible estime de soi;
- › Être sous-alimenté à l'âge de 10 ans;
- › Vivre auprès d'une mère présentant des symptômes dépressifs pendant la période de l'enfance;
- › S'imposer une diète (surtout chez les filles);
- › Démontrer des traits de personnalité comme le perfectionnisme ou des troubles obsessionnels (Royal College of Psychiatrists, 2011a; Schwartz et coll., 2015).

D'autres facteurs sont également mis en cause:

- › Familiaux (difficultés relationnelles dans la famille; l'un des parents a déjà été atteint de TCA);
- › Environnementaux (à la suite d'un événement de vie stressant);
- › Socioculturels (standards de beauté irréalistes véhiculés par les médias);
- › Personnels (insatisfaction de son image corporelle).

Certaines catégories d'athlètes seraient également plus susceptibles de présenter des TCA: danseurs, gymnastes, patineurs artistiques. Dans son guide de recommandations, Monthuy-Blanc (non daté) souligne l'importance de la prévention des troubles du comportement alimentaire chez les sportifs (ex.: promouvoir dès le jeune âge l'acceptation de la diversité corporelle et développer des attitudes positives à l'égard de la compétition et de la performance). Les mannequins seraient également à très haut risque.

Étonnamment, les troubles d'alimentation reliés à la petite enfance ne semblent pas prédire les troubles du comportement alimentaire à

l'adolescence; les troubles du sommeil avant l'âge de cinq ans sont davantage mis en cause comme facteur prédictif de TCA à l'adolescence. Des recherches ultérieures demeurent nécessaires afin de valider cette découverte (Hafstad et coll., 2013).

À l'instar de la toxicomanie, l'anorexie mentale constitue une forme de dépendance, non pas aux drogues, mais bien «à un état psychique lié à la jouissance du contrôle, du refus, du vide, du rien, à l'image de son monde intérieur» (Wilkins, 2012).

Les jeunes qui présentent des TCA auront tendance à nier leur maladie et à ne pas admettre les différents symptômes de celle-ci. Il est courant chez ces jeunes de souffrir de dépression et d'avoir des idées suicidaires. On retrouve souvent associés à ce trouble d'autres troubles mentaux: dépression, troubles anxieux et consommation abusive de substances (Bailey et coll., 2014).

Répercussions des troubles des conduites alimentaires

Le taux de mortalité associé aux TCA est plus élevé que tout autre trouble mental; entre 10% à 20% des personnes y succombent tôt ou tard en raison des complications (Association canadienne pour la santé mentale, non daté). Pour l'anorexie, le taux de suicide est de 12: 100 000 (APA, 2015). En 2002, une étude sur les personnes anorexiques situe le taux de mortalité de celles-ci à 5%; par ailleurs, chez les patientes dont l'anorexie apparaît à l'adolescence, le taux se situerait davantage autour de 1, 8% (Wilkins, 2012). Sur une période de 10 ans, une personne qui souffre d'anorexie a un risque de 5% d'en mourir, le décès survenant à la suite d'une crise cardiaque soudaine causée par un taux de potassium trop faible (Marcil-Denault, 2014). Entre 7% et 15% des personnes atteintes d'anorexie mentale développent une chronicité (présence de la maladie pendant plus de 5 ans); qui plus est, la mortalité qui s'y rattache est également très importante: entre 5% à 7% (AACAP, 2015).

Signaux d’alerte d’un trouble des conduites alimentaires

Il existe principalement deux grandes catégories de troubles des conduites alimentaires: l’anorexie mentale (la personne a l’impression de se sentir trop grosse en dépit du fait qu’elle est plutôt maigre et mange très peu) et la boulimie (la personne ingère de très grandes quantités de nourriture de manière incontrôlée). La personne atteinte se sent coupable et recourt à des moyens radicaux pour ne pas prendre de poids: vomissements, laxatifs, programmes d’exercices physiques trop intensifs, périodes de restriction alimentaire exagérées. Une perte de poids de 6 kg en 3 mois constitue une situation très précaire (HAS et AFDAS-TCA, 2010a), surtout si plusieurs des éléments du [tableau 7](#) sont également présents. Rappelons que la maigreur est considérée comme pathologique lorsque l’indice de masse corporelle (IMC) est inférieur à 17kg/m² (APA, 2015)⁵.

Tableau 7 — Signaux d’alerte d’un trouble des conduites alimentaires⁶

Depuis les trois derniers mois, le jeune a démontré les préoccupations ou les conduites suivantes :

	Oui	Non		Oui	Non
Signaux d'alerte psychologiques			Signaux d'alerte physiques et comportementaux		
<ul style="list-style-type: none"> • Préoccupation nouvelle pour la nourriture <ul style="list-style-type: none"> - Le sentiment que la nourriture gouverne sa vie. 			<ul style="list-style-type: none"> • A consacré beaucoup de temps à cuisiner et à effectuer les achats à l'épicerie (car il choisit les ingrédients comportant le moins possible de calories). • Il pèse et mesure la quantité de nourriture avant de la consommer. • Maigrir ou demeurer maigre constitue son principal objectif de vie. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Préoccupation excessive autour de l'image de son corps <ul style="list-style-type: none"> - Il se perçoit trop gros même si les autres trouvent qu'il est trop mince. - Il a tendance à tenir énormément compte des remarques des autres sur son apparence et son poids. 			<ul style="list-style-type: none"> • Il n'aime pas son apparence. • Il n'aime pas son poids. • Il a tendance à se laisser influencer par les images corporelles véhiculées par la publicité. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Conduites de restriction alimentaire <ul style="list-style-type: none"> - Sa plus grande inquiétude consiste à perdre le contrôle de ce qu'il mange. 			<ul style="list-style-type: none"> • Il compte systématiquement toutes les calories qu'il prend. • Il saute des repas. • Il consomme de très petites quantités d'aliments lors des repas. • Il refuse de manger dans un lieu public ou chez des amis. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Conduites de purge <ul style="list-style-type: none"> - Il a honte ou se culpabilise de consommer de la nourriture. 			<ul style="list-style-type: none"> • Pour perdre du poids : <ul style="list-style-type: none"> - Il vomit en cachette. - Il consomme des laxatifs, médicaments amaigrissants ou des diurétiques. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Hyperactivité physique ou hyperinvestissement <ul style="list-style-type: none"> - Il recherche la perfection dans tout ce qu'il fait. 			<ul style="list-style-type: none"> • Il pratique des activités physiques à l'excès pour dépenser les calories prises. 		

<ul style="list-style-type: none"> • Expression des émotions/sentiments <ul style="list-style-type: none"> - Il est souvent triste et irritable. 		<ul style="list-style-type: none"> • Malaises physiques <ul style="list-style-type: none"> - Il est souvent fatigué. - Il a de la difficulté à se concentrer. - Il fait de l'insomnie. - Il est souvent constipé. - Il démontre une intolérance au froid (mains et pieds). - Il éprouve des maux de tête. - Il présente des vertiges. - Il rapporte des palpitations. - Il a une perte importante de cheveux. - Les femmes ont des menstruations irrégulières (retard ou arrêt de leur cycle menstruel). 	
---	--	--	--

Traccucci (2013) rapporte que la Haute Autorité de Santé de France recommande aux omnipraticiens «de porter une attention particulière aux populations suivantes: adolescentes, jeunes femmes (15 à 35 ans), professions à risque (mannequins, danseurs et sportifs), patients présentant des signes d'alerte de cassure staturo-pondérale, amaigrissement rapide, demande de régimes amaigrissants à poids normal, aménorrhée, baisse de la libido, hyperinvestissement intellectuel, hyperactivité physique⁷».

Le clinicien se doit de porter également attention à certains autres signaux de danger comme: un déséquilibre électrolytique, un cœur qui bat trop lentement, un taux de potassium trop faible, des faiblesses ou pertes de conscience (Marcil-Denault, 2014). Une insuffisance rénale, une atteinte hépatique ou pancréatique ainsi que des carences en protéines, albumines et phosphates font partie des complications médicales des TCA (Hammerli et coll., 2013).

Le médecin qui suspecte un TCA chez un jeune se doit de vérifier s'il:

- › A ou a eu un problème avec son poids ou son alimentation;
- › Pense que quelqu'un de son entourage croit qu'il a un problème avec son alimentation.

L'utilisation de questionnaires comme le SCOFF-F, le EDE-Q, le Eat-26 (voir l'[annexe 1](#)) ou autres (Chelali, 2012) permet un meilleur dépistage, entraînant une prise en charge plus précoce et un meilleur pronostic.

Pour déterminer la gravité du TCA, une évaluation clinique globale du jeune est recommandée: évaluation somatique, nutritionnelle, psychique et de la dynamique familiale (HAS et AFDAS-TCA, 2010d). Les éléments suivants doivent être documentés.

Un examen physique:

- › Une histoire pondérale (poids, taille, IMC, score Z IMC)⁸;
- › Le pouls et la pression artérielle doivent être pris debout et assis afin de détecter une bradycardie ou, parfois, une tachycardie. Ces données sont importantes, car elles pourraient justifier une hospitalisation;
- › Un électrocardiogramme doit également être pratiqué, ainsi que des examens de la densité osseuse. Il faudra rechercher une histoire de perte de connaissance, maux de tête, palpitations, douleurs à la poitrine, difficulté respiratoire, faiblesse, fatigabilité, aménorrhée ou cycles menstruels irréguliers (RANZCP, 2014);
- › Il serait également pertinent, si le jeune accepte, qu'un examen nutritionnel soit effectué par une nutritionniste expérimentée.

Des examens biologiques:

- › Une hypokaliémie, une alcalose ou une acidose métabolique, une hypoglycémie, une hypophosphatémie, une hypomagnésémie, des tests de la fonction hépatique (amyloses), un dosage de l'albumine ainsi qu'une formule sanguine complète à la recherche de neutropénie ou d'autres anomalies sanguines;
- › D'autres examens pourraient explorer la fonction thyroïdienne (TSH) et la vitamine B₁₂. Chez les femmes, les tests LH, FSH et le niveau d'œstradiol pourraient être demandés, ainsi qu'un test de grossesse (AACAP, 2015).

Programmes de prévention

Une bonne hygiène de vie (alimentation saine, selon les directives du *Guide alimentaire canadien*), associée à des exercices physiques recommandés pour son groupe d'âge et à un sommeil régulier aident à prévenir les troubles du comportement alimentaire.

En milieu scolaire, les programmes de prévention primaire portant sur la nutrition, l'estime de soi et le décodage des messages publicitaires améliorent la connaissance que les jeunes ont des TCA, mais ils ne semblent pas avoir d'effets significatifs sur ceux-ci (Chamay-Weber et Narcing, 2006). Ils ont tout au plus des effets minimes sur la diminution des facteurs de risque, des attitudes et de la pathologie (Bailey et coll., 2014). Les programmes de prévention secondaire (s'adressant aux élèves identifiés à risque lors d'un dépistage) engendrent des **résultats plus prometteurs** puisqu'ils sont suivis d'une prise en charge individuelle.

La réglementation en matière de publicité doit chercher à promouvoir une diversité d'images corporelles où la minceur extrême est exclue. En octobre 2009, le Québec adoptait la *Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée*⁹ qui vise à :

- › Encourager l'adoption de saines habitudes de vie;
- › Dissuader les comportements excessifs en refusant de souscrire à des standards basés sur la minceur extrême;
- › Adopter une attitude vigilante afin de minimiser les risques de TCA.

Un Plan d'action 2010-2013 pour la mise en œuvre de cette charte a été adopté (Gouvernement du Québec, 2010b). Il a pour objectifs :

- › De sensibiliser les jeunes à la question de l'image corporelle, notamment par une connaissance des meilleurs outils et pratiques (ex.: le programme Bien dans sa tête, bien dans sa peau);
- › D'obtenir un engagement concret de l'industrie pour promouvoir les objectifs de cette charte;
- › D'assurer un suivi des objectifs de la charte et de favoriser les échanges internationaux.

Au Québec, le programme Bien dans sa tête, bien dans sa peau¹⁰ propose une trousse d'intervention à être utilisée dans les écoles secondaires. Ce programme, implanté depuis 1996, est de plus en plus rigoureusement évalué. Voici ses objectifs (Bien dans sa tête, bien dans sa peau: philosophie):

- › L'acceptation de soi et de son image corporelle;
- › La valorisation de soi basée sur d'autres facteurs que la forme du corps;

- › L'appréciation positive de la diversité des tailles et des silhouettes corporelles au sein de la société;
- › Une alimentation saine et variée;
- › Une relation positive avec la nourriture, exempte de comportements excessifs, tels que la restriction, la compulsion et la suralimentation, et d'attitudes négatives, telles que la culpabilité ou la honte;
- › La pratique régulière et raisonnable d'activités physiques axée sur le plaisir et le bien-être;
- › L'atteinte et le maintien du poids naturellement stable de l'individu;
- › La confiance dans les mécanismes naturels de régulation du poids.

L'Association française pour le développement des approches spécialisées des troubles du comportement alimentaire (AFDAS-TCA)¹¹ constitue également une ressource intéressante.

Une méta-analyse* a démontré qu'environ la moitié (51%) des programmes de prévention des TCA réduisent les facteurs de risque associés à ce trouble, et plus du quart (29%) des études démontrent une diminution de la pathologie (Shaw et coll., 2009). L'étude de programmes de prévention de l'image corporelle et des troubles du comportement alimentaire auprès de jeunes universitaires démontre que les programmes d'information basés sur l'approche cognitivo-comportementale et la psychoéducation sont moins efficaces (Yager et O'Dea, 2008). Par ailleurs, l'approche éducative basée sur la dissonance des croyances et des comportements des individus axés sur la maigreur et l'insatisfaction corporelle, ainsi que l'information pertinente délivrée par Internet constituent de meilleures approches préventives. Toutefois, ces changements ont été observés à court terme et des recherches additionnelles à plus long terme sont essentielles pour valider le maintien dans le temps de ces nouveaux comportements alimentaires et la généralisation de ces saines attitudes (Bailey et coll., 2014). Certains chercheurs canadiens recommandent que les gouvernements dispensent en très bas âge des programmes de prévention (Schwartz et coll., 2015b).

Intervention

Attitudes aidantes

Pour favoriser un meilleur rétablissement, il est souhaitable que les proches adoptent les attitudes et les comportements suivants, et l'intervenant se doit de les inciter à les utiliser (Institut universitaire en santé mentale Douglas [conseils pour la famille]; Fondation des maladies mentales, 2010b):

- › S'informer sur les TCA, car plus on connaît la problématique, moins on est sujet à porter des jugements; l'adolescent mieux informé pourra adopter de meilleures stratégies pour surmonter les difficultés rencontrées (Germain, 2015);
- › Exprimer au jeune que son état vous inquiète, sans toutefois le juger ou lui donner des solutions pour s'en sortir (exprimer ses sentiments et non ses jugements);
- › Ne pas s'offusquer si le jeune nie son problème et profiter de l'occasion pour réaffirmer toute l'estime qu'on lui porte;
- › Écouter ses propos et surtout ses émotions avec empathie, même s'ils ne coïncident pas avec nos valeurs; mais ne pas les renforcer et ne pas essayer de changer ses comportements.
- › Être positif en l'encourageant en tout temps et sans le juger;
- › Favoriser sa participation à des discussions et activités non liées à la nourriture;
- › Demeurer soi-même, c'est-à-dire honnête et sincère;
- › Profiter avec lui des bons moments que vous vivez ensemble;
- › Faire preuve de patience, car il faudra du temps pour que le jeune se prenne en main;
- › Soutenir le jeune dans son processus de rétablissement thérapeutique;
- › Prêcher par l'exemple; le parent est souvent considéré comme un modèle pour l'enfant (ex.: éviter de valoriser l'exercice à outrance et les mannequins sveltes);
- › L'encourager gentiment et fermement à consulter un professionnel; insister, si sa santé est gravement menacée (ex.: s'il présente des signes de dépression et des idées suicidaires, se réfugie dans la salle de bain pour vomir, se pèse chaque jour, s'épuise par un excès d'exercices, éprouve des malaises physiques, comme des palpitations cardiaques, de l'insomnie, etc.) et, lorsque le jeune est en thérapie, lâcher prise;
- › Favoriser les échanges pour lui faire part du souci qu'on se fait pour lui et des sentiments associés au fait de voir sa santé décliner (Chassé et coll.,

2013);

- › Par ses interventions, aider le jeune à aimer son corps (Esantementale.ca, 2013);
- › Obtenir de l'aide et du soutien immédiatement, même si le jeune refuse (Esantementale.ca, 2015).

Attitudes à éviter

- › Le blâmer, le menacer, le juger (ex.: «Tu me dégoûtes»);
- › Critiquer son apparence (sa taille, son poids ou la forme de son corps);
- › Effectuer des comparaisons;
- › Aborder des thèmes de conversation portant sur la nourriture;
- › Culpabiliser à propos de son état (le jeune n'en est pas responsable, car c'est sa maladie qui engendre ces préoccupations intenses, voire obsessionnelles, pour l'alimentation, le poids et l'image corporelle. Cette préoccupation est «le centre de sa vie» et il doit apprendre progressivement à trouver un autre sens à sa vie);
- › Banaliser ses propos (ex.: «Tout ce que tu as à faire, c'est de manger») ou généraliser (ex.: «Ta vie se résume à un seul mot: exercice»);
- › Se mettre en colère ou recourir au chantage émotionnel (Middleton et Smith, 2012);
- › S'isoler socialement (Chassé et coll., 2013).

Objectifs de l'intervention

Pour la réussite du traitement de l'anorexie, plusieurs recherches démontrent que les facteurs suivants constituent un bon pronostic (Perroud, 2009):

- › Plus la maladie apparaît tôt à l'adolescence, plus le pronostic sera favorable;
- › Moins le poids est bas, plus il sera facile de guérir, d'où la pertinence pour une personne qui se sait atteinte de ce trouble d'accepter de se faire soigner;
- › Deux traits de personnalité semblent favoriser la guérison: l'autodétermination (la capacité de la personne à assumer ses choix) et la coopération (accepter de se faire aider). La personne aura donc intérêt à déterminer ce qu'elle veut et à établir une relation ouverte et constructive

avec les autres. La qualité de la relation avec son entourage, s'exprimant par une bonne communication familiale et une relation sincère avec les membres de la famille, contribue à la résolution des conflits et aide au traitement.

Les intervenants ne doivent pas jouer le rôle de la police du poids, mais plutôt aider les jeunes à explorer les croyances qui sous-tendent leurs agissements et à réévaluer leurs peurs (Marcil-Denault, 2014).

Ces troubles ne sont pas toujours faciles à diagnostiquer, car ils peuvent être reliés à d'autres problématiques: dépression, troubles anxieux et consommation de substances. Le rétablissement s'effectue en modifiant ses croyances et ses comportements. Le traitement est souvent long et jalonné de diverses rechutes (Hazen et coll., 2011). La personne atteinte apprend graduellement à mieux vivre le moment présent, à ne pas se culpabiliser lorsqu'elle se détend, à verbaliser ses émotions et ses sentiments et à accepter qu'il est normal de ne pas toujours être parfaite.

L'intervention s'effectue en équipe multidisciplinaire (psychiatre, nutritionniste, psychologue, travailleur social), sous la supervision du médecin traitant. Si la sécurité du jeune est en danger, le traitement peut nécessiter l'hospitalisation. Pour améliorer les chances de succès du traitement, il importe d'assurer en tout temps une bonne alliance thérapeutique* entre le médecin traitant et le jeune (sans porter de jugement, avec empathie, sans adopter un air menaçant).

Pour s'en sortir, le jeune doit adopter les attitudes et comportements suivants:

- › Reconnaître la présence de la maladie;
- › Déterminer un plan d'action pour modifier ses comportements et l'appliquer;
- › Évaluer ses progrès;
- › Bien identifier les signes précurseurs de risques de rechute;
- › Participer au maintien de son rétablissement (ex.: maximiser les interventions en fonction des forces du jeune et favoriser l'expression de ses choix).

L'intervention médicale concernant l'anorexie mentale devrait s'orchestrer en fonction des principes suivants (Findlay et coll., 2010):

- › Informer les parents qu'ils ne sont pas responsables de la maladie du jeune;
- › Préciser que cette maladie est grave et nécessite un traitement multidisciplinaire;
- › Encourager la collaboration des parents à la supervision des repas, laquelle s'estompera graduellement à mesure que le jeune apprend à se réalimenter;
- › Maintenir une alliance thérapeutique du jeune avec le médecin traitant;
- › Habiliter et soutenir les parents dans l'adoption d'une position ferme envers les comportements liés aux TCA (restrictions, purges et exercices physiques à outrance) et assurer l'assiduité du jeune à ses rendez-vous médicaux;
- › Intervenir en équipe multidisciplinaire (médecin traitant, nutritionniste, travailleur social);
- › Favoriser l'application du plan d'intervention et du plan de traitement dans la communauté et recourir à l'hospitalisation uniquement si la condition médicale du jeune le requiert (AACAP, 2015).

Psychothérapie

Dans le traitement des troubles du comportement alimentaire, il importe que le thérapeute s'assure de disposer en tout temps d'une alliance thérapeutique indéfectible avec le jeune et du soutien de la famille.

Il est essentiel de gagner la confiance du jeune et qu'il se sente impliqué dans les décisions qui le concernent. Dès la première rencontre, il importe de privilégier la conversation avec le jeune et de faire preuve de respect, de prudence et, surtout, de patience (Wilkins, 2012).

Tableau 8 • TCA et pratiques psychologiques reconnues efficaces et probablement efficaces (Lock, 2015)

	Efficaces (bien établies)	Probablement efficaces (prometteuses)
Anorexie nerveuse	Thérapie familiale orientée sur le comportement* (aussi nommée thérapie basée sur la famille ou approche familiale de Maudsley*)	Thérapie familiale systémique*, thérapie orientée sur l' <i>insight</i> (aussi nommée thérapie orientée sur l'adolescent ou thérapie orientée sur l'ego)
Boulimie	Aucune	Approche familiale de Maudsley*, thérapie de soutien* ; thérapie cognitivo-comportementale*
Accès hyperphagiques	Aucune	Thérapie cognitivo-comportementale par Internet, thérapie interpersonnelle*
Restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments (concept récent du <i>DSM-5</i>)	Aucune donnée disponible	Aucune donnée disponible

Cinq études comparatives utilisant un groupe témoin et la thérapie familiale (ex.: l'approche familiale de Maudsley) concluent également à l'efficacité de cette approche, puisque les deux tiers des patients ont recouvré la santé (Robin et Le Grange, 2010). La thérapie familiale orientée sur le comportement est **probablement efficace (prometteuse)** auprès des jeunes boulimiques (Findlay, 2010; Le Grange et Lock, 2007; Loeb et Le Grange, 2009; Lock, 2015). Elle se déroule généralement en 20 sessions sur une période de 12 mois et comporte 3 parties distinctes¹².

1. **Restaurer le poids.** À cette étape, les parents sont investis de la responsabilité de rétablir la santé physique de leur jeune. Les parents sont supervisés et ce sont eux qui effectuent les interventions jusqu'à ce que le poids ciblé soit atteint.
2. **Transférer le contrôle de ses comportements alimentaires.** Les parents aident le jeune dans l'acquisition des habiletés d'autocontrôle. Cette étape démarre lorsque le jeune a atteint au minimum 87% du poids ciblé.
3. **Établir chez le jeune le concept santé auquel il s'identifie.** Cette étape débute lorsque le jeune a atteint 95% de son poids ciblé.

Les études sur la thérapie familiale pour l'anorexie ont mis en évidence:

- › Que plus de 50% des adolescents obtiennent la rémission de leurs symptômes;
- › Qu'elle est plus efficace si le traitement est entrepris au début de la maladie et auprès de jeunes adolescents (Bailey et coll., 2014). Chez les adolescents plus âgés, en période de transition (16 à 21 ans), il est préférable que les cliniciens adaptent l'approche de thérapie familiale afin d'impliquer davantage le jeune pour tenir compte de son degré d'indépendance nécessaire dans ses choix de vie (Dimitropoulos et coll., 2015). Des recherches ultérieures sont nécessaires afin de préciser les modifications à apporter pour mieux aider cette dernière clientèle. Les résultats de six études contrôlées et «randomisées» sur l'approche familiale de Maudsley montrent que 50% à 75% des patientes sont revenues à un poids normal à la fin du traitement et que le taux de guérison est maintenu entre 60% et 90% (Ambresin et coll., 2014).

Tout professionnel de la santé qui intervient auprès de jeunes présentant des TCA gagnerait à documenter sa pratique avec les ouvrages de Le Grange et Lock (2011); Perroud (2006, 2009); Lock et Le Grange (2013); Loeb et coll. (2015); Rosen et coll. (2010).

Pour aider les personnes boulimiques, Vanderlinden (2013) suggère une démarche d'autogestion des soins*. Une étude portant sur 11 programmes pancanadiens de traitement des troubles du comportement alimentaire met en évidence la diversité des programmes offerts et insiste surtout sur l'importance de développer une approche unifiée du traitement intensif de ces troubles chez les adolescents (Norris et coll., 2013).

Moins reconnues, certaines thérapies constituent des traitements expérimentaux pour traiter les TCA chez les adolescents: la thérapie interpersonnelle, la thérapie cognitivo-comportementale augmentée, la thérapie comportementale dialectique et la thérapie cognitive (Lock, 2015; Hammerli et coll., 2013).

D'autres troubles mentaux peuvent également être associés aux troubles du comportement alimentaire (troubles de l'humeur, anxieux ou de la personnalité). Toute thérapie doit tenir compte de ces troubles concomitants pour être efficace.

Médication

Anorexie mentale

Aucune médication n'est approuvée par la FDA. Il n'existe pas de données éprouvées relatives à l'efficacité de la médication dans l'anorexie mentale (Hammerli et coll., 2013). Une étude comparant l'efficacité de trois types de médication (hormonale, antipsychotique et antidépressive) indique que les antipsychotiques et les antidépresseurs n'ont aucun effet bénéfique, comparativement à un placebo (DeVos et coll., 2014). Cette même recherche mentionne que l'hormonothérapie enregistre des effets bénéfiques sur le poids des adolescentes, comparativement au placebo.

Boulimie

La fluoxétine est approuvée par la FDA.

Médecins et professionnels disposent de guides de pratique pour dépister et traiter les TCA chez les jeunes: AACAP, 2015; APA, 2010; HAS et AFDAS-TCA, 2010c, d, e; MHFA, 2008a; RANZCP, 2014.

À retenir

- Les personnes qui présentent un trouble du comportement alimentaire ont des préoccupations intenses (voire des obsessions) pour leur alimentation, leur poids et leur image corporelle. Ces préoccupations deviennent le centre de leur vie. Elles adoptent des comportements qui mettent leur vie en danger; jusqu'à 5% des personnes y succombent tôt ou tard en raison des complications.
 - Après l'asthme et l'obésité, les TCA représentent la troisième cause de maladie chronique chez les adolescentes et, au Canada, 0, 5% de la population souffrirait d'anorexie nerveuse et 1% de boulimie.
 - Les thérapies comportementales et cognitivo-comportementales (Fairburn, 2008) sont privilégiées, et ce, en s'assurant d'une alliance thérapeutique indéfectible jeune-thérapeute. Il est essentiel de gagner la confiance du patient et qu'il se sente impliqué dans les décisions qui le concernent. La thérapie familiale (ou l'approche de Maudsley) constitue également un traitement de choix pour les jeunes anorexiques et boulimiques.
 - Le pronostic est meilleur si l'on intervient au début de la maladie et lorsque le jeune a la capacité d'assumer ses choix (autodétermination) et accepte de se faire aider (coopération).
 - Les ISRS (fluoxétine) peuvent aider pour traiter les troubles alimentaires ou les troubles associés.
-

Lectures suggérées

Ambresin, A.-E., Lier, F., Vust, S., Michaud, P.-A. (2014). «Prise en charge d'adolescents souffrant d'anorexie mentale: le rôle des parents, une approche basée sur l'évidence», *Revue médicale suisse* 2014; p. 66-68. www.revmed.ch/rms/2014/RMS-N-412-413/Prise-en-charge-d-adolescents-souffrant-d-anorexie-mentale-le-role-des-parents-une-approche-basee-sur-l-evidence

Anorexie et boulimie Québec (ANEB, 2013). *Les troubles alimentaires: Unis pour vaincre! Semaine nationale de sensibilisation aux troubles alimentaires, 3 au 9 février 2013, Guide d'information public.* www.anebquebec.com/aneb-ados/pdf/fr/outils/semaine-ta/aneb-guide-semaine-ta.pdf

Association canadienne pour la santé mentale (non daté). *Comprendre la maladie: Les troubles de l'alimentation.* www.cmha.ca/fr/sante-mentale/comprendre-la-maladie-mentale/les-troubles-de-l%E2%80%99alimentation/

Esantementale.ca (2013). *Aidons les enfants à aimer leur corps.* www.esantementale.ca/Ottawa-Carleton/Aidons-les-enfants-a-aimer-leur-corps/index.php?m=article&ID=21013

Esantementale.ca (2015). *Aider les enfants et les adolescents ayant un trouble de l'alimentation: Information à l'intention des parents et les aidants.* www.esantementale.ca/Ottawa-Carleton/Aider-les-enfants-et-les-adolescents-ayant-un-trouble-de-l'alimentation-Information-a-l'intention-des-parents-et-les-aidants/index.php?m=article&ID=8874

Findlay, Pinzon, J., Taddeo, D., Katzman, D.K., Société canadienne de pédiatrie, Comité de la santé des adolescents (2010). «Le traitement familial des enfants et des adolescents anorexiques: Des lignes directrices pour le médecin communautaire», *Paediatrics & Child Health*, 15, (1), p. 36-40. www.cps.ca/fr/documents/position/anorexie-traitement-familial

Germain, V. (2015). *Clara: les désordres alimentaires à l'adolescence.* Québec: Midi trente.

Haute Autorité de santé et Association française pour le développement des approches spécialisées aux troubles du comportement alimentaire (HAS et AFDAS-TCA, juin 2010b). *Anorexie mentale: prise en charge. Document d'information destiné aux familles et aux patients.* www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/3ebaf_s_famillepatient_anorexie_2209.pdf

Institut universitaire en santé mentale Douglas. *Troubles de l'alimentation: conseils pour la famille.* www.douglas.qc.ca/info/troubles-alimentation-conseils-famille

Middleton, K. et Smith, J. (2012). *10 étapes pour surmonter les troubles alimentaires.* France: Éditions empreinte.

Perroud, A. (2006). *Faire face à la boulimie — Une démarche efficace pour guérir.* Paris: Éditions Retz.

Perroud, A. (2009). *Faire face à l'anorexie: Une démarche efficace pour guérir.* Paris: Éditions Retz.

Petitpas, J. et Jean A. (2014). *Comprendre les troubles alimentaires — Manuel de l'intervenant.* Montréal: Éditions La Boîte à Livres.

Royal College of Psychiatrists (2011). *Informations pratiques et mises à jour sur les problèmes de santé mentale qui peuvent affecter les enfants et jeunes adultes.* www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/translations/french/problemesalimentaires.aspx

Vanderlinden, J. (2013). *Vaincre la boulimie.* Bruxelles: De Boeck Université.

Wilkins, J. (2012). *Adolescentes anorexiques — Plaidoyer pour une approche clinique humaine,* Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

1. Ces troubles comprennent le pica (ingestion répétée de substances non nutritives et non comestibles), le mérycisme (régurgitation répétée de la nourriture après un repas), la restriction

ou l'évitement de l'ingestion d'aliments, l'anorexie mentale, la boulimie, l'accès hyperphagique et les autres troubles de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments spécifiés et non spécifiés.

2. ANEB: Je m'informe. www.anebquebec.com/aneb-ados/html/fr/informe/adolescence.html
3. AFDAS-TCA www.anorexiéboulimie-afdas.fr/accueil/qu-est-ce-qu-un-tca
4. La maison l'Éclaircie: www.maisoneclaircie.qc.ca/trouble.html
5. Léger: IMC supérieur à 17 kg/m²; Modéré: IMC 16-16, 99 kg/m²; Sévère: IMC inférieur à 15-15, 99 kg/m²; Extrême: 15 kg/m² (APA, 2015).
6. Ce questionnaire est un outil non validé scientifiquement et ne peut être utilisé seul pour poser un diagnostic. La prudence est de mise avant de tirer quelque conclusion que ce soit. Les professionnels peuvent utiliser les outils en annexe 1 pour les aider à poser le diagnostic d'un trouble du comportement alimentaire.
7. Traccucci, E. (2013). *Évaluation en médecine de soins primaires chez des patients entre 15 et 45 ans de l'apport de l'auto-questionnaire SCOFF-F dans le dépistage des troubles du comportement alimentaire en comparaison aux pratiques habituelles*. Human health and pathology, 2013, «dumas-00877972». <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00877972/document>
8. www.who.int/childgrowth/standards/bmi_for_age/fr/
9. Avant l'apparition des troubles du comportement alimentaire (TCA) et présentée à l'ensemble des élèves. www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/Charte/Charte_8.5X11_CHIC.pdf
10. www.equilibre.ca
11. www.anorexiéboulimie-afdas.fr
12. www.maudsleyparents.org

Troubles neurodéveloppementaux

Nous aborderons dans ce chapitre le trouble du spectre de l'autisme et le trouble du déficit d'attention/hyperactivité¹.

Trouble du spectre de l'autisme (TSA)

Définition

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux — DSM-5 (APA, 2015) regroupe sous le vocable trouble du spectre de l'autisme-TSA les différents sous-types diagnostiques qui existaient dans le *DSM-IV TR*: autisme, syndrome d'Asperger, troubles envahissants du développement non spécifiés (TEDNS), syndrome de Rett et trouble désintégratif de l'enfance.

Caractéristiques

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) comporte:

1. Des déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés. Ceux-ci peuvent se manifester par les éléments suivants, soit au cours de la période actuelle, soit dans les antécédents.
 - › Déficiences dans la réciprocité sociale ou émotionnelle:
 - Déficit de la capacité à amorcer l'interaction sociale ou anomalie de l'approche sociale (approche atypique);
 - Capacité à converser de manière bidirectionnelle restreinte ou absente;

- Faculté à partager (intérêts, découvertes, réussites, émotions et affects) restreinte ou absente;
 - Jusqu'à une incapacité à instaurer les interactions sociales et à y répondre.
- › Déficits des comportements de communication non verbaux utilisés au cours des interactions sociales:
- Intégration défectueuse entre la communication verbale et la communication non verbale;
 - Anomalies du contact visuel (pauvre, rarement entrepris, peu soutenu, peu modulé, sans valeur communicative);
 - Anomalie dans la compréhension ou l'utilisation de gestes pour soutenir ou accompagner la communication (gestes pour pointer quelque chose ou saluer, mimiques, postures);
 - Jusqu'à l'absence totale d'expressions faciales et de communication non verbale.
- › Déficits du développement, du maintien et de la compréhension des relations:
- Difficultés à ajuster le comportement à des contextes sociaux variés;
 - Difficultés à partager des jeux imaginatifs;
 - Difficultés à se faire des amis;
 - Jusqu'à une absence manifeste d'intérêt pour autrui.

Il faut spécifier la sévérité actuelle, qui repose sur l'importance des déficits de la communication sociale (voir le [tableau 9](#) à la page 154).

2. Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants, soit au cours de la période actuelle soit dans les antécédents.
- › Caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, de l'utilisation des objets ou du langage:
- Stéréotypies motrices simples;
 - Activité d'alignement ou de rotation des objets;
 - Écholalie, phrases idiosyncrasiques.
- › Intolérance au changement, adhésion inflexible à des routines ou encore à des modes comportementaux verbaux ou non verbaux

ritualisés:

- Détresse extrême provoquée par des changements mineurs;
 - Difficultés à gérer les transitions;
 - Modes de pensée rigides;
 - Ritualisation des formules de salutations;
 - Nécessité de prendre le même chemin ou de manger les mêmes aliments tous les jours.
- › Intérêts extrêmement restreints et fixes, anormaux, soit dans leur intensité ou dans leur but:
- Attachement à des objets insolites ou préoccupations à propos de ce type d'objets;
 - Intérêts excessivement circonscrits ou persévérants.
- › Hyper ou hyporéactivité aux stimulations sensorielles (toucher, goût, ouïe, vision) ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement:
- Indifférence apparente à la douleur ou à la température;
 - Réactions négatives à des sons ou à des textures spécifiques;
 - Action de flairer ou de toucher excessivement les objets;
 - Fascination visuelle pour les lumières ou les mouvements.

Il faut spécifier la sévérité actuelle, qui repose sur l'importance des modes comportementaux restreints et répétitifs (voir le [tableau 9](#) à la page suivante).

3. Les symptômes doivent être présents dès les étapes précoces du développement.
 - › Ils ne sont pas nécessairement pleinement manifestes avant que les demandes sociales n'excèdent les capacités limitées de la personne;
 - › Ils peuvent être masqués plus tard dans la vie par des stratégies apprises.
4. Les symptômes occasionnent un retentissement cliniquement significatif en termes de fonctionnement actuel au plan social, scolaire/professionnel ou dans d'autres domaines.
5. Les difficultés observées ne peuvent être mieux expliquées par un handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel ou retard

global du développement). La déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme peuvent être associés. Pour permettre un diagnostic concomitant entre un trouble du spectre de l'autisme et un handicap intellectuel, l'altération de la communication sociale doit être supérieure à ce qui serait attendu pour le niveau de développement général.

À retenir

- Le TSA comporte des déficits importants dans la communication et l'interaction sociales, accompagnés d'intérêts restreints d'activités, de comportements répétitifs et stéréotypés (APA, 2015).
-

Types de soutien selon le niveau de sévérité du TSA

Dans le *DSM-5*, le niveau de sévérité du TSA est établi en fonction de l'importance du soutien requis. La sévérité doit être cotée selon le niveau d'aide requis pour chacun des deux domaines de déficits (A et B). Ainsi, le niveau de soutien peut être, par exemple, très important dans la communication sociale, et important dans les comportements stéréotypés et intérêts restreints.

Tableau 9 • Types de soutien selon le niveau de sévérité du TSA²

Niveau de soutien nécessaire	Communication sociale	Comportements restreints, répétitifs
<p>Niveau 3 Nécessitant un soutien très important</p>	<p>Déficits très marqués des compétences de la communication verbale et non verbale affectant sévèrement le fonctionnement du jeune (difficultés à initier la communication ou réponses minimales aux initiatives sociales d'autrui).</p>	<p>Comportement rigide. Difficulté extrême à faire face au changement entraînant une très grande détresse et une difficulté à lui changer les idées ou à le réorienter vers d'autres intérêts.</p> <p>Comportements restreints ou répétitifs qui interfèrent considérablement sur son fonctionnement, et ce, dans l'ensemble des contextes de vie.</p>
<p>Niveau 2 Nécessitant un soutien important</p>	<p>Déficits marqués des compétences de la communication verbale et non verbale entraînant des altérations sociales importantes, en dépit de l'aide accordée. Capacité limitée à l'initiation de la communication sociale, réponse réduite ou anormale aux initiatives sociales d'autrui.</p>	<p>Évidence, pour un observateur averti, que le manque de flexibilité du comportement du jeune, son intolérance au changement ou la fréquence de ses comportements restreints ou répétitifs perturbent son fonctionnement, et ce, dans une variété de contextes de vie.</p> <p>Détresse et/ou difficulté à lui changer les idées ou à le réorienter vers d'autres intérêts.</p>
<p>Niveau 1 Nécessitant un soutien</p>	<p>Sans soutien, déficits de la communication sociale qui entraînent des incapacités sociales observables. Peu d'intérêt à poursuivre les échanges sociaux réciproques. Tentatives pour se faire des amis généralement bizarres et peu productives.</p>	<p>Manque de flexibilité du comportement du jeune qui interfère sur son fonctionnement, et ce, dans un ou plusieurs contextes de vie. Transitions d'une activité à l'autre demeurant difficiles. Difficultés à s'organiser ou à planifier qui entravent le développement de son fonctionnement global ou quotidien.</p>

Déficits associés

Il faut préciser s'il y a présence ou non de déficit intellectuel associé.

S'il existe une altération du langage, il faut aussi spécifier le niveau de fonctionnement langagier au moment où les critères diagnostiques du *DSM-5* sont utilisés pour poser le diagnostic de TSA. Par exemple:

- › Sans langage intelligible;
- › Langage composé de mots isolés;
- › Langage composé de phrases;
- › Avec catatonie.

Diagnostic différentiel: trouble de la communication sociale (TCS)

Ce diagnostic s'applique aux personnes qui présentent des problèmes de communication sociale verbale ou non verbale, entraînant des difficultés dans la participation sociale, la réussite scolaire ou la performance au travail, mais sans la présence de comportements stéréotypés ou répétitifs.

Prévalence du TSA

Depuis les premières études épidémiologiques dans les années 1960, avec des critères diagnostiques qui ont évolué à travers les différentes éditions du DSM, le taux de prévalence global du TSA a connu une augmentation très significative. Selon la plus récente publication du CDC (Centers for Disease Control and Prevention, 2014) environ 1/68 enfant âgé de 8 ans a reçu un diagnostic de TSA. Le nombre de garçons touchés serait clairement plus important, dans un rapport de quatre garçons pour une fille selon le CDC. Les recherches récentes dans le domaine de l'autisme soulèvent l'hypothèse que les filles soient sous-diagnostiquées — effet camouflage de leur gestuelle communicative et présence moindre d'activités répétitives (Kothari et coll., 2013; Rynkiewicz et coll., 2016) et génétiquement **protégées** (Bedford et coll., 2016).

Il existe dans la littérature un débat autour de la présence d'une épidémie de TSA. Plusieurs facteurs semblent être impliqués dans l'accroissement clair de la prévalence du TSA (Elsabbagh et coll., 2012):

- › Une grande variabilité dans la méthodologie des études de prévalence;
- › Une plus grande sensibilisation de la société à la cause (campagne d'information, sites Web, services offerts en bas âge, etc.);
- › L'amélioration des processus de repérage, de dépistage et de diagnostic offerts pour cette clientèle (à la suite, notamment, des pressions des associations de parents);
- › L'évolution des critères diagnostiques et le raffinement des outils d'évaluation clinique a fait migrer certaines entités cliniques pour les inclure dans le TSA. Ainsi, un individu avec un TSA n'aurait peut-être pas reçu ce diagnostic selon les critères utilisés antérieurement. Aussi, quelqu'un peut avoir eu un diagnostic de déficience intellectuelle lorsqu'il était plus jeune et recevoir plutôt, ultérieurement, un diagnostic de TSA. Finalement, une personne

ayant reçu un diagnostic dans le passé peut recevoir plus tard un diagnostic supplémentaire concomitant de TSA.

Ces facteurs pourraient aussi être impliqués dans les différences de prévalence entre les individus provenant de milieux socioéconomiques différents (CDC, 2014).

Certains experts suggèrent que les critères du *DSM-5* élèvent le seuil minimal de symptômes nécessaires à l'établissement du diagnostic. Ils surveillent l'impact sur le taux de prévalence et se préoccupent de l'accès aux services pour les individus dont la symptomatologie ne répondra plus aux nouveaux critères diagnostiques, pour ceux dont le niveau de sévérité sera bas et, finalement, pour ceux qui recevront un diagnostic de trouble de la communication sociale (Weitlauf, 2014). Ce sont les individus autistes de haut niveau de fonctionnement ($QI > 70$), ainsi que ceux qui ont reçu un diagnostic d'Asperger ou de trouble envahissant du développement non spécifié qui sont les plus concernés par ces préoccupations (Smith, 2015).

Causes

Le TSA est un trouble du traitement de l'information complexe et hétérogène, tant dans ses manifestations que dans ses facteurs étiologiques. Les technologies récentes ont permis d'approfondir les connaissances sur les mécanismes physiopathologiques impliqués. La littérature scientifique foisonne d'articles découlant de recherches génétiques et d'imageries fonctionnelles qui documentent des différences dans le développement cérébral précoce, tant dans la structure que dans la fonction.

Des facteurs de risque prénataux et périnataux sont incriminés: âge avancé des parents, prise de médication par la femme enceinte, infection intra-utérine, diabète gestationnel, hypertension, toxémie, retard de croissance intra-utérine, prématurité, anoxie néonatale, détresse respiratoire. Toutefois, il semble difficile d'isoler les facteurs de risque plus spécifiquement associés au TSA par rapport aux autres troubles neurodéveloppementaux, notamment la déficience intellectuelle (Harrington, 2014)

Wakefield (1999) a émis l'hypothèse selon laquelle l'utilisation étendue du vaccin contre la rougeole depuis les années 1970 était responsable de l'épidémie d'autisme dans le monde. Depuis lors, Wakefield a été radié du registre médical par l'ordre médical britannique pour fraude en lien avec

des manuscrits de recherche falsifiés. La revue *The Lancet* a retiré cette étude qu'elle avait publiée. Il existe désormais un consensus scientifique permettant d'affirmer que les vaccins RRO (rougeole-rubéole-oreillons) ne sont pas associés à un risque accru d'autisme ou de TSA chez les enfants qui les reçoivent, pas plus que les composants des vaccins (mercure et thimérosal) ou les vaccins combinés (Taylor, 2014; Jaine, 2015). La théorie psychanalytique qui attribuait l'autisme à un défaut de relation mère-enfant a depuis fort longtemps été abandonnée (Bettelheim, 1969).

Dans environ 10% des cas, le tableau autistique est associé à une anomalie génétique connue (ex.: syndrome de l'X fragile: 1%; sclérose tubéreuse de Bourneville: 1%; syndrome de Rett: 0, 5%). Certains parleront alors «d'autisme syndromique». Des dizaines de maladies métaboliques, de troubles neurologiques et d'anomalies chromosomiques complexes ont été associés aux TSA. Il existe une forte évidence de la contribution et de la transmission génétique de l'autisme. Quelque 1000 gènes pourraient être impliqués. Ils peuvent être hérités ou être mutés *de novo* (Brandler et coll., 2016). Par ailleurs, les recherches récentes explorent la contribution de facteurs épigénétiques et environnementaux. Selon différentes combinaisons, les gènes à risque modulés par ces facteurs engendreraient des trajectoires hétérogènes et, conséquemment, des tableaux cliniques variés qui partagent néanmoins les caractéristiques nécessaires au diagnostic de TSA (Chaste, 2012).

Une étude récente sur de grandes cohortes de jumeaux identiques et non identiques (Hallmayer, 2011) stipule que des facteurs génétiques et non génétiques contribuent à une vulnérabilité accrue à l'autisme en interférant avec le développement et la plasticité synaptique.

Lorsqu'un enfant est atteint, le risque que sa fratrie présente un TSA est accru par rapport à la population générale, soit de 2% à 8% par rapport à environ 1% dans la population générale, voire jusqu'à 12% à 20% en incluant les tableaux de TSA incomplets, c'est-à-dire comportant seulement l'un des trois domaines de symptômes (CDC, 2014).

Troubles concomitants

Il peut être difficile de faire la distinction entre une exacerbation des symptômes de TSA et la cooccurrence d'autres troubles (stéréotypie vs tics? Trouble du déficit de l'attention vs variation dans la disponibilité ou dans

l'intérêt? Opposition vs rigidité? Pensées intrusives vs intérêts restreints et répétitifs ou même écholalie différée?) (Weiss, 2014). On estime que plus de 50% des personnes autistes peuvent présenter un trouble psychiatrique concomitant (Rivard et coll., 2013; APA, 2015; MaHTAS, 2014; Joshi, 2013). Plus encore, le *DSM-5* reconnaît que 70% d'entre elles présentent également un trouble mental, et 40% en ont même deux (Doepke et coll., 2014; APA, 2015).

La déficience intellectuelle représente le trouble concomitant le plus identifié. Son incidence varie selon les auteurs, se situant entre 50% (NICE, 2013b) et 23% en fonction de la sévérité de la déficience intellectuelle (CDC, 2014). Les variables sociodémographiques semblent également influencer le taux de prévalence (CDC, 2014).

Le quotient intellectuel (QI) — un indice du niveau d'intelligence d'une personne — est généralement mesuré par les échelles d'intelligence de Wechsler comportant des sous-tests verbaux et non verbaux. Chez les autistes, l'évaluation cognitive formelle peut être difficile en raison de facteurs inhérents aux tests ou à la passation de ceux-ci pour des individus présentant des déficits de langage et de communication sociale. Le profil cognitif est le plus souvent hétérogène avec une performance supérieure dans la partie des tests d'intelligence basée sur la perception (reproduction d'un dessin avec des cubes) et, en contraste, des résultats plus faibles dans les tâches impliquant le langage. Les autistes semblent avoir une capacité particulière à percevoir les détails dans une image même si elle est très dense en informations, relevant, notamment, les éléments uniques et les régularités complexes et récurrentes (Perreault et coll., 2011). Il existe un consensus autour du fait que l'autisme s'accompagne de processus cognitifs atypiques. La mesure de l'intelligence dans ce contexte constitue donc un défi. Les tests de QI traditionnellement utilisés ne tiennent pas compte de ces atypicalités et peuvent mener à une sous-estimation du potentiel de la personne (Barbeau et coll., 2013).

Chez les enfants de plus haut niveau de fonctionnement, les difficultés d'apprentissage sont fréquentes, particulièrement la compréhension de textes et la résolution de problèmes mathématiques (Brown et coll., 2013).

Les déficits moteurs, les anomalies de la posture, les troubles de l'équilibre et de la coordination sont plus fréquents chez les individus avec

un TSA. Ils sont plus souvent observés chez ceux qui n'ont pas présenté de retard dans le développement du langage.

Les problèmes de comportement et les troubles affectifs sont fréquents dans la population d'individus avec TSA avec ou sans déficience intellectuelle. Dans une récente étude portant sur des enfants avec un TSA âgés entre 4, 5 et 9, 8 ans, 66, 5% présentaient de l'anxiété généralisée, 52, 7% des phobies spécifiques et 59% un déficit d'attention avec hyperactivité (Salazar et Baird, 2015).

Les troubles du sommeil toucheraient, selon les études, de 44% à 83% des personnes avec TSA (MaHTAS, 2014). Les enfants avec un TSA présentent cinq fois plus de troubles alimentaires (sensibilité aux textures, refus de certains aliments, rigidité dans les choix ou le processus du repas). Des conséquences fréquentes de cette sélectivité alimentaire sont l'anémie ferriprive, la constipation et les douleurs abdominales (Peters et coll., 2014; Gorrindo et coll., 2012). Il n'y a pas, actuellement, de preuve scientifique soutenant l'utilisation de la diète sans gluten et sans caséine pour traiter les symptômes d'autisme ni pour en diminuer les comportements associés (Hyman et coll., 2016; Mari-Bauset et coll., 2014).

La prévalence d'épilepsie varie, selon les études, de 5% à 46% (Viscidi, 2014); elle est nettement plus élevée chez les TSA avec déficience intellectuelle. Il semble y avoir un facteur de risque commun entre l'épilepsie et le TSA (Besag et coll., 2016).

La présence simultanée de troubles du sommeil, de troubles gastro-intestinaux et d'épilepsie serait associée avec un moins bon profil adaptatif.

L'individu autiste peut présenter, à des degrés divers, une inhabileté à moduler, différencier, coordonner ou organiser efficacement les stimulations provenant de ses cinq sens (Lane et coll., 2011). L'intégration sensorielle est le processus par lequel le cerveau intègre et organise ces informations. Les enfants dont le système d'intégration sensorielle est déficient peuvent être soit hypersensibles soit hyposensibles aux stimuli. Ces difficultés de modulation et d'intégration peuvent varier selon les sens (ex.: se montrer hyperréactif aux bruits et hyporéactif à la douleur) et le contexte, et ils peuvent varier dans le temps. Ces variations peuvent être déroutantes et compliquer l'intervention. Elles influencent également la disponibilité aux apprentissages. Ainsi, bombardé d'informations sensorielles, l'individu peut se désorganiser, tenter de s'isoler ou s'opposer

pour éviter l'inconfort que génère l'expérience. À l'inverse, les personnes ayant un profil hyposensible peuvent rechercher des stimulations de façon intense ou alors adopter un profil passif (faible disponibilité, peu d'intérêt envers les stimulations). Dans tous les cas, des perturbations du comportement et des difficultés d'adaptation peuvent en découler.

Démarche clinique

Bien que le diagnostic de TSA puisse être posé dès l'âge de 2 ans, l'étude de la CDC postulait que l'âge médian pour le faire était de 53 mois, soit plus de 4 ans (CDC, 2014). Jusqu'à 25% des enfants ne sont pas identifiés avant qu'ils atteignent l'âge de 8 ans (Wilkinson, 2014b).

Repérage des signaux d'alerte

La surveillance du développement psychomoteur et langagier du jeune enfant lors de ses visites médicales périodiques permet de repérer précocement les signaux d'alerte pour le TSA. Ces particularités peuvent aussi être reconnues par le parent ou l'éducatrice en garderie. Dans les familles comportant déjà un jeune autiste, les parents peuvent être alertés dès la première année de vie d'un nouvel enfant par des particularités du traitement de l'information sensorielle ou du développement moteur. Ce sont les déficits de la communication, de la socialisation, du comportement et du jeu qui font l'objet de préoccupations précoces au-delà de l'âge d'un an (Sacrey, 2015).

Tableau 10 • Signaux d'alerte d'un TSA chez les enfants

Signaux d'alerte chez les enfants de 12 à 18 mois (Zwalgenbaum, 2009)

- › **Communication sociale déficitaire ou atypique**
 - Contact visuel, attention conjointe, émotion partagée (affect négatif > positif) ;
 - Sourire social, échangé ;
 - Réaction à l'appel de son prénom, orientation vers la personne qui l'interpelle ;
 - Coordination des différents modes de communication (contact visuel, expression faciale, geste, vocalisation).
 - › **Régression ou perte du contact social sur le plan du langage**
 - Babillage (pas d'échange de vocalisations) ;
 - Compréhension et production du langage (retard du premier mot) ;
 - Tonalité vocale (incluant le pleur) ;
 - Développement des gestes de communication (geste pour pointer ou saluer).
 - › **Régression ou perte d'habiletés sur le plan de la communication (incluant mots) dans le jeu**
 - Déficit ou atypie :
 - Imitation des actions ;
 - Jeu fonctionnel ou symbolique.
 - Manipulation excessive ou inhabituelle, ou attention visuelle excessive aux parties d'objets ou de jouets
 - Activités répétitives avec des jouets ou des objets
 - Particularités motrices ou sensorielles
 - Explorations visuelles atypiques, fixations prolongées (lumières) ;
-
- Hyper ou hyporéactivité aux sons ou autres stimuli sensoriels ;
 - Retard du développement moteur fin ou grossier, hypotonie, contrôle postural déficitaire.
 - Mouvements répétitifs, crispations, etc.
- › **Signaux d'alerte généraux (adapté de Baird et coll., 2003)**
 - Absence de babillage, de pointage ou d'autres gestes sociaux à 12 mois.
 - Absence de mots à 18 mois.
 - Absence d'associations de mots (sans incitation immédiate à imiter) à 24 mois.
 - Perte du langage ou de compétences sociales, quel que soit l'âge.
-

Dépistage

Alors que le repérage des signaux d'alerte constitue un processus flexible, le dépistage s'effectue à l'aide de mesures normalisées sur une population identifiée afin d'évaluer les cas possibles ou probables en comparant les résultats obtenus aux normes établies. Le dépistage établit le besoin de

poursuivre vers une évaluation à l'aide d'outils standardisés et normalisés (Zwaigenbaum et coll., 2014).

- › **Pour les enfants de 16 à 30 mois**, si un TSA est suspecté, le M-CHAT-R, un questionnaire de 23 questions, peut être effectué. C'est un outil très sensible, c'est-à-dire conçu pour détecter le plus de cas de TSA possible. Pour augmenter la spécificité du dépistage, un complément d'entrevue au M-CHAT-R, le M-CHAT-R/F³, a été développé (Robins et coll., 2009).

Tout enfant ayant obtenu au M-CHAT-R/F un score indiquant un risque de TSA devrait être référé afin de bénéficier d'une évaluation diagnostique. Le M-CHAT-R peut être comptabilisé en moins de deux minutes.

- › **Dès l'âge de 2 ans**, le médecin ou le psychologue peut également utiliser le CARS-2 (Schopler et coll., 2010). Ses 15 sous-échelles permettent de mesurer la socialisation, la communication, les réponses émotionnelles et les sensibilités sensorielles de l'enfant.
- › **Pour les enfants de plus de 4 ans jusqu'à l'adolescence**, le SCQ (Social Communication Questionnaire — Questionnaire de communication sociale) (Rutter et coll., 2013) permet d'identifier les comportements correspondant aux TSA dans le domaine des interactions sociales, de la communication et des comportements restreints, répétitifs et stéréotypés. Le SCQ comporte 2 questionnaires de 40 questions chacun. La version Vie entière évalue l'histoire du développement de l'enfant depuis sa naissance, et la seconde, Comportement actuel, évalue les trois derniers mois de vie de l'enfant.

Processus diagnostiques

Afin d'augmenter la validité et la fiabilité du diagnostic d'un TSA, le *DSM-5* préconise la collecte d'informations issues de différentes sources (parents, cliniciens, enseignants) ainsi que l'analyse de données actuelles et antérieures (Dumas, 2013; Zwaigenbaum et coll., 2015).

Le diagnostic s'établit cliniquement. Il repose sur une anamnèse détaillée et une observation de l'enfant dans des situations variées par une équipe pluridisciplinaire expérimentée qui peut comporter: pédiatre, pédiatre spécialisé en développement, psychiatre, neurologue, généticien,

psychoéducateur, orthophoniste, psychologue, ergothérapeute, infirmière, travailleur social.

L'évaluation diagnostique doit spécifier:

- › Le fonctionnement intellectuel (avec ou sans déficience intellectuelle [DI]), décrire le profil verbal et non verbal, ainsi que le fonctionnement adaptatif;
- › Le profil langagier actuel (versant expressif pouvant être meilleur que réceptif);
- › La présence d'une condition médicale (ex.: épilepsie), génétique (ex.: X-fragile) ou environnementale (ex.: R-OH) associée au TSA.

Une entrevue avec les parents permet de recueillir des données concernant les préoccupations de ceux-ci, la progression de l'enfant dans l'atteinte des étapes de développement, les facteurs de risque médicaux (grossesse, accouchement, période périnatale, problèmes de santé) et familiaux (problèmes développementaux, neurologiques, psychiatriques, génétiques) (Garcin et Moxness, 2014). L'anamnèse comporte des questions en lien avec les critères diagnostiques du *DSM-5* (APA, 2015) ou de la *CIM-10* (OMS, 2013b). La *Childhood Autism Rating Scale (CARS-2)* (Schopler et coll., 2010) est une échelle diagnostique simple qui permet d'apprécier le degré de sévérité de l'autisme chez les enfants de plus de 2 ans. L'utilisation d'un questionnaire d'entrevue structuré, tel l'*Autism Diagnostic Interview Revised ADI-R* (Rutter et coll., 2011), permet une meilleure standardisation des données.

L'observation structurée du comportement de l'enfant en situation de jeu, dans son milieu naturel et dans d'autres milieux de vie, vient enrichir la démarche clinique. Le recours à un questionnaire d'observation semi-structuré comme l'*Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2)*⁴ (Lord et coll., 2015; Garcin, 2013) apporte des données pour aider à poser le diagnostic. L'*ADOS-2* a été conçu pour évaluer chez le jeune les habiletés de communication, de socialisation et de jeux susceptibles de relever d'un TSA (Garcin et Moxness, 2014). Il comporte 4 modules qui nécessitent 35 à 40 minutes chacun pour être complétés. Un cinquième module pour les jeunes enfants de 12 à 30 mois a été ajouté: le *Toddler Autism Diagnostic Schedule* (Lord et coll., 2015).

Le médecin procède à un examen physique minutieux, incluant les paramètres de croissance (dont le périmètre crânien) à la recherche de dysmorphies, de stigmates cutanés ou de tout autre indice d'une étiologie syndromique ou neurologique.

L'étude de la CGH (hybridation génomique comparative) et du X-fragile est recommandée dans tous les cas. On réserve la tomographie ou la résonance magnétique cérébrale aux enfants chez qui l'on suspecte un trouble neurologique sous-jacent. On ne procède à un électroencéphalogramme (EEG) qu'en cas de convulsions surajoutées, et à un bilan métabolique qu'en présence de signes et symptômes évocateurs. Il est recommandé de réaliser systématiquement un examen de l'audition (audiologiste) et de la vision.

Une évaluation psychologique (ou neuropsychologique) complémentaire permet de préciser le profil intellectuel et socioadaptatif. Une évaluation de la communication et du langage par l'orthophoniste permet d'établir le niveau de ce dernier et de déterminer, s'il y a lieu, la présence d'un trouble surajouté. L'ergothérapeute procède à une évaluation du développement de la motricité, des praxies et de l'intégration sensorielle (Jordan et coll., 2015).

Au Québec, depuis le 12 janvier 2012, même si le *Code des professions* (LRQ.c.C-26) autorise le psychologue à émettre le diagnostic de trouble du spectre de l'autisme (TSA), une évaluation médicale complète est nécessaire et conditionnelle au diagnostic final (CRDIQ, 2014). L'implication d'une équipe pluridisciplinaire expérimentée dans le processus diagnostique d'un TSA représente la norme à suivre.

Intervention

Intervention pluridisciplinaire

La complexité des déficits ainsi que le caractère multidimensionnel des besoins des individus avec TSA et de leur famille justifient une approche pluridisciplinaire et une bonne coordination pour l'obtention des services (AACAP, 2014).

L'intervention est en majeure partie éducative et psychosociale. Elle s'articule autour d'un projet personnalisé⁵ (plan d'intervention) dont les objectifs spécifiques et individualisés s'élaborent autour des

recommandations professionnelles ayant mené au diagnostic et au profil fonctionnel de l'enfant ou de l'adolescent avec TSA (AACAP, 2014).

Plusieurs approches de traitement du TSA ont été élaborées et sont défendues. Les moyens proposés pour atteindre les objectifs de ces approches se doivent d'être fondés sur des approches cliniques reconnues efficaces (voir le [tableau 20](#)).

Afin de favoriser une offre de services adéquate et uniforme d'une région à l'autre, les gouvernements devraient s'assurer que des normes basées sur les données probantes guident les intervenants dans l'application de leurs évaluations et interventions. Il existe des guides de pratique pour élaborer des objectifs et un plan individualisé à partir des besoins spécifiques de chacun. En guise d'exemple, le Nouveau-Brunswick a publié des *Normes relatives aux services d'intervention précoce*⁶. La France, quant à elle, dispose d'un *Guide d'appui pour l'élaboration des réponses aux besoins des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme*⁷.

Lorsque les limitations d'activités sont connues et leurs répercussions sur la vie quotidienne du jeune suffisamment précises et invalidantes, il est souhaitable de débiter le plus tôt possible les interventions précoces, et ce, même si l'on ne dispose pas encore de diagnostic formel (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, 2016). Ainsi, les interventions personnalisées et les mesures de compensation permettront à la famille et aux intervenants d'accompagner le plus possible le jeune dans l'actualisation de son potentiel

Approches misant sur l'apprentissage du comportement

› **Intervention comportementale intensive précoce (ICIP).** Une ICIP s'étend sur une durée typique de 2 à 4 années, pendant lesquelles plusieurs thérapeutes travaillent avec l'enfant entre 30 et 40 heures par semaine, et les parents disposent de temps de consultation supplémentaire.

La guidance parentale dans l'application de l'intervention ICIP au quotidien du jeune est impérative pour son développement harmonieux. L'application judicieuse de l'ICIP en milieu naturel nécessite que les parents disposent d'une formation minimale sur les principes inhérents à la modification du comportement. Un programme d'entraînement aux habiletés parentales français L'ABC du comportement d'enfants ayant un

TSA: Des parents en action? permet une meilleure généralisation de ces principes en milieu naturel. Des expérimentations de ce programme, offert en groupe à des familles ayant un enfant de moins de 7 ans présentant un TSA et recevant des services d'un établissement, sont en cours dans la Francophonie (Suisse, France et Québec [ILG et coll., 2014]). Les premiers résultats mettent en évidence que les parents deviennent mieux outillés pour comprendre les caractéristiques des TSA et disposent de pratiques d'intervention parentales efficaces et conviviales pour la famille (Ilg et coll., 2014).

Au Québec, l'adaptation du programme éducatif français composé de 10 ateliers d'une durée de 2 heures et offert toutes les 2 semaines a été effectuée (Rousseau et coll., 2015, 2016). Les résultats démontrent, en plus de suggérer l'addition de 3 ateliers, des améliorations statistiquement significatives en regard des comportements adaptatifs des enfants et une perception de gains chez les parents. Cela se traduit par des acquisitions importantes pour interagir plus harmonieusement au quotidien avec leur enfant présentant un TSA (Rousseau et coll. 2016). Les auteures de l'étude précisent que ces résultats concordent avec les données scientifiques et insistent sur la nécessité d'outiller les parents d'un enfant ayant un TSA afin d'optimiser son développement et d'améliorer à la fois la qualité de la dynamique familiale et l'acquisition d'un sentiment de compétence parentale. Souhaitons que les diverses expérimentations et formations^{8, 9} en cours permettront l'utilisation grandissante d'un seul contenu bonifié qui pourrait s'utiliser dans l'ensemble de la Francophonie et devenir un standard d'excellence de pratique.

- › **Early Start Denver Model (ESDM)** a élargi l'approche comportementale pour inclure des éléments développementaux et travailler avec les parents sur l'engagement commun et la réceptivité.

Approches liées à la communication

Ces approches se concentrent sur les aspects développementaux des interactions sociales et de la communication entre parent et enfant; elles sont généralement moins intensives et placent davantage le parent au cœur de l'intervention.

- › **Hanen More Than Word¹⁰** (HMTW ou Plus que des mots), une formation parentale de groupe d'une durée de trois mois;

› **Pre-school Autism Communication Trial** ¹¹ (PACT) est une intervention d'une durée de plus d'un an, utilisant l'enregistrement vidéo jumelé à des rencontres avec un thérapeute (dont la fréquence varie de deux fois par semaine à une fois par mois) et à des devoirs quotidiens pour les parents.

Une recherche effectuée auprès d'enfants âgés de 2 à 4 ans a consisté à former les parents pendant 12 sessions de 2 heures chacune et réparties sur une base annuelle, à effectuer quotidiennement des activités du programme PACT (Pickles et coll., 2016). Les parents se sont engagés à pratiquer les activités suggérées pendant 20 à 30 minutes chaque jour. Les résultats de cette recherche en milieu naturel démontrent une diminution des symptômes autistiques en mettant l'accent sur le développement de la communication sociale parents-enfant. Qui plus est, les bénéfices de cette intervention se sont maintenus jusqu'à six années après l'expérimentation initiale (Pickles et coll., 2016). Cette étude met l'accent sur l'importance d'intervenir tôt et de former les parents à intervenir dans leur milieu naturel, et démontre aux intervenants l'importance d'effectuer une bonne guidance parentale.

Des études récentes portant sur l'efficacité de ces approches convergent vers le même constat: plusieurs types d'interventions bien ciblées peuvent améliorer des aspects immédiats de l'autisme, tels que la communication parent-enfant et l'attention partagée. Cependant, la généralisation de tels changements aux symptômes centraux de l'autisme et à l'adaptation dans des situations réelles variées présente beaucoup plus de défis (Weitlauf et McPheeters, 2014).

Les enfants présentant un TSA à l'âge de 2 et 3 ans et qui reçoivent des services en orthophonie démontrent des progrès de leur communication à l'âge de 4 ans (MaTHAS, 2014). Les services en ergothérapie sont également recommandés: thérapie d'intégration sensorielle, habiletés motrices-sensorielles, habiletés sociales, développement moteur perceptuel (MaTHAS, 2014).

La littérature scientifique reconnaît que, plus l'intervention est précoce, meilleur est l'avenir social, émotionnel et cognitif de l'enfant, et l'instauration de cette prise en charge est conditionnelle à la précocité du diagnostic (Koegel et coll., 2014).

Projet personnalisé (plan d'intervention)

La prise en charge d'un enfant ayant reçu un diagnostic de TSA devrait débiter le plus tôt possible, idéalement dans un délai ne dépassant pas trois mois. Le plan de services (ou projet personnalisé) doit tenir compte des goûts et intérêts de l'enfant. L'implication des parents est essentielle dans l'élaboration et l'application de certains objectifs (Oono et coll., 2013).

Le projet personnalisé (plan d'intervention) précise:

- › Des stratégies d'intervention basées sur les besoins individuels du jeune, ainsi que sur ses préférences (NICE, 2013b);
- › Des objectifs fonctionnels à atteindre issus de l'évaluation. Ces objectifs doivent être observables, mesurables et couvrir les domaines suivants: le langage, la communication, les interactions sociales, le fonctionnement cognitif, les émotions, le comportement, le profil sensoriel, la motricité, les aspects somatiques, les habiletés de la vie quotidienne et les apprentissages (HAS-ANESM, 2012c).

Pour évaluer les capacités émergentes, deux outils sont intéressants: le PEP-3 (Lansing et coll., 2010) pour les enfants de 6 mois à 12 ans et l'AAPEP (Mesibov et coll., 1997) pour les adolescents et les adultes.

- › Des professionnels formés doivent assurer la mise en place et le suivi des moyens permettant l'atteinte des objectifs sélectionnés;
- › Le projet personnalisé doit débiter au plus tard avant que l'enfant n'atteigne l'âge de 4 ans ou dans les trois mois suivant le diagnostic (HAS-ANESM, 2012b);
- › Les interventions doivent être intensives et dispensées par du personnel formé dans une plage horaire de 20-25 heures par semaine. Elles doivent s'échelonner sur une période minimale de deux années (HAS-ANESM 2012a).
- › Une réévaluation régulière (idéalement aux trois mois) des objectifs doit être faite par l'équipe interdisciplinaire.

La cohérence et la continuité du projet personnalisé d'intervention auprès de l'enfant/adolescent doivent être le résultat:

- › «De la concertation avec l'enfant/adolescent lui-même et avec ses parents ou son représentant légal;
- › D'une évaluation approfondie et actualisée au moyen d'outils d'évaluation validés et reconnus;

- › De l'observation en situation quotidienne, effectuée et consignée par chaque professionnel;
- › Du partage de ces évaluations et observations dans le cadre d'un travail de synthèse transdisciplinaire mené au sein de l'équipe, permettant de formuler des hypothèses de travail et de contribuer à un questionnement collectif permanent;
- › Des échanges avec les partenaires professionnels extérieurs qui interviennent auprès de l'enfant/adolescent.» (HAS-ANESM, 2012a, p. 38).

Importance de l'implication des parents

Les adaptations et soins requis par l'enfant atteint d'un TSA peuvent constituer une charge et un stress importants pour sa famille. Les recherches démontrent plus de risques:

- › D'épuisement, d'anxiété, de dépression (Lai, 2015);
- › De divorce, de désinvestissement paternel, de dépression, de problèmes de santé, d'augmentation du stress psychologique vécu et de l'anxiété maternelle, et moins d'habiletés pour affronter l'adversité (Barnhill, 2014).

Pour réussir l'intervention auprès d'un enfant présentant un TSA, il importe d'effectuer une évaluation systématique et continue afin de suivre ses progrès et de procéder à l'ajustement des stratégies en conséquence (Beaurivage, 2013). Considérant les difficultés de l'enfant à généraliser ses apprentissages, le soutien des parents devient indispensable au maintien de ses acquis et au développement de nouvelles habiletés (AACAP, 2014).

Les intervenants doivent pouvoir offrir aux parents une guidance parentale afin que ces derniers puissent s'approprier les principes inhérents à la modification du comportement de leur jeune et à la généralisation de ses acquis. Trois types d'actions orientent cette guidance parentale (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, 2016):

- › Dans un premier temps, les parents apprennent à mieux intégrer les approches développementales et comportementales ainsi que les caractéristiques du jeune autiste, la façon qu'il a d'interagir, ses forces et ses limites;

- › Les intervenants habilite ensuite les parents à développer leurs compétences éducatives pour favoriser l'autonomie du jeune, son développement sociocognitif et communicatif, ainsi qu'une meilleure gestion de ses comportements-problèmes;
- › Enfin, les intervenants cherchent à mieux comprendre les besoins des différents acteurs familiaux en privilégiant les espaces de parole pour mieux situer la place du jeune dans l'élaboration et la mise en place de son projet de vie, à l'intérieur comme à l'extérieur du cadre familial.

Attitudes aidantes à utiliser auprès d'un jeune présentant un TSA

De manière générale, les attitudes et habitudes empreintes de constance et de cohérence, utilisées dans tous les milieux dans lesquels les enfants et adolescents avec TSA évoluent, peuvent grandement contribuer à l'actualisation de leur plein potentiel en minimisant les réactions d'adaptation négatives.

Les intervenants devraient encourager les parents d'un jeune présentant un TSA à utiliser les attitudes et les stratégies suivantes qui proviennent pour la plupart de la thérapie comportementale* et des recherches basées sur les étapes du développement social de l'enfant appliquées en milieu naturel (Smith et Ladarola, 2015; Schreibman et coll., 2015):

- › Tenir compte des goûts et centres d'intérêt de l'enfant/adolescent (HAS-ANESM, 2012e);
- › Utiliser un mode commun de communication et d'interactions avec le jeune (HAS-ANESM, 2012e);
- › Renforcer très souvent les bons comportements, ainsi que chacun des apprentissages de l'enfant, si petits soient-ils;
- › Ignorer les comportements inappropriés de l'enfant (à moins que ceux-ci soient dangereux pour lui ou pour les autres);
- › Remplacer un comportement inapproprié en renforçant l'apparition d'un comportement qui lui est incompatible (ex.: renforcer le fait de tenir ses deux mains sur ses cuisses ou plus basses que sa poitrine afin d'éviter que l'enfant mette ses mains devant ses yeux, etc.), et à

mesure que l'enfant réussit, estomper graduellement les renforçateurs;

- › Procéder à l'étude systématique des causes possibles du comportement problématique en recourant à l'analyse fonctionnelle du comportement*;
- › Utiliser fréquemment les incitations gestuelles (petite aide physique) et visuelles (pointer en direction de l'étape suivante pour aider l'enfant dans un apprentissage quelconque). À mesure que l'enfant réussit, le parent estompe graduellement les incitations;
- › Respecter les routines et les horaires établis, parce que le fait de connaître l'événement qui s'en vient diminue l'anxiété de l'enfant;
- › Avertir l'enfant avec une illustration visuelle lors d'imprévis. Lui enseigner le concept d'imprévis en débutant avec des situations imprévues positives pour lui;
- › Structurer l'environnement en diminuant au maximum les stimulations lorsqu'il travaille (ex.: utiliser un pupitre muni d'une cloison pour diminuer les stimuli visuels, mettre auprès de lui un horaire imagé des tâches à effectuer ainsi qu'un calendrier des étapes à effectuer);
- › Favoriser son sommeil en élaborant une routine du coucher stable, prévisible. Les activités précédant le coucher doivent être calmes et il est suggéré que la période du bain précède immédiatement celle du coucher (Poirier et Kozminski, 2011);
- › Utiliser davantage les indices visuels pour communiquer (ex.: tableau de communication, etc.) ou pour lui rappeler les tâches à faire lorsqu'il doit se déplacer d'un lieu à un autre (ex.: tableau pictural de tâches pour le bain, le repas, etc.). L'utilisation de tels pictogrammes permet à l'enfant de mieux connaître ce qu'il doit faire et ce que l'adulte attend de lui¹².
- › Graduer les objectifs (Poirier et Kozminski, 2011) en décortiquant une habileté finale en plus petites habiletés;
- › Préparer le jeune à une transition entre deux activités. Afin d'éviter les crises de colère lors de la transition d'une activité à une autre, l'informer à l'avance que ce qu'il est en train de faire se terminera bientôt et sera remplacé par une autre activité (l'utilisation d'un

tableau visuel des tâches ou d'un calendrier d'événements peut aider);

- › Utiliser toutes les situations pour favoriser le développement du langage du jeune (ex.: oublier volontairement un ustensile, placer un objet à une distance qu'il ne peut atteindre afin qu'il vous le demande, effectuer une action volontairement erronée comme enfiler un bas dans la main afin qu'il corrige la situation et vous démontre son étonnement, etc.);
- › Favoriser l'utilisation de «scénarios sociaux*» lui permettant de décoder les nuances des interactions sociales (ex.: les règles sociales qui régissent les échanges et ce qu'on attend de lui);
- › Privilégier les apprentissages qui ont une fonctionnalité (qui serviront à l'enfant dans son quotidien présent ou futur) et qui sont appropriés à son âge (ex.: lui enseigner une stratégie pour contrôler sa colère, aborder une situation nouvelle ou demander une information);
- › Favoriser la généralisation de ses apprentissages en s'assurant que différentes personnes enseignent cette habileté de la même façon (le père, la mère, un membre de la fratrie, l'enseignant) ou que cet apprentissage soit utilisable dans différents contextes et situations de la vie réelle (ex.: après les repas, au coucher, à l'école). Par la suite, favoriser la généralisation en modifiant une composante à la fois (ex.: lieu, matériel différent, etc.);
- › Augmenter les interactions sociales en permettant au jeune d'être souvent en contact avec des pairs et en lui enseignant les habiletés sociales.

Les intervenants doivent également s'assurer que les parents disposent régulièrement d'une ressource de répit afin de pouvoir récupérer et refaire le plein d'énergie positive. Le soutien des parents est indispensable, et ce, tout au long de la vie d'une personne présentant un TSA:

«Les soutiens psychologiques et psychosociaux ainsi que des programmes d'éducation parentale (acceptation du diagnostic, techniques de gestion du comportement, etc.), combinés à l'enseignement d'habiletés parentales positives peuvent favoriser un impact positif sur la santé mentale des parents en leur permettant de rester engagés dans le développement de leur enfant.» (Moxness, 2013, p. 37)

Ces soutiens aux parents sont essentiels pour appuyer le jeune dans l'acquisition d'habiletés sociales, de communication et de stratégies visant la création de nouveaux comportements adaptatifs.

Les ouvrages de Maurice (2005), de Leaf et McEachin (2006) et de Mineau et coll. (2013) précisent également plusieurs stratégies éducatives pour favoriser l'apprentissage, et ce, afin de redonner aux parents un sentiment de compétence dans le développement optimal de leur enfant. Ducarme (2012), Poirier et Kozminski (2011), National Autism Center (2011a, b), ainsi que Williams et Wright (2010) proposent également des ouvrages intéressants pour les parents d'enfants présentant un TSA.

Efficacité des programmes d'intervention précoce

L'Analyse appliquée du comportement (AAC)* dont l'intervention comportementale intensive (ICI), vise à enseigner aux jeunes des comportements appropriés permettant le développement de leur autonomie, de leur communication ainsi que l'élimination des troubles du comportement préjudiciables à leur fonctionnement harmonieux en société.

Une étude exhaustive de ces différents programmes d'intervention précoce auprès des jeunes enfants autistes des années 1998 à 2006 (Rogers et Vismara, 2008) révèle qu'ils sont **probablement efficaces (prometteurs)**. De plus, la revue de quatre des cinq méta-analyses* confirme leur **efficacité bien établie** (Reichow, 2012). Environ 90% des stratégies d'intervention efficaces répertoriées dans la littérature scientifique reposent sur l'application des stratégies issues de la thérapie comportementale*, de l'analyse appliquée du comportement*, de l'intervention comportementale intensive (ICI)¹³ et de l'analyse fonctionnelle du comportement* (Suhreinhich et coll., 2014; NAC, 2011b; Wong et coll., 2014).

En 2011, l'American Academy of Pediatrics a réaffirmé l'importance d'appliquer — à raison de 25 heures par semaine, 12 mois par année — l'approche ICI, et ce, en s'assurant que des activités éducatives soient liées aux objectifs précis et que l'on dispose d'un ratio intervenant-enfant de un pour un (Giroux et Giroux, 2012). Le Québec, l'Ontario, l'Alberta et plusieurs États américains ont opté pour une application de 20 heures par semaine de l'ICI pour les enfants d'âge préscolaire. En 2010, la moyenne d'heures dispensées au Québec pour ces jeunes se situait à 14 heures par

semaine (Giroux et Giroux, 2012). L'ICI appliqué en individuel est recommandé auprès des enfants âgés entre 2 ans et 8 ans, et rarement après 12 ans (MaHTAS, 2014). Toutefois, les principes de modification du comportement de cette approche s'appliquent tout au long de la vie de chacun. La section «Intervention - Attitudes aidantes à utiliser auprès d'un jeune présentant un TSA» démontre bien ce fait.

Au Québec, la Chaire de recherche du Canada en intervention précoce¹⁴ a entrepris une étude visant à mieux circonscrire les stratégies gagnantes d'implantation du programme ICI et à mesurer les effets de celui-ci sur:

- › Le développement global des enfants de 2 à 5 ans;
- › La qualité de vie de la famille et le stress parental;
- › La satisfaction des parents en regard des services d'ICI pour leur enfant.

Déjà, la littérature dégage certaines constantes concernant l'efficacité de l'ICI pour la famille:

«Pour que l'intervention ICI soit bénéfique pour toute la famille, il est préférable que celle-ci commence avant que l'enfant atteigne l'âge de 3 ans, ait lieu en partie ou en totalité au domicile de l'enfant, ne crée pas de difficulté de conciliation famille-travail, soit perçue comme efficace et soit donnée par des intervenantes susceptibles d'offrir un soutien dans l'éducation de l'enfant.» (Des Rivières-Pigeon et coll., 2014, p. 67)

À retenir

- L'utilisation de la thérapie comportementale, dont l'ICI est un exemple, constitue l'une des stratégies d'intervention pouvant être efficaces, tel que démontré par certaines études «randomisées» contrôlées (MaTHAS, 2014).
 - Cependant, l'expérience très récente montre que l'utilisation de l'ICI pour tous semble avoir des écueils:
 - › Tous les enfants ne répondent pas à cette méthode;
 - › La méthodologie des études ayant montré l'efficacité de cette méthode est critiquée (Mottron, 2016);
 - › La lourdeur de l'application a créé un goulot d'étranglement et une augmentation très importante des délais pour l'accès aux services;
 - La guidance parentale semble une modalité thérapeutique très intéressante.
-

Autres programmes

Le Québec privilégie huit approches d'intervention pertinentes à utiliser auprès des jeunes présentant un trouble du spectre de l'autisme (INESSS, 2013a):

1. Le programme TEACCH*;
2. Le modèle de Denver*;
3. La thérapie cognitivo-comportementale* pour les troubles anxieux et la gestion de la colère;
4. Le modèle UCLA de Lovaas* (intervention comportementale intensive*);
5. L'intervention centrée sur l'attention conjointe* et le jeu symbolique;
6. Les interventions éducatives comportementales générales* (ex.: enseignement des habiletés pivots, enseignement fortuit, enseignement par essai distinct);
7. L'entraînement individuel aux habiletés sociales* (scénarios sociaux*);
8. L'entraînement en groupe aux habiletés sociales*.

Dans ce survol des activités d'intervention efficaces effectué par l'INESSS (2013a), on recommande également de former les parents et les proches:

- › Formation parentale intensive à l'approche comportementale (thérapie comportementale*, intervention comportementale intensive*);
- › Formation des parents ou des enseignants sur les comportements indésirables (ex.: l'analyse fonctionnelle du comportement, les procédures de modification du comportement pour diminuer un comportement problématique).

En France, on privilégie l'intervention précoce dès l'âge de 18 mois en utilisant des programmes qui favorisent le développement global de l'enfant. Trois programmes ont démontré des augmentations d'environ 50% des habiletés de communication, de langage et des comportements adaptatifs (HAS-ANESM, 2012c):

- › L'analyse appliquée du comportement (AAC)/intervention comportementale intensive (ICI);

- › Le programme développemental de Denver;
- › Le programme éducatif TEACCH (Traitement et éducation pour enfants avec autisme ou handicap de la communication)*.

Pour aider le personnel enseignant à peaufiner ses méthodes d'enseignement, le ministère de l'Éducation de l'Ontario (2007) a développé un ouvrage de formation pertinent: *Pratiques pédagogiques efficaces pour les élèves atteints de troubles du spectre autistique*. Poirier et Des Rivières-Pigeon (2013) précisent que sur le «plan de l'environnement, il importe de privilégier les petits établissements scolaires ainsi que les petits groupes, de limiter les changements d'enseignants et de locaux ainsi que de restreindre les stimuli visuels superflus. L'enseignement se doit d'être concret, structuré, visuel et prévisible pour l'élève». (p. 148)

Il existe des interventions basées sur les données probantes applicables en milieu scolaire (Wilkinson, 2014a). Le choix d'une méthode d'intervention dont l'efficacité a fait l'objet de vérifications expérimentales (ex.: ICI, classes TEACCH, etc.) doit être privilégié. À cet égard, Reichow et coll. (2008) proposent une mesure permettant d'évaluer l'efficacité des programmes utilisés auprès des personnes présentant un trouble du spectre de l'autisme.

Dans un proche avenir, l'application de stratégies issues des neurosciences auprès des jeunes enfants autistes permettra d'apporter un nouvel éclairage sur les programmes d'intervention précoce. À cet égard, Mottron (2016) propose une refonte de l'intervention précoce intensive pour les enfants autistes d'âge préscolaire telle qu'elle existe au Québec actuellement.

Médication

Il n'existe pas de traitement pharmacologique spécifique au TSA. Ce sont les troubles concomitants qui sont visés par ce type d'intervention: troubles du sommeil, constipation, épilepsie, TDAH, anxiété, tics, comportements agressifs (AACAP, 2014). Le traitement pharmacologique doit faire partie d'une approche intégrée et individualisée. Il peut contribuer à atténuer certains comportements et réactions qui font obstacle à la progression des objectifs éducatifs et à l'intégration dans les milieux de vie.

Les traitements pharmacologiques peuvent augmenter la capacité des jeunes à profiter des programmes d'intervention. Ils leur permettent de s'intégrer dans des environnements plus variés par le traitement des problèmes de comportement sévères. Les cibles du traitement pharmacologique incluent également les troubles associés au TSA, tels que l'anxiété et la dépression. Les comportements problématiques les plus ciblés par la médication sont l'agressivité, les automutilations, l'hyperactivité, l'inattention, les comportements pseudo-compulsifs, répétitifs ou stéréotypés, ainsi que les troubles du sommeil.

Les effets secondaires potentiels des médicaments, notamment en ce qui a trait à la croissance — perte d'appétit jusqu'à retard pondéral avec les psychostimulants (méthylphénidate, amphétamine), gain de poids jusqu'à syndrome métabolique avec les antipsychotiques atypiques (rispéridone, aripiprazole) — militent en faveur d'une utilisation judicieuse et d'un suivi médical régulier. La combinaison médication et formation des parents à l'intervention est **modérément plus efficace** que l'utilisation unique de la médication pour juguler les troubles du comportement et est **modestement plus efficace** pour augmenter les comportements adaptatifs des individus avec TSA (AACAP, 2014).

Approches complémentaires

Le recours à un chien d'accompagnement peut contribuer à diminuer le niveau d'anxiété, améliorer le sommeil et soutenir l'intégration et la communication sociale de l'enfant autiste avec son entourage (Siewertsen, 2015). L'équithérapie peut également jouer un rôle dans l'apaisement des enfants présentant un TSA; elle peut aussi améliorer la posture, l'équilibre et la qualité de vie de manière générale (Weitlauf et McPheeters, 2014).

Les tablettes électroniques sont désormais présentes dans l'arsenal thérapeutique de l'enfant et de l'adolescent autistes. De nombreuses applications ont été développées pour, par exemple, soutenir la communication, fournir des repères de temps (minuterie, calendrier) et de lieu (photos) ou pour élaborer des horaires ou des séquences visuelles (Lorah et coll., 2014).

Interventions non soutenues par des preuves scientifiques

En l'absence à ce jour de preuves scientifiques basées sur des données probantes, l'immunothérapie, la chélation en métaux lourds, les traitements antibiotiques ou antifongiques, les vitamines, les régimes sans gluten et sans caséine et la thérapie utilisant de l'oxygène par hyperbare ne sont pas des interventions retenues (HAS-ANESM, 2012d; NICE, 2013b).

En conclusion

Ce trouble peut faire obstacle dans plusieurs aspects du fonctionnement au quotidien et nécessiter un soutien individuel dont l'intensité varie selon l'importance des déficits, des difficultés d'adaptation et la présence de troubles concomitants. L'étiologie de ce trouble neurodéveloppemental, complexe et très hétérogène dans ses manifestations, reste imprécise. L'hypothèse génétique est actuellement la plus investiguée. Afin de profiter de la fenêtre de plasticité cérébrale maximale (0-6 ans), il importe de repérer ce trouble et d'élaborer des objectifs de stimulation et d'interventions éducatives adaptées afin de permettre à l'enfant d'atteindre son plein potentiel. L'utilisation au quotidien par les parents de stratégies issues de la thérapie comportementale et l'obtention pour le jeune de services appropriés à ses besoins et en tenant compte de ses préférences constituent des éléments clés pour améliorer et soutenir son développement, et ce, tout au long de sa vie. Des services de soutien aux parents sont également indispensables. La formation des parents à l'utilisation de stratégies éducatives d'intervention associée à l'emploi judicieux de la médication apparaît être **modérément plus efficace** que l'utilisation unique de la médication pour juguler les troubles du comportement et **modestement plus efficace** pour augmenter les comportements adaptatifs du jeune (AACAP, 2014).

Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH)

Définition

«Le TDAH est un problème de développement neurologique qui entraîne des difficultés à moduler les idées (inattention, les gestes [bougeotte]), les

comportements [impulsivité] et même les émotions [hyperactivité].» (Vincent et coll., 2013, p. 8)

Le jeune hyperactif, inattentif et impulsif vit dans le moment présent et veut tout, tout de suite. Il éprouve énormément de difficultés à s'organiser et l'on se doit de lui fournir les moyens pour l'aider.

Ce trouble neurologique, qui affecte plusieurs neurotransmetteurs — dont la dopamine et la noradrénaline — provoque un délai de maturation cérébrale dans des régions spécifiques qui contrôlent l'attention et l'hyperactivité/impulsivité. La plus grande étude d'imagerie cérébrale, comparant les cerveaux de 1713 personnes atteintes de TDAH à 1529 individus sains, en arrive à la conclusion que le TDAH serait attribuable à un retard de maturation du cerveau et non pas à un problème de comportement provenant de la négligence des parents ou du tempérament de l'enfant (Hoogman et coll. 2017). La persistance des comportements d'inattention et/ou d'hyperactivité et d'impulsivité nuit au fonctionnement ou au développement de la personne atteinte (APA, 2015).

Il existe, selon le *DSM-5* (APA, 2015), trois formes de TDAH:

- › La forme inattentive lorsque l'inattention domine;
- › La forme hyperactive-impulsive lorsque l'agitation motrice et l'impulsivité dominant;
- › La forme mixte lorsque tous les symptômes sont présents.

Les enfants atteints d'un TDAH éprouvent généralement des difficultés à:

- › Contrôler leur activité motrice lors de tâches complexes;
- › S'exprimer et organiser leur pensée lorsqu'on les interroge;
- › Gérer leurs émotions négatives;
- › Concevoir et appliquer une stratégie leur permettant d'organiser une tâche ou de résoudre un problème;
- › Résister à la tentation et retarder la gratification;
- › Suivre les consignes (Dumas, 2013).

Le [tableau 11](#), à la page 180, précise ces signaux d'alerte.

En moyenne, le diagnostic est généralement posé vers l'âge de 7 ans. On retrouve des manifestations d'hyperactivité à l'âge préscolaire et les

comportements d'inattention se manifestent davantage à l'âge scolaire (APA, 2015).

Pour poser le diagnostic, le médecin (omnipraticien, pédopsychiatre, psychiatre, pédiatre) et le psychologue ont recours aux observations du comportement dans différents milieux (familial, scolaire ou de travail) ainsi qu'à un manuel de classification des maladies mentales reconnu internationalement (ex.: le *DSM-5* [APA, 2015] ou celui de la *CIM-10* [OMS, 2013b] ou *CIM-10-CA-CCI* [OMS, 2012]).

Prévalence

Le TDAH constitue l'un des troubles mentaux les plus fréquents; sa prévalence chez les enfants d'âge préscolaire se situe autour de 2% et elle est de 3% à 5% chez les enfants d'âge scolaire (DuPaul et Kern, 2011). Après les troubles anxieux, il constitue le second trouble le plus fréquent observé chez les enfants (Schwartz et coll., 2013). L'American Psychiatric Association établit sa prévalence autour de 5% chez les enfants et à 2, 5% chez les adultes (APA, 2015). La prévalence mondiale se situe entre 4, 5% à 5, 5% chez les enfants et de 3, 5% à 4, 5% chez les adultes (Barkley, 2013). Chez les jeunes, la prévalence du TDAH est plus élevée chez les garçons: 2G: 1F, et elle est de 1, 6G: 1F chez les adultes (APA, 2015).

Impact du TDAH

De 20% à 30% des enfants présentant un TDAH non traité connaîtront des problèmes avec la justice à l'adolescence (Causse, 2006). Les enfants présentant un TDAH et issus d'une famille dont l'un des parents est également atteint démontrent, par rapport à un groupe témoin, des performances scolaires plus faibles et des troubles d'apprentissage, d'anxiété, d'opposition et des conduites (Poissant et Rapin, 2012). Environ 80% des enfants atteints d'un TDAH continueront d'en ressentir les symptômes à l'école secondaire (lycée), et près de la moitié d'entre eux en auront toujours une fois adulte (RISMEA, 2010).

L'augmentation de la prévalence du TDAH au fil des années serait due en grande partie à une plus grande sensibilisation et à une augmentation du dépistage de ce trouble (AACAP et APA, 2015).

L'impact du TDAH est non négligeable, particulièrement s'il n'est pas pris en charge. Ses répercussions sont multiples (Vigo et Franc, 2012;

Barkley, 2013):

- › Plus de 20% de ces enfants ont déjà allumé des feux dans leur communauté;
- › Plus de 30% ont commis des vols;
- › Plus de 40% ont consommé très précocement de l'alcool et des drogues;
- › Plus de 25% ont été suspendus de leur école, jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge de 18 ans;

Les enfants présentant un TDAH à l'âge de 4 à 6 ans sont plus à risque de dépression majeure (4, 32 fois plus de risques) et de tentatives de suicide (3, 6) (Chronis-Tuscano et coll., 2010).

«Dès l'enfance, les jeunes qui ont un TDAH subissent plus de rejets, sont moins appréciés par les enseignants et les éducateurs, mais aussi par les membres de leur famille. À l'adolescence et à l'âge adulte, les difficultés interpersonnelles persistent et nuisent aux relations amoureuses et aux relations professionnelles, ce qui occasionne plus de séparations, de divorces et de pertes d'emplois.» (Guay, 2015, p. 26) Les enfants présentant un TDAH ont plus de risques que leurs pairs n'ayant pas ce trouble de développer des troubles de conduite à l'adolescence et une personnalité antisociale à l'âge adulte (APA, 2015).

Causes

Héréditaires

Le TDAH résulte de causes multifactorielles et 80% d'entre elles seraient héréditaires (Barkley, 2006). La génétique joue un rôle important. Si un jumeau identique présente un TDAH, il y a de 75% à 90% de risques que l'autre jumeau en soit également atteint (Hazen et coll., 2011; Barkley, 2013). Un autre auteur situe le risque entre 50% et 90% chez les vrais jumeaux (monozygotes) et à 30% chez les faux jumeaux (dizygotes) (Causse, 2006).

Il y aurait plus de risques de TDAH chez les enfants issus de familles qui ont un parent du premier degré atteint d'un TDAH (25% de plus, selon Barkley, 2013) ou dont les pères présentent davantage de troubles d'apprentissage. Une dépression ou un trouble anxieux est plus

fréquemment observé chez les enfants de mères atteintes d'un TDAH (Poissant et Rapin, 2012).

Environnementales

Il y aurait plus de risques de TDAH chez les enfants qui ont subi un violent choc à la tête ou ont souffert d'un manque d'oxygène à la naissance (CADDRA, 2011a). Ceux qui sont nés prématurément et dont le poids à la naissance est inférieur à 1 500 g présentent un risque de deux à trois fois supérieur (APA, 2015). Les jeunes qui ont été en contact avec des pesticides pendant leur enfance ou ont été intoxiqués par certains produits comme le plomb ou les BPC sont aussi plus à risque, de même que ceux dont la mère a consommé de l'alcool, des cigarettes ou a été exposée à des pesticides pendant la grossesse (AACAP, 2007d).

Bien que cela ne soit pas une cause établie, les parents possédant des lacunes dans leurs habiletés parentales sont davantage à risque d'avoir des difficultés à aider le jeune qui présente un TDAH. Ils doivent, par leurs interventions, éviter l'émergence de comportements inadéquats (ex.: agressivité) chez leur jeune pouvant évoluer vers des conduites antisociales.

Considérant que le TDAH peut provenir de diverses affections médicales, les échelles d'évaluation ou les tests psychologiques utilisés isolément demeurent insuffisants pour poser un diagnostic. Le rôle du médecin (omnipraticien, pédiatre, psychiatre) est important pour éliminer les causes médicales possibles: apnée du sommeil, troubles visuels ou auditifs, dérèglement de la glande thyroïde, diabète, anémie, dépendance à une drogue, commotion cérébrale ou dépression majeure, anxiété généralisée ou trouble bipolaire (CADDRA, 2011a, b). Le diagnostic d'un TDAH doit reposer sur des informations provenant de multiples sources (parents, enseignants, observations directes, etc.). Les interventions, quant à elles, peuvent débuter avant le diagnostic s'il existe des problèmes importants de comportement. De telles interventions visent à améliorer le comportement des enfants afin de prévenir les complications académiques et sociales.

L'hyperactivité est plus grande dans l'enfance et diminue de 20% à 30% à l'adolescence et à l'âge adulte. Entre 35% à 40% des cas ne présentent plus d'hyperactivité, mais maintiennent un degré d'agitation motrice plus intériorisé (Sauriol, 2001). Bien que les signes caractéristiques du TDAH

tendent à diminuer avec l'âge, ils demeurent toutefois présents chez 50% à 70% des enfants diagnostiqués (Hauth-Charlier et Clément, 2009). Plusieurs études démontrent cependant que 50% à 80% des enfants atteints continuent à présenter des difficultés majeures à l'adolescence, et 30% à 50% à l'âge adulte (Dumas, 2013).

Troubles concomitants

Plus des trois quarts des enfants ayant un TDAH présentent également un trouble associé (trouble d'apprentissage ou un autre trouble mental) (Vigo et Franc, 2012):

- › TDAH et trouble oppositionnel avec provocation dans plus de la moitié des cas (APA, 2015); avec trouble des conduites dans 25% des cas (APA, 2013);
- › TDAH avec trouble obsessionnel compulsif dans 30% des cas (Rubia et coll., 2009);
- › Le TDAH se présente parfois avec un trouble anxieux (47%) ou un trouble de l'humeur (38%) (Vincent et coll., 2013).

Ces troubles concomitants sont présents chez 87% des enfants atteints d'un TDAH; 67% des enfants atteints d'un TDAH ont au moins deux autres troubles concomitants additionnels (CADDRA, 2011a, b). Les enfants atteints d'un TDAH présentent des difficultés sur les plans social et académique, ce qui augmente le risque d'un trouble des conduites, de délinquance et de faibles résultats scolaires (Barkley, 2006).

De 10% à 15% des enfants d'âge scolaire présentent, en plus du TDAH, des troubles d'apprentissage reliés à une problématique neurologique ou neuro-développementale, d'où l'importance de recourir à la neuropsychologie (Lussier, 2010). En ce sens, le TDAH est souvent associé à un retard d'acquisition du langage et, plus tard, à des problèmes de lecture et d'écriture.

Contrairement au *DSM-IV-TR*, le *DSM-5* précise que le TDAH peut être également diagnostiqué chez une personne présentant un trouble du spectre de l'autisme ou une déficience intellectuelle (APA, 2015).

Signaux d'alerte d'un trouble du déficit de l'attention/ hyperactivité (TDAH)

Les intervenants ont avantage à repérer les signaux d’alerte d’un jeune susceptible de présenter un TDAH afin de pouvoir démarrer un plan d’intervention et de traitement en bas âge. Les observations des intervenants pourraient porter sur les comportements présentés au [tableau 11](#).

Tableau 11 • Signaux d’alerte d’un trouble du déficit de l’attention/hyperactivité¹⁵

Depuis plus de six mois, le jeune de moins de 12 ans adopte plusieurs des comportements suivants :	Oui	Non
<p>› Inattention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ne prête pas attention aux détails (ex. : mauvaise lecture des questions, fautes d’inattention) ; • A du mal à garder son attention sur une tâche (ex. : perd le fil d’une conversation, retient seulement une partie de ce qu’on lui demande) ; • Ne semble pas écouter quand on lui parle (ex. : a l’air distrait, est dans la lune) ; • Ne suit pas les consignes ou ne termine pas sa tâche (ex. : disperse son intérêt ailleurs, s’arrête au milieu d’une tâche, a de la difficulté à suivre les routines) ; • S’organise mal lorsqu’il entreprend une tâche ou une activité (ex. : est en retard dans ses travaux, ne sait pas par où commencer, ne respecte pas les délais) ; • Perd souvent les objets nécessaires à son travail (ex. : son matériel scolaire) ; • Un rien le distrait (ex. : un bruit) ; 		
<ul style="list-style-type: none"> • Évite d’accomplir des tâches qui nécessitent un effort mental soutenu ou se rebiffe lorsqu’il doit le faire (ex. : repousse l’échéancier le plus longtemps possible) ; • Oublie souvent d’accomplir des activités quotidiennes (ex. : une activité à son agenda scolaire). <p>› Hyperactivité et impulsivité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur sa chaise ; • Se lève lorsqu’il est censé rester assis ; • Court ou grimpe partout ; • Parle souvent et trop ; • A du mal à se tenir tranquille (ex. : à jouer calmement) ; • Est toujours en action (ex. : comme s’il était activé par un moteur) ; • Impose sa présence (ex. : interrompt les conversations ou se mêle de choses qui ne le concernent pas) ; • A du mal à attendre son tour (ex. : en file) ; • Répond avant qu’une question soit formulée complètement. 		

Parmi les autres caractéristiques observées chez ces enfants, on remarque la difficulté à jouer seul et à persévérer dans une activité. Ils sont incapables d'investir leurs jouets pour construire une activité structurée (ex.: faire parler des personnages) (Vigo et Franc, 2012). Par ailleurs, si des jeux vidéo sont le moins stimulants, ils peuvent au contraire passer énormément de temps à y jouer. La difficulté à résister à l'impulsivité peut se traduire par l'adoption de comportements non sécuritaires pour eux-mêmes et pour les autres (ex.: traverser la rue sans regarder).

Programmes de prévention et d'intervention précoce

De plus en plus, les programmes d'intervention précoce débutent vers l'âge préscolaire, entre 3 et 5 ans (DuPaul et Kern, 2011). Ces programmes d'intervention précoce cherchent à prévenir les difficultés académiques et le rejet social qui peuvent conduire au développement de comportements extériorisés plus importants: trouble oppositionnel avec provocation, trouble des conduites.

Le très jeune enfant désinhibé qui possède peu d'habiletés verbales éprouve des difficultés à contrôler ses émotions et à gérer les conflits, d'où l'importance de lui enseigner en bas âge ces habiletés (Pardini et Frick, 2013). Il est également important de développer davantage les habiletés parentales du père et de la mère d'un enfant présentant un TDAH.

Le programme de Barkley (2013) a pour objectif d'apprendre aux parents à mieux gérer les troubles du comportement associés au TDAH (APA, 2015). Ce programme comporte huit étapes¹⁶:

1. Apprendre à accorder une attention positive à l'enfant en privilégiant un temps de jeu avec lui pendant 15 à 20 minutes, où le parent participe à une activité qu'il a choisie;
2. Utiliser cette attention positive que recherche l'enfant afin de lui apprendre à obéir à des consignes simples au départ et, graduellement, de plus en plus difficiles;
3. Apprendre à donner adéquatement des directives efficaces;
4. Enseigner à l'enfant à persévérer dans l'accomplissement de sa tâche;
5. Mettre en place un système de jetons ou de points pour renforcer ses comportements positifs. Par ce système, l'enfant peut obtenir une

récompense ou un privilège s'il effectue une tâche prédéterminée;

6. Apprendre à utiliser la punition de façon constructive, en utilisant une procédure de «mise à l'écart» pour un comportement ciblé (mise à l'écart de l'enfant de toute source de distraction pendant une courte période de temps, ex.: demeurer assis sur une chaise en regardant le mur);
7. Généraliser l'application de la procédure de «mise à l'écart» à d'autres comportements problématiques;
8. Apprendre à gérer le comportement de l'enfant dans un lieu public.

Il est souhaitable que les programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) qui s'adressent à une clientèle TDAH mettent davantage l'accent sur «le renforcement de l'estime de soi, le soutien aux apprentissages scolaires (soutien pour les difficultés d'apprentissage, encadrement des devoirs, soutien à la motivation scolaire, collaboration avec le milieu scolaire), le développement des habiletés sociales, le développement de la maîtrise de soi (tolérance à la frustration, contrôle de l'impulsivité, gestion de la colère) ainsi que sur les pratiques familiales de communication» (Massé et coll., 2007).

Les programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) pour gérer les troubles de comportement de ces jeunes ont généralement démontré (Hauth-Charlier et Clément, 2009) des améliorations du bien-être parental se traduisant par moins de stress et de dépression, plus de satisfaction conjugale et un meilleur sentiment de compétence, une augmentation de l'habileté des parents à mieux gérer les comportements perturbateurs de leur enfant et une amélioration des relations parents-enfant.

Afin de contrer les effets négatifs liés au TDAH, le programme Mieux vivre avec le TDAH à la maison vise à mieux outiller les parents dans l'intervention auprès de leur jeune (Massé et coll., 2011a). Cette approche éprouvée scientifiquement aide les parents à adopter des stratégies éducatives favorisant le remplacement de certains comportements perturbateurs de leur enfant par des comportements plus adéquats. Les intervenants qui offrent ce programme aux parents disposent d'un manuel comportant une série de 21 ateliers, d'un cédérom contenant les documents nécessaires à l'animation et de fiches reproductibles. De plus, un DVD

présentant différentes situations de la vie quotidienne illustre les bonnes et les mauvaises attitudes parentales à adopter (Massé et coll., 2011b).

Le Programme d'intervention sur les fonctions attentionnelles et métacognitives (PIFAM) (Lussier, 2014a, b), expérimenté auprès de jeunes de 10 à 14 ans, s'étale sur 12 semaines et comporte une session de 90 minutes en petit groupe de 4 à 6 jeunes. Il a été conçu en partant du principe que le TDAH est davantage lié à un problème de gestion des ressources attentionnelles de nature exécutive plutôt qu'à un trouble de capacité attentionnelle. Une étude sur la validation scientifique de ce programme est présentement en cours.

Pour les aider dans leur quotidien, les parents peuvent contacter l'organisme PANDA¹⁷ qui, en plus d'ateliers d'échanges entre les parents, offre des suggestions de lecture et des informations pratiques dont le *Guide pour la rentrée scolaire*.

Parmi les programmes efficaces (bien établis) basés sur les données probantes, notons: les programmes d'entraînement aux habiletés parentales, la gestion des comportements en classe, les interventions effectuées auprès des pairs et l'organisation structurée du milieu d'enseignement (Evans et coll., 2014). Les programmes *Ces années incroyables* et *Équipe*, présentés ci-dessous, illustrent ces propos.

Le programme Ces années incroyables (CAI)¹⁸

Pour peaufiner les habiletés parentales, le programme *Ces années incroyables* (CAI) (Webster-Stratton et Reid, 2006, Webster-Stratton, 2011) offert par les Centres jeunesse de Montréal - Institut universitaire (Normandeau, 2008) a pour but d'outiller les parents d'enfants âgés de 5 à 10 ans qui présentent un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité, un trouble des conduites ou un trouble oppositionnel avec provocation. Les différents volets du programme visent à favoriser le développement des compétences sociales et émotionnelles des enfants et à enseigner aux parents et aux enseignants à prévenir, diminuer et traiter efficacement les troubles du comportement des jeunes. L'approche préconisée est collaborative et valorise le travail avec les parents. Le programme privilégie l'atteinte des trois objectifs généraux suivants:

- › Améliorer la relation parents-enfant;

- › Consolider les habiletés interpersonnelles des parents ainsi que leur réseau de soutien social;
- › Amener les parents à établir des limites claires, un encadrement précis, une discipline non punitive et des plans de gestion des comportements.

Le programme comporte 16 ateliers de 2 heures, à raison d'une rencontre hebdomadaire. Il privilégie le développement des habiletés de base chez les participants, permettant d'augmenter leurs interactions positives et de réduire les interventions comportementales coercitives lorsqu'ils interagissent avec leurs enfants. Selon le groupe d'enfants ciblés, quatre programmes sont disponibles:

- › Pour les bébés: 9-12 séances;
- › Pour les très jeunes (0-2 ans et demi): 12 séances;
- › Pour les enfants du préscolaire (3-5 ans): 18-20 séances;
- › Pour les enfants d'âge scolaire (6-12 ans): 12-16 séances (Webster-Stratton, 2011).

Au Québec, les effets bénéfiques de l'application du programme ont été observés: pratiques disciplinaires moins punitives, meilleures relations parents-enfant et diminution des comportements problématiques de l'enfant (Normandeau et Allard, 2007; Letarte et coll., 2010). Deux ouvrages anglophones de vulgarisation existent: le premier explique en détail le programme destiné aux enfants (Webster-Stratton, 2006) et le second porte sur l'intervention que les enseignants doivent utiliser (Webster-Stratton, 2000).

L'efficacité du programme CAI n'est plus à démontrer. Il est basé sur 30 années de recherche (Webster-Stratton, 2011) et est recommandé par la section 12 de l'American Psychological Association. Chez les enfants d'âge préscolaire à risque de développer un TDAH, les programmes d'entraînement aux habiletés parentales se sont avérés plus efficaces que l'utilisation de la médication méthylphénidate¹⁹ (Charach, 2013). Par rapport au groupe témoin, le programme CAI a entraîné une diminution de 31% des symptômes du TDAH (Schwartz et coll., 2016d).

Le programme Équipe

Le programme Équipe est la version francophone du programme COPE²⁰ (Nicols, 2009; Thorel, 2009) et il est utilisé au Québec dans divers

établissements. Il comporte 10 rencontres hebdomadaires de grands groupes de parents. L'amélioration des compétences parentales se fait par une méthode active et participative. Plusieurs études contrôlées «randomisées» ont démontré son efficacité sur les troubles du comportement et le TDAH, en particulier chez les enfants d'âge préscolaire (Cunningham et coll., 1993). Il a été démontré que le programme Équipe:

- › Améliore les comportements des enfants jusqu'à six mois après l'intervention;
- › Contribue à l'amélioration de la perception que les parents ont de leur enfant et augmente leur sentiment de compétence jusqu'à six mois après l'intervention;
- › Baisse significativement le niveau de stress dans la famille (Ben Amor, 2014).

Intervention

Le jeune hyperactif, inattentif et impulsif vit dans le moment présent et veut tout, tout de suite. Il éprouve énormément de difficultés à s'organiser et l'on se doit de lui fournir les moyens pour l'aider. Chez les enfants d'âge préscolaire (3 à 5 ans) présentant un TDAH, l'intervention psychosociale (comportementale, psychoéducative) axée sur l'enfant et la famille est privilégiée (DuPaul et Kern, 2011).

Intervention comportementale

Les thérapies comportementales* utilisées auprès des jeunes présentant un TDAH doivent présenter les trois composantes suivantes:

- › Développer chez les parents de meilleures habiletés parentales;
- › Utiliser les procédures de modification du comportement à la maison et à l'école;
- › Enseigner au jeune présentant un TDAH l'acquisition et le maintien de meilleures habiletés comportementales.

Auprès de ces jeunes, les sessions de formation sur la modification du comportement offertes aux parents et l'application de stratégies de modification du comportement en classe constituent deux interventions efficaces dans le traitement du TDAH. Des programmes spécifiques d'intervention et d'entraînement aux habiletés parentales ont été conçus expressément pour les parents de cette clientèle (Barkley, 1995a, b, 2000,

2005; Barkley et Murphy, 2006; DuPaul et Kern, 2011; Hauth-Charlier, 2009; Hauth-Charlier et Clément, 2009).

Attitudes aidantes

Les intervenants gagneraient à suggérer aux parents d'utiliser les stratégies suivantes:

Être positif et proactif dans l'encadrement

- › Maintenir une relation positive avec l'enfant en valorisant les forces qu'il possède et en participant avec lui à une ou des activités où il excelle;
- › Lui témoigner de l'amour inconditionnel en considérant la globalité de son développement. Ne pas être réductionniste en se concentrant uniquement sur son déficit d'attention et sur son hyperactivité, ce qui aurait tendance à donner une perspective négative de lui. Ne manquer aucune occasion de renforcer son autonomie;
- › Maximiser les approbations des bons comportements et les renforcer le plus souvent possible;
- › L'aider à nommer l'émotion qu'il ressent et à exprimer sa frustration par des mots et non par des gestes;
- › Lui montrer à reconnaître les signaux précurseurs de sa frustration et de sa colère et les facteurs qui déclenchent ces émotions;
- › Adopter pour la famille ou pour la classe des règles de conduite claires et s'assurer de pouvoir les faire respecter s'il y a dérogation à l'une d'elles (ex.: pas de violence physique ou verbale, respect de l'intimité d'autrui, pas d'amis à la maison si les parents n'y sont pas, etc.). Prévoir les conséquences pour le jeune s'il déroge à ces règles de conduite (Lussier, 2010).

Agir concrètement

- › Pour favoriser ses apprentissages, lui procurer un milieu de vie stable, calme et structuré:
 - Diminuer autant que possible les stimulations visuelles ou auditives, qui peuvent interférer avec la tâche qu'il exécute;
 - Afficher clairement le temps que dure l'activité et l'informer de la quantité de travail qu'il doit effectuer (Lussier, 2010);

- › L'aider à apprendre à s'organiser en favorisant l'adoption de routines stables;
- › Alternier entre une activité académique de courte durée suivie d'une activité physique où il peut dépenser son énergie;
- › Utiliser des balles antistress qu'il peut comprimer et placer des balles de tennis sous les pattes de la chaise pour diminuer le bruit;
- › Utiliser un pense-bête détaillant les choses à effectuer ou des repères visuels installés dans les endroits stratégiques où il doit se rendre pour effectuer diverses tâches — ce type de tableau précise les attentes à son égard dans différentes situations. Ne pas oublier de le renforcer socialement lorsqu'il exécute ces tâches;
- › Lui démontrer l'importance d'effectuer une chose à la fois et de répondre immédiatement à la consigne qui lui est adressée. Une fois acquise, cette méthode de travail lui sera très utile tout au long de sa vie.

Communiquer

- › En s'assurant qu'il regarde son interlocuteur lorsque celui-ci émet fermement une consigne courte et claire;
- › En privilégiant l'utilisation du «je», ce qui est beaucoup plus personnalisé;
- › En ne lui demandant pas trop de choses en même temps;
- › En formulant vos demandes d'un ton convaincant — des consignes brèves, claires et positives (ex.: «Laisse l'eau à l'intérieur du bain» plutôt que: «Ne jette pas l'eau hors du bain») (Lavigueur, 2012);
- › En l'incitant à répéter la consigne (ex.: «Répète ce que je t'ai demandé»);
- › En lui demandant de ralentir son débit verbal, ce qui l'aidera à diminuer la cadence de ses pensées.

Être au même diapason

- › Le plan d'intervention de la maison et celui de l'école doivent être discutés, entérinés et, surtout, rigoureusement appliqués. Éviter d'utiliser des plans d'intervention comportant trop d'objectifs — se limiter à quatre ou cinq objectifs principaux.

Le faire bouger

- › Favoriser la participation du jeune à une ou des activités physiques de groupe qu'il aime afin de l'aider à diminuer le stress et lui apprendre à mieux gérer ses frustrations (ex.: arts martiaux, yoga, etc.). Ce type d'activités lui permet de dépenser son énergie et devrait être encouragé;
- › L'inscrire à des activités culturelles et sociales lui permettant de développer ses aptitudes (ex.: musique, arts plastiques, etc.);
- › L'inciter à participer à des jeux de rôle (jouer à l'école, au magasin, etc.) ou à des jeux amusants (ex.: «Jean dit...»).

Lui apprendre à se détendre

- › Lui montrer différents moyens de se relaxer (prendre de grandes respirations abdominales, écouter une musique qui le calme, etc.).

Être constant

- › Éviter l'escalade des argumentations dans les interventions. S'il ne fait rien en rapport avec la consigne, lui dire: **premier avertissement** et répéter la consigne une autre fois. S'il refuse de nouveau, dire: **deuxième et dernier avertissement**, puis répéter une dernière fois la consigne calmement et avec fermeté. S'il n'effectue pas l'action demandée, le retirer dans sa chambre ou sur une chaise à l'écart des stimulations (sans téléviseur, ordinateur, jeu, etc.) pendant 5 à 10 minutes ou jusqu'à ce qu'il soit calme. Contrôler vos émotions en intervenant ainsi. Pour être efficace, la «mise à l'écart» dans la chambre ou sur une chaise doit absolument avoir un effet dissuasif sur le comportement de désobéissance du jeune.

Être prévoyant

- › Privilégier l'utilisation de routines, car en répétant les gestes ou les situations régulièrement, le jeune se sent plus en sécurité et peut ainsi anticiper ce qui s'en vient;
- › Lorsqu'une tâche ou une situation est plus difficile pour le jeune, la modifier en la rendant moins stressante (ex.: en la divisant en petites étapes) ou demeurer près de lui afin d'encourager ses efforts. Au fur et à mesure de ses réussites, s'éclipser graduellement afin qu'il apprenne à l'exécuter seul;
- › Restreindre l'accès aux jeux vidéo et à la télévision en soirée afin de favoriser un sommeil réparateur. Opter pour des activités plus calmes

(ex.: lecture);

- › Favoriser un meilleur apprentissage des transitions en l'avertissant que dans 5 à 10 minutes, la tâche actuelle sera terminée et qu'une autre débutera bientôt.

Éviter la colère

- › La colère est bien mauvaise conseillère et pourrait être interprétée par le jeune comme une faiblesse ou un découragement de votre part. Il se peut que certaines journées soient moins bonnes que d'autres. Garder l'espoir de jours meilleurs: «Rome ne s'est pas construite en une journée».

Être perspicace

- › Organiser les tâches ou activités en faisant suivre une activité moins intéressante pour le jeune par une autre beaucoup plus motivante pour lui (ex.: ranger sa chambre, puis jouer à un jeu par la suite).

Lui apprendre une méthode de résolution de problème. Lui demander:

- › D'identifier le problème;
- › De proposer deux ou trois solutions plausibles;
- › D'analyser les avantages et inconvénients de chacune des solutions;
- › De choisir la solution qui est la meilleure pour lui et son entourage;
- › D'évaluer les résultats de la stratégie utilisée.

Ne pas oublier de le féliciter et de l'amener à s'autogratisier lorsqu'il applique cette meilleure solution.

Encourager le développement de son estime de soi:

- › En lui confiant des responsabilités autres que scolaires et que vous savez qu'il est capable de réussir;
- › En renforçant ses réussites et en lui rappelant ses forces;
- › En créant des situations et en les utilisant pour lui communiquer que vous êtes fier de lui et que vous l'admirez (Lavigueur, 2012).

Parents et intervenants gagneraient également à structurer les différents moments de la journée du jeune (lever, départ pour l'école, transitions, repas, coucher) en disposant des repères visuels ou auditifs afin de l'aider à

se souvenir des exigences comportementales que chaque moment requiert. Différents trucs et astuces sont disponibles (Perreault et coll., 2013).

Pour y arriver, il importe également de penser à soi: s'accorder des moments privilégiés (ex.: fins de semaine en amoureux) ou effectuer des activités permettant de diminuer le stress (ex.: relaxation, méditation, yoga, etc.).

À retenir

On peut résumer en une phrase la stratégie d'intervention que le parent se doit d'adopter: «Le vrai défi au fond n'est pas tant dans l'attitude que l'on doit adopter, mais dans la capacité à rester, ou non, maître de soi en tant qu'adulte.» (Vigo et Franc, 2012)

Intervention psychoéducative

Vers 8 ans environ, les enfants sont en âge de comprendre les indications de leur maladie et on peut leur expliquer comment celle-ci affecte leur quotidien. Surtout, on peut leur enseigner ce qu'ils peuvent faire pour en diminuer les impacts: prendre régulièrement la médication prescrite et adopter une bonne hygiène de vie (alimentation, sommeil, habiletés de gestion de la colère, habiletés sociales à développer davantage, etc.). Pour expliquer aux enfants ce qu'est l'hyperactivité, le livre *Mon cerveau a besoin de lunettes* constitue un ouvrage intéressant (Vincent, 2010) et celui de Shapiro (2013) précise comment développer les compétences essentielles de l'enfant. Les interventions psychosociales efficaces consistent à utiliser des stratégies pour aider le jeune à pallier ses déficits (avoir de la difficulté à planifier, se situer difficilement dans le temps, être peu motivé, mal gérer ses émotions et ses frustrations) et à promouvoir ses comportements adaptatifs, ainsi que ses habiletés académiques et sociales (Eiraldi et coll., 2013).

Intervention neuropsychologique²¹

Cette évaluation complémentaire permet d'appuyer le diagnostic de TDAH de manière plus objective (Vincent, 2013). Ce type d'évaluation circonscrit davantage la capacité d'attention, de la mémoire de travail, de la vitesse de

traitement de l'information et des fonctions exécutives. Il importe de bien cerner l'impact des lacunes dans les fonctions exécutives, car elles jouent un rôle majeur dans l'apprentissage. Les jeunes atteints d'un TDAH ont plus de difficulté à:

- › Filtrer les stimuli;
- › Y extraire l'information pertinente;
- › En faire une synthèse et à établir les priorités;
- › Entreprendre une tâche, à la poursuivre et à passer efficacement à une autre (flexibilité cognitive), surtout si elle se prolonge et est associée à un moins grand plaisir immédiat (Perreault et coll., 2013).

L'évaluation neuropsychologique a le mérite de bien reconnaître les forces et les faiblesses du jeune. Elle apporte des recommandations afin de préciser les accommodations scolaires à privilégier et les aménagements de travail qui amélioreront sa performance. L'évaluation psychométrique du fonctionnement cognitif permet quant à elle de dépister les troubles d'apprentissage et de cerner le potentiel du jeune.

Psychothérapie

S'il y a des troubles concomitants présents en plus du TDAH, la thérapie comportementale* (modification du comportement) appliquée au quotidien est l'approche privilégiée. La thérapie interpersonnelle*, la thérapie centrée sur la famille*, la thérapie par l'art* et la thérapie par le jeu* sont également suggérées dans les *Lignes directrices canadiennes pour le TDAH* (CADDRA, 2011a).

Médication²²

Avant de prescrire un médicament pour un enfant TDAH, il est recommandé que le médecin (AACAP, 2007d) procède à un entretien avec le jeune et ses parents, utilise des échelles d'évaluation du comportement, dispose d'une évaluation intellectuelle ou psychologique au besoin et effectue un examen physique.

L'American Academy of Pediatrics a conçu le *Guide de pratique clinique du diagnostic, de l'évaluation, et du traitement du TDAH* (AAP, 2011) pour la clientèle âgée de 4 à 18 ans. Chez les enfants de 4 ou 5 ans, elle préconise d'abord les interventions comportementales auprès du petit et

de sa famille. Le recours à la médication se fera si ces traitements échouent et/ou dans certaines conditions (dangerosité des comportements impulsifs, retentissement fonctionnel majeur, etc.). Pour les clientèles de 6 à 18 ans, l'utilisation d'une médication, accompagnée au besoin de thérapies comportementales, est suggérée.

La combinaison des thérapies comportementales (TC) et de la médication à base de stimulants constitue le meilleur traitement pour diminuer l'hyper-activité et l'impulsivité, ainsi que pour augmenter l'attention et les habiletés d'interactions sociales (AACAP et APA, 2013).

Un recensement de 26 études contrôlées, utilisant la modification du comportement, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et la médication à base de méthylphénidate rapporte que l'utilisation de la médication seule ou avec l'une ou l'autre de ces thérapies est significativement plus efficace que l'utilisation d'une approche psychothérapeutique seule pour réduire les symptômes du TDAH (Schwartz et coll., 2013).

La médication à base de méthylphénidate (Ritalin®, Rilatine®, Biphentin®, Concerta®, PMS-Méthylphénidate®) et les sels d'amphétamine (Dexedrine®, Dexedrine Spansule®, AdderalXR®, Vyvanse®) réduisent les symptômes **et améliorent l'évolution** à moyen et long terme. À part la classe de stimulants (méthylphénidate et sels d'amphétamine), il y a deux médicaments non stimulants indiqués pour le TDAH (Strattera® ou Intuniv XR®) ou bien en adjuvant aux stimulants (Intuniv XR®). Les recherches démontrent que les enfants présentant un TDAH peuvent effectivement être aidés par l'apport des thérapies comportementales et cognitivo-comportementales, ainsi que par la médication (méthylphénidate), cette dernière étant néanmoins considérée comme la plus efficace (Schwartz et coll., 2013). Les médecins peuvent avoir recours à un *Aide-mémoire pour la médication TDAH au Québec*²³. Ils peuvent également consulter avantageusement l'article: «Pilules et TDAH, pourquoi, pour qui, comment?» (Vincent et Sirois, 2013).

Le document *Les lignes directrices canadiennes sur le TDAH* mentionne que, pour environ 20% des patients, les médicaments ne sont pas très efficaces (CADDRA, 2011a, b). Environ 70% des jeunes avec un TDAH répondent bien à la médication dopaminergique et/ou noradrénergique.

L'analyse de la littérature démontre que le traitement médicamenteux «est efficace sur les symptômes du TDAH (attention, hyperactivité, impulsivité) à court terme; est efficace sur les troubles cognitifs (déficits attentionnels, déficit des fonctions exécutives incluant mémoire de travail, planification); a un effet favorable sur les retentissements secondaires (troubles des apprentissages, relations sociales, estime de soi, comportements d'opposition)». (Haute Autorité de Santé, 2014e, p. 53)

Lorsque des interventions psychosociales n'ont pas entraîné suffisamment d'amélioration chez un jeune présentant des comportements agressifs et un TDAH, il est recommandé d'utiliser d'abord les psychostimulants (méthylphénidate et amphétamine) puisqu'ils présentent peu d'effets secondaires importants (Gorman et coll., 2015). Advenant une mauvaise réponse à ces médicaments pour diminuer le comportement agressif, le second choix est la rispéridone. Cependant, malgré son efficacité, ce médicament présente des effets secondaires indésirables plus importants (Gorman et coll., 2015).

Une étude américaine effectuée auprès de 135 garçons souffrant d'un TDAH suivis pendant 33 ans et d'un groupe témoin mentionne que la tendance à abandonner la médication à l'adolescence ou à ne pas s'assurer que la dose prescrite soit toujours dans la fenêtre thérapeutique peut être dévastatrice pour la performance scolaire et l'emploi. Même si 75% des patients ne présentent plus les symptômes requis pour le diagnostic, ils gardent les séquelles des problèmes qu'ils ont vécus dans leur enfance. Trente-trois ans plus tard, l'étude démontre:

- › Qu'ils sont sept fois moins susceptibles d'aller à l'université;
- › Qu'ils sont sept fois plus susceptibles de ne pas terminer leurs études de niveau secondaire (lycée);
- › Que leur couple est trois fois moins stable;
- › Qu'ils ont trois fois plus de problèmes d'alcool et de drogues (Klein et coll., 2012).

Mentionnons cependant qu'environ le tiers des enfants présentant un TDAH ne démontre pas ce trouble à l'âge adulte (Cherkasova et coll., 2013). Par ailleurs, il existe plusieurs facteurs pouvant prédire la persistance du TDAH à l'âge adulte:

- › La sévérité du TDAH pendant l'enfance;

- › La concomitance avec un autre trouble mental (TOP, trouble de l'humeur, troubles anxieux);
- › De mauvais résultats scolaires;
- › Un faible QI;
- › Peu d'habiletés sociales;
- › Des troubles du comportement ou un trouble mental chez l'un des parents;
- › Des conflits parentaux (Barkley et coll., 2008).

En conclusion, rappelons l'importance d'évaluer les symptômes et le dysfonctionnement, et d'ajuster le traitement (médication et thérapies) en fonction des besoins.

À retenir

- «Le TDAH est un problème de développement neurologique qui entraîne des difficultés à moduler les idées (inattention, les gestes [bougeotte], les comportements [impulsivité] et même les émotions [hyperactivité]).» (Vincent et coll., 2013, p. 8).
 - Un ou deux élèves par classe présentent un trouble du déficit d'attention avec hyperactivité (TDAH). Ce trouble se manifeste de deux façons: a) l'inattention; b) l'hyperactivité et l'impulsivité.
 - En moyenne, le diagnostic est généralement posé vers l'âge de 7 ans.
 - Le TDAH provient de causes multifactorielles et 80% d'entre elles seraient héréditaires.
 - Sa prévalence se situe à 5% chez les enfants et à 2, 5% chez les adultes.
 - Les programmes d'intervention précoce débutent de plus en plus vers l'âge préscolaire. Ils cherchent à prévenir les difficultés académiques et le rejet social qui peuvent conduire au développement de comportements extériorisés plus importants: trouble oppositionnel avec provocation, trouble des conduites.
 - Les programmes d'entraînement aux habiletés parentales (ex.: Ces années incroyables) ont été démontrés efficaces. La thérapie comportementale* appliquée au quotidien, la thérapie interpersonnelle, la thérapie centrée sur la famille, la thérapie par l'art et la thérapie par le jeu sont suggérées dans les *Lignes directrices canadiennes pour le TDAH* (CADDRA, 2011a, b).
 - Environ 70% des jeunes avec un TDAH répondent bien à la médication dopaminergique et/ou noradrénergique. Les études ont démontré qu'entre 6 ans et 18 ans, la médication est la meilleure option de traitement des symptômes du TDAH. La combinaison de la médication et de la thérapie comportementale permet de diminuer les problèmes associés (opposition, agressivité, anxiété, etc.) et donc d'améliorer le fonctionnement global du jeune.
-

Lectures suggérées

TSA

Ducarme, D. (2012). *Guide pour les parents d'enfants avec autisme et TED*. Autisme France.

http://associationlacroisee.org/uploads/3/4/9/7/34970674/guide_pour_les_parents_denfants_autistes.pdf

Fédération Française de Psychiatrie et Haute Autorité de Santé (FFP/HAS, 2012). *Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme*.

www.has-sante.fr/portail/jcms/c_468812/fr/recommandations-pour-la-pratique-professionnelle-du-diagnostic-de-l-autisme

Fédération québécoise de l'autisme (FQA, 2016). *Guide à l'intention des familles*. www.autisme.qc.ca/nos-produits.html#nouv

Leaf, R. et McEachin, J. (2006). *Autisme et A.B.A.: une pédagogie du progrès*. Toronto: Pearson Éditeur.

Maurice, C. (2005). *Intervention comportementale auprès des jeunes enfants autistes*. Montréal: Chenelière Éducation.

Mineau, S., Duquette, A., Elkouby, K., Jacques, C., Menard, A., Nérette P.-A., Pelletier, S. et Thermidor, G. (2013). *L'enfant autiste: Stratégies d'interventions psychoéducatives*. Montréal: Éditions du CHU Sainte-Justine.

Ministère de l'Éducation de l'Ontario (2007). *Pratiques pédagogiques efficaces pour les élèves atteints de troubles du spectre autistique. Guide pédagogique*.

www.edu.gov.on.ca/fre/general/elemsec/speced/autismSpecDisf.pdf

Moxness, K. (2013). «Vivre avec un enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme: l'impact sur les familles», *Psychologie-Québec/Dossier*, vol. 30, (2), p. 35-38.

National Autism Center (2011). *Autisme et pratiques fondées sur les preuves. Guide à destination des parents. Informations et ressources pour les familles d'enfants atteints de troubles du spectre autistique.* www.autisme-france.fr/offres/file_inline_src/577/577_P_21042_12.pdf

Poirier N. et Kozminski C. (2011). *Accompagner un enfant autiste: Guide pour les parents et les intervenants.* Québec: Presses de l'Université Laval.

Turcotte, N. (2013). *En attendant la confirmation d'un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme pour leur enfant: Document s'adressant aux parents.*

www.portailenfance.ca/wp/wp-content/uploads/2013/07/Turcotte_Nathalie_Livrable_2013_version-finale.pdf

Williams, C. et Wright, B. (2010). *Vivre avec le trouble du spectre de l'autisme. Stratégies pour les parents et les professionnels.* Montréal: Chenelière Éducation.

TDAH

Bioulac, S., Bouvard, M. et Saiag, M.-C. (2007). *Comment aider mon enfant hyperactif?* Paris: Odile Jacob.

Causse, C. (2013). *Les enfants hyperactifs: Le guide indispensable aux parents et aux enseignants confrontés à l'hyperactivité.* Monaco: Alpen.

Centre jeunesse de Montréal — Institut universitaire (2008). «*Ces années incroyables*»: un programme d'entraînement aux habiletés parentales pour les parents d'enfants âgés de 5-10 ans qui présentent des troubles de la conduite. Montréal: Centre jeunesse de Montréal — Institut universitaire. http://observatoiremaltraitance.ca/Documents/Ces_annees_incredibles_Programme_2010-12-07.pdf

Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (2010). *Ce qu'il faut savoir. La façon de venir en aide aux enfants et adolescents ayant un trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention.* www.cheo.on.ca/uploads/ADHD/Microsoft%20Word%20-%20ADHD%20FR.doc.pdf

Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants (2014). *Hyperactivité et inattention (TDAH)*. www.enfant-encyclopedie.com/hyperactivite-et-inattention-tdah/ressources

Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants (CEDJE) et du Réseau stratégique de connaissances sur le développement des jeunes enfants (RSC-DJE)(2014). *Coup d'œil sur le TDAH. Aider votre enfant à porter attention*. www.enfant-encyclopedie.com/sites/default/files/docs/coups-oeil/tdah-info.pdf

Esantementale.ca (2014). *La façon de venir en aide aux enfants et aux adolescents ayant un trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention: Information à l'intention des parents et les aidants*. www.esantementale.ca/Ottawa-Carleton/La-facon-de-venir-en-aide-aux-enfants-et-aux-adolescents-ayant-un-trouble-dhyperactivite-avec-deficitde-lattention-Information-a-lintention-des-parents-et-les-aidants/index.php?m=article&ID=8893

Hébert, A. (2015). *TDA/H: La boîte à outils. Stratégies et techniques pour gérer le TDA/H*. Boucherville: Éditions de Mortagne.

Lavigueur, S. (2012). *Ces parents à bout de souffle*. Montréal: Québecor.

Lussier, F. (2010). *100 idées pour mieux gérer les troubles de l'attention*. Paris: Tom Pousse.

Massé, L., Verreault, M. et Verret, C. (2011). *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison*. Montréal: Éditions Chenelière Éducation et Centre de communication en santé mentale (CECOM) de l'Hôpital Rivière-des-Prairies (+ cédérom).

Massé, L., Verreault, M. et Verret, C. (2011b). *Capsules de modelage de l'ensemble Mieux vivre avec le TDA/H*. Centre de communication en santé mentale (CECOM) de l'Hôpital Rivière-des-Prairies (DVD). <http://cecom.qc.ca/boutique/mieux-vivre-avec-le-tdah-a-la-maison>

Montréal — Institut universitaire (2008). «*Ces années incroyables*»: un programme d'entraînement aux habiletés parentales pour les parents d'enfants âgés de 5-10 ans qui présentent des troubles de la conduite. p. 2-3.

http://observatoiremaltraitance.ca/Documents/Ces_annees_incroyables_Programme_2010-12-07.pdf

Sauvé, C. (2007). *Apprivoiser l'hyperactivité et le déficit de l'attention*. Montréal:

www.enfant-encyclopedie.com/sites/default/files/docs/coups-oeil/tdah-info.pdf Éditions du CHU Sainte-Justine.

Shapiro, L. E. (2013). *Quand un enfant vit avec un TDAH*. Montréal: La Boîte à livres.

Société canadienne de psychologie (2009). *Le trouble de déficit de l'attention/ hyperactivité*. www.cpa.ca/lapsychologiepeutvousaider/TDAH

Taylor, J. F. (2012). *Guide de survie pour les enfants vivant avec un TDAH*. Québec: Midi trente.

Vigo, S. et Franc, N. (2012). *Mon enfant est hyperactif (TDAH). Regards croisés d'une maman et d'un pédopsychiatre*. Bruxelles: De Boeck Université.

Vincent, A. (2010). *Mon cerveau a besoin de lunettes. Vivre avec l'hyperactivité*. Montréal: Les Éditions Québecor.

-
1. Les troubles neurodéveloppementaux débutent durant le développement de l'enfant, la plupart du temps avant qu'il ne commence l'école primaire, et ils entraînent une altération de son fonctionnement personnel, social et scolaire. Ils comprennent: le handicap intellectuel, les troubles de la communication (du langage, de la phonation, de la communication sociale [pragmatique] et de la fluidité verbale [ex.: le bégaiement]), le trouble du spectre de l'autisme, le trouble du déficit d'attention/hyperactivité, les troubles neurodéveloppementaux moteurs (troubles de la coordination), les mouvements stéréotypés et les tics.
 2. Inspiré de: APA (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux — DSM-5*. Paris: Elsevier Masson, p 58. Ce tableau est un outil non validé scientifiquement et il se doit d'être analysé par un professionnel de la santé compétent en lien avec les critères du DSM-5 ou de la CIM-10. La prudence est de mise avant de tirer quelque conclusion que ce soit. Les professionnels (médecins et psychologues) peuvent utiliser les outils de l'annexe 1 pour les aider à poser le diagnostic d'un TSA. Un jeune qui présente un TSA doit être pris en charge par une équipe spécialisée dans le traitement de ce trouble.
 3. <http://mchatscreen.com/>
 4. Ces outils nécessitent une formation et doivent être utilisés par un professionnel familier avec le TSA. De plus, l'utilisateur doit posséder la formation de base exigée par la maison d'édition

(www.hogrefe.fr).

5. En France, on utilise davantage la terminologie «projet personnalisé» (ANESM, 2012) ou «projet d'accueil et d'accompagnement» (loi du 2 janvier 2002) et, au Québec, on préconise les notions de «plan de services» et «plan d'intervention».
6. www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/ed/pdf/ELCC/ECHDPE/InterventionPrecoce.pdf
7. www.cnsa.fr/documentation/cnsa-dta-2016_web.pdf
8. Au Québec: L'ABC du comportement d'enfants ayant un TSA: des parents en action!
www.crditedmcq.qc.ca/client/formations/2016_12_02_Fiche_ABC_2016_2017.pdf
9. En France: Implanter un programme de formation aux habiletés parentales pour les parents d'enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA).
<http://craalsace.dph-jof-dck01.host.ago-fr.net/wp-content/uploads/2016/05/FormationABC2016.pdf>
10. www.hanen.org/Guidebooks---DVDs/Parents/More-Than-Words.aspx
11. www.bbmh.manchester.ac.uk/pact/about
12. Par exemple: www.ideopicto.com
13. Originellement, les programmes d'intervention comportementale intensive s'utilisaient auprès des enfants de moins de 4 ans et s'appuyaient sur l'application individualisée des procédures comportementales préconisées par l'analyse appliquée du comportement, et ce, durant une période de 20 à 40 heures/ semaine pendant au moins 2 années (Smith, 2010). Plusieurs études tendent à démontrer que l'on peut obtenir des résultats comparables à ceux de l'étude de Lovaas (qui utilisait 40 heures/semaine d'intervention dans un contexte d'intervention individuelle) en allouant 12 à 30 heures/semaine d'intervention (Mercier et Cusson, 2005). Dans son relevé des pratiques exemplaires à adopter en regard de l'intervention, le Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2007) recommande cette approche afin de diminuer les comportements inappropriés et renforcer les comportements adaptés. La Société canadienne de pédiatrie (SCP, 2004), quant à elle, considère raisonnable d'établir une période minimale de 15 heures d'enseignement structuré et individualisé.
14. https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw030?owa_no_site=1749
15. Inspiré de: APA (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux — DSM-5*. Paris: Elsevier Masson, pp. 67-75. Ce questionnaire est un outil non validé scientifiquement et se doit d'être analysé par un professionnel de la santé compétent. La prudence est de mise avant de tirer quelque conclusion que ce soit. Les professionnels peuvent utiliser les outils en Annexe 1 pour les aider à poser le diagnostic d'un TDAH.
16. Certains ouvrages francophones expliquent davantage ces étapes: Bioulac et coll., 2007; Vigo et Franc, 2012.
17. PANDA (Personnes aptes à négocier le déficit d'attention avec ou sans hyperactivité)
www.associationpanda.qc.ca
18. <http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Ces-ann%C3%A9es-incroyables.aspx>
19. Le méthylphénidate (Ritalin®, Rilatine®, Biphentin®, Concerta®, PMS-Méthylphénidate®).
20. www.rfto.ca/cope; le programme Équipe: www.programme.com
21. L'ouvrage de Lussier (2010) offre aux parents une centaine de solutions pour les aider à mieux organiser un environnement favorable et à faciliter la vie de l'enfant et de la famille. Il présente également différents moyens aux intervenants pour améliorer la communication avec le jeune.
22. Préparé par l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry et l'American Psychiatric Association (2013), un guide pour les parents qui désirent obtenir plus d'informations sur la médication est disponible: www.parentsmedguide.org

23. Nous remercions la D^{re} Annik Vincent, psychiatre à la Clinique FOCUS, pour son autorisation nous permettant de citer deux liens donnant accès à un aide-mémoire pour la médication TDAH: www.attentiondeficit-info.com/: Nouveautés/capsules vidéo sur le traitement médical du TDAH; Nouveautés/ tableaux des médicaments TDAH mis à jour en septembre 2015.

Troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites

Les deux troubles mentaux¹ les plus fréquents rapportés chez les jeunes dans cette catégorie sont le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) et le trouble des conduites (TC). Le *DSM-5*, contrairement au manuel diagnostique précédent, permet de poser à la fois un diagnostic de trouble oppositionnel avec provocation (TOP) et de trouble des conduites (TC) chez un jeune.

Trouble oppositionnel avec provocation (TOP)

Définition

Les caractéristiques du trouble oppositionnel avec provocation (TOP) se regroupent en trois catégories de comportements (voir le [tableau 12](#) à la page 200):

- › Une humeur colérique/irritable fréquente et persistante;
- › Un comportement opposant axé sur l'argumentation;
- › Un comportement rancunier (APA, 2015).

L'enfant qui s'oppose (Dumas, 2013) résiste aux limites imposées par la vie de groupe, n'accepte pas les compromis, n'assume pas la responsabilité de ses actions, fait des crises de colère lorsqu'on le force à obéir et est souvent rancunier. L'enfant qui provoque (Dumas, 2013) cherche à tester les limites et à contester les exigences imposées, prend plaisir à provoquer ou à agacer les autres, accepte mal d'être lui-même taquiné, est susceptible et manque de patience et de tolérance face à la frustration.

Les comportements hostiles et de refus de collaboration avec l'adulte du jeune qui présente un TOP **deviennent préoccupants lorsqu'ils nuisent à son développement social, familial et scolaire.**

Prévalence

La prévalence moyenne du TOP est de 3, 3% (APA, 2015). Ce trouble est plus fréquent chez les garçons, et ce, dans une proportion de 1, 4G: 1F (APA, 2015). Aux États-Unis, les études récentes situent la prévalence du TOP chez les enfants entre 5% et 8% (Barkley et Benton, 2013). Le TOP apparaît généralement avant l'âge de 8 ans et est peu fréquent après le début de l'adolescence.

Causes

Les causes du TOP sont diverses et liées à la fois aux caractéristiques du jeune et à celles des parents (Barkley et coll., 2014). Certains jeunes éprouvent une plus grande intolérance aux frustrations, sont plus impulsifs, inattentifs, ont des difficultés à s'autocontrôler ou présentent un trouble de l'attachement avec insécurité ou désorganisé. Certaines caractéristiques parentales peuvent être à l'origine d'un TOP: l'incapacité des parents à gérer leur propre stress, une discipline incohérente (trop rigide ou trop permissive), des difficultés à établir des limites et des règles claires puis à les faire respecter, des problèmes de communication avec les autres, des difficultés à reconnaître et à favoriser l'expression des émotions de son jeune ou à lui faire minimalement confiance, des conflits conjugaux, la violence, la négligence ou la maltraitance familiale, ou encore un manque de supervision. La criminalité ou la consommation excessive de drogues et d'alcool chez les parents constitue également un facteur de risque (Gathright et Tyler, 2014; Schwartz et coll., 2016).

La relation parent-enfant peut être perturbée du fait que:

- › Le jeune peut ne pas se sentir reconnu dans son désir d'autonomie, dans la réponse à ses besoins ou dans le respect de son individualité par ses parents;
- › Il y a un manque de confiance entre les deux protagonistes;
- › Le comportement d'opposition fait en sorte que l'enfant en retire des gains presque chaque fois, et le parent est de ce fait perdant;

- › Les parents ont de la difficulté à encadrer leur enfant; ils ne réussissent pas à établir des limites aux comportements du jeune et à appliquer les interventions prévues dans leur entente mutuellement consentie.

Les parents qui n'arrivent pas à répondre au besoin de contrôle des comportements d'opposition de l'enfant créent chez lui une insécurité qui engendre ce besoin de confronter l'autorité qu'il perçoit comme fragile. Si les parents en sentent le besoin, rappelons qu'il existe à cet égard des programmes pour améliorer les habiletés parentales (voir page [201](#)).

Troubles concomitants

Le TOP peut être associé à la présence d'un TDAH chez 14% des jeunes. Dans un tel cas, les jeunes tendent à être davantage agressifs et ils démontrent plus de problèmes de comportement qui persistent plus longtemps. Ils sont davantage rejetés par leurs pairs et performant moins sur le plan académique (AACAP et coll., 2007e). Outre le TDAH, d'autres diagnostics lui sont également associés, dont les troubles anxieux (14%) et la dépression (9%) (AACAP et coll., 2007e). Il importe d'intervenir précocement, car le TOP est souvent précurseur d'un trouble des conduites, d'une consommation abusive d'alcool ou de drogues, de comportements délinquants (AACAP et coll., 2007e) ou encore d'un trouble de personnalité antisociale (Barkley et Benton, 2013). Par ailleurs, la plupart des enfants ayant un TOP ne développent pas de trouble des conduites avant l'adolescence (APA, 2015).

Avant de diagnostiquer un TOP, le médecin doit effectuer une évaluation exhaustive afin d'éliminer d'autres diagnostics possibles comme un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité, une dépression, un trouble bipolaire ou un trouble anxieux.

Signaux d'alerte d'un trouble oppositionnel avec provocation

L'enfant qui présente un TOP démontre plusieurs des caractéristiques comportementales persistantes illustrées au [tableau 12](#) (APA, 2015; Barkley et Benton, 2013; Barkley et coll., 2014). Ces caractéristiques perturbent son fonctionnement social, familial et scolaire. Le jeune est ouvertement hostile, récalcitrant et irritable; il se met en colère contre les autres, est méchant envers eux et leur garde rancune (RISMEA, 2010). À cause de son manque d'habiletés sociales et de capacité à résoudre des problèmes, il

adopte souvent un style d'interactions coercitif avec ses interlocuteurs (Gathright et Tyler, 2014). Les émotions et les comportements exprimés par le jeune se classent en trois catégories (APA, 2015):

- › Irritables/colériques;
- › Défiants/contestataires;
- › Rancuniers.

Tableau 12 • Signaux d'alerte d'un trouble oppositionnel avec provocation²

	Oui	Non
<p>› Énoncés 1 à 11 : Les observations recueillies sur une période de six mois démontrent que l'enfant de 5 ans et plus a adopté au moins hebdomadairement l'attitude de l'énoncé coté. De plus, l'enfant a adopté plusieurs de ces comportements cotés auprès de la fratrie et d'au moins une autre personne extérieure à la fratrie. Il (ou elle):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Est souvent prompt à réagir ou aisément agacé par les autres 2. Est souvent colérique. 3. Est souvent contrarié pour un rien et colérique ; 4. Défie les règles ou refuse d'exécuter les demandes des personnes en autorité. 5. Argumente souvent auprès des figures d'autorité. 6. Provoque délibérément les autres (cherche leurs réactions) ; 7. Rejette toujours la faute sur les autres (il n'est jamais coupable) ; 8. Repousse sans cesse les échéanciers (opposition passive) ; 9. Se conforme à la dernière minute (attend que l'adulte soit presque hors de contrôle) ; 10. Insiste pour que ses pairs adoptent SA solution ou SA façon de faire ; 11. Désobéit délibérément ; 12. A fait preuve de méchanceté ou a cherché à se venger à au moins deux reprises pendant la période d'observation des six derniers mois. 		

Le jeune a tendance à rationaliser son comportement d'opposition ou de provocation par les circonstances déraisonnables, sans pour autant se sentir heureux de ce qu'il a fait (AACAP, 2007e). Cette attitude procure aux parents et aux intervenants une voie d'accès pour créer une alliance avec le jeune, pavant ainsi la route à de meilleures relations interpersonnelles.

Programmes de prévention

Buts des programmes de prévention

Il est reconnu que l'intervention précoce auprès des enfants présentant des troubles du comportement dès les années préscolaires est impérative puisqu'elle permet de réduire significativement les comportements d'opposition (Gathright et Tyler, 2014). Les parents inhabiles à gérer ce type de comportements doivent apprendre de nouvelles façons de faire. Il faut donc les soutenir pour améliorer leurs compétences parentales (Gordon, 2003; Sanders, 2008; Racine, 2008, 2013). Ces parents inhabiles à répondre au besoin de contrôle des comportements d'opposition de leur enfant créent chez lui une insécurité. Cette dernière engendre ce besoin de confronter l'autorité qu'il perçoit comme fragile. C'est en utilisant les techniques parentales positives qu'on peut rétablir la situation (CADDRA, 2010). Les programmes Ces années incroyables ou Triple P sont conçus pour améliorer les habiletés parentales auprès de jeunes qui présentent un TDAH, un TOP ou un trouble des conduites (INSPQ, 2013).

Généralement, ces programmes comportent trois objectifs principaux:

- › Promouvoir la santé mentale des enfants âgés de 0 à 12 ans;
- › Prévenir et réduire leurs problèmes de comportement;
- › Prévenir le développement de troubles mentaux.

Les principes qui sous-tendent ces programmes visent à:

1. Enseigner aux parents à ne pas renforcer les comportements problématiques du jeune, mais davantage à encourager ses comportements prosociaux ainsi que ses réponses adéquates aux consignes ou règles émises par le père ou la mère;
2. S'assurer que les parents émettent des règles claires, concrètes, constantes, cohérentes et conséquentes (Racine, 2008).
 - **Claires:** issues du consensus des parents, elles représentent les valeurs éducatives du couple;
 - **Concrètes:** formulées positivement, elles précisent les actions exactes que l'enfant doit réaliser;
 - **Constantes:** elles sont appliquées dès que le jeune contrevient à l'une d'elles;
 - **Cohérentes:** elles représentent les valeurs des parents, qui les adoptent en situation de conflit;

- **Conséquentes:** elles responsabilisent le jeune en lui faisant vivre la conséquence de ses gestes et paroles.

Le programme Triple P (Positive Parenting Program)

Le programme Triple P (Sanders, 2008), conçu en Australie, est un programme d'enseignement des habiletés parentales. Son but est de prévenir les problèmes sociaux, émotionnels, comportementaux et développementaux des jeunes en transmettant de l'information sur les interventions parentales efficaces (OMSISPCAN, 2006; Lamboy et coll., 2011). Il cherche à accroître la confiance, les compétences et l'autonomie des parents en leur fournissant des outils pour éduquer leurs enfants. Il comporte cinq niveaux d'intervention:

- › **Niveau 1:** par l'intermédiaire des médias, des messages sont diffusés sur le rôle des parents, le développement de l'enfant, les pratiques parentales et les ressources disponibles. Auditoire: la population en général;
- › **Niveau 2:** pendant une ou deux sessions, individuelles ou de groupe, des soutiens d'information, comme des fiches de conseils et des vidéos, sont utilisés. Auditoire: les parents dont l'enfant présente quelques petits problèmes de comportement (ex.: problèmes de comportement lors du coucher, etc.);
- › **Niveau 3:** pendant une à quatre sessions, des interventions courtes et ciblées sur des problèmes de comportement particuliers sont offertes par des praticiens en soins primaires. Auditoire: les parents connaissant des problèmes de comportement plus persistants avec leur enfant (ex.: comportements difficiles à gérer lors de la très grande majorité des couchers ou des repas);
- › **Niveau 4:** pendant une dizaine de sessions, des programmes d'éducation plus intensifs sont offerts afin de développer les habiletés parentales et améliorer les interactions entre les parents et le jeune. Auditoire: les parents ayant des difficultés très importantes avec leur enfant (sur le plan des comportements ou des apprentissages);
- › **Niveau 5:** l'attention est mise sur des questions familiales plus larges, comme les rapports conflictuels, la dépression, la colère ou le stress parental. Auditoire: les familles dont les problèmes de parentalité sont associés avec d'autres problématiques (ex.: conflits conjugaux, dépression maternelle, maltraitance).

L'efficacité des programmes d'entraînement aux habiletés parentales réside dans la perception qu'ont les parents des bénéfices qu'ils peuvent en tirer, leur participation assidue aux diverses sessions et l'engagement des promoteurs (ex.: institutions) à leur utilisation judicieuse et rigoureuse.

Le programme Triple P enseigne aux jeunes différentes stratégies pour leur permettre de développer leurs habiletés sociales (expression des sentiments, etc.), le contrôle de la colère et la résolution de conflits. Plus de 90 études ont été publiées sur ce programme, dont plusieurs portaient sur son efficacité (ex.: Bodenmann et coll., 2008). Ce programme, qui consiste à dénouer l'écheveau des interactions familiales dysfonctionnelles, a démontré en Australie une efficacité importante permettant de réduire les troubles du comportement dans une proportion variant de 25% à 48% (Commission de la santé mentale du Canada, 2013).

La prévention de la maltraitance par le soutien au rôle parental constitue une voie importante à privilégier. À cet égard, le programme Triple P (Sanders et coll., 2014) a été implanté avec succès dans 25 pays et est actuellement en implantation et en évaluation dans deux régions du Québec par la Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance (Renard et coll., 2014). L'objectif de ce programme consiste à engager la communauté dans une démarche visant à promouvoir l'adoption de pratiques parentales positives et à réduire les problèmes de comportement des enfants ainsi que la maltraitance à leur égard (Gagné et coll., 2015).

Le site Internet³ de l'Ontario fournit aux parents un programme de soutien complet afin de les aider à développer chez leurs enfants des comportements positifs.

Autres programmes

Au Québec, un programme de formation aux habiletés parentales a pour objectif de prévenir les comportements problématiques chez les enfants et les adolescents, qui peuvent les conduire à la délinquance (Gordon, 2003). Ce programme interactif, accompagné d'un cédérom, présente neuf situations types par lesquelles les parents apprennent à mieux prévenir et gérer les conflits avec leurs enfants, et ce, tout en apprenant à mieux communiquer avec eux. Un autre programme, Mieux gérer sa colère et sa frustration (Boudreault et coll., 2012, 2013), propose aux parents et aux intervenants des stratégies d'intervention pour faire face à la colère et des

moyens pour que l'enfant exprime celle-ci de façon constructive. L'animateur dispose d'un guide de 15 activités de 60 minutes et d'une variété de documents reproductibles.

Le programme Équipe est la version francophone du programme COPE (Nicols, 2009; Thorel, 2009) et est utilisé au Québec auprès de parents d'enfants présentant un TDAH, un TOP ou un TOC, et ce, dans plusieurs installations des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS). Il comporte 10 rencontres hebdomadaires de grands groupes de parents. L'amélioration des compétences parentales se fait par une méthode active et participative. Il a été démontré que le programme Équipe (Ben Amor, 2014):

- › Améliore les comportements des enfants jusqu'à six mois après l'intervention;
- › Accroît la perception que les parents ont de leur enfant, ainsi que leur sentiment de compétence, jusqu'à six mois après l'intervention;
- › Baisse significativement le niveau de stress dans la famille.

Intervention

Les objectifs de l'intervention consistent à:

- › Augmenter les connaissances des parents quant à l'origine du comportement d'opposition de leur enfant et leur faire découvrir comment ces comportements sont souvent maintenus par un mauvais usage des stratégies d'apprentissage social;
- › Leur enseigner comment rendre le jeune plus coopératif et obéissant, et ainsi réduire les conflits parents-enfant (ex.: éviter de perpétuer l'argumentation avec le jeune et s'en tenir à la consigne demandée). Avant l'âge de 10 ou 12 ans, le jeune ne possède pas la pensée formelle et utilise des arguments futiles plutôt que logiques (Hammarrenger, 2016). Il n'y a pas de terrain d'entente possible. Le parent intervient logiquement et le jeune répond par ses émotions, l'argumentation devenant ainsi un carburant qui nourrit le cycle de l'opposition (Hammarrenger, 2016);
- › Maintenir une communication parent-adolescent empreinte de respect mutuel;

- › Accroître l'harmonie familiale par l'utilisation plus judicieuse des principes de modification du comportement, et ce, en misant particulièrement sur le développement des forces et des intérêts de l'enfant (Barkley, 2013; Barkley et Benton, 2013, Gathright et Tyler, 2014).

Attitudes aidantes

En regard du trouble oppositionnel avec provocation (TOP), les intervenants peuvent suggérer aux proches d'adopter l'une ou l'autre des diverses stratégies d'intervention suivantes:

› **Être proactif**

- Encourager fréquemment les comportements appropriés du jeune (un gros câlin dans les bras du parent et une petite tape d'appréciation sur l'épaule constituent des récompenses que tout enfant apprécie);
- Rétablir une interaction positive avec le jeune. Pour ce faire, s'accorder une période de 15 à 20 minutes par jour pour effectuer avec lui une activité qu'il aime. Pendant ce temps, éviter toute critique et lui démontrer son appréciation et sa reconnaissance de pouvoir partager avec lui ce moment inoubliable. En agissant ainsi, il sera plus aisé de percevoir ses aspects positifs et ses forces;
- Jouer avec lui. L'enfant aime se chamailler amicalement avec ses parents et ressentir le contact physique. Jouer avec lui le plus souvent possible, ce qui renforcera le lien affectif avec lui;
- Lui accorder son attention lorsqu'il réalise des activités qui le valorisent ou lorsqu'il se comporte adéquatement. Décrire précisément et concrètement le geste ou le comportement qu'il a fait pour mériter des félicitations;
- Utiliser un système d'émulation par lequel il obtient des points, puis des privilèges lorsqu'il effectue les consignes ou les tâches demandées;
- Le féliciter dès qu'il fait preuve de flexibilité ou de coopération;
- Échanger avec d'autres adultes qui interviennent auprès du jeune (enseignant, intervenants). Cela permet de trouver et d'adopter d'autres solutions gagnantes;
- Lui apprendre des techniques simples de relaxation pour diminuer les tensions lorsqu'il éprouve de la colère (ex.: par des respirations

abdominales);

- Établir des règles ou des limites claires, non négociables et adaptées à son âge, et qu'il sera possible de faire respecter;
- Préciser davantage ce qu'il doit faire plutôt que de mettre l'accent sur ce qu'il ne doit pas faire. Cela augmentera ainsi ses chances de collaboration. Une certaine rigidité dans ses routines quotidiennes et l'absence de souplesse lors de situations nouvelles peuvent engendrer des comportements d'opposition ou de provocation, d'où l'importance de l'aviser des nouveautés prévues au programme de la journée et des transitions entre deux activités;
- En classe, attribuer un espace à l'élève où il peut bouger tout en étant placé à proximité de l'enseignant et en n'étant pas tout le temps isolé de ses pairs.

› **Se concerter**

- Adopter avec les principaux intervenants de la famille et de l'école un plan d'intervention réaliste où les conséquences sont énoncées clairement et appliquées de manière cohérente et immédiate;
- Préciser les comportements formellement interdits et les conséquences associées;
- Faire en sorte que le plan d'intervention personnalisé ne décrive pas seulement le comportement inapproprié, mais qu'il précise les points forts du jeune, ses intérêts et les comportements de remplacement qu'on attend de lui. Ce plan se doit d'être appliqué à la fois dans la famille et à l'école;
- S'assurer que le comportement de remplacement désiré dans les diverses situations est décrit clairement et que le jeune connaît bien ce qu'on attend de lui;
- Appliquer les conséquences s'il déroge au contrat comportemental.

› **Adopter des attitudes gagnantes**

- Éviter de réprimander l'enfant devant le groupe. Lui parler en privé afin qu'il n'utilise pas cette situation pour contester votre autorité devant les autres. Personne n'en sortirait gagnant;
- S'assurer d'avoir un contact visuel lorsqu'une demande est formulée;
- Faire les demandes une à la fois et avec une voix douce, convaincante, et ce, en se rapprochant de lui;

- Maintenir une communication interpersonnelle empreinte de respect mutuel où le langage dévalorisant est proscrit (insultes, dénigrement, injures, sarcasmes, etc.);
- En classe ou à la maison, présenter au jeune une activité qu'il aime immédiatement après l'achèvement d'une tâche moins appréciée;
- Intervenir en trois étapes pour couper court à l'argumentation du jeune:
 - L'avertir calmement et fermement du comportement attendu et lui donner un temps précis pour exécuter le comportement demandé: «Mathieu, tu dois te préparer pour l'école, tu as 20 secondes pour ranger tes crayons dans l'étui et les placer dans le tiroir»;
 - Répéter la consigne une dernière fois en lui précisant les choix dont il dispose et les conséquences qui peuvent en découler, et ce, sans vous emporter et en contrôlant vos émotions: «Dernier avertissement Mathieu, tu ranges tes crayons immédiatement et tu vas les placer dans le tiroir, sinon tu perds le privilège de les utiliser pour les 24 prochaines heures»;
 - Appliquer fermement la conséquence planifiée, qui se doit d'être en lien avec le comportement inadéquat et être adaptée à l'âge de l'enfant. Calmement, le parent lui retire les crayons, l'informe qu'il pourra à nouveau les utiliser 24 heures plus tard et l'invite fermement à s'habiller, car l'autobus scolaire arrivera dans 15 minutes. Éviter les discussions ou les débats sur le comportement inapproprié adopté, lui dire que la discussion est terminée et que l'on passe maintenant à autre chose.

Psychothérapie

La thérapie cognitivo-comportementale* est efficace auprès des jeunes qui présentent un TOP. Elle a comme principal objectif de mieux outiller les parents dans leurs interventions auprès de leur enfant (ex.: Parent-Child Interaction Therapy — Kazdin, 2005, 2010). Différents programmes visant à améliorer les habiletés des parents quant à la résolution de problèmes et à l'apprentissage de stratégies de modification du comportement (thérapie comportementale*) sont efficaces pour réduire les comportements agressifs et d'opposition, et favorisent l'apprentissage chez le jeune d'habiletés sociales (Brown et coll., 2009; Kazdin, 2005, 2008, 2010).

La thérapie familiale fonctionnelle* (TFF), la thérapie comportementale* (TC) ou la modification du comportement et différents programmes d'entraînement aux habiletés parentales (ex.: Triple P et Ces années incroyables) constituent des outils dont l'efficacité a été démontrée.

Médication

Il n'y a pas de traitement pharmacologique qui vise directement les TOP. Par contre, le traitement des troubles concomitants (ex.: TDAH) aide essentiellement à augmenter la disponibilité des jeunes pour les autres interventions (moins d'impulsivité, plus d'attention).

À retenir

- Les caractéristiques du trouble oppositionnel avec provocation (TOP) comportent une humeur colérique/irritable fréquente et persistante, un comportement opposant axé sur l'argumentation ou un comportement rancunier (APA, 2015).
 - Environ 3% des jeunes présentent un trouble oppositionnel avec provocation (TOP). Ce trouble est plus fréquent chez les garçons.
 - Il apparaît généralement avant l'âge de 8 ans et est peu fréquent après le début de l'adolescence.
 - Les comportements hostiles et de refus de collaboration avec l'adulte du jeune qui présente un TOP deviennent préoccupants lorsqu'ils nuisent à son développement social, familial et scolaire.
 - Les parents inhabiles à répondre au besoin de contrôle des comportements d'opposition de l'enfant créent chez lui une insécurité qui engendre ce besoin de confronter l'autorité qu'il perçoit comme fragile.
 - Il importe d'être constant dans la manière d'éduquer le jeune. La façon de préciser les règles, les attentes à son égard, l'attention qui lui est accordée, les encouragements qu'il reçoit pour ses bons comportements et l'application de conséquences dissuasives pour ses mauvais comportements constituent la clé de la réussite (Barkley et Benton, 2013). C'est en utilisant les techniques parentales positives que le parent peut rétablir la situation (Kazdin, 2005, 2008, 2010).
 - La thérapie familiale fonctionnelle (TFF), la thérapie comportementale (TC) ou la modification du comportement et différents programmes d'entraînement aux habiletés parentales (ex.: Triple P et Ces années incroyables) sont des outils dont l'efficacité a été démontrée. La médication est utilisée seulement s'il y a présence de troubles concomitants qui nuisent au fonctionnement général du jeune.
-

Trouble des conduites (TC)

Définition

Les comportements répétitifs et persistants, parmi lesquels les droits des autres et les normes de la société sont violés, dénotent l'essence même du trouble des conduites (APA, 2015).

Le jeune qui présente un trouble des conduites se comporte souvent de façon dangereuse et inacceptable du point de vue social. Ce trouble regroupe les quatre classes de comportements suivantes (APA, 2015) (voir [tableau 14](#)):

- › **Les conduites agressives envers les personnes** (intimidation, bagarres) et envers les animaux (cruauté);
- › **La destruction délibérée des biens matériels;**
- › **Les fraudes ou les vols;**
- › **Les violations graves de règles établies** (ex.: faire l'école buissonnière).

Prévalence

La prévalence du trouble des conduites établie sur 12 mois se situe autour de 4% (APA, 2015). Ce taux est trois fois plus élevé chez les garçons que chez les filles et est plus fréquent dans les milieux urbains (Lambooy, 2005). «Bien que le groupe pour qui le TC est apparu dès l'enfance ne comprenne que 3% à 5% des jeunes ayant un trouble des conduites, on estime qu'il représente au moins la moitié des infractions commises par les jeunes contrevenants.» (Santé mentale pour enfants Ontario, 2002)

Facteurs de risque

Le trouble des conduites débute pendant l'enfance chez les deux tiers des adolescents atteints (INSERM, 2005). Des facteurs de risque périnataux, familiaux et sociaux (INSERM, 2005) peuvent être à l'origine d'un trouble des conduites, comme le démontre le [tableau 13](#).

Tableau 13 • Facteurs de risque d'un trouble des conduites

Neurochimiques	› Faible taux de sérotonine (Frick, 2012).
Neurocognitifs	› Déficits des fonctions exécutives (Frick, 2012).
Périnataux	› Pendant la grossesse : le tabagisme maternel, la consommation d'alcool et de drogues (INSERM, 2005) ; › La prématurité et le faible poids à la naissance (INSERM, 2005) ; › L'asphyxie du bébé à la naissance (INSERM, 2005) ; › La grossesse de la mère avant l'âge de 20 ans et un faible niveau d'éducation de celle-ci (diplôme d'école secondaire non obtenu) (Lamboy, 2005).
Familiaux	› Trouble de l'attachement avec insécurité ou désorganisé (INSERM, 2005) ; › Disputes, stress familial et violence conjugale (Lamboy, 2005) ; › Discipline extrême, imprévisible ou inconstante (Frick, 2012) ; › Incapacité des parents à établir des limites (INSERM, 2005) ; › Négligence parentale, rejet, abandon ou maltraitance (INSERM, 2005) ; › Criminalité des parents (INSERM, 2005) ; › Parents qui consomment de l'alcool, qui présentent une dépression, un trouble bipolaire, une schizophrénie, un TDAH, un trouble des conduites (APA, 2015).
Sociaux	› Exposition à la violence dans le voisinage du jeune (Frick, 2012) ; › Pauvreté (absence de stimulations pour favoriser son épanouissement) (INSERM, 2005) ; › Fréquentation de pairs déviants (Frick, 2012).
Prédispositions personnelles	› Les garçons sont plus à risque que les filles (Léonard, 2012) ; › Apparition précoce des comportements antisociaux (INSERM, 2005) ; › Les enfants hyperactifs et qui sont peu anxieux et peu altruistes (Tremblay, 1995) ; › Absence d'habiletés sociales, de communication ou d'habiletés à gérer les conflits (INSERM, 2005).

Certains comportements et traits de caractère sont davantage propices à l'émergence d'un trouble des conduites. Ainsi, la trajectoire développementale des enfants ayant de la difficulté à contrôler leur colère conduit souvent à l'expression d'un trouble oppositionnel avec provocation qui peut précéder le trouble des conduites (Pardini et Frick, 2012). De même, les enfants insensibles aux sentiments des autres et qui éprouvent peu de remords peuvent être des candidats potentiels à développer un trouble des conduites. Ceux qui montrent un désinvestissement en regard d'une performance à effectuer lors d'une activité importante et ceux chez qui l'on observe peu d'expression de leurs sentiments et émotions

demeurent susceptibles de développer un trouble des conduites (Frick, 2012).

Troubles concomitants

Plusieurs jeunes qui ont un trouble des conduites présentent également d'autres troubles mentaux associés: dépression, trouble bipolaire, troubles anxieux, consommation de drogues, TOP, TDAH et troubles d'apprentissage (APA, 2015). Il importe d'intervenir précocement, car un trouble des conduites non traité peut mener à la toxicomanie, à des difficultés conjugales et à la violence physique envers la conjointe et/ou les enfants, à des problèmes avec la justice, au décrochage scolaire et à un piètre rendement au travail (Frick, 2012). À cause de leur impulsivité et de leur difficulté à se contrôler, ces jeunes sont susceptibles d'avoir de nombreux problèmes (APA, 2015): expulsion de leur école, consommation de substances psychoactives, infections transmises sexuellement, grossesse non planifiée et blessures physiques issues de combats ou d'accidents. Leur tendance à s'engager dans des comportements illicites les amène fréquemment devant les tribunaux.

Signaux d'alerte d'un trouble des conduites

Le jeune qui présente un trouble des conduites se comporte souvent de façon dangereuse et inacceptable du point de vue social. Ce trouble regroupe les quatre classes de comportements précédemment définies à la page 208.

Le [tableau 14](#) illustre divers comportements pouvant laisser présager la présence d'un trouble des conduites (TC).

Tableau 14 • Signaux d'alerte d'un trouble des conduites⁴

	Oui	Non
<p>› Dans les 12 derniers mois, les observations recueillies démontrent que le Jeune a :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Souvent intimidé les autres ; • Souvent menacé les autres ; • Souvent provoqué des bagarres ; • Utilisé une arme susceptible de blesser sérieusement les autres ; • Été cruel envers les autres ; • Été cruel envers les animaux ; • Effectué un vol en affrontant la victime (ex. : vol d'un sac à main) ou a fait preuve de brutalité pour extorquer de l'argent à quelqu'un ; • Forcé un autre jeune à s'engager dans une activité sexuelle ; 		
<ul style="list-style-type: none"> • Volontairement allumé des feux avec l'intention de causer des dommages importants ; • Volontairement endommagé la propriété d'autrui ; • Commis des vols par effraction ; • Commis des vols à l'étalage ; • Menti fréquemment pour obtenir une gratification ou pour se soustraire à une responsabilité ; • Fugué et passé la nuit dehors au moins à deux reprises ; • Fugué une seule fois de son domicile pendant une longue période ; • Souvent fait l'école buissonnière et cela a débuté avant l'âge de 13 ans ; • Fait fi du couvre-feu en dépit des horaires de sortie préétablis conjointement et cela a débuté avant l'âge de 13 ans. 		

Les comportements observés chez le jeune pendant ces 12 mois entraînent une altération significative de son fonctionnement social, scolaire ou professionnel. Un guide de pratique clinique portant sur les comportements antisociaux et les troubles des conduites des jeunes suggère d'effectuer une prévention sélective en identifiant les jeunes à risque de développer un trouble oppositionnel avec provocation ou un trouble des conduites: faible statut socioéconomique des parents, mauvais résultats scolaires, enfant victime d'abus, conflits entre les parents, parents séparés ou divorcés, parents présentant un trouble mental ou une consommation de drogues, parents ayant eu des démêlés avec la justice (NICE, 2013c).

Programmes de prévention et d'intervention précoce

Il est possible de prévenir le trouble des conduites chez les petits de 0-3 ans en mettant l'accent sur des interventions favorisant la stimulation des

capacités d'autorégulation du comportement de l'enfant (INSERM, 2005). Les interventions préventives proposées pendant la petite enfance (0-3 ans) consistent essentiellement en des visites à domicile effectuées par un professionnel (infirmière, éducateur, etc.) et dont l'objectif vise à informer les parents sur le développement normal de l'enfant et les habiletés parentales. Dès la maternelle, il faut éviter l'association avec des pairs déviants, le rejet par les camarades et l'abandon scolaire (Vitaro et coll., 2003b).

Chez les enfants et les adolescents âgés entre 3 et 16 ans, les interventions consistent davantage à développer leurs compétences sociales, cognitives et émotionnelles. Ces interventions visent l'amélioration du raisonnement (l'apprentissage de stratégies de résolution de problèmes) et le développement d'habiletés sociales (la gestion des émotions, de la colère et des conflits).

Les interventions les plus judicieuses pour prévenir le trouble des conduites consistent à:

- › Instaurer des programmes de prévention contre la violence dans les premières années du développement de l'enfant;
- › Accorder une place importante au développement d'habiletés parentales;
- › Cibler des sous-groupes spécifiques de population sur lesquels l'intervention portera (ex.: des enfants de mères célibataires, des enfants vivant dans un climat familial conflictuel ou auprès de parents qui consomment des drogues illicites) (Lamboy, 2005).

Instaurer des programmes de prévention précoce contre la violence

Avant l'acquisition du langage, l'enfant a énormément recours aux comportements agressifs lorsqu'il vit des frustrations: «Le recours à l'agression physique s'accroît au fur et à mesure où l'enfant grandit, jusqu'à environ 2 ans... Par la suite, le recours à l'agression diminue à mesure où l'enfant apprend à maîtriser ses émotions, à communiquer par le langage et à exprimer ses frustrations de manière plus constructive.» (Tremblay et coll., 2008)

Le maintien des comportements agressifs et violents au-delà du moment d'acquisition du langage doit éveiller chez les parents un questionnement les invitant à remettre en question certaines pratiques éducatives et à

consulter des professionnels si le problème perdure. Les comportements hyperactifs et agressifs pendant l'enfance sont précurseurs de problèmes de délinquance (Vitaro et Tremblay, 1998). À ce sujet, deux programmes préventifs sont offerts par le Centre de Psycho-Éducation du Québec⁵.

LE PROGRAMME BRINDAMI (ENFANTS DE 0-5 ANS)

Depuis 1997, ce programme vise le développement des habiletés sociales et d'autocontrôle. Le programme bonifié comporte maintenant 16 ateliers répartis en 4 thèmes:

- › Les habiletés sociales de base;
- › Les habiletés de communication;
- › Les habiletés d'autocontrôle;
- › Les habiletés de résolution de problèmes.

À l'aide de la marionnette Brindami, l'éducatrice et les enfants cherchent, puis trouvent des solutions aux problèmes, des façons d'agir ou de réagir en groupe.

LE PROGRAMME FLUPPY (ENFANTS D'ÂGE SCOLAIRE)

Ce programme d'entraînement aux comportements sociaux comporte trois volets:

- › **Volet Enfant:** développement des habiletés sociales des enfants de l'éducation préscolaire.
- › **Volet Famille:** aide aux parents d'enfants reconnus «à risque».
- › **Volet Enseignant:** soutien aux enseignants qui accueillent ces enfants en difficulté dans leur classe. On suggère de mettre à profit les pairs prosociaux comme agents de socialisation et d'éviter le regroupement de jeunes en difficulté.

Avec l'aide de l'éducatrice et de Fluppy, un sympathique petit chien, les enfants apprennent à développer leurs habiletés sociales, à reconnaître leurs émotions, puis à les communiquer et à résoudre des problèmes. Les effets bénéfiques du programme Fluppy se font sentir sur plusieurs plans (Girard, 2000):

- › À court terme, les élèves améliorent leurs habiletés d'adaptation sociale, sont moins agressifs et éprouvent moins de difficultés

scolaires;

- › À moyen terme, juste avant la période de l'adolescence, des résultats positifs ont été observés en ce qui a trait à la diminution de la consommation d'alcool, de drogues et de comportements délinquants;
- › À long terme, soit à l'adolescence, les enfants ayant participé au programme sont moins portés à fréquenter les jeunes déviants et à abandonner l'école.

D'autres études confirment ces effets positifs se traduisant par une diminution (Agence SSSM, 2005) des comportements agressifs au primaire et des problèmes d'adaptation psychosociale à l'adolescence. Il a également été prouvé qu'une intervention préventive chez des enfants à risque âgés de 7 à 9 ans, contribue à doubler le taux de diplomation à la suite des études secondaires et à diminuer de moitié le nombre de dossiers criminels, comparativement à un groupe témoin (Boisjoly et coll., 2007).

Accorder une place prépondérante au développement des habiletés parentales

Le but des programmes éducatifs parentaux consiste à modifier les schémas d'interaction parents-enfants soupçonnés d'être à l'origine ou de renforcer les comportements déviants (Périsse et coll., 2006). auprès des jeunes présentant un trouble des conduites ainsi que des troubles d'opposition avec provocation, trois programmes ont été jugés probablement efficaces (prometteurs):

- › Ces années incroyables (Webster-Stratton et Reid, 2003);
- › Le programme Triple P (Leung et coll., 2003); Triple P Ontario;
- › Le programme Équipe (Nicols, 2009; Thorel, 2009).

Cibler des sous-groupes spécifiques auxquels s'adresseront ces programmes et en évaluer l'efficacité

La littérature scientifique a également démontré l'efficacité des programmes comportant des visites d'infirmières ou d'intervenants à la maison afin de favoriser:

- › Les comportements de santé positifs de la mère pendant la grossesse et pendant les premières années de l'enfant;
- › Les soins adaptés à l'enfant;

- › Le développement personnel de la mère (ex.: retour aux études, etc.).

L'évaluation de l'efficacité de ces programmes demeure primordiale.

Les programmes qui obtiennent le plus de conditions de succès sont ceux qui possèdent les caractéristiques suivantes (INSPQ, 2013):

- › Ils ont une durée minimale de 10 séances;
- › Ils privilégient minimalement une intervention hebdomadaire;
- › Ils s'assurent que les apprentissages sont consolidés à la maison;
- › Ils utilisent des jeux de rôle et des vidéos lors des sessions d'apprentissage;
- › Ils mettent l'accent sur la formation des animateurs;
- › Ils insistent pour former les deux parents;
- › Ils soutiennent les parents sans les juger;
- › Ils consolident le processus collaboratif avec les parents;
- › Ils favorisent l'inscription volontaire des parents;
- › Ils enseignent aux parents comment interagir de façon positive avec leurs enfants;
- › Ils préconisent chez les parents l'utilisation de l'écoute active et la reformulation;
- › Ils encouragent le jeune à reconnaître et à exprimer ses émotions;
- › Ils enseignent l'utilisation adéquate de «l'arrêt d'agir» (*time-out*);
- › Ils valorisent la régularité des interventions des deux parents, peu importe le milieu ou le contexte.

Intervention

Attitudes aidantes

Les interventions préventives consistent à:

- › Éloigner ce jeune de pairs déviants;
- › Améliorer chez le jeune ses habiletés sociales, son estime de lui-même, la gestion de ses émotions, la réussite scolaire et l'adoption de valeurs prosociales;
- › Favoriser l'amélioration des compétences parentales.

Ces actions se doivent d'être encadrées à l'intérieur d'un plan de services où parents, intervenants sociaux et enseignants se concertent.

Les stratégies d'intervention préconisées pour les TOP s'appliquent également ici. De plus, à la lumière des observations qu'ils auront effectuées, les intervenants peuvent suggérer aux proches d'adopter les attitudes aidantes suivantes:

- › Établir des règles claires que le jeune doit respecter;
- › S'assurer que le plan d'intervention repose sur la cohérence des interventions de tous et que l'on précise que:
 - Le jeune nous regarde lorsqu'une consigne lui est donnée;
 - Le comportement qu'on attend de lui soit spécifié;
 - La consigne soit formulée sans crier, mais fermement, et indique le délai de réponse (ex.: une dizaine de secondes);
 - Le refus de réponse dans le délai prévu entraînera une deuxième et dernière formulation de la consigne.
 - Un nouveau défaut de réponse se traduira par la mise en pratique de la conséquence prévue au plan d'intervention (ex.: perte de privilèges, réparation du matériel brisé, etc.).

«Le vrai défi au fond n'est pas tant dans l'attitude que l'on adopte, mais dans la capacité à rester, ou non, maître de soi en tant qu'adulte.» (Vigo et Franc, 2012)

Les différents troubles du comportement que l'on trouve dans plusieurs troubles mentaux (trouble du déficit d'attention/hyperactivité, trouble oppositionnel avec provocation et trouble des conduites) ont souvent leur origine dans les difficultés rencontrées dans l'enfance. Si des interventions parentales proactives et efficaces ne se font pas, le jeune se dirige dès lors dans une trajectoire développementale néfaste. Il a été démontré que le tempérament difficile d'un jeune, jumelé à une activité motrice excessive pendant la petite enfance, se trouve exacerbé lorsque ce jeune fait face à un comportement coercitif des parents, à une discipline inconsistante, à la discorde entre les parents et à une absence d'encouragements pour les comportements appropriés (Vitaro et Gagnon, 1999). Il s'ensuit que ces jeunes tendent à reproduire par la suite les comportements inadéquats et à s'associer avec les pairs déviants. De ce fait, ils s'excluent eux-mêmes des sources de socialisation positive. Cette escalade peut conduire à des

troubles des conduites et même au développement d'une personnalité antisociale.

Psychothérapie

La thérapie comportementale* est efficace auprès des jeunes présentant un trouble des conduites. La plupart des programmes de prévention précédemment cités s'inspirent des principes de cette thérapie. La thérapie cognitivo-comportementale* est également utilisée auprès de cette clientèle, de même que la thérapie familiale fonctionnelle*. Cette dernière favorise le développement des habiletés sociales, de la communication, de la gestion de la colère, de la résolution de problèmes et de conflits. La thérapie multisystémique* est également recommandée.

Médication

Il n'y a pas de traitement pharmacologique qui vise directement le trouble des conduites. Par contre, le traitement des troubles concomitants (ex.: TDAH ou autres) aide essentiellement à augmenter la disponibilité des jeunes pour les autres interventions (moins d'impulsivité, plus d'attention).

À retenir

- Le trouble des conduites (TC) représente un ensemble de comportements répétitifs et persistants, dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui, les normes et les règles sociales.
- Environ 4% des jeunes présentent un TC et ce trouble est souvent associé à d'autres troubles mentaux: dépression, trouble bipolaire, troubles anxieux, abus de drogues ou d'alcool, TDAH, TOP, trouble de stress post-traumatique.
- Les interventions de prévention les plus judicieuses pour prévenir ce trouble consistent à (Lanboy, 2005):
 - › Instaurer des programmes de prévention de la violence dans les premières années du développement de l'enfant;
 - › Accorder une place importante au développement d'habiletés parentales;
 - › Cibler des sous-groupes spécifiques auxquels s'adresseront ces programmes et en mesurer l'efficacité. L'utilisation de règles claires et la cohérence des divers acteurs lors de leurs interventions constituent également un gage de succès.
- Les programmes Brindami (enfants de 0-5 ans) et Fluppy (enfants d'âge scolaire) ont démontré des résultats bénéfiques. Les programmes d'entraînement aux habiletés parentales (Triple P et Ces années incroyables) ont été évalués comme étant des programmes prometteurs.

- La thérapie comportementale, la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie familiale fonctionnelle et la thérapie multisystémique s'utilisent avantageusement auprès de cette clientèle.
-

Lectures suggérées

Trouble oppositionnel avec provocation

Barkley, R. A. et Benton, C. M. (2013). *Your Defiant Child: 8 Steps to Better Behavior*. Deuxième édition, New York: Guilford Press.

Barkley, R. A., Robin, A. L. et Benton, C. M. (2013). *Your Defiant Teen: 10 Steps to Resolve conflict and Rebuild your Relationship*. Deuxième édition, New York: Guilford Press.

Boudreault, F., Massé, L. et Verret, C. (2012). *Mieux gérer sa colère et sa frustration*. Montréal: Chenelière Éducation.

Calvert, R. (2000). *L'art de rendre les enfants heureux et les parents contents. Guide pour parents d'enfants d'âge scolaire*. Montréal: Éditions Comment.

Doyon, N. (2012). *Parent gros bon sens*. Québec: Éditions Midi trente.

George, G. (2002). *Mon enfant s'oppose: Que dire? Que faire?* Paris: Odile Jacob.

Gordon, D. A. (2003). *Être parents aujourd'hui: Des compétences à renforcer. Programme interactif de formation à la communication parents-enfants*. Traduit par Gérard Pithon et Bernard Terrisse Bernard. www.conseil-couple-famille.com/documents/PRESENTATION.pdf

Lecendreux, M. et Canonge, D. (2006). *Gérer un enfant difficile au quotidien*. Paris: Solar.

Naître et Grandir. *Le trouble d'opposition*. http://naitreetgrandir.com/fr/etape/1_3_ans/comportement/fiche.aspx?doc=trouble-opposition.

Racine, B. (2008). *La discipline, un jeu d'enfant*. Montréal: Éditions du CHU Sainte-Justine.

Racine, B. (2013). *L'autorité au quotidien. Un défi pour les parents*. Montréal: Éditions du CHU Sainte-Justine.

Verdick, É. et Lisovskis, M. (2011). *GRRR! Comment surmonter ta colère. Guide pratique pour enfants colériques*. Québec: Éditions Midi trente.

Trouble des conduites

Centre national de prévention du crime (2015). *Sommaire d'évaluation final du programme Thérapie multisystémique*.
www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/fnl-mltsystmc-thrpy-prgrm/index-fr.aspx

Lamboy, B. (2005). «Pour une prévention précoce du trouble des conduites: une revue», *Devenir*, 2, 17, p. 153-170.

Léonard, L. (2012). *Facteurs de risque associés au trouble des conduites*. Centre national de prévention du crime.
www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/cndct-dsrdr/index-fr.aspx

-
1. Parmi les troubles disruptifs, on trouve: le trouble oppositionnel avec provocation, le trouble explosif intermittent, le trouble des conduites, la personnalité antisociale, la pyromanie, la kleptomanie et les autres troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites, spécifiés et non spécifiés (APA, 2015).
 2. Inspiré de: APA (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - DSM-5. Trouble oppositionnel avec provocation* pp. 547-553. Paris: Elsevier Masson. Ce questionnaire est un outil non validé scientifiquement et se doit d'être analysé par un professionnel de la santé compétent. Les professionnels peuvent utiliser les outils en Annexe 1 pour les aider à poser le diagnostic d'un TOP. La prudence est de mise avant de tirer quelque conclusion que ce soit.
 3. www.Triplepontario.ca/fr/home.aspx
 4. Inspiré de APA (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - DSM-5*, Paris: Elsevier Masson, pp. 557-564. Ce questionnaire est un outil non validé scientifiquement et se doit d'être analysé par un professionnel de la santé compétent. Les professionnels peuvent utiliser les outils de l'annexe 1 pour les aider à poser le diagnostic d'un trouble des conduites. La prudence est de mise avant de tirer quelque conclusion que ce soit.
 5. www.centreprsed.qc.ca

Troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques

La principale caractéristique du trouble psychotique¹ est la difficulté pour le jeune de distinguer le réel de l'imaginaire. Les hallucinations* et les délires* qui font partie de la psychose changent radicalement les perceptions, pensées, croyances et comportements du jeune.

Le trouble psychotique procure un déséquilibre des réactions neurochimiques du cerveau et entraîne une perte de contact avec la réalité chez le jeune qui s'observe par les différents signaux d'alerte répertoriés au [tableau 15](#) (voir la page 223).

Manifestations des troubles du spectre de la schizophrénie

Comme tous les autres troubles mentaux, les troubles du spectre de la schizophrénie se caractérisent par de nombreux symptômes. On les classifie selon deux grandes catégories: positifs et négatifs. Les symptômes positifs* réfèrent à une augmentation des réactions à l'environnement ou à une distorsion grave des fonctions normales. On inclut dans cette catégorie les hallucinations, les délires, les troubles de la pensée et la désorganisation dans le discours ou le comportement. Les symptômes négatifs* réfèrent à une diminution des réactions ou à l'absence de réponse à l'environnement. On inclut dans cette catégorie la diminution des expressions émotionnelles, l'absence de motivation, le retrait social, la perte de la capacité à éprouver

du plaisir dans les activités et la réduction du nombre et de la qualité des pensées.

Le *DSM-5* présente cinq principales manifestations:

1. **La présence de symptômes négatifs** (APA, 2015).
2. **Les délires (symptômes positifs)**. Ils constituent des idées erronées qui rejettent toute critique. Ces fausses croyances plus ou moins bizarres sont généralement issues d'une interprétation erronée des perceptions ou des expériences (ex.: j'ai l'impression que des pensées sont insérées dans ma tête, que les autres peuvent lire dans mon esprit, d'être contrôlé par une force extérieure, d'être surveillé par des personnes malveillantes ou d'être espionné).
3. **Les hallucinations (symptômes positifs)**. Elles consistent à voir, entendre ou sentir des choses qui n'existent pas. Elles peuvent être de simples sensations (par exemple, percevoir des sons, lumières, couleurs, goûts, odeurs) ou des perceptions plus complexes comme entendre des voix, percevoir des animaux ou ressentir des sensations tactiles diverses à l'intérieur du corps ou sur la peau. Elles sont rares chez les enfants de moins de 7 ans.
4. **Une pensée ou un discours incohérent (symptômes positifs)**. Un discours inintelligible ou une discussion qui passe du coq à l'âne, des réponses sophistiquées ou complètement hors propos aux questions, une préoccupation excessive pour la religion, la philosophie ou l'occultisme.
5. **Un comportement moteur désorganisé ou anormal**. Une agitation soudaine et imprévisible et des difficultés importantes à accomplir des tâches comportant un objectif ou bien à performer dans les activités de la vie quotidienne.
6. **La présence de symptômes négatifs**. Les symptômes négatifs sont le plus souvent associés à la schizophrénie, qui constitue la forme la plus sévère des troubles psychotiques. L'émoussement affectif se caractérise par une diminution marquée des expressions faciales, ainsi que par une réduction du contact visuel et du langage corporel. L'absence d'idées se manifeste par des réponses brèves et peu informatives. La perte de volonté, ou avolition, se caractérise par une incapacité à amorcer et maintenir des activités orientées vers un

but. On peut également observer peu d'intérêt envers les interactions sociales. L'anhédonie se définit comme la diminution de la capacité à ressentir du plaisir dans des activités généralement reconnues comme plaisantes. Les jeunes qui présentent un trouble psychotique éprouvent de la difficulté à penser, à se comporter, à communiquer et, surtout, à avoir une bonne compréhension de la réalité (Schwartz et coll., 2009).

Hétérogénéité des troubles psychotiques

Les causes des troubles psychotiques étant multiples, elles se présentent sous diverses configurations et leur intensité est variable, allant des symptômes psychotiques mineurs à la schizophrénie.

Outre les troubles psychotiques proprement dits, des symptômes psychotiques sont présents dans les troubles psychiatriques suivants: le trouble dépressif avec éléments psychotiques congruents ou non congruents à l'humeur, le trouble bipolaire de type I avec éléments psychotiques congruents ou non congruents à l'humeur, le trouble obsessionnel-compulsif avec absence de prise de conscience/ croyances délirantes et la peur d'une dysmorphie corporelle avec absence de prise de conscience/croyances délirantes.

Les symptômes psychotiques mineurs

Au cours de leur vie, environ 25% des individus seront affectés par des symptômes psychotiques mineurs sans que cela affecte pour autant leur fonctionnement quotidien (Compton et Broussard, 2009). N'avez-vous pas déjà imaginé que le téléphone sonnait lorsque vous étiez sous la douche? Occasionnellement, n'avez-vous pas cru entendre une voix ou pensé que vous étiez suivi? Aux États-Unis, les symptômes psychotiques mineurs constituent seulement 9% des psychoses débutantes (APA, 2015). Les symptômes peuvent apparaître à la suite d'un stress vécu et durent entre une journée et un mois (Compton et Broussard, 2009). Ce phénomène est normal. La prudence est de mise, car plusieurs jeunes, dotés d'une imagination débordante et exprimant de multiples fantaisies, rapportent des hallucinations sans pour autant être en psychose ou correspondre aux critères de la schizophrénie (AACAP et CQI, 2013).

Le concept de «syndromes psychotiques atténués» permet, selon plusieurs, de repérer les personnes à «haut risque» de transition vers une psychose (APA, 2015). Toutefois, le *DSM-5* reconnaît que ce concept nécessite davantage d'études, et de ce fait, il a été placé dans la section «Les pratiques émergentes nécessitant d'autres d'études».

La schizophrénie

«La schizophrénie perturbe profondément la perception de la réalité et l'organisation cognitive, sociale, affective et motrice dont chacun a besoin afin de vivre en harmonie avec soi-même et avec son entourage.» (Dumas, 2013, p. 165)

Elle constitue le trouble psychotique le plus grave puisqu'elle est plus invasive et s'étend sur une période de temps plus longue. Les symptômes s'étalent sur plus d'un mois et comprennent deux des symptômes positifs suivants: des délires, des hallucinations, un discours incohérent, un comportement grossièrement désorganisé ou catatonique, ainsi que la présence de symptômes négatifs (comme la diminution de l'expression des émotions: du visage, du contact visuel, de l'intonation) et la diminution de la capacité à amorcer ou à effectuer des activités usuelles (APA, 2015). On diagnostique l'évidence d'une schizophrénie lorsque les symptômes persistent après six mois et engendrent des difficultés majeures dans le fonctionnement quotidien de la personne (Roy et coll., 2012; AACAP et CQI, 2013). La personne doit également présenter pendant plus d'un mois des hallucinations et une désorganisation majeure de son langage ou de son comportement (Hazen et coll., 2011). Bien que les critères diagnostiques soient les mêmes pour les jeunes et les adultes, la schizophrénie à début précoce serait caractérisée par un commencement plus insidieux, un dysfonctionnement prémorbide plus marqué, un pronostic plus réservé et des anomalies structurelles cérébrales plus importantes. Quelques études suggèrent une composante génétique plus importante chez les enfants que chez les adultes en raison d'une plus grande proportion de troubles du spectre de la schizophrénie chez les membres de la famille du premier degré (Loewy et Yee-Bradbury, 2007).

Signaux d'alerte d'un trouble psychotique

Pour poser un diagnostic de trouble psychotique, l'évaluation médicale est essentielle. Il importe que le médecin procède à une évaluation physique complète du jeune afin d'éliminer les causes physiques ou autres troubles mentaux pouvant entraîner un trouble psychotique.

Généralement, le trouble psychotique amène le jeune à consulter un spécialiste de la santé vers la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. La plupart du temps, ce sont les proches qui amènent le jeune à l'urgence à la suite de comportements bizarres, d'agitation ou d'une détérioration grave du fonctionnement psychosocial, car ils se posent de multiples questions (MHFA, 2008b).

Les premiers signaux d'alerte observés comportent: un retrait social, une détérioration de l'hygiène du jeune, un comportement suspicieux, une apathie, des difficultés de sommeil et des changements d'humeur (symptômes négatifs); puis, dans la phase aiguë, on remarque des hallucinations et des délires (symptômes positifs) (Schwartz et coll., 2009). Le [tableau 15](#) répertorie plusieurs signaux d'alerte pouvant laisser présager un trouble psychotique.

Tableau 15 • Signaux d'alerte d'un trouble psychotique²

Dans le dernier mois, les observations recueillies par l'intervenant signalent chez le jeune des changements importants :

Cochez d'un X les comportements observés.

› **Dans ses comportements**

- Troubles du sommeil
- Colères (se fâcher) sans raison apparente
- Apathie
- Consommation abusive d'alcool
- Consommation abusive de drogues
- Négligence de l'hygiène
- Négligence dans l'habillement
- Adoption d'un style vestimentaire ou d'une coiffure étranges
- Résistance à effectuer ce qui est demandé
- Se parler à lui-même
- Conserver longtemps la même position corporelle
- Comportements agressifs envers les autres ou envers lui-même

› **Dans ses amitiés et activités**

- Fuite de la présence des amis ou amies
- Abandon d'activités sociales jadis prisées
- Baisse importante et inexplicée du rendement scolaire
- Repli sur soi

› **Dans son langage**

- Problèmes de concentration
 - Problèmes de mémoire
 - Difficultés à suivre une conversation
 - Ralentissement ou accélération du débit verbal
 - Discours inintelligible
 - Passe du coq à l'âne
 - Mots inventés
-

-
- › **Dans ses pensées**
 - Pensées confuses
 - Idées étranges ou hors norme : (ex. : conviction que les autres peuvent ressentir ses émotions)
 - Délire de persécution (ex. : « Les gens me regardent ou rient de moi »)
 - Délire bizarre (ex. : « Les extraterrestres ont installé une puce électronique dans mon cerveau et me contrôlent »)
 - Délire de grandeur (ex. : « Je suis le Messie et je dois convertir les gens » ou « Je détiens des pouvoirs exceptionnels »)
 - Pensée magique (ex. : superstition, télépathie, clairvoyance)
 - Préoccupation exagérée pour la religion, la philosophie ou l'occultisme

 - › **Dans ses perceptions**
 - Présence d'hallucinations auditives (ex. : « J'entends mon prénom, des voix qui émettent des commentaires sur ce que je fais ou qui m'ordonnent de faire des choses répréhensibles »)
 - Hallucinations visuelles (« Je vois des choses que les autres ne voient pas » ; ex. : des fantômes, des ombres, des personnages gentils ou méchants)
 - Hallucinations tactiles (ex. : « J'ai l'impression qu'on me tape dans le dos alors qu'il n'y a personne »)
 - Hallucinations kinesthésiques (ex. : « Je ressens des sensations étranges à l'intérieur de mon corps »)
 - Hallucinations olfactives (ex. : « Je sens des odeurs qui n'ont pas rapport »)
 - Hallucinations gustatives (ex. : « Je trouve que les aliments goûtent mauvais ou ont un goût métallique »)
 - L'impression que l'environnement lui envoie des signes particuliers (ex. : « Les affiches publicitaires me représentent, les chansons de la radio me guident au cours de la journée »)

 - › **Dans ses émotions**
 - Par des difficultés dans leur expression
 - Peu d'expression du visage (ex. : regard fixe)
 - Contact visuel rare
 - Difficultés à exprimer de la joie
 - Difficultés à exprimer de la peine
 - Émotions discordantes par rapport à une situation (ex. : rire lorsqu'il voit une catastrophe)
 - Ton monotone
-

Des changements de comportement du jeune ainsi que des difficultés dans son mode de pensée et de perception peuvent être vérifiés par des questions spécifiques (AACAP et CQI, 2013):

- › Est-ce que ton cerveau te joue des tours?
- › Entends-tu des voix lorsqu'il n'y a personne autour de toi?
- › As-tu l'impression de te sentir confus?

Les intervenants de première ligne et les omnipraticiens ne devraient pas hésiter à référer un jeune pour lequel on suspecte un trouble psychotique vers un psychiatre. Une intervention précoce favorisera un meilleur pronostic.

Phases de développement du trouble psychotique

Règle générale, les premiers symptômes psychotiques apparaissent sous une forme atténuée et gagnent en intensité avec le temps (Delamillieure et Dollfus, 2003). Jusqu'à cinq années peuvent s'écouler entre les premiers symptômes et le traitement de la maladie (Häfner et coll., 1999). La schizophrénie se manifeste habituellement entre la fin de l'adolescence et le milieu de la trentaine (APA, 2015). Le but de l'intervention précoce est de prévenir et de traiter la psychose le plus tôt possible, voire avant l'apparition des premiers symptômes aigus, ou à tout le moins réduire la durée de la psychose non traitée (Bourdeau, 2016).

Elle se développe en trois phases et comporte des signaux d'alerte positifs (ajout de comportements qui nuisent au fonctionnement du jeune: délires, hallucinations, troubles de la pensée, langage et comportements désorganisés) et des signaux d'alerte négatifs (diminution des comportements d'autonomie de la personne atteinte: apathie, retrait social, troubles de l'attention, absence de plaisir). Les trois phases du trouble psychotique sont:

- › **La phase prodromique**, où des changements dans la façon dont les jeunes décrivent leurs émotions, leurs pensées et leurs perceptions sont observés. On peut ainsi observer une modification progressive de l'humeur et du comportement: agissements étranges, détachement envers les amis, manque d'énergie ou d'initiative, fatigue. Il faut porter attention si le jeune a tendance: a) au retrait social; b) à avoir des comportements bizarres ou inhabituels; c) à subir une baisse de son rendement académique; d) à démontrer une détérioration de son autonomie de base (tenue vestimentaire, alimentation, hygiène); e) à présenter une humeur instable accompagnée de malaises, d'anxiété ou de réactions colériques (AACAP et CQI, 2013). Des préoccupations religieuses, philosophiques ou politiques peuvent devenir envahissantes. Dans la psychose et la schizophrénie, les symptômes de

la phase prodromique s'observent sur une période de 12 mois et plus (NICE, 2013a). L'évaluation médicale est essentielle dès cette phase puisqu'elle permet de poser un diagnostic différentiel afin d'éliminer d'autres diagnostics médicaux possibles tant au plan de la santé physique que mentale, et de démarrer une prise en charge.

- › **La phase aiguë** est caractérisée par l'apparition de délires, d'hallucinations ou de pensées confuses et peut s'étaler de quelques semaines à quelques mois.
- › Enfin, **la phase résiduelle**, qui apparaît à la suite du traitement pharmacologique et où le jeune peut présenter des symptômes qui s'apparentent à la phase prodromique. Dans cette phase, l'intervention multidisciplinaire, incluant une approche de type cognitivo-comportemental*, permet à la personne de se réinsérer plus ou moins progressivement dans la communauté. La prise régulière de médicaments et le soutien des proches favorisent le rétablissement* et contribuent à prévenir les rechutes possibles.

Causes

Le [tableau 16](#) répertorie les causes multifactorielles d'un trouble psychotique.

Tableau 16 • Causes multifactorielles d'un trouble psychotique

Les symptômes psychotiques peuvent être induits par :

- › **Des conditions médicales ou des intoxications**
 - Certaines maladies physiques qui altèrent le fonctionnement du cerveau (Infections, épilepsie, traumatisme cérébral, encéphalite, cancer) ou maladies auto-immunes (encéphalite, maladie de Huntington, de Cushing, de Parkinson, d'Addison, de Wilson, rénale, du foie, des glandes parathyroïdes ou de la thyroïde, scléroses multiples, adrénoleucodystrophie, tumeur au cerveau, etc.) (Schwartz et coll., 2009 ; NICE, 2013a) ;
 - Un trouble de santé mentale comme la schizophrénie, le trouble schizo-affectif, le trouble bipolaire, la dépression, le trouble obsessionnel-compulsif, le trouble de la personnalité schizotypique ;
 - L'absorption ou le sevrage de drogues, d'alcool ou de médicaments peut provoquer des états hallucinatoires ou délirants. La consommation régulière de drogues, notamment du cannabis³, est susceptible d'induire des états psychotiques récurrents et peut même être un facteur qui contribue au développement de la schizophrénie.
 - › **Des causes environnementales**
 - Différents événements de vie traumatisants ou un deuil récent durant lequel des hallucinations de l'être cher décédé peuvent être rapportées ;
 - Une mauvaise hygiène de vie ;
 - La privation prolongée de sommeil, ainsi que des perturbations du cycle du sommeil à l'endormissement ou à l'éveil.
-
- › **Des facteurs héréditaires**
 - Le risque de psychose est plus élevé chez les personnes ayant des proches de premier degré qui ont souffert de cette maladie (5 à 20 fois plus élevé que dans la population en général [AACAP et CQI, 2013]) ;
 - Si l'un des parents souffre ou a souffert de schizophrénie, le risque que le jeune en soit atteint est de 10 % et ce risque varie entre 40 % à 60 % dans le cas d'un jumeau identique atteint (Lines, 2000 ; AACAP et CQI, 2013).

Prévalence

Psychose

Les troubles psychotiques graves sont relativement rares chez l'enfant. D'après les études portant sur la communauté, on estime qu'environ 1% des enfants et des adolescents présentent des symptômes psychotiques. Par ailleurs, selon l'Institut universitaire en santé mentale Douglas⁴, les recherches démontrent que 4% à 5% des jeunes vivront un épisode psychotique au cours de leur vie.

Schizophrénie

La schizophrénie est très rare chez les enfants et les adolescents (1 cas: 10 000) et le trouble débute avant 10 ans (dans moins de 1% des cas), 15 ans (dans 15% des cas) et 19 ans (dans 20% des cas) (Dumas, 2013). La prévalence de la schizophrénie est de 0, 3% à 0, 7% et celle-ci apparaît entre le début de l'âge adulte et la trentaine (APA, 2015). Au cours de leur vie, environ 1% des personnes seront atteintes de schizophrénie (Compton et Broussard, 2009).

Troubles concomitants

Le jeune qui souffre d'un trouble psychotique expérimente fréquemment d'autres types de symptômes psychiatriques, les troubles concomitants étant la règle plutôt que l'exception dans le cas des psychoses juvéniles: trouble oppositionnel avec provocation, troubles des conduites, abus de substances, trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité, troubles anxieux, trouble bipolaire, trouble dépressif caractérisé (dépression majeure).

La littérature scientifique identifie plusieurs risques associés aux symptômes psychotiques (Cepeda, 2007; Loewy et Yee-Bradbury, 2007; Millaud et Dubreucq, 2005).

Risques associés aux symptômes psychotiques

- › Agression
- › Comportements suicidaires
- › Blessures auto-infligées
- › Gestes terroristes
- › Comportements impulsifs
- › Abus de drogues/alcool
- › Adhésion à des gangs de rue/comportements antisociaux
- › Grossesse non désirée/infection transmise sexuellement
- › Faible adhésion au traitement et risque de rechute
- › Piètre alimentation et mauvaise hygiène de vie
- › Difficultés scolaires/décrochage scolaire
- › Difficultés dans les relations sociales
- › Négligence de soi
- › Victimisation/abus physiques et sexuels

› Accidents

Ces jeunes sont aussi plus à risque d'être victimes de violence et d'avoir expérimenté des abus physiques ou sexuels dans leur enfance. Sont associés à la violence: les voix mandataires qui demandent de faire du mal à soi-même ou à autrui, certains délires (paranoïa, délire de substitution, délire d'être contrôlé), l'abus de substances, le manque d'observance au traitement et les troubles neurologiques associés. Tout en insistant sur l'importance de mesurer l'évaluation du risque d'agressions envers les autres, il faut noter que les jeunes qui présentent un trouble psychotique sont cependant beaucoup plus dangereux à l'égard d'eux-mêmes.

Plusieurs vont même jusqu'à se suicider; de 5% à 6% des personnes schizophrènes se suicident et 20% d'entre elles effectuent une ou plusieurs tentatives de suicide (APA, 2015). Les jeunes qui ont un premier épisode psychotique sont très à risque de se suicider. Une étude s'étalant sur 10 années démontre que 60% de ces personnes décèdent d'une cause non naturelle et que le suicide survient pendant l'hospitalisation ou peu de temps après (Pompili et coll., 2011). Les comportements impulsifs (ex.: l'automutilation), des antécédents familiaux de troubles mentaux graves ou l'abus de substances sont des facteurs de risques importants associés au décès par suicide au premier épisode psychotique (Björkenstam, 2014). Bien que la première année soit critique en ce qui concerne le risque de mort par suicide, les experts recommandent un suivi prolongé du risque suicidaire les cinq années suivant le premier épisode psychotique (Dutta et coll., 2010).

Impacts des troubles psychotiques

Le trouble psychotique perturbe gravement la vie du jeune: perte d'autonomie, difficultés de fonctionnement psychosocial, problèmes sur le plan du cheminement scolaire et du rendement académique. L'envahissement des idées délirantes et des hallucinations peut provoquer chez le jeune une humeur irritable ou colérique, des réponses émotionnelles incongrues. Les idées paranoïdes peuvent amener le jeune à se retirer socialement et à abandonner les activités qu'il considérait auparavant plaisantes.

La façon de composer avec les symptômes psychotiques varie d'un jeune à l'autre. Certains ressentent de la frayeur, d'autres apprécient leurs symptômes et tentent de les préserver (Moritz, Hünsche, Lincoln, 2014). Beaucoup ont des hallucinations et des délires sans que leur entourage en soit conscient. D'ailleurs, la plupart des parents ignorent la présence de symptômes psychotiques chez leur jeune jusqu'à la première hospitalisation ou lors de l'émission de comportements hors normes. Dans une étude, 57% des mères n'étaient pas informées des symptômes psychotiques de leur adolescent lors de son admission à l'hôpital (De Haans, 2004).

Plusieurs jeunes cachent leurs symptômes par crainte d'être jugés, par manque de perception quant à leur condition ou en raison des symptômes psychotiques eux-mêmes qui interfèrent avec les relations interpersonnelles (crainte de représailles des voix, méfiance excessive). Le jeune peut aussi régresser et présenter des comportements inférieurs à son âge chronologique.

Outils d'évaluation

Le jeune ayant parfois des difficultés à dévoiler les symptômes psychotiques dont il souffre, il est souhaitable de commencer son évaluation psychologique à l'aide d'un instrument qui détecte divers troubles psychologiques, y compris les troubles psychotiques. À cet égard, le Système d'évaluation du comportement de l'enfant (BASC-2 CDN-F) (Reynolds et Kamphaus, 2009) se distingue puisqu'il évalue de façon exhaustive le comportement et les émotions des enfants, des adolescents et des collégiens à l'aide de questionnaires à compléter par le jeune, le parent ou l'enseignant. Il comporte une échelle clinique de comportements atypiques qui peuvent s'inscrire dans la lignée d'un trouble psychotique.

En ce qui concerne l'évaluation spécifique du trouble psychotique, il existe divers instruments qui aident le clinicien à poser son diagnostic (voir l'[annexe 1](#) pour l'accès à ces instruments):

- › Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS-E(A) (Mouffak et coll., 2010);
- › Community Assessment of Psychic Experiences: CAPE-42 (Brenner et coll., 2007);

- › Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States: CAARMS (version française) (Krebs et coll., 2014);
- › Scale for the Assessment of Negative Symptoms: SANS (Andreasen, 1984c, d);
- › Scale for the Assessment of Positive Symptoms: SAPS (Andreasen, 1984a, b);
- › Positive and Negative Syndrom Scale: PANSS (Kay et coll., 1987), très utilisé en recherche;
- › Psychotic Symptom Rating Scale (Favrod et coll., 2012);
- › Signs and Symptoms of Psychotic Illness Scale: SSPI (Houenou et coll., 2006).

Le *DSM-5* propose «l'évaluation dimensionnelle de la sévérité des symptômes psychotiques par le clinicien» (APA, 2015). Cet outil permet au clinicien de première ligne:

- › De mesurer la sévérité des symptômes dès le début de leur apparition;
- › De visualiser l'évolution du jeune afin de mettre en place très rapidement les mesures adéquates.

Cette grille descriptive précise la sévérité du trouble allant de 0 (aucune difficulté) à 4 (difficultés majeures), et ce, dans les différents domaines suivants: hallucinations, idées délirantes, discours désorganisé, comportements psychomoteurs anormaux, symptômes négatifs, troubles cognitifs, dépression et manie (Dumas, 2013; APA, 2015).

Rin et coll. (2012) précisent que, parmi ces différents outils d'évaluation, deux approches se distinguent:

- › **Les échelles à visée prédictive** ciblant les populations à haut risque et dont l'objectif clinique consiste à identifier tôt cette clientèle pour commencer une prise en charge précocement, et ce, afin de réduire les conséquences fonctionnelles à long terme;
- › **Les échelles de fonctionnement global et de rémission fonctionnelle** qui permettent d'évaluer les bénéfices des traitements antipsychotiques.

Programmes d'intervention précoce

Avantages des programmes d'intervention précoce

Réduire le délai entre le début des symptômes psychotiques et l'amorce du traitement est crucial, car plus la durée de la psychose non traitée est courte, meilleur est le pronostic (Ouellet-Plamondon et coll., 2012). À travers le monde, des centaines de programmes d'intervention précoce en regard de la psychose sont offerts (McGorry et coll., 2008). Plusieurs sites d'information nous renseignent sur l'importance d'intervenir précocement:

- › International Early Psychosis Association: <http://iepa.org.au>;
- › Orygen Youth Health: <http://oyh.org.au>;
- › Site de services pour les jeunes de 12 à 25 ans et leur famille: www.headspace.org.au.

Au Québec, depuis sa création en 2004, l'Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques⁵ a pour rôle de favoriser les échanges cliniques et scientifiques entre les différents programmes cliniques, les associations et les organismes communautaires œuvrant auprès des jeunes présentant une psychose débutante. Entre autres mandats, elle participe à la sensibilisation du grand public en vue de diminuer les stigmates reliés au premier épisode psychotique et souhaite améliorer l'identification des personnes atteintes d'un premier épisode psychotique et leur référence vers des services appropriés. Il importe d'améliorer la détection et de commencer le traitement le plus rapidement possible (L'Heureux et coll., 2007). Au Québec, plusieurs programmes d'intervention précoce de la psychose existent (voir l'[annexe 2](#), page 351 ou consulter le site de l'AQPPEP).

L'intervention précoce prévient la détérioration sociale (rupture de liens sociaux, échecs professionnels ou scolaires, comportements agressifs, tentatives de suicide) et diminue les symptômes positifs (hallucinations, délires). Elle apporte de multiples avantages ([tableau 17](#)) (ACSM, 1997, 2001a; Ministry of Health and Long-Term Care, 2011; Côté et Morin, 2013).

Tableau 17 • Avantages des programmes d'intervention précoce

<p>› Ils diminuent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La durée de la psychose non traitée ; • L'incidence des problèmes médicaux et psychiatriques secondaires (ex. : dépression, surconsommation d'alcool ou de drogues, etc.) ; • Les risques d'agression contre eux-mêmes ou autrui (<i>Schizophrenia Research</i>, 2014) ; • Le risque de passage à l'acte suicidaire ; 	<p>› Ils apportent les effets positifs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorisent un meilleur pronostic à court et à long terme ; • Développent l'autonomie, les aptitudes personnelles, interpersonnelles, scolaires et professionnelles du jeune psychotique afin d'accélérer son rétablissement ; • Favorisent une meilleure santé physique grâce à la supervision médicale et au maintien de saines habitudes de vie ; • Assurent une intégration plus adéquate à l'environnement social, familial et scolaire du jeune ; <p style="text-align: right;">(...)</p>
<p>(suite)</p> <p>› Ils diminuent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La souffrance de la personne atteinte et celle de sa famille ; • Le taux d'hospitalisation pour le traitement du trouble et les problèmes associés ; • Le risque de rechutes ; • Le déclin cognitif associé ; • Les frais associés à la judiciarisation en raison des passages à l'acte (vandalisme, méfaits, agressions, victimisation). 	<p>› Ils apportent les effets positifs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apportent au jeune un soutien thérapeutique par la médication et la psychothérapie, ainsi qu'une aide précieuse à la famille ; • Aident au rétablissement de l'estime de soi et au sentiment d'identité ; • Améliorent la santé psychologique et physique des membres de la famille en peaufinant leurs interventions ; • Suggèrent aux intervenants du milieu scolaire des interventions plus judicieuses auprès de ces jeunes présentant des comportements dérangeants et difficiles.

Pour améliorer l'efficacité de ces programmes, rappelons qu'il existe à la fois des normes (Ministry of Health and Long-Term Care, 2011) et des guides de pratique standardisée concernant les programmes d'intervention précoce de la psychose (International Early Psychosis Association Writing Group, 2005; Health Services of British Columbia Health Services, 2010; International Early Psychosis Association⁶).

Prédire la psychose: la prudence est de mise

Hallucinations et délires ne sont que des déformations de la réalité qui nous angoissent et il faut en parler avec une personne de confiance. Pour favoriser le meilleur rétablissement possible de la personne psychotique, il importe de dépister tôt les signes avant-coureurs de la psychose et

d'intervenir dès la manifestation de ceux-ci. Le jeune qui éprouve certains de ces signes, surtout s'il a des hallucinations ou des délires, ne se confie pas facilement et garde souvent pour lui ces informations de peur qu'on le trouve bizarre et qu'on l'hospitalise. Il ne sait à qui s'adresser pour valider son état et recevoir des conseils qui pourraient l'aider. Dans le but de renseigner le jeune et ses proches sur les signes avant-coureurs pouvant annoncer une psychose, la Société québécoise de la schizophrénie a développé un outil de dépistage disponible sur le Web, le Refer-o-scope⁷. Les réponses fournies sont confidentielles et des recommandations sont suggérées à l'utilisateur, ainsi que des informations sur les services disponibles dans sa région. Deux précisions s'imposent: cet outil n'a fait l'objet d'aucune validation scientifique, et ses visées sont plutôt pédagogiques et préventives. En aucun cas il ne peut remplacer le recours à un professionnel de la santé (médecin, psychiatre, psychologue) qui, eux, peuvent poser le diagnostic et suggérer le traitement pharmacologique ou psychologique.

La prudence est de mise quant à la possibilité de prédire la psychose à partir d'observations de signes précurseurs possibles. Les données actuelles ne nous permettent pas de distinguer les seuils et les caractéristiques pronostiques valides et précises permettant de prédire l'évolution des symptômes psychotiques (Côté et Morin, 2013). À ce jour, on ne peut identifier que 10% à 20% des jeunes à haut risque de développer une psychose (NICE, 2013a), tout au plus 30% (Solida et Conus, 2012). Par ailleurs, il importe de référer le jeune à une équipe pédopsychiatrique pour que celle-ci procède à une évaluation approfondie lorsqu'on observe la présence de certains indicateurs comme la détresse vécue, la baisse inexplicquée du niveau de fonctionnement, la présence de facteurs de risque génétiques ou de stressors environnementaux (Côté et Morin, 2013).

L'importance de développer la recherche en psychiatrie est fondamentale. À cet égard, l'Institut universitaire en santé mentale Douglas possède un programme de recherche (Clinique d'évaluation des jeunes à risque - Clinic for Assessment of Youth at Risk, CAYR) visant à trouver des outils qui permettent de détecter les jeunes de 14 à 30 ans à très haut risque de développer un trouble psychotique (Gravel, 2013). Pour reconnaître ces personnes, trois critères sont utilisés (Gravel, 2013):

- › L'histoire familiale: une personne dont les deux parents sont atteints possède un risque 50 fois plus élevé d'être atteint qu'une personne de la population générale;
- › La personne doit présenter une diminution subite de son fonctionnement scolaire et social sans que l'on puisse identifier aucune cause connue;
- › La personne manifeste certains symptômes psychotiques (par exemple: elle a des impressions de déjà-vu, elle entend des voix, voit des ombres la nuit, mais elle demeure critique face à ce vécu bizarre).

À ce jour, les chercheurs ont constaté que seulement 10% à 35% des personnes présentant ces trois critères développent un trouble psychotique réel. Ils conviennent de l'importance d'affiner davantage leurs critères de détection et n'excluent pas l'utilisation de l'imagerie cérébrale ou de la génétique pour ce faire (Gravel, 2013).

Intervention

Les objectifs des interventions pharmacologiques, psychologiques et psychosociales consistent à (NICE, 2013a):

- › Réduire les impacts négatifs de la maladie sur le fonctionnement du jeune, en traitant sa maladie et en lui apportant un soutien psychologique;
- › Restaurer une trajectoire développementale et un fonctionnement psychosocial normaux;
- › Soutenir les proches en éduquant le jeune et sa famille sur sa maladie;
- › Prévenir les rechutes.

Premier épisode psychotique

Les programmes d'intervention précoce encouragent une culture de l'espoir et proposent des soutiens psychosociaux essentiels afin d'aider le jeune à développer son potentiel par l'atteinte de ses objectifs sur les plans cognitif, professionnel, social, éducatif et affectif (Ministry of Health and Long-Term Care, 2011). La réussite des programmes d'intervention précoce est tributaire de plusieurs facteurs:

- › Dans la mesure du possible, l'intervention préconisée ne doit pas perturber les activités quotidiennes du jeune patient;

- › L'acceptation, le soutien et la patience de la famille améliorent les chances de rétablissement, tandis que le stress peut aggraver la psychose (ACSM, 2010);
- › Les attitudes aidantes des proches et des pairs sont cruciales pour favoriser son rétablissement;
- › Considérant les graves répercussions de la situation dans la vie des personnes psychotiques, les programmes d'intervention précoce se doivent d'être offerts aux jeunes psychotiques sur une période de trois années et plus (NICE, 2013a);
- › L'alliance de travail entre le jeune qui souffre d'un premier épisode psychotique et son intervenant principal constitue un facteur clé qui favorise l'adhésion au traitement et le rétablissement. Une alliance thérapeutique très solide se traduit par moins de symptômes cliniques et un meilleur fonctionnement social (Melau et coll., 2015).

Pour travailler avec les jeunes dans les programmes d'intervention précoce, certaines qualités demeurent essentielles: «Il faut savoir communiquer, être à l'aise dans les relations, détendu et affable, avoir le sens de l'humour, ainsi qu'une vision optimiste et porteuse d'espoir. Il est important d'avoir une base de valeurs qui respecte les personnes et leur famille, ainsi que leur culture, et de savoir reconnaître celles qui luttent pour accepter les conséquences d'une psychose.» (Ministry of Health and Long-Term Care, 2011)

Attitudes aidantes

Auprès d'un jeune psychotique, les intervenants peuvent suggérer aux proches l'adoption des attitudes suivantes:

Sécurité

- › Rassurer le jeune, lui rappeler que vous êtes là pour l'aider à se sentir en sécurité;
- › Lui procurer un environnement de vie calme, apaisant et sécuritaire (éviter les surstimulations, enlever les objets dangereux s'il est en crise, etc.);
- › Lui demander ce qu'il faut faire pour qu'il se sente en sécurité;
- › Disposer d'un plan d'urgence en cas de crise (qui contacter, quand et comment agir en situation de crise: demeurer calme et éviter de lui parler

trop fort et trop rapidement; ne pas restreindre sa liberté de se promener de long en large; éviter de répondre à ses verbalisations hostiles). Si la situation s'envenime et devient dangereuse, contacter la police. Il importe d'assurer la protection des tiers et de recourir à la loi s'il y a des actes d'agression;

- › Être aux aguets relativement à certains signaux qui pourraient laisser croire qu'un passage à l'acte sur autrui est imminent (Côté et Morin, 2013): voix qui lui ordonnent d'effectuer des gestes répréhensibles, idées délirantes destructrices ou idées délirantes d'agir sous le contrôle d'un tiers, consommation d'alcool ou de drogues, présence de troubles concomitants comme un trouble des conduites ou de traits de personnalité antisociale.

Stabilité

- › Établir une routine de vie quotidienne stable; l'encourager lorsqu'il s'occupe à quelque chose qui le tient loin de ses préoccupations morbides (ex.: musique, lecture, arts, etc.) plutôt que de demeurer oisif.

Communication

- › Être honnête dans sa communication. La sincérité de vos propos demeure de mise, car le jeune peut être méfiant. Il ne faudrait pas qu'il perçoive que vous essayez de le tromper;
- › Être positif dans ses demandes (ex.: Je pense que tu te sentiras mieux si ta chambre était mieux rangée).

Communication familiale

- › Un environnement familial positif comportant peu d'émotivité négative contribue à diminuer les rechutes possibles. Les interventions psychosociales devraient viser à maintenir un affect positif dans les familles durant les premiers stades de la maladie (Lee et coll., 2014).

Respect

- › Respecter son espace vital en le touchant seulement s'il l'autorise et en évitant de le fixer dans les yeux s'il semble méfiant. Respecter son choix de ne pas discuter avec vous à un moment particulier;

- › Essayer de comprendre le type d'aide qu'il recherche et le soutenir dans sa démarche;
- › Respecter son refus de recourir à une aide professionnelle ou médicale à moins que son développement ne soit compromis. Essayer calmement, par l'intermédiaire de personnes avec qui il a un lien de confiance, de le convaincre d'aller chercher de l'aide là où il se sent le plus à l'aise (école, centre de loisirs, communauté, etc.).

Soutien

- › Soutenir le jeune dans ses efforts pour adopter un mode de vie sain (alimentation, sommeil, activités physiques, etc.);
- › L'encourager dans ses efforts pour éviter la consommation de drogues, d'alcool et de stimulants (ex.: caféine);
- › L'aider à identifier les sources de stress et l'encourager à s'en éloigner ou à mieux gérer celui-ci;
- › Décortiquer en petites étapes les tâches pour lui en faciliter l'exécution;
- › L'encourager dans ses efforts pour maintenir son réseau social et dans les actions prises pour augmenter son autonomie;
- › Le féliciter pour la prise assidue de sa médication et la stabilité démontrée dans le suivi de ses rencontres médicales et professionnelles;
- › Rechercher de l'information sur la psychose et sur les stratégies aidantes à adopter.

Espoir

- › Demeurer positif relativement à son rétablissement et encourager toute initiative prise en ce sens.

Attitudes à éviter

- › Les jugements, la confrontation, la critique, les blâmes, les sarcasmes, la condescendance;
- › Faire des promesses que vous ne pourrez tenir;
- › Rire de ses propos ou de ses croyances, ou encore critiquer celles-ci;
- › Discuter avec lui de ses hallucinations ou de ses délires. Chercher plutôt à comprendre les sentiments qu'il vit et lui démontrer de l'empathie sur ce qu'il ressent (ex.: «Je comprends tes craintes, j'éprouverais la même

chose si j'avais l'impression d'être suivi»); en agissant ainsi, on l'écoute sans pour autant être d'accord avec lui.

Psychothérapie

En plus de favoriser le rétablissement du jeune, la psychothérapie présente plusieurs avantages, car elle (Hazen et coll., 2011):

- › Favorise l'acquisition d'habiletés sociales et diminue son isolement social;
- › Permet une meilleure gestion de son stress;
- › Augmente la capacité d'introspection du jeune tout en favorisant une meilleure compréhension de sa maladie;
- › Aide à la prévention des rechutes en lui permettant d'identifier les situations et événements susceptibles de les provoquer.

Plusieurs psychothérapies ont démontré leur efficacité (Society of Clinical Psychology de l'American Psychological Association, Division 12):

- › La thérapie cognitivo-comportementale* (TCC);
- › Le programme d'entraînement aux habiletés sociales* (PEHS);
- › Le suivi intensif dans la communauté* (SIC);
- › La psychoéducation* (P);
- › Le soutien à l'emploi* (SE).

La thérapie d'acceptation et d'engagement* est également reconnue comme étant efficace pour traiter la psychose⁸. Le programme australien Active Cognitive Psychotherapy for Early Psychosis (Bendall et coll., 2005) a été utilisé au Québec avec succès auprès de jeunes adultes psychotiques (Marois et coll., 2011).

Quatre principaux facteurs semblent expliquer le succès des psychothérapies auprès des personnes psychotiques (Côté et Morin, 2013):

- › Un niveau de détresse élevé;
- › Une bonne capacité d'introspection;
- › La présence d'une bonne autocritique;
- › La coopération des parents.

Médication

Chez les jeunes, plusieurs études confirment l'efficacité des antipsychotiques pour le traitement des symptômes positifs de la psychose (NICE, 2013a). Les médicaments approuvés par la FDA⁹ pour traiter ces symptômes lors de l'apparition d'un épisode psychotique chez un jeune de 13 ans et plus sont les antipsychotiques atypiques (aussi appelés antipsychotiques de seconde génération, pour les distinguer des antipsychotiques typiques ou de première génération comme la chlorpromazine ou l'halopéridol: rispéridone, palipéridone, aripiprazole¹⁰, quétiapine, olanzapine [AACAP et CQI, 2013]). Des médicaments injectables sont parfois proposés (Invega Sustenna®, Abilify Maintena®). Il est recommandé d'entreprendre un tel traitement en première ligne en utilisant au départ une faible dose sous la supervision d'un pédopsychiatre ou d'un psychiatre (NICE, 2013a). Selon les indications cliniques et la condition médicale du jeune, le pédopsychiatre peut proposer à un jeune de moins de 13 ans une médication s'il le juge à-propos.

Environ 85% des personnes qui vivent un premier épisode psychotique auront une rémission de leurs symptômes dans les trois mois de la prise des antipsychotiques. Par ailleurs, environ 70% des personnes, se considérant définitivement guéries, cessent la prise de la médication dans la première année de leur traitement, ce qui se traduit par des rechutes* (Compton et Broussard, 2009). La prise de la médication tout au long de la vie de la personne atteinte d'une psychose et le soutien des proches et des intervenants préviennent les rechutes. Plusieurs des médicaments récents traitent les symptômes psychotiques efficacement, sans causer les effets secondaires de leurs prédécesseurs. Les recherches actuelles démontrent que les interventions efficaces comportent les caractéristiques suivantes: une pharmacothérapie utilisant des doses minimales efficaces, des interventions familiales, des activités de réadaptation en groupe et une thérapie cognitivo-comportementale* ou de soutien* (Ouellet-Plamondon, 2012).

À retenir

- Le trouble psychotique est occasionné par un mauvais fonctionnement du cerveau et peut être traité.

- La principale caractéristique du trouble psychotique est la difficulté, pour le jeune, de distinguer le réel de l’imaginaire.
- Les hallucinations et les délires qui font partie de la psychose changent radicalement les perceptions, pensées, croyances et comportements du jeune.
- Ce trouble mental n’est pas à prendre à la légère, car 10% des personnes psychotiques se suicident et les deux tiers de ces personnes le font dans les cinq premières années de la maladie.
- Les origines de ce trouble sont multiples: maladies physiques, intoxication à la suite de la consommation de drogues, combinaison de facteurs héréditaires et d’événements stressants.
- Plus le traitement est entrepris à un stade précoce de la psychose, meilleures sont les chances de rétablissement.
- Le trouble psychotique comporte trois phases:
 - › **La phase prodromique** où l’on observe des changements dans la façon dont les jeunes décrivent leurs émotions, leurs pensées et leurs perceptions. Modification progressive de l’humeur et du comportement: agissements étranges, détachement envers les amis, manque d’énergie, fatigue et hygiène laissant à désirer;
 - › **La phase aiguë** caractérisée par l’apparition de délires, d’hallucinations ou de pensées confuses;
 - › Enfin, **la phase résiduelle**, celle du rétablissement où, en plus du traitement pharmacologique, l’intervention multidisciplinaire de type cognitivo-comportemental permet à la personne de se réinsérer progressivement dans la communauté.
- La prise régulière de médicaments et le soutien des proches contribuent à prévenir les rechutes possibles.
- Dès le premier épisode psychotique, la prise en charge par une équipe multidisciplinaire spécialisée contribue à diminuer l’isolement social, à favoriser la réintégration dans la communauté et à éviter les rechutes.
- Le traitement de choix combine la médication antipsychotique et l’utilisation d’une psychothérapie dont l’efficacité a été reconnue auprès de cette clientèle; le tout doit être jumelé avec un bon soutien social, familial et communautaire.

Lectures suggérées

Association canadienne pour la santé mentale. *La psychose*.
www.cmha.ca/fr/sante-mentale/comprendre-la-maladie-mentale/la-psychose

Compton, M.T. et B. Broussard (2009). *The first episode of psychosis: A guide for patients and their families*. Oxford: Oxford University Press.

ESantementale.ca (2012). *La façon d’aider les enfants et les jeunes aux prises avec la psychose: Information à l’intention des parents et des*

aidants. @MentalHealth. ca, p. 1-6. www.esantementale.ca/Ottawa-Carleton/La-facon-daider-les-enfants-et-les-jeunes-aux-prises-avec-la-psychose-Information-a-lintention-des-parents-et-des-aidants/index.php?m=article&ID=8877

Institut universitaire en santé mentale de Québec (2008a). *Mieux composer avec ces voix qui dérangent: Guide de stratégies et de recommandations à utiliser au quotidien*. www.institutsmq.qc.ca/publications

Institut universitaire en santé mentale de Québec et Clinique Notre-Dame des Victoires (2009). *Famille et psychose: Guide d'intervention*. Service social. www.institutsmq.qc.ca/publications

Institut universitaire en santé mentale de Québec et Clinique Notre-Dame des Victoires (non daté). *Programme psychoéducatif RAAP. Guide de l'intervenant*. www.institutsmq.qc.ca/publications

L'Heureux, S., Nicole, L., Abdel-Baki, A., Roy, M.-A., Gingras, N. et Demers, M.-F. (2007). «Améliorer la détection et le traitement des psychoses débutantes au Québec: L'Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques (AQPPEP)». *Santé mentale au Québec*, 32, (1), p. 299-315.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2017). *Schizophrénie*, Portail santé mieux-être. <http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/schizophrénie>

-
1. Le spectre de la schizophrénie et des autres troubles psychotiques comprend la schizophrénie, les autres troubles psychotiques et la personnalité schizotypique (APA, 2015).
 2. Inspiré de: APA (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – DSM-5*. Paris: Elsevier Masson, pp. 103-144. Ce questionnaire est un outil non validé scientifiquement et se doit d'être analysé par un professionnel de la santé compétent. La prudence est de mise avant de tirer quelques conclusions que ce soit. Les professionnels peuvent utiliser les outils dans l'annexe 1 pour les aider à identifier les individus à haut risque.
 3. Une méta-analyse indique que l'âge du début de la psychose est 2, 7 ans plus tôt chez les jeunes qui consomment du cannabis en comparaison avec ceux qui n'en consomment pas (Large et coll., 2011). Le cannabis est un facteur aggravant pour les personnes à risque de développer une psychose, Le lien de causalité entre la psychose et la consommation de cannabis n'est pas encore établi scientifiquement.

4. Institut universitaire en santé mentale Douglas. *Psychoses: causes, symptômes et traitements*.
www.douglas.qc.ca/info/psychose
5. www.aqppep.ca
6. www.iepa.org.au
7. www.refer-o-scope.com
8. www.div12.org/PsychologicalTreatments/treatments/schizophrenia_acceptance.html
9. FDA: Food and Drug Administration, organisme qui réglemente l'utilisation des médicaments aux États-Unis.
10. L'aripiprazole est recommandée dans le traitement de la schizophrénie chez les adolescents âgés de 15 à 17 ans (NICE, 2013a).

Intervention thérapeutique, réadaptation psychosociale, rétablissement et pratiques psychologiques scientifiques efficaces

La meilleure médecine pour recouvrer un équilibre, me dit-on, est de trouver un sens à la vie.

Luc Vigneault

Pair aidant, Institut universitaire en santé mentale de Québec

Intervention thérapeutique

Définition

L'intervention thérapeutique (psychothérapie) utilise plusieurs techniques ou méthodes pour aider les enfants et les adolescents qui vivent des expériences difficiles nuisant à leur fonctionnement harmonieux dans la société. Elle peut s'effectuer individuellement, avec un groupe de pairs vivant des problématiques identiques ou encore avec les familles. L'art thérapie* (ex.: le dessin) et la thérapie par le jeu* conviennent souvent aux très jeunes enfants. Toute psychothérapie se doit d'être pratiquée par une personne compétente en la matière.

L'Ordre des psychologues du Québec, quant à lui, la définit ainsi: «C'est un traitement qui vise à soulager une souffrance ou une difficulté de nature psychologique. Elle peut s'adresser à toute personne, enfant, adolescent ou adulte, qui souhaite effectuer des changements significatifs dans sa vie afin de se sentir mieux. Cela peut se faire en suscitant des changements de comportements, d'émotions ou d'habitudes, en aidant la personne à trouver des réponses à ses questions, à faire des choix difficiles, à comprendre et/ou à mieux vivre une situation difficile.»

Dans la psychothérapie¹, la relation entre le jeune et son thérapeute est cruciale. Le jeune doit se sentir en sécurité, en confiance et écouté. Cette alliance thérapeutique* lui permet de progresser en vue de se rétablir. Elle présuppose que le thérapeute possède des compétences essentielles et ce dernier se doit de les mettre à jour.

Compétences du psychothérapeute

La maîtrise des compétences de base pour effectuer une psychothérapie est cruciale. Trudeau et coll. (2015) précisent bien l'importance d'un encadrement nécessaire et légalement reconnu. À cet égard, l'Ordre des psychologues du Québec s'est vu confier le mandat de s'assurer que les personnes qui pratiquent la psychothérapie possèdent ces compétences. D'autres facteurs reliés au psychothérapeute et au client contribuent également au succès d'une psychothérapie (Gouvernement du Québec, 2012):

- › La capacité de suggestion;
- › Les attitudes du psychothérapeute;
- › Le cadre et les attentes du client;
- › La qualité relationnelle et la capacité d'établir une alliance thérapeutique*;
- › La confiance du client en la réussite de la démarche.

Au Québec, l'exercice de la psychothérapie est réservé aux psychologues, aux médecins et aux détenteurs d'un permis de psychothérapeute émis par l'Ordre des psychologues du Québec.

L'Ordre des psychologues du Québec² identifie les quatre principales orientations thérapeutiques suivantes (voir le [tableau 18](#)), parmi lesquelles on peut regrouper les diverses thérapies dont l'efficacité est reconnue scientifiquement.

Tableau 18 • Les quatre principales orientations thérapeutiques et les différentes thérapies

Orientations thérapeutiques	Les différentes thérapies dont l'efficacité est reconnue scientifiquement
L'orientation cognitivo-comportementale*	Analyse fonctionnelle*, arrêt de pensée*, désensibilisation systématique*, exposition et prévention de la réponse*, imagerie positive, modelage*, rétroaction biologique*, thérapie cognitivo-comportementale*, thérapie comportementale*, thérapie d'activation comportementale*, thérapie émotive-rationnelle*.
L'orientation existentielle-humaniste*	Analyse transactionnelle*, thérapie d'acceptation et d'engagement*, thérapie interpersonnelle*, thérapie interpersonnelle des rythmes sociaux*.
L'orientation psychodynamique-analytique*	Thérapie de soutien*, thérapie psychodynamique analytique*.
L'orientation systémique interactionnelle*	Thérapie familiale fonctionnelle*, thérapie multisystémique*, thérapie familiale ou approche de Maudsley*, thérapie centrée sur la famille*, thérapie familiale centrée sur l'attachement*, psychoéducation*, soutien intensif dans la communauté*.

Le psychothérapeute joue un rôle primordial lorsqu'on évalue l'efficacité d'une thérapie. Il a été démontré que l'impact des techniques et interventions thérapeutiques est également intimement lié aux caractéristiques du psychothérapeute.

«Environ 30% des thérapeutes obtiennent des résultats supérieurs à leurs confrères, et cela indépendamment des approches cliniques utilisées [...] Les thérapeutes qui ont les meilleurs résultats sont ceux qui, d'une part, sont attentifs et sensibles au *feedback* du patient, qui sont flexibles pour ajuster leurs interventions aux besoins du patient.» (Lecomte, 2010)

Il est donc primordial que toute personne qui s'engage dans un processus de changement thérapeutique soit à l'aise avec son thérapeute et ait confiance en lui. Cette alliance thérapeutique constitue un atout important pour l'atteinte des objectifs cliniques. La qualité de cette alliance thérapeutique entre le jeune et son thérapeute repose sur plusieurs facteurs (adapté de Côté et Morin, 2013):

- › L'empathie;
- › Le non-jugement;
- › L'authenticité;
- › L'utilisation d'un langage clair et précis;
- › L'adaptation aux besoins changeants du jeune;

- › Le respect de son rythme;
- › L'évitement de la confrontation;
- › La normalisation;
- › La dédramatisation;
- › L'intervention axée sur les forces du jeune;
- › La recherche d'un consensus sur les buts et moyens thérapeutiques.

Un autre élément déterminant de réussite est la motivation du jeune qui se traduit par son implication active. La confiance qu'a le jeune en l'efficacité du traitement psychologique proposé ainsi que l'efficacité même de la stratégie d'intervention utilisée par le thérapeute constituent deux autres critères permettant de s'assurer que la thérapie apportera des résultats significatifs.

Le *feedback* du client lors des différentes sessions de thérapie est également très important pour le thérapeute afin de s'assurer des effets du traitement et du progrès du jeune dans le processus clinique. Cela permet aussi d'éviter que le jeune abandonne la thérapie, car il se sent davantage consulté. Pour obtenir ce *feedback*, différents outils adaptés aux enfants et aux adolescents peuvent être utilisés par le thérapeute (l'Outcome Rating Scale³ et le Session Rating Scale: Miller, 2012; ainsi que le PSYCHLOPS: Ashworth, 2012).

Au Québec, pour trouver un psychothérapeute reconnu, on peut consulter le site de l'Ordre des psychologues du Québec.

Accessibilité

Une plus grande accessibilité de la population à la psychothérapie est essentielle. Au Québec, les psychologues effectuent majoritairement de la pratique privée. Ainsi, l'accès aux psychothérapies est malheureusement encore trop sélectif et réservé à ceux qui disposent de l'argent nécessaire pour y accéder. Seulement un tiers des professionnels québécois pouvant dispenser des services de psychothérapie travaillent dans le secteur public (INESSS, 2015). L'Australie a privilégié l'accès aux thérapies à tous en offrant 12 séances annuelles de psychothérapie à toute personne orientée par un médecin. Une telle démarche reconnaît l'efficacité de ces psychothérapies au même titre que l'intervention pharmacologique. Rappelons que pour les patients souffrant de dépression ou de troubles

anxieux dits **modérés**, la **psychothérapie est aussi efficace que la pharmacothérapie** et les effets bénéfiques de la psychothérapie se maintiennent plus longtemps après le traitement, ce qui diminue le risque de rechutes (INESSS, 2015; Vasiliadis et coll., 2015). Pour ceux qui souffrent de troubles anxieux ou dépressifs **graves**, la combinaison de la psychothérapie et de la pharmacologie présente une **efficacité supérieure** à l'utilisation de la psychothérapie seule (INESSS, 2015c).

Le Royaume-Uni, par l'intermédiaire du programme Improving Access to Psychological Therapies (IAPT), et l'Australie, en mettant en place le programme Better Access, ont démontré que ces programmes fortement utilisés par la population ont eu un impact positif considérable sur la santé de celle-ci (Vasiliadis, 2012; Pirkis et Vasiliadis, 2013).

Le Québec gagnerait à offrir un tel service, qui a d'ailleurs été suggéré dans le rapport du Commissaire à la santé et au bien-être (CSB, 2012c). Dans ce rapport, on indique que 80% à 90% des personnes qui souffrent d'un trouble psychologique ou mental reçoivent comme seul traitement des médicaments. Or, un sondage réalisé par l'Ordre des psychologues du Québec révèle que 75% des Québécois choisiraient la psychothérapie; de ce nombre, 32% privilégieraient la psychothérapie seule et 43% opteraient pour une combinaison de psychothérapie et de médicaments (Ordre des psychologues du Québec, 2012a). Il en ressort que les **psychologues et autres thérapeutes formés à la psychothérapie devraient être davantage accessibles aux jeunes**. Au Québec, l'accessibilité à la psychothérapie est limitée, car 63% de la population consultée par l'Ordre des psychologues du Québec a répondu que des raisons financières l'empêchaient de consulter en psychothérapie. De plus, l'utilisation de guides cliniques pour améliorer les soins de première ligne en santé mentale assurerait une meilleure formation aux dispensateurs de services à la population (Doré et Roberge, 2010). L'INESSS (2015) reconnaît que les patients souffrant de troubles anxieux et dépressifs ainsi que les thérapeutes dispensant ces services gagneraient à disposer de recommandations de pratique issues d'un tel guide et basées sur des données probantes. L'amélioration de la formation des intervenants de première ligne ainsi qu'une meilleure coordination des services actuellement offerts au Québec contribueraient à accroître la performance des soins de première ligne en santé mentale (Menear, 2013). Le Collectif pour l'accès à la psychothérapie (CAP, 2016) spécifie:

- › Que toute personne, de tout âge, qui nécessite des services de psychothérapie puisse en bénéficier sans considération de sa capacité de payer;
- › Que cette offre de services en première ligne puisse s’articuler entre les médecins et les psychologues ou les psychothérapeutes reconnus;
- › Qu’elle réponde aux exigences scientifiques et professionnelles en matière de services de psychothérapie;
- › Que toute personne présentant un trouble mental doit avoir accès à une combinaison de services, de traitements et de soutien selon ses besoins et ses choix.

Pour la présidente de l’Ordre des psychologues du Québec, l’offre de services en santé mentale ne répond pas aux besoins de la population et elle entend défendre l’accessibilité de la population à des services psychologiques compétents et gratuits (Grou, 2016). Rappelons à cet égard que le projet de loi 21 (Gouvernement du Québec, 2013) vise à assurer au public que les personnes qui effectuent des psychothérapies soient compétentes et il reconnaît d’office aux médecins et aux psychologues le droit de dispenser des services de psychothérapie. D’autres professionnels, tels les conseillers et conseillères en orientation, les ergothérapeutes, les infirmières et infirmiers, les psychoéducateurs et psychoéducatrices, les travailleuses et travailleurs sociaux et les thérapeutes conjugaux doivent détenir un permis de psychothérapeute décerné par l’Ordre des psychologues du Québec.

Sur son site Web⁴, l’Ordre des psychologues du Québec offre des moyens concrets pour aider le public à trouver un professionnel reconnu comme psychothérapeute. L’Association des médecins psychiatres du Québec⁵ oriente les individus qui en font la demande vers les ressources appropriées à leurs demandes, que ce soit dans une clinique de secteur, à l’hôpital, vers un spécialiste en suivi, un expert ou autre.

À retenir

En s’inspirant de l’expérience du Royaume-Uni et de l’Australie, ainsi que de l’efficacité démontrée de leurs programmes IAPT et Better Access, et considérant les problèmes

d'accessibilité à la psychothérapie au Québec, il serait bénéfique de mettre en place un programme favorisant l'accès gratuit à la psychothérapie pour les jeunes (Vasiliadis, 2012).

Réadaptation psychosociale

Outre l'intervention pharmacologique et psychothérapeutique, il importe que les jeunes aux prises avec un trouble mental grave soient soutenus dans leur réadaptation* et leur rétablissement* et disposent de conditions de vie adéquates favorisant une bonne intégration sociale. Le modèle de réadaptation psychosociale repose sur l'idée du rétablissement des personnes atteintes de maladie mentale, sans pour autant mettre l'accent sur la guérison. Ce modèle préconise le développement des capacités fonctionnelles de la personne (points forts, ressources et obstacles) et insiste sur l'implication active du jeune dans sa réadaptation.

«La réadaptation vise à aider la personne à composer avec les symptômes de sa maladie ou à améliorer ses habiletés. Elle est utilisée entre autres, auprès des personnes souffrant de problèmes significatifs de santé mentale afin de leur permettre d'atteindre un degré optimal d'autonomie en vue d'un rétablissement. Elle peut s'insérer dans le cadre de rencontres d'accompagnement ou de soutien et intégrer, par exemple, la gestion des hallucinations et l'entraînement aux habiletés quotidiennes et sociales.» (Ordre des psychologues, 2012b)

La réadaptation psychosociale doit permettre au jeune l'atteinte des objectifs thérapeutiques suivants:

- › Comprendre sa maladie, l'accepter et adopter des moyens pour maintenir une bonne qualité de vie favorisant le développement optimal de ses capacités (incluant le maintien d'une alliance thérapeutique);
- › Mieux se connaître et développer une meilleure confiance en soi;
- › Apprendre à mieux gérer ses émotions pour maîtriser davantage son stress;
- › Améliorer ses habiletés en matière de communication et de relations interpersonnelles;
- › Développer ses habiletés sociales et utiliser les stratégies de résolution de problèmes;

- › Se fixer des buts et préciser les moyens pour y parvenir;
- › Modifier ses fausses croyances pour des croyances plus réalistes.

L'intervention sociale individuelle en santé mentale implique «l'accompagnement, le soutien, la défense de droits, la représentation et la mobilisation de ressources personnelles et de ressources sociales. Elle a pour but d'apporter des changements significatifs pour la personne au plan personnel, interactionnel, environnemental.» (OTSTCFQ, 2013)

Elle consiste à redonner au jeune le pouvoir de reprendre le contrôle de sa vie et à le soutenir dans cet accomplissement.

Rétablissement

«Je crois qu'il faut vivre au jour le jour et faire confiance en la vie. Il faut vraiment s'abandonner et être actif selon nos capacités. Je pense que la guérison, c'est ça. Être soi-même à partir de nos rêves.» (Quintal et Vigneault, 2013a)

Le rétablissement est davantage une attitude à adopter en regard de notre façon de vivre. Son but consiste à encourager le jeune à prendre ses propres décisions, et ce, afin qu'il développe son véritable potentiel. Ce concept ne signifie pas nécessairement «guérison». Il réfère plutôt à la capacité de la personne à mener une vie épanouissante dans sa communauté, tout en cherchant à développer son plein potentiel. De plus en plus, un consensus se dégage pour préciser les éléments clés du rétablissement (Anderson et coll., 2006, cité dans Commission de la santé mentale du Canada, 2009a):

- › Trouver l'espoir et préserver;
- › Retrouver son identité positive;
- › Se bâtir une vie significative en comprenant et en acceptant sa maladie;
- › Être responsable;
- › Avoir le contrôle de sa vie et de sa maladie.

Le rétablissement renvoie à ce que la personne fait pour vivre avec sa maladie tout en: a) poursuivant ses rêves et ses projets de vie; b) créant ou recréant une vie digne, sécuritaire et pleine de sens dans la communauté de son choix; c) continuant à ressentir les effets de sa maladie mentale

(Pelletier, 2010). Dans son *Plan d'action en santé mentale 2015-2020*, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2015) fonde les soins et les services à offrir sur l'approche orientée vers le rétablissement. Il préconise que chaque établissement qui dispense des services en santé mentale élabore un plan d'action précisant:

- › Comment les personnes utilisatrices et leurs proches seront engagés dans la prestation et l'organisation des services;
- › Comment elles seront informées de leurs droits;
- › Quelles actions seront prises pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination;
- › Quelles mesures seront introduites pour promouvoir des services orientés vers le rétablissement;
- › Comment les personnes utilisatrices et leurs proches seront informées des services communautaires à leur disposition (Menear, 2016).

L'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale⁶ identifie les cinq étapes suivantes du processus de rétablissement (MSSS, 2015):

1. La reprise de pouvoir sur sa vie;
2. La détermination de ses besoins et de ses forces;
3. Le développement de ses habiletés;
4. La responsabilisation;
5. L'utilisation des ressources disponibles que la personne juge pertinentes pour répondre à ses besoins.

Les approches orientées vers le rétablissement reposent sur deux piliers:

1. Reconnaître que chaque personne est unique et qu'elle a le droit de déterminer sa démarche vers l'atteinte d'un meilleur état de santé et de bien-être mental;
2. Comprendre que nous évoluons dans des sociétés complexes et que nous sommes soumis aux effets de divers facteurs sur la santé et le bien-être mental (biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, culturels, spirituels) qui interagissent (Commission de la santé mentale du Canada, 2014).

Dans sa *Déclaration d'engagement envers le rétablissement*, la Commission de la santé mentale du Canada (2014b) précise que les

principes qui sous-tendent le rétablissement sont basés sur l'espoir, l'autodétermination et la responsabilité. Trois valeurs fondamentales orientent les interventions vers le rétablissement: espoir, dignité et citoyenneté. Le *Guide de référence pour les pratiques axées sur le rétablissement* intègre ces valeurs et propose de multiples exemples d'intervention afin d'orienter les politiques et les programmes (Commission de la santé mentale du Canada, 2015b).

Plusieurs facteurs peuvent influencer favorablement le rétablissement: un bon réseau de soutien social, l'accès à l'éducation ou à l'emploi, une intervention précoce de qualité et la disponibilité de traitements efficaces (Commission de la santé mentale du Canada, 2011b). La construction et le maintien de liens d'amitié constituent des facteurs importants pour aider la personne à se rétablir. Respect, dignité, compassion et empathie doivent guider les échanges.

Dans sa démarche vers le rétablissement, le jeune doit «... redevenir un “je”, c'est-à-dire reprendre la direction de sa vie. C'est être en cohérence avec soi-même, ses valeurs, ses désirs, ses capacités et ses limites. Enfin, remettre la maladie à sa place». (Quintal et Vigneault, 2013b)

Une offre de services effectuée dans un contexte de rétablissement présuppose que les attitudes suivantes sont adoptées par l'intervenant: «Il donne de l'espoir, partage le pouvoir, échange de l'information, consulte avant de décider, propose des choix et se concentre sur les forces du client (Ministry of Health and Long-Term Care de l'Ontario, 2011).

Pour aider le jeune dans son rétablissement, le soutien par les pairs est fort important. Dans un contexte scolaire, il est un atout indispensable. Pour que ce soutien soit profitable, les pairs doivent promouvoir les valeurs suivantes (Sunderland et coll., 2013): autodétermination et égalité; réciprocité et empathie; rétablissement et espoir. Plutôt que d'être axée sur la maladie, l'intervention se doit d'être orientée sur la personne: son vécu, ses besoins, ses objectifs visant à améliorer sa qualité de vie, sa croissance personnelle et sa responsabilisation dans sa démarche pour se rétablir.

Pour aider les pairs à acquérir les habiletés nécessaires à un soutien adéquat, des *Lignes directrices relatives au soutien par les pairs — pratique et formation* ont été publiées (Sunderland et coll., 2013).

À retenir

- Dans la psychothérapie, la relation entre le jeune et son thérapeute est cruciale; il doit se sentir en sécurité, en confiance et écouté. Cette alliance thérapeutique permet au jeune de progresser en vue de se rétablir. Le thérapeute dispose de compétences essentielles.
 - Le parent peut s'assurer de la compétence du psychothérapeute en s'informant auprès de l'Ordre des psychologues du Québec.
 - Plusieurs facteurs peuvent influencer favorablement le rétablissement, tels un bon réseau de soutien social, l'accès à l'éducation ou à l'emploi, une intervention précoce de qualité et la disponibilité de traitements efficaces (Commission de la santé mentale du Canada, 2011b).
 - La construction et le maintien de liens d'amitié constituent des facteurs importants pour aider la personne à se rétablir: respect, dignité, compassion et empathie doivent guider les échanges.
-

Pratiques psychologiques scientifiques efficaces

Des parents et des jeunes informés

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, environ les deux tiers des personnes présentant un trouble mental pour lequel il existe un traitement efficace ne vont pas se faire soigner auprès d'un professionnel de la santé en raison du rejet social et de la discrimination à leur égard (Vidon et coll., 2010). Cette situation est malheureuse étant donné qu'il existe des traitements réellement efficaces.

En 2002, on avait déjà répertorié 551 noms de thérapies utilisées auprès des enfants (Weisz et Simpson Gray, 2008). Il est normal que le parent ne sache pas laquelle est la plus efficace pour son jeune qui présente un trouble mental. L'importance de préconiser l'utilisation des psychothérapies basées sur les données probantes chez les jeunes a bien été démontrée (Weisz et Simpson Gray, 2008; Weisz et Kazdin, 2010).

La prévention consiste également à proposer aux jeunes qui ont reçu un diagnostic de trouble mental une intervention psychologique efficace, ce qui diminue les conséquences néfastes d'un *statu quo* (Silverman et Hinshaw, 2008). En France, le ministère des Affaires sociales et de la Santé a confié à l'INSERM⁷ le mandat d'évaluer l'efficacité de trois formes principales de thérapie:

1. Les thérapies psychodynamiques*;
2. Les thérapies cognitivo-comportementales* (TCC);
3. Les thérapies familiales*.

Les résultats ont démontré que les TCC ont fait preuve d'une **efficacité bien établie** dans 15 des 16 troubles mentaux étudiés (AFTC et AFFRTCC, non daté). Les thérapies familiales, quant à elles, démontraient une efficacité dans cinq troubles mentaux: la schizophrénie, l'alcoolodépendance, l'autisme, l'hyperactivité et le trouble des conduites. Cette recherche d'efficacité des thérapies s'est poursuivie au fil des ans. Le [tableau 19](#) fait foi des thérapies **efficaces (bien établies) et probablement efficaces (prometteuses)** utilisées auprès des jeunes et basées sur les données probantes.

L'efficacité des interventions psychosociales chez les jeunes a été démontrée pour le trouble du déficit d'attention avec hyperactivité, le trouble oppositionnel avec provocation, le trouble des conduites, les troubles du spectre de l'autisme, l'anorexie et la boulimie nerveuses, le trouble obsessionnel-compulsif, le trouble du stress post-traumatique, les troubles anxieux et la dépression (Brown et coll., 2009).

À l'instar de l'American Psychological Association (APA, 2012), l'Ordre des psychologues du Québec a adopté en 2008 un énoncé de politique sur la pratique fondée sur les données probantes en psychologie (OPQ, 2008). Ce document privilégie une pratique fondée sur l'intégration des résultats de recherche les plus probants et de l'expertise du clinicien en tenant compte des caractéristiques et des préférences du client (Lecomte, 2010).

De plus, le *Guide d'intervention sur l'efficacité scientifique des interventions psychologiques portant sur les différents troubles mentaux* constitue un outil indispensable pour les psychothérapeutes (APA, 2008a, b).

Depuis les années 1990, la Society of Clinical Child and Adolescent Psychology a défendu de telles pratiques et a publié plusieurs articles relatant l'efficacité des diverses thérapies auprès des enfants et des adolescents. Le [tableau 19](#) répertorie l'efficacité de différentes thérapies selon diverses sources. Concernant les troubles du comportement et les troubles émotionnels des jeunes enfants, l'American Academy of Pediatrics

(2016b) suggère que les pédiatres prônent davantage auprès des décideurs une utilisation accrue des approches thérapeutiques basées sur les données probantes. À cet égard, plusieurs recherches concluantes existent sur l'importance de bien soutenir les interventions en milieu familial chez les jeunes enfants présentant des troubles de comportements et d'interactions sociales, des troubles anxieux ou encore chez ceux qui ont été exposés à un traumatisme (Gleason et coll., 2016).

Tableau 19 • Pratiques psychologiques scientifiques efficaces⁸ (bien établies) et probablement efficaces⁹ (prometteuses) recommandées selon le diagnostic

Troubles mentaux	<p>Pratiques psychologiques</p> <p>(Les chiffres entre parenthèses font référence aux organismes identifiés au bas du tableau qui ont reconnu l'efficacité de l'intervention thérapeutique ou du programme.)</p>
Trouble dépressif caractérisé (dépression majeure)	<ul style="list-style-type: none"> › Thérapie cognitivo-comportementale (1, 2, 3, 4, 8, 15, 25, 28) ; › Thérapie comportementale (2, 3, 4, 15) ; › Thérapie interpersonnelle (1, 2, 3, 4, 7, 8, 15, 25, 29) ; › Thérapie d'activation comportementale (2) ; › Thérapie d'acceptation et d'engagement (2, 29) ; › Programme de résolution de problèmes (2) ; › Thérapie émotive-rationnelle (2) ; › Thérapie psychodynamique brève (2).
Trouble bipolaire	<ul style="list-style-type: none"> › Psychoéducation (2, 3, 11, 25) ; › Thérapie interpersonnelle (3, 5, 11) ; › Thérapie centrée sur la famille (2, 3, 4, 11, 16, 25, 28, 31) ; › Thérapie cognitivo-comportementale (2, 4, 5, 11, 25) ; › Thérapie interpersonnelle des rythmes sociaux ou thérapie interpersonnelle et aménagement des rythmes sociaux (TIFARS) (2, 10, 25, 36).
Troubles anxieux en général	<ul style="list-style-type: none"> › Modelage (8) ; › Thérapie comportementale (3) ; › Thérapie cognitivo-comportementale (2, 4, 8, 12, 25) ; › Exposition (4, 8, 12) ; › Programme d'entraînement aux habiletés sociales (4, 12).
Phobie spécifique	<ul style="list-style-type: none"> › Thérapie cognitivo-comportementale (1, 3, 5, 6, 25) ; › Thérapie cognitivo-comportementale et exposition et prévention de la réponse (1, 2, 6, 25) ; › Désensibilisation systématique (5, 25).
Anxiété sociale (phobie sociale)	<ul style="list-style-type: none"> › Thérapie cognitivo-comportementale de groupe (2, 4, 12, 25, 28) ; › Thérapie comportementale (2).

Trouble panique	<ul style="list-style-type: none"> › Thérapie comportementale (3) ; › Thérapie cognitivo- comportementale (1, 2, 3, 6) ; › Relaxation et exposition (25) ; › Exposition (25) ; › Relaxation (25) ; › Exposition, thérapie cognitivo-comportementale et relaxation (25).
Anxiété généralisée	<ul style="list-style-type: none"> › Thérapie cognitivo-comportementale (1, 2, 3, 4, 5, 6, 25, 28) ; › Exposition (3, 5, 6) ; › Relaxation (3, 5, 6) ; › Thérapie comportementale (2) ; › Thérapie centrée sur la famille (individuelle ou de groupe) (32).
Trouble obsessionnel compulsif	<ul style="list-style-type: none"> › Thérapie comportementale (3) ; › Thérapie cognitivo-comportementale (1, 2, 3, 4, 5, 6, 14, 25, 28) ; › Thérapie centrée sur la famille (4) ; › Thérapie cognitivo-comportementale et exposition et prévention de la réponse (2, 3, 5, 6, 11, 22, 25) ; › Thérapie d'acceptation et d'engagement (2).
Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress	<ul style="list-style-type: none"> › Thérapie cognitivo-comportementale (1, 2, 4, 5, 6, 11) ; › Exposition prolongée (2) ; › Relaxation musculaire ; arrêt de pensée et imagerie positive (5) ; › Massage (5) ; › Thérapie cognitivo-comportementale centrée sur le trauma (4, 13).
Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments	<ul style="list-style-type: none"> › <i>Anorexie</i> : Thérapie familiale orientée sur le comportement (aussi nommée thérapie basée sur la famille ou approche familiale de Maudsley (2, 4, 8, 28, 30) ; › Thérapie cognitivo-comportementale (2, 11, 21, 28) ; › Thérapie interpersonnelle (2). › <i>Boulimie</i> : Approche familiale de Maudsley (30). › <i>Hyperphagie</i> : Thérapie cognitivo-comportementale par Internet (30) ; › Thérapie interpersonnelle (30).
Trouble du spectre de l'autisme	<ul style="list-style-type: none"> › Thérapie comportementale (intervention comportementale intensive, analyse appliquée du comportement) (4, 9, 26, 35) ; › Programme éducatif TEACCH (19, 26) ; › Enseignement de comportements pivots (26) ; › Programme développemental de Denver (26) ; › Thérapie cognitivo-comportementale (26) ; › Intervention centrée sur l'attention conjointe et le jeu symbolique (26) ; › Interventions éducatives comportementales générales (26) ; › Entraînement individuel aux habiletés sociales (scénarios sociaux) (26) ; › Entraînement de groupe aux habiletés sociales (26) ; › Formation des parents à la thérapie comportementale (26).

Trouble du déficit de l'attention/ hyperactivité	<ul style="list-style-type: none"> › Thérapie comportementale (1, 4, 5, 6, 17, 33); › Programme d'entraînement aux habiletés parentales (1, 4, 5, 6, 8, 17, 33); › Programme d'entraînement aux habiletés sociales (6); › Programme de résolution de problèmes (6); › Exercice physique (6); › Relaxation (6, 8); › Thérapie cognitivo-comportementale (8, 28); › Rétroaction biologique (8); › Gestion des comportements en classe (33); › Interventions effectuées auprès des pairs (33); › Organisation structurée du milieu d'enseignement (33).
Trouble oppositionnel avec provocation	<ul style="list-style-type: none"> › Thérapie comportementale (4, 11); › Thérapie familiale fonctionnelle (7, 23, 24); › Programme d'entraînement aux habiletés parentales (4) : TRIPLE P (20), › Ces années incroyables (21); › Programme de résolution de problèmes (4); › Thérapie multisystémique (4); › Thérapie cognitivo-comportementale (28).
Trouble des conduites	<ul style="list-style-type: none"> › Thérapie comportementale (1, 4, 8, 13); › Programme d'entraînement aux habiletés parentales (1, 4, 5, 6, 8, 28); › Thérapie cognitivo-comportementale (6, 8, 27, 28); › Programme de contrôle de la colère (6); › Programme d'habiletés de communication (6); › Thérapie familiale fonctionnelle (6, 23, 24, 28); › Programme de résolution de problèmes (4, 6, 27); › Relaxation (6); › Thérapie émotivo-rationnelle (6); › Analyse transactionnelle (6); › Thérapie multisystémique (4, 23, 24, 27, 35).
Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques	<ul style="list-style-type: none"> › Thérapie cognitivo-comportementale (2); › Programme d'entraînement aux habiletés sociales (2); › Suivi intensif dans la communauté (2); › Psychoéducation (2); › Soutien à l'emploi (2); › Thérapie d'acceptation et d'engagement (2, 29).

Organismes ou auteurs ayant reconnu l'efficacité de la thérapie

1. Gruttadaro et coll. (2007);
 2. Society of Clinical Psychology, de l'American Psychological Association, Division 12;
 3. Société canadienne de psychologie;
 4. Association for Behavioral and Cognitive Therapies et Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, Division 53;
 5. Dunnachie, B. (2007);
 6. Foy et coll. (2010);
 7. www.episcenter.psu.edu/ebp;
 8. Weisz et Simpson Gray (2008);
 9. Rogers et Vismara (2008);
 10. AAAP (2007);
 11. Effective Child Therapy;
 12. Silverman et coll. (2008a);
 13. Silverman et coll. (2008b);
 14. Barrett et coll. (2008);
 15. David-Ferdon et Kaslow (2008);
 16. Young et Fristad (2007);
 17. Pelham et Fabiano (2008);
 18. Keel et Haedt (2008);
 19. Mesibov et Shea (2010);
 20. Bodenmann et coll. (2008);
 21. Webster-Stratton et Reid (2003, 2006);
 22. Brown et coll. (2009);
 23. Blueprints for Healthy Youth Development;
 24. Sécurité publique Canada (2008);
 25. Hunsley et coll. (2013);
 26. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS, 2013a);
 27. Périssé et coll. (2006);
 28. Australian Psychological Society (2010);
 29. SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices;
 30. Lock (2015);
 31. Fristad et MacPherson (2014);
 32. Freeman et coll. (2014);
 33. Evans et coll. (2014);
 34. Smith et Iadarola (2015);
 35. Centre national de prévention du crime (2015), Botai et coll., (2010);
 36. Botai et coll. (2010).
-

Les thérapies citées au [tableau 19](#) ont une efficacité qui a été démontrée lors d'utilisation de divers protocoles de recherches. Il existe cependant beaucoup d'autres thérapies qui se prêtent moins à ce processus rigoureux de recherche où plusieurs mesures d'efficacité sont proposées. L'approche psychodynamique en est un exemple et elle est pratiquée depuis de nombreuses années dans un contexte clinique. Elle est indiquée chez les

adolescents dépressifs, anxieux, et chez ceux qui ont peu d'estime de soi, éprouvent des difficultés de relations interpersonnelles, ont vécu une perte, une maladie chronique ou vivent des situations stressantes (Hazen et coll., 2011).

Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* du gouvernement du Québec prévoyait déjà l'utilisation des thérapies dont l'efficacité a été démontrée. Leur application nécessite que le thérapeute dispose des compétences nécessaires (savoir-faire) ainsi que des attitudes requises (savoir-être). Le *Plan d'action en santé mentale 2015-2020* (MSSS, 2015) vise à accompagner et à soutenir les établissements dans l'application des meilleurs standards de pratique et confie au Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM¹⁰) un rôle de soutien dans l'amélioration continue des soins et des services de santé mentale. Le CNESM verra son mandat étendu afin de soutenir également l'établissement de pratiques basées sur les données probantes auprès des enfants et des adolescents.

En effet, en plus d'être compétent dans la stratégie d'intervention proposée, le thérapeute doit démontrer, lors des sessions de thérapie, les attitudes suivantes: respect, flexibilité, honnêteté, ouverture, empathie et chaleur humaine. Ainsi, le jeune se sentira davantage compris et apprendra que son thérapeute est digne de confiance. Le psychothérapeute, à la lumière de l'évaluation des besoins du jeune, lui suggère, ainsi qu'à ses proches, le type de thérapie qui lui apparaît le mieux répondre à ses difficultés.

Autres avenues prometteuses

Parmi les avenues prometteuses contribuant à augmenter la santé mentale et à diminuer les impacts négatifs des troubles mentaux auprès des jeunes, mentionnons:

- › Les interventions psychologiques basées sur la pleine conscience (IPBPC);
- › Les effets bénéfiques de la pratique des activités physiques sur la santé mentale.

Les interventions psychologiques basées sur la pleine conscience (IPBPC)

«La pleine conscience peut être définie comme un état de conscience qui résulte du fait de porter son attention, intentionnellement, sans juger, sur

l'expérience qui se déploie moment après moment.» (Kabat-Zinn, 2003, cité par Deplus et coll., 2014). «Méditer en pleine conscience consiste à être présent à ce qui se passe en soi (dans son corps, sa tête et son cœur) et autour de soi sans chercher à modifier ou à fuir en ramenant l'attention sur l'objet de la méditation (par ex.: respiration)» (Leroux, 2016).

L'apport de la psychologie au développement socioaffectif a toujours constitué un domaine de recherches intéressant. Par exemple, une méta-analyse effectuée sur 213 programmes portant sur le développement socioaffectif des enfants, de la maternelle au secondaire, démontre que ces programmes ont de nombreux effets bénéfiques chez les élèves. Des gains ont été observés sur le plan des habiletés sociales et émotionnelles, des attitudes et de la performance académique, et on a noté une diminution des comportements perturbateurs (Durlak et coll., 2011). Plusieurs de ces programmes sont appliqués au cycle scolaire régulier par les enseignants qui disposent cependant d'un minimum de formation. Dans ce contexte et à ce jour, le programme Mind UPTM¹¹ est utilisé dans plusieurs États américains et dans les écoles régulières de la Colombie-Britannique. Trois fois par jour, on propose aux élèves de petites séances de relaxation où ils sont invités à prendre conscience de leur respiration et des sensations corporelles qu'ils éprouvent. Ce programme, qui tire ses origines des interventions psychologiques basées sur la pleine conscience (IPBPC), démontre également des bénéfices chez les élèves sur le plan académique, sur leur bien-être, leur développement social et émotionnel, ainsi que sur le développement d'un meilleur contrôle de soi et d'une meilleure organisation du travail¹².

Par la pleine conscience, le jeune comprend davantage l'importance de vivre dans le «ici et maintenant» et peut apprendre à: a) découvrir et accepter ses émotions; b) déterminer ce qui est important pour lui; c) éviter de se laisser imprégner par ses peurs et ses émotions ou de réagir impulsivement.

La philosophie de la pleine conscience consiste à savourer le moment présent, le «ici et maintenant». La pleine conscience permet «d'appivoiser et d'accepter les émotions et les pensées et de constater qu'elles finissent par passer. Avec le temps, elles font moins peur et diminuent en longueur et en intensité. Une fois le calme revenu, il est possible de réfléchir avec plus

de lucidité à la situation et de voir si une solution est possible» (Leroux, 2016, p.86).

Les IPBPC font partie des nouvelles thérapies dites de troisième génération et requièrent l'intervention d'un personnel bien formé (Wilson et coll., 2011). Généralement, on retrouve deux groupes d'IPBPC:

- › Celui utilisant les thérapies cognitives (IPBPCTC);
- › Celui visant la réduction du stress (IPBPCRS). Il comporte généralement une dizaine de sessions de groupe et incorpore des sessions de pratique de la méditation.

Rappelons que la méditation par la pleine conscience amène l'individu à se centrer sur le moment présent et à identifier les émotions, pensées et croyances qu'il éprouve, et cela sans les juger. Ainsi, les pensées, les croyances et les sentiments négatifs qui sont notamment le lot des individus dépressifs sont évoqués par la personne qui en prend conscience. Les IPBPCTC ont été initialement conçues pour prévenir les rechutes dépressives chez les patients en rémission d'une dépression unipolaire récurrente (Segal et coll., 2006). Cette intervention permet au jeune adulte de se concentrer sur le présent et de se tenir à l'écart des ruminations négatives pour ainsi se déconnecter de cette spirale pouvant le conduire vers une rechute. Plusieurs recherches auprès des adultes ont démontré qu'elle prévient la dépression récurrente et assure une meilleure observance de la médication par le patient (APA, 2015).

Chez les jeunes, on utilise surtout l'IPBPCRS pour diminuer le stress et l'anxiété. Cette approche de type psychoéducatif aide les adolescents et les jeunes adultes à mieux gérer leur détresse émotionnelle en regard de différents événements vécus ou de douleurs importantes reliées à une maladie physique. Elle est également appliquée dans le but de modifier certains comportements problématiques chez des jeunes, en particulier le TDAH et les comportements agressifs. Les résultats disponibles suggèrent des effets similaires à ceux observés chez les adultes, comme la réduction de l'anxiété et des symptômes dépressifs (Black et coll., 2009; Burke, 2009).

Plusieurs méta-analyses et revues systématiques de la littérature confirment l'efficacité de ces deux types de thérapies pour diminuer les symptômes dépressifs et anxieux (Gotink et coll., 2015; Goyal et coll., 2014; Zoogman et coll., 2014). Une revue de 20 études portant sur

l'utilisation des IPBPC auprès de jeunes âgés entre 6 et 21 ans a répertorié seulement 4 de ces études qui s'adressaient à une clientèle présentant des troubles mentaux, la plupart des autres études étant effectuées dans un contexte scolaire régulier. Disposant d'un échantillon clinique restreint, cette méta-analyse révèle que les IPBPC diminuent davantage les symptômes négatifs* que les symptômes positifs* des jeunes présentant un trouble mental (Zoogman et coll., 2014).

Une autre méta-analyse portant sur 21 interventions psychologiques basées sur la pleine conscience (IPBPC) auprès des jeunes âgés de 6 à 19 ans déplore le fait que, dans l'état actuel des connaissances, on ne dispose pas de mécanismes d'action pour expliquer l'efficacité de ces interventions (Deplus et coll., 2014). Ces auteurs insistent également sur l'importance d'adopter un modèle théorique de la pleine conscience adapté aux jeunes en y intégrant les données développementales et de disposer d'outils francophones d'évaluation de la pleine conscience adaptés aux jeunes.

Une méta-analyse récente a comparé 11 études contrôlées avec groupe témoin et a démontré que les IPBPC utilisées auprès de jeunes âgés entre 7 et 17 ans présentant des symptômes de troubles mentaux peuvent être efficaces (Kallapiran et coll., 2015). Toutefois, cette méta-analyse inclut entre autres quatre études utilisant la thérapie d'acceptation et d'engagement* (ACT), car les auteurs considèrent que les principes thérapeutiques qui s'en dégagent s'apparentent à ceux des IPBPC. Il importe que les recherches futures concernant les IBPC définissent mieux les concepts à la base des IPBPC.

La pleine conscience peut s'utiliser auprès de plusieurs clientèles et de différentes façons (Mirabel-Sarron, 2012). Malgré les données parcellaires actuellement disponibles, l'avenir des IPBPC est prometteur. En effet, des programmes structurés d'entraînement à la pleine conscience ont été créés pour la dépression (Segal et coll., 2006), pour la gestion du stress (MBSR, Maex, 2007), pour l'anxiété (Dumas, 2012; Semple et Lee, 2011), pour l'hyperactivité (Snel, 2012) et pour aider les adolescents dans leur quotidien (De Wulf, 2012). Le Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents définit également cette pratique comme prometteuse (CEOSMEA, 2012a, b). Les IPBPC pourraient également constituer des méthodes intéressantes de prévention (Deplus, 2011; Deplus et coll., 2014):

- › Prévention primaire: en développant chez les jeunes les compétences attentionnelles et émotionnelles de base pour mieux faire face à l'adversité (Rempel, 2012);
- › Prévention secondaire: en permettant d'augmenter les facteurs de protection d'un trouble mental;
- › Prévention tertiaire: en prévenant les rechutes et en limitant les conséquences du trouble mental du jeune.

Dans son livre (accompagné d'un CD), Snel (2013) suggère divers exercices dirigés aux enfants.

Gardet (2016) propose un ouvrage fort intéressant permettant la transmission de la pratique de la méditation à tous les parents et enseignants. Un CD comportant des vignettes de la méditation pendant des périodes de 5 à 10 minutes accompagne cet ouvrage.

Les effets bénéfiques de la pratique d'activités physiques (AP) sur la santé mentale

LES BIENFAITS DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Les bienfaits de l'AP sur la santé mentale en général sont bien établis. Il a été démontré que la pratique régulière d'AP améliore l'état émotionnel et le bien-être de la personne (Paluska et Schwenk, 2000) et procure des effets bénéfiques légers à modérés sur la santé mentale des enfants (Ahn et Fedewa, 2011). En particulier, plusieurs études ont démontré la réduction des symptômes de troubles émotionnels (tels que la dépression et l'anxiété) après divers programmes d'entraînement: des séances durant entre 20 et 30 minutes, 3 ou 4 fois par semaine, pendant 8 à 14 semaines (Biddle et Asare, 2011; Strohle, 2009).

Les relevés de la littérature scientifique sur l'exercice physique précisent que 30 minutes d'activité d'intensité modérée, de 3 à 5 fois par semaine, procurent des bienfaits sur la santé mentale, car l'exercice physique (Bingham, 2009):

- › Augmente de légèrement à modérément notre vigueur;
- › Diminue la tension, la dépression, la fatigue et la confusion;
- › Procure une amélioration de la qualité de vie des personnes présentant un trouble mental, lorsque l'activité est effectuée à une intensité modérée à élevée;

- › Favorise l'augmentation de l'estime de soi;
- › Contribue à des échanges sociaux favorisant une meilleure intégration sociale.

Les effets bénéfiques des AP pratiquées durant l'enfance et l'adolescence sont de mieux en mieux documentés et contribuent à «l'amélioration de l'humeur, de l'image et de l'estime de soi, de même que la réduction des manifestations de stress et des symptômes de la dépression et de l'anxiété» (Comité scientifique Kino-Québec, 2011).

Ces effets de l'AP sont particulièrement bénéfiques chez les enfants qui présentent un niveau élevé de symptômes (Ahn et Fedewa, 2011). D'autres études ont démontré que les effets de l'AP comme traitement de l'anxiété et de la dépression étaient aussi efficaces que des antidépresseurs ou la psychothérapie pour les cas légers à modérés (Beaulac et coll., 2011). L'inscription de petits de la maternelle (âgés de 5 ans) à des activités sportives structurées où les enfants doivent suivre les instructions et les mouvements d'un entraîneur (ex.: soccer, hockey, cours de danse, etc.) augmente leurs capacités de concentration et d'autodiscipline en quatrième année (à l'âge de 10 ans) (Piché et coll., 2015).

LES LIGNES DIRECTRICES CONCERNANT LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE PAR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

L'Organisation mondiale de la Santé recommande, pour les enfants de 5 à 17 ans, 60 minutes par jour d'AP d'intensité modérée à soutenue (OMS, 2015).

La Société canadienne de physiologie de l'exercice (SCPE) a également émis ses nouvelles directives canadiennes en matière d'activité physique pour les différents groupes d'âge: pour favoriser la santé, les enfants âgés de 5 à 11 ans et les jeunes âgés de 12 à 17 ans devraient effectuer chaque jour au moins 60 minutes d'AP d'intensité modérée à élevée. Elles devraient comporter des activités d'intensité élevée au moins trois jours par semaine et des activités qui renforcent les muscles et les os au moins trois jours par semaine (SCPE, 2011a, b).

Pour la promotion de la santé mentale, les lignes directrices recommandent, quotidiennement, un minimum de 150 minutes d'activités d'intensité modérée ou un minimum de 75 minutes d'activités vigoureuses,

par tranches d'au moins 25 minutes, de 3 à 5 jours par semaine (Otto et Smith, 2009, cité par Beaulac et coll., 2011).

Au Canada, ces directives sont loin d'être suivies. En 2011, les résultats de l'*Enquête canadienne sur les mesures de la santé: activité physique des jeunes et des adultes* démontrent **que seulement 7% des jeunes de 5-17 ans** effectuent quotidiennement au moins 60 minutes d'activités physiques modérées à vigoureuses (Statistique Canada, 2011). **Les résultats confirment malheureusement une augmentation des activités sédentaires avec l'âge:** 8, 6 heures par jour chez les enfants et les jeunes; 9 heures par jour chez les 15-19 ans et 9, 5 heures par jour chez les adultes.

LES ACTIONS À ENTREPRENDRE

Les parents, les jeunes et les intervenants travaillant auprès d'eux (éducateurs, enseignants, infirmières, travailleurs sociaux, etc.) devraient bien connaître et, surtout, diffuser les directives d'AP préconisées pour les différents groupes d'âge: 0-4 ans, 5-11 ans et 12-17 ans. Cette sensibilisation accrue favoriserait, d'une part, l'augmentation de la pratique des activités physiques et diminuerait, d'autre part, les comportements sédentaires¹³, cela en ayant un impact positif sur la santé mentale des jeunes.

Pour aider les gens à mieux planifier les actions à entreprendre afin d'augmenter leurs activités physiques et diminuer leurs comportements sédentaires, la Société canadienne de physiologie de l'exercice propose également un cahier sur son site Internet¹⁴. Considérant les effets bénéfiques de l'AP sur la santé mentale, les médecins et les professionnels en première ligne devraient diffuser davantage ces informations. Les médecins devraient également s'assurer que la condition médicale du jeune lui permet de participer aux activités physiques qu'il désire effectuer ou qu'on lui recommande (voir le *Questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique pour tous Q-AAP+*¹⁵).

Combinées à l'ajout de kinésithérapeutes aux services de première ligne, ces actions permettraient d'améliorer la qualité de l'offre de services, d'inverser l'accroissement de la sédentarité chez les jeunes et d'agir de façon proactive pour prévenir les troubles mentaux ou, à tout le moins, en diminuer les effets négatifs.

Des parents et des jeunes qui questionnent

Les parents dont l'enfant présente un trouble mental ou le jeune adolescent atteint sont en droit de recevoir des réponses précises aux nombreuses questions qui les préoccupent. Il ne faut jamais que les professionnels se sentent vexés par de telles questions et ils se doivent d'y répondre franchement. Voici quelques exemples de questions posées par des parents au sujet de la psychothérapie (Gruttadaro et coll., 2007; Hazen et coll., 2011; Ordre des psychologues du

Québec, 2012).

Diagnostic

- › Quel est le diagnostic de mon jeune et quelles sont les implications de ce diagnostic dans sa vie quotidienne et dans le futur?
- › Qu'est-ce que mon jeune devrait faire pour se sentir mieux?

Traitement

- › Quels sont les objectifs du traitement que vous proposez?
- › Quels sont les risques et les bénéfices du traitement que vous proposez?
- › Quels sont les effets secondaires du traitement que vous proposez?
- › Y a-t-il des traitements alternatifs à celui que vous proposez?
- › Des recherches scientifiques ont-elles démontré l'efficacité du traitement que vous proposez?

Psychothérapie

- › Pourquoi la psychothérapie a-t-elle été recommandée pour mon jeune?
- › Quelle psychothérapie allez-vous utiliser, et pourquoi?
- › Quand la psychothérapie apportera-t-elle les changements escomptés?
- › Combien de visites faudra-t-il effectuer?
- › À quelle fréquence s'effectueront les rencontres?
- › Combien coûteront les séances?
- › Quand puis-je espérer voir des résultats?

Formation

- › Avez-vous reçu une formation spécifique relativement à la problématique présentée par mon jeune?

Communication

- › Quels moyens entendez-vous prendre pour que mon enfant (adolescent) se sente impliqué dans la démarche que vous lui proposez?
- › Comment allez-vous m'informer des progrès de mon enfant (adolescent)?
- › Comment puis-je aider davantage mon enfant (adolescent) pendant et après la thérapie?
- › En dehors des rencontres, comment pouvons-nous communiquer avec vous si nous avons des questions ou en cas d'urgence?

Les parents peuvent également questionner le médecin au sujet d'un traitement pharmacologique qu'il propose:

- › Comment la médication aidera-t-elle mon enfant?
- › Quels en sont les effets secondaires?
- › Y a-t-il un danger qu'il devienne dépendant de cette médication?
- › Quel est le dosage recommandé?
- › À quelle fréquence doit-il prendre ses médicaments? Pendant combien de temps? Y a-t-il des prises de sang à effectuer avant et pendant la prise de la médication?
- › Mon enfant prend une autre médication (préciser), y a-t-il des interactions possibles entre les médicaments?
- › Comment allez-vous nous informer du moment où il ne sera plus nécessaire de continuer la prise de la médication?

Évaluer la satisfaction au sujet des services offerts aux jeunes

Dans son mémoire sur le *Plan d'action en santé mentale*, l'Ordre des psychologues du Québec recommande de doter:

- › Le réseau d'indicateurs simples, concrets et universels permettant la mesure des services mis en place, et ce, sur les plans qualitatif et quantitatif;
- › Les intervenants d'outils de mesure permettant d'évaluer l'efficacité de leurs interventions plutôt que de prédéterminer le nombre de rencontres à offrir et l'approche à préconiser (Desjardins, 2014).

Dans cette avenue, et pour assurer une réponse adéquate aux besoins du jeune, il importe de mesurer l'efficacité de l'intervention ou du traitement en utilisant un pré-post-test concernant la problématique manifestée par le jeune et en évaluant le degré de satisfaction de ce dernier. Le *Questionnaire de satisfaction du consommateur de services psychothérapeutiques CSQ-8* (Larsen et coll., 1979, traduit et validé par Sabourin et coll., 1989) permet de mesurer la satisfaction à l'égard de la psychothérapie reçue. Il existe malheureusement peu d'outils pour évaluer le degré de satisfaction des jeunes par rapport aux services offerts en pédopsychiatrie. Il serait intéressant de créer, pour la tranche d'âge 7-15 ans, un questionnaire validé en langue française (Ijaouane, 2012).

Pour favoriser l'amélioration des soins et des services, le *Plan d'action en santé mentale 2015-2020* (MSSS, 2015) préconise une plus grande implication des utilisateurs des services et de leur entourage:

- › À la planification et à l'organisation de ceux-ci;
- › À la lutte contre la stigmatisation;
- › À la promotion de la santé mentale;
- › À la prévention des troubles mentaux.

Ce plan vise particulièrement à assurer une meilleure sensibilisation et une formation axée sur la défense des droits des usagers. Les comités d'usagers et les organismes de défense des droits pourront davantage y jouer un rôle proactif.

Rappelons que la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec¹⁶ accorde aux comités des usagers le mandat de défendre les droits de ces derniers et d'évaluer leur satisfaction concernant les services et les soins offerts. Un *Guide pratique sur les droits en santé mentale* illustre plusieurs exemples de défense des droits¹⁷. Les parents et les adolescents doivent bien connaître ces droits et, s'ils sont bafoués, ils peuvent porter plainte gratuitement auprès de la Commissaire aux plaintes et à la qualité du Centre intégré de santé et de services sociaux de leur région (CISSS). Pour les aider à rédiger leur plainte, le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes est un organisme indépendant et gratuit disponible dans chaque région. Un membre du comité des usagers peut également les aider dans la défense de leurs droits¹⁸.

Au Québec, certaines catégories d’usagers déterminées par règlement (art. 505) ont le droit de participer à l’élaboration et à la révision de leur plan d’intervention ou de leur plan de services (art. 10, 102 et 103). Rappelons l’importance du plan d’intervention accordée par la LSSSS: il permet d’identifier les besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible des services fournis à l’usager. Le plan doit assurer la coordination des services qui sont dispensés à l’usager par les divers intervenants de l’établissement (art. 102) et cet établissement doit veiller à ce que ces services soient dispensés en continuité et en complémentarité (art.101). L’évaluation de la satisfaction des usagers concernant l’application de leur plan d’intervention et les services offerts constitue un volet important de mesure de la qualité que les établissements et les comités d’usagers devraient considérer davantage.

À retenir

- Les jeunes et leurs parents gagneraient à questionner et à recevoir des réponses au sujet des interrogations qui les préoccupent et à mieux connaître les différentes psychothérapies jugées efficaces.
 - L’Ordre des psychologues du Québec peut répondre à leurs interrogations.
 - Parmi les avenues prometteuses, la thérapie de la pleine conscience et la pratique régulière d’activités physiques ont un impact préventif sur l’amélioration de la santé mentale des jeunes et sur la diminution des symptômes négatifs reliés aux troubles mentaux.
 - Le jeune adolescent ou ses parents ne doivent pas hésiter à questionner le thérapeute et le médecin sur la psychothérapie proposée et sur la médication prescrite. Ils doivent défendre leurs droits à obtenir des services adéquats qui répondent à leurs besoins.
 - Dans la démarche de la défense de leurs droits, ils peuvent recourir au comité des usagers de leur CISSS ou CIUSSS ainsi qu’aux organismes de défense des droits en santé mentale.
-

Prévention des rechutes

Définition

La rechute est la réapparition des signaux d’alerte (symptômes) initialement présents au début de l’identification de la maladie, causant une détresse intense et nuisant au fonctionnement quotidien du jeune.

Moyens de prévention des rechutes

L'observance du traitement signifie bien plus que de s'assurer de la prise régulière des médicaments. La personne doit prendre une part active à la gestion de sa maladie en s'assurant également que les rendez-vous médicaux et professionnels sont suivis, que son hygiène de vie (alimentation, exercices physiques, sommeil) est adéquate et que les stratégies enseignées pour modifier ses croyances ou mieux gérer son stress seront utilisées si des symptômes de rechute se pointent dans sa vie. La détérioration du fonctionnement social, de la qualité de vie et de l'autonomie est d'autant plus marquée que le nombre de rechutes et la durée d'hospitalisation augmentent, d'où l'importance de les prévenir (Maurel, 2009).

Pour prévenir les rechutes, il importe:

- › De prendre assidûment la médication prescrite;
- › De bien se renseigner sur sa maladie;
- › D'adopter un mode de vie sain (alimentation saine et exercices physiques réguliers). La consommation d'alcool et de drogues augmente le risque de rechute;
- › D'avoir de bonnes habitudes de sommeil (éviter les activités physiques intenses ou la consommation de boissons stimulantes telles que le café ou le thé avant de se coucher);
- › De recourir à son réseau social pour discuter de situations qui nous préoccupent ou nous stressent;
- › D'utiliser des stratégies de gestion du stress: relaxation, respirations lentes et abdominales (cohérence cardiaque);
- › D'apprendre à identifier les signes avant-coureurs ayant contribué au trouble mental ainsi que de reconnaître les signaux d'alerte¹⁹ susceptibles d'engendrer une rechute. La plupart des patients réussissent à bien les identifier;
- › De rechercher le soutien de la famille et des proches.

Il est nécessaire de mettre en place un plan d'urgence de recours aux soins lors de l'apparition des signes précurseurs d'une rechute, et ce, après définition d'un seuil d'alerte (Bottai et coll., 2009).

Le non-respect de la prise régulière de la médication antipsychotique contribue à 40% des rechutes chez les schizophrènes (Lamberti, 2001).

D'autres auteurs précisent que les probabilités de rechute sont de l'ordre de 90% dans un délai d'un an chez les personnes qui ne prennent pas leurs médicaments tels que prescrits (Association des psychiatres du Canada, 2007). Même si l'interruption de la prise de médication constitue le premier facteur des rechutes, d'autres éléments peuvent être incriminés. Ainsi, les rechutes sont plus fréquentes chez les personnes de moins de 40 ans, et chez les hommes. Des facteurs liés au traitement sont également mis en cause: défaut de planification des soins post-hospitaliers, rareté des contacts avec l'équipe soignante, faiblesse des interactions entre l'équipe soignante, le patient et la famille (Bottai et coll., 2009). Une alliance thérapeutique précaire entre le jeune et l'intervenant de première ligne constitue également un facteur incriminant d'une rechute possible.

Lectures suggérées

Association for Behavioral and Cognitive Therapies et Society of Clinical Child and Adolescent psychology, Division 53, *Evidence-Based Mental Health Treatment for Children and Adolescents*.
www.effectivechildtherapy.com

Barwick, M.A., Boydell, K.M., Stasiulis, E., Ferguson, H.B., Blase, K. et Fixsen, D. (2005). *Knowledge transfer and evidence-based practice in children's mental health*. Toronto, Ontario, Santé mentale pour enfants Ontario. (Traduction: *Transfert de connaissances et mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes dans le domaine de la santé mentale pour enfants*).
www.kidsmentalhealth.ca/documents/PR_Transfert_de_connaissances_et_mise_en_oeuvre_de_pratiques_fondees_sur_des_donnees_probantes_dans_le_domaine_de_la_sante_mentale_pour_enfants.pdf

Collectif pour l'accès à la psychothérapie (CAP) <http://capqc.ca/>

Commission de la santé mentale du Canada (CSMC, 2014b). *Déclaration d'engagement envers le rétablissement*.
www.mentalhealthcommission.ca/Francais/media/3423

Gardet, C. (2016). *Méditer avec les enfants. Dès 6 ans, à la maison comme à l'école*. Paris: Le livre de poche. Librairie générale française.

Ordre des psychologues du Québec (2012). *La psychothérapie: Se poser les bonnes questions*. www3.ordrepsy.qc.ca/pdf/0Publ_Depl_Revivre.pdf

Quintal, M.L., Vigneault, L., Demers, M.-F., Cormier, C., Champoux, Y., Marchand, L., Wallot, H.-A. et Roy, M.-A. (2013). *Je suis une personne, pas une maladie. La maladie mentale, l'espoir d'un mieux-être*. Montréal: Performance Édition.

Snel, E. (2013). *Calme et attentif comme une grenouille. La méditation pour les enfants...avec leurs parents* (avec CD). Montréal: Éditions Transcontinental.

-
1. Le Règlement sur le permis de psychothérapeute de l'Office des professions du Québec énumère et définit des interventions qui ne constituent pas pour autant de la psychothérapie: 1- La rencontre d'accompagnement; 2- L'intervention de soutien; 3- L'intervention conjugale et familiale; 4- L'éducation psychologique; 5- La réadaptation; 6- Le suivi clinique; 7- Le coaching, 8- L'intervention de crise. <https://www.ordrepsy.qc.ca/fr/public/la-psychotherapie/interventions-qui-ne-sont-pas-de-la-psychotherapie.sn>
 2. www.ordrepsy.qc.ca
 3. www3.ordrepsy.qc.ca/pdf/2012_11_01_Cahier_RetP_Dossier_06_Miller_Bargmann_Fr.pdf
 4. www.ordrepsy.qc.ca/
 5. www.ampq.org
 6. Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (texte non publié). *Les 5 étapes du processus de rétablissement. Outil de formation*. Programme québécois Pairs Aidants réseau. Cité dans: MSSS, 2015. *Plan d'action en santé mentale 2015-2020*, p. 10.
 7. Institut national de la santé et de la recherche médicale.
 8. **Des interventions efficaces (bien établies)**. Elles reposent sur au moins deux études scientifiques rigoureuses comportant un groupe témoin et expérimental et conduites par différentes équipes thérapeutiques selon des schèmes expérimentaux bien conçus (NIMH, 2001, cité dans Dunnachie, 2007, p. 18).
 9. **Des interventions probablement efficaces (prometteuses)**. Elles reposent sur au moins deux études démontrant que l'intervention est plus efficace que celle du groupe témoin non traité ou sur plusieurs études de cas, ou bien sont intégrées dans des manuels thérapeutiques qui prescrivent l'intervention (NIMH, 2001, cité dans Dunnachie, 2007, p. 18).
 10. www.douglas.qc.ca/section/cnesm-298
 11. <http://thehawnfoundation.org/>
 12. <http://thehawnfoundation.org/mindup/mindup-results/>
 13. <http://www.csep.ca/fr/accueil>
 14. www.csep.ca/CMFiles/Guidelines/CSEP_Guidelines_Handbook_fr.pdf
 15. www.csep.ca/CMFiles/publications/parq/PARQplusSept2011version_ALL_FR.pdf

16. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/s-4-2>
17. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-914-05F.pdf>
18. Liste des droits reconnus aux usagers par la loi au Québec: 1- À l'information sur les services et les ressources disponibles; 2- Aux services de santé et aux services sociaux adéquats; 3- Au choix du professionnel ou de l'établissement; 4- De recevoir les soins que requiert son état (accident/incident); 5- De consentir à des soins ou de les refuser; 6- De participer aux décisions affectant son état de santé/bien-être; 7- D'être accompagné, assisté ou représenté; 8- À l'hébergement lorsque son état de santé le requiert; 9- De recevoir des services en langue anglaise; 10- D'accès à son dossier d'utilisateur; 11- À la confidentialité de son dossier d'utilisateur; 12- De porter plainte; 13- D'exercer un recours si une faute a été commise.
19. Voir les signaux d'alerte pour chacun des troubles mentaux.

Technologies de l'information et santé mentale

Télésanté mentale¹ (*Telemental Health*)

Le but de la Télésanté consiste à éliminer les barrières afin de permettre aux patients d'avoir accès à des services de santé mentale de qualité, basés sur les données probantes, conduisant à un diagnostic et à un traitement. Les services disponibles via Internet peuvent se regrouper en trois catégories (Berger, 2014):

- › Les sites Web d'informations;
- › Les approches d'autosoins où la présence régulière du thérapeute est requise afin de favoriser une meilleure adhérence au traitement;
- › Les thérapies par vidéoconférence.

Un autre volet d'utilisation d'Internet en santé mentale consiste à offrir de la téléconsultation en pédopsychiatrie, ce que réalise le CHU Sainte-Justine² et ce que préconise également le Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents (Boydell et coll., 2013).

Les services offerts par Internet ont démontré une efficacité comparable à ceux offerts en situation clinique traditionnelle, et ce, pour l'évaluation et le diagnostic de différentes populations (adultes, enfants et ethnies) et pour plusieurs troubles mentaux (Hilty et coll., 2013). Les professionnels qui offrent ces services se doivent de se conformer à des guides de pratique rigoureux³ (AACAP, 2008; APA, 2013; Collège des médecins du Québec, 2015; Grady, 2011; Turvey, 2013). Dans ce contexte, la Commission de la santé mentale du Canada a mis sur pied en mai 2013 un Comité de direction de la cyberthérapie afin de procéder à l'examen de la littérature sur ce sujet et d'en élaborer un cadre de pratique (Cohen, 2013).

Les technologies actuelles sont appliquées par vidéoconférence, notamment auprès de personnes souffrant de troubles anxieux. Elles permettent d'assurer la transformation confidentielle des informations visuelles et auditives par l'utilisation d'appareils dédiés (appelés CODEC, pour Coder/Décoder), ce que ne font pas encore les systèmes Skype ou FaceTime (Bouchard et coll., 2013). Les thérapeutes se doivent de se familiariser avec l'utilisation des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) via Internet. À cet égard, un *Guide clinique portant sur l'utilisation d'Internet et des TCC* a été conçu (Andersson, 2014).

L'efficacité de ces services offerts aux enfants et aux adolescents a été démontrée lors d'études (Myers et coll., 2011; Siemer et coll., 2013). Deux grandes avenues de services existent: celle qui est axée sur la prévention en matière de santé mentale et celle touchant les programmes de traitement en ligne des troubles mentaux. Chez les jeunes, l'efficacité de la thérapie administrée par Internet a été démontrée pour le traitement et la diminution des symptômes liés à l'anxiété et à la dépression, l'état de stress post-traumatique et les troubles des comportements alimentaires (Boydell, 2013).

Les sites Web sur la prévention en santé mentale

Les gouvernements et plusieurs groupes communautaires utilisent des sites Web pour informer la population sur la prévention en santé mentale et les troubles mentaux. En 2008, une étude australienne effectuée auprès des jeunes de 11 à 24 ans a révélé que ceux-ci utilisent deux fois plus Internet qu'une ligne d'écoute pour rechercher de l'aide (conseiller, agence communautaire, enseignant, médecin ou prêtre) et qu'ils consultent 5 à 10 fois plus Internet pour rechercher de l'information (Burns et coll., 2009). Une autre étude australienne mentionne que 71% des répondants adolescents considèrent les sites Web aussi utiles que les services de santé mentale traditionnels (Oh, Jorm et Wright, 2009).

Les sites Web devraient, en plus de présenter une information en santé mentale basée sur des données probantes, pouvoir relier les utilisateurs aux services immédiatement disponibles dans leur milieu de vie (Davidson et coll., 2011). Le Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents⁴ et celui de Santé mentale Canada⁵ permettent de

telles interconnexions. La Commission de la santé mentale du Canada (2014a) reconnaît l'importance de développer des assises de stratégies de mobilisation des connaissances en ligne sur la santé mentale des jeunes.

L'Australie, par son programme national Kidsmatter ⁶ qui s'adresse aux jeunes des écoles primaires, préconise la promotion de la santé mentale, la prévention et l'intervention précoce. Les buts du programme consistent à améliorer la santé mentale et le bien-être des élèves, à réduire les difficultés reliées aux troubles mentaux et à soutenir les jeunes qui éprouvent de tels troubles mentaux.

L'Australie a également mis en place le programme national SenseAbility ⁷, qui est chapeauté par le programme national Beyondblue. Ce programme s'adresse aux jeunes de 12 à 18 ans et vise à développer de meilleures habiletés de résilience. Il part du principe que les jeunes qui possèdent de bonnes habiletés sociales et émotionnelles sont davantage aptes à affronter le stress de la vie quotidienne. Conséquemment, les jeunes élèves qui possèdent de telles habiletés seraient moins enclins à développer des troubles mentaux dans le futur. Ce programme comporte 7 modules et les activités de chacun d'eux peuvent s'effectuer à l'intérieur d'une période scolaire de 45 minutes:

- › La confiance en soi et la croyance en nos forces;
- › Le contrôle de soi et la résilience;
- › L'estime de soi;
- › Les objectifs de vie;
- › L'espoir d'un meilleur futur;
- › L'humour;
- › Les habiletés essentielles: la pensée positive, la résolution de problèmes, la gestion des émotions, la communication interpersonnelle efficace, la gestion du temps et le bien-être.

L'Australie a de plus développé le programme MindMatters⁸ pour aider les enseignants des écoles secondaires qui désirent diffuser de l'information sur la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux et qui mesure la satisfaction des services offerts.

Au Canada, le Consortium sur la santé mentale et la toxicomanie en milieu scolaire (2013) reconnaît l'importance de faire des écoles des

milieux de promotion de la santé mentale et souscrit au dépistage des cas à risque et à l'intervention hâtive afin de réorienter le parcours de ces jeunes et de réduire la prévalence des troubles mentaux. Ce rapport suggère la mise en place de plusieurs programmes: l'acquisition d'habiletés sociales, la résolution de conflits, la maîtrise de la colère, la gestion du stress.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec⁹ propose également de l'information sur la santé mentale disponible au public. À l'instar de l'Australie, le Québec devrait mettre en place davantage de sites informatifs et interactifs avec des contenus visant la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux. Ces sites devraient être accessibles aux élèves, aux enseignants et aux parents.

Au Nouveau-Brunswick, Talbot et coll. (2015) ont voulu évaluer chez les jeunes adultes le lien entre l'autostigmatisation, le besoin d'autonomie pour résoudre les problèmes, les attitudes à l'égard de la thérapie informatisée et leur intention de l'utiliser. Les résultats ont démontré que la thérapie informatisée pourrait faciliter l'accès aux traitements fondés sur les données probantes du stress, de l'anxiété et de la dépression. En somme, selon cette recherche, la visite du site Web a entraîné une augmentation significative et importante de l'intention d'utiliser la thérapie informatisée.

Les programmes de traitement en ligne sur les troubles mentaux

Les recherches des 15 dernières années sur l'utilisation de psychothérapies par Internet démontrent de toute évidence que ces interventions fonctionnent dans le traitement des troubles mentaux communs, comme les troubles anxieux et la dépression (Berger, 2014). La plupart des programmes offerts pour les différents troubles mentaux utilisent la thérapie cognitivo-comportementale* (TCC). Ces programmes appliqués chez les jeunes ont permis de diminuer efficacement les symptômes dans différents troubles mentaux: la dépression, les troubles anxieux, le trouble du comportement alimentaire et la consommation d'alcool (Siemer et coll., 2013).

Dépression

Le programme MoodGym¹⁰ basé sur la TCC comporte 5 modules d'une durée de 20 à 40 minutes chacun qui doivent être complétés en 6 semaines (Christensen et Griffiths, 2011). En plus d'utiliser la TCC, le programme CATCH-IT¹¹ a également intégré les composantes de la psychothérapie interpersonnelle* et de la thérapie d'activation comportementale* auprès d'adolescents référés par un médecin. Une étude de sept programmes de traitement de la dépression sur Internet recommande de tenir compte des paramètres de qualité suivants pour le développement de nouveaux sites (Stephan et coll., 2014):

1. L'accessibilité;
2. L'adaptation à la langue maternelle du patient et à sa culture;
3. L'adaptation à la pathologie du patient et à ses comorbidités;
4. Le respect de l'anonymat;
5. La qualité du contenu thérapeutique (thérapie cognitivo-comportementale, psychoéducation, relaxation...);
6. L'ergonomie des documents numériques;
7. La présence d'un forum de discussion;
8. La possibilité d'être dirigé vers une aide urgente;
9. Le suivi personnalisé par un thérapeute;
10. L'engagement du patient vers un suivi;
11. Le lien avec le médecin généraliste et/ou le psychothérapeute du patient.

Le Royaume-Uni a mis en ligne le programme Beating the blues¹² visant le traitement de la dépression légère ou modérée. Ce programme, également basé sur la TCC, comporte 8 sessions de 50 minutes. Des vidéos, témoignages et exercices à faire sont proposés aux utilisateurs pendant ces 8 semaines. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Nguyen-Thanh et coll., 2014) mentionne que le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) reconnaît l'efficacité de ce programme. Une autre version est également disponible pour traiter les troubles anxieux.

Troubles anxieux

Les programmes BRAVE for Children-ONLINE¹³, pour les jeunes de 8 à 12 ans, et BRAVE for Teenagers-ONLINE¹⁴, pour ceux de 13 à 17 ans, utilisent la TCC et la psychoéducation. Le programme BRAVE self-help¹⁵ est également disponible en ligne. En Australie, les parents des adolescents de chacun des groupes peuvent également bénéficier de programmes spécifiques pour soutenir leurs jeunes aux prises avec des troubles anxieux. Le programme FearFighter¹⁶, également recommandé par le NICE, s'adresse aux personnes qui présentent un trouble panique et se déroule en 9 séances sur une période de 10 semaines. Pendant qu'ils suivent ce programme, les participants peuvent disposer d'une entrevue téléphonique de soutien d'une heure.

Trouble du comportement alimentaire

Le programme My Body, My Life: Body Image Program¹⁷, qui utilise la TCC et la psychoéducation, a pour objectif de prévenir les troubles du comportement alimentaire chez les adolescentes. Il comporte une session hebdomadaire de 90 minutes et s'échelonne sur 8 semaines. Comparé à une thérapie conventionnelle, le programme a démontré des résultats moyens à majeurs en regard de la diminution de l'insatisfaction corporelle, des troubles de l'alimentation, des symptômes dépressifs et de l'internalisation de l'idéal de minceur véhiculé par les médias. Ces effets se sont maintenus au-delà de 6 mois après la fin du programme (Zabinski, 2008).

Le programme Student Bodies¹⁸ utilise la TCC et la psychoéducation pour traiter les troubles du comportement alimentaire chez les jeunes femmes à risque. Ce programme de huit semaines comporte des lectures et des devoirs sur les facteurs culturels de la beauté, l'impact des médias, l'insatisfaction corporelle, les préoccupations excessives concernant le poids, la diète, l'exercice et la nutrition.

La prudence est de mise, car ces programmes offerts sur Internet sont relativement nouveaux et ils ne sont pas tous basés sur des données probantes. Des recherches additionnelles sont nécessaires pour généraliser dans le quotidien ces apprentissages (National Eating Disorders Collaboration, 2013).

Résultats de ces programmes

En général, les programmes utilisés auprès des enfants et des adolescents obtiennent des résultats significatifs, mais inférieurs à ceux utilisés auprès des adultes (Siemer et coll., 2013). Par exemple:

- › Dépression: enfants (0, 20) et adultes (0, 41);
- › Troubles anxieux: enfants (0, 24) et adultes (0, 93);
- › Troubles du comportement alimentaire: enfants (0, 29) et adultes (0, 10).

Les résultats d'une méta-analyse portant sur l'utilisation des thérapies cognitivo-comportementales dispensées par un thérapeute via Internet, comparés aux thérapies offertes en présence directe du thérapeute, produisent des effets bénéfiques comparables pour les troubles paniques, d'anxiété sociale et de dépression. Toutefois, d'autres études s'avèrent nécessaires pour consolider cette affirmation (Andersson et coll., 2014).

Jeux de société

Les années 1980 ont conduit à une variété de recherches concernant les jeux vidéo thérapeutiques pour le traitement de divers troubles mentaux. Les chercheurs des années 1990 ont poursuivi dans cette direction en utilisant les ordinateurs comme des compléments à la thérapie (Wilkinson et coll., 2008). Les recherches récentes sur les jeux vidéo concluent qu'ils facilitent l'établissement de relations thérapeutiques et aident à l'évaluation psychologique des jeunes en jugeant les habiletés cognitives et en clarifiant les conflits lors du processus thérapeutique (Ceranoglu, 2010). Deux axes de recherche se dessinent relativement à l'utilisation de ces jeux thérapeutiques dans le futur: les jeux de société sous forme de planches de jeu et les jeux en ligne.

Planches de jeu

Il existe différents sites Internet anglophones qui offrent au public la possibilité de se procurer des jeux de société thérapeutiques qui préconisent le développement social, émotif et cognitif des enfants et des adolescents, en plus de faire la promotion de la santé mentale et de diffuser de l'information sur différents troubles mentaux¹⁹. Plusieurs de ces jeux proposent de développer des habiletés en utilisant l'approche cognitivo-comportementale. Toutefois, parmi ces jeux axés sur la promotion de la

santé mentale, peu ont fait l'objet de publications scientifiques, à l'exception de *The Social Skills Games* (Lifegames: Streng, 2008). Ce jeu incorpore les approches systémiques, cognitivo-comportementales, humanistes et psychodynamiques et nécessite la présence d'un thérapeute, car il cherche à répondre à des questions que les jeunes craignent de formuler.

Jeux en ligne

Les jeux en ligne rejoignent davantage de joueurs (surtout les pairs). Ils sont accessibles à tout moment pour ceux qui ont l'équipement et ne nécessitent pas de réseau de distribution (Wilkinson et coll., 2008).

Le jeu Reach Out Central (ROC)²⁰ s'adresse à une clientèle de 14 à 25 ans et a pour objectifs d'informer les utilisateurs, de leur proposer des ressources d'aide et de diffuser des témoignages de jeunes qui s'en sont sortis. Ce jeu, qui se sert des principes de la thérapie cognitivo-comportementale, est grandement apprécié puisque 80% des utilisateurs le recommandent à leur meilleur ami (Burns et coll., 2009). Dans ce jeu, le jeune entre dans la peau d'un avatar qui détruit les pensées négatives avec des boules de feu pour sauver le monde du désespoir et du pessimisme. Les résultats démontrent qu'il augmente les facteurs de protection (diminution de la consommation d'alcool, adoption de stratégies pour faire face à l'adversité, diminution de la détresse psychologique, augmentation de la résilience, adoption de stratégies pour résoudre les problèmes et meilleure satisfaction de vivre).

Le jeu vidéo en 3D SPARX²¹ s'adresse aux adolescents de 12-19 ans qui éprouvent des symptômes de dépression et leur suggère des stratégies afin de les aider à combattre les symptômes dépressifs ou à rechercher de l'aide. Ce jeu en ligne gratuit est basé sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale et il comporte 7 niveaux de 30 à 40 minutes chacun. Au fil des étapes, l'univers du jeune devient plus lumineux et moins menaçant, et ce, au fur et à mesure qu'il s'approprie les stratégies pour l'aider à mieux gérer son quotidien. La mission du joueur est de tuer un maximum de petits moustiques (Gloomy) représentant des pensées négatives. En parallèle, il découvre les symptômes de la dépression et reçoit des conseils.

Des questions à choix multiples aident le jeune à contrôler ses émotions et à prendre conscience de son besoin d'aide. Les résultats révèlent que

ceux qui ont joué pendant au moins quatre tableaux obtenaient des résultats significatifs pour diminuer leur dépression, leur anxiété, leur désespoir et augmenter leur qualité de vie. Ce jeu a fait l'objet d'une publication dans le *British Medical Journal*. Les résultats démontrent qu'il constitue un autotraitement aussi efficace contre la dépression légère (44%) qu'une thérapie classique auprès de consultants formés (26%) (Merry et coll., 2012). Dans la catégorie des e-Health, ce jeu a obtenu en 2011 un premier prix honorifique du World Summit Award, organisme supervisé par l'ONU et, en 2013, un International Digital Award décerné par Netexplo, un organisme supervisé par l'UNESCO²².

Les jeux vidéo ont également été utilisés pour différents troubles mentaux: les troubles obsessifs-compulsifs, la schizophrénie, les troubles alimentaires, les comportements de dépendance et les troubles anxieux (Fernandez-Aranda et coll., 2012). Un consortium européen a créé le jeu en 3D PlayMancer au bénéfice des personnes qui présentent un trouble alimentaire, un comportement de dépendance ou des douleurs chroniques. Le joueur est transposé dans un monde virtuel où ses émotions sont identifiées selon ses expressions faciales, ses mouvements et ses paroles. Ce jeu individuel a pour objectif de développer un meilleur autocontrôle des émotions du joueur et d'améliorer ses attitudes et ses comportements en apprenant différentes stratégies cognitivo-comportementales. En traversant trois îles, le joueur apprend à faire face à des situations pour:

- › Développer la reconnaissance de ses émotions;
- › Améliorer sa résolution de problèmes;
- › Planifier des stratégies;
- › Contrôler ses impulsions;
- › Gérer ses frustrations.

Le jeu se module en fonction des réactions physiologiques du joueur. Par exemple, le joueur doit traverser une rivière et le niveau d'eau évolue en fonction de son rythme cardiaque de façon à ce qu'il reste calme. Le thérapeute peut superviser en ligne les apprentissages de son client, le jeu constituant ainsi un complément à la thérapie.

Au Canada, le Carrefour virtuel de jeux éducatifs (CVJE)²³ diffuse plusieurs jeux en lien avec la santé afin de sensibiliser le milieu scolaire à la prévention. Certains de ces jeux ont fait l'objet de publications comme le

jeu Asthme: 1, 2, 3 (Sauvé et coll., 2011). Le jeu Prévenir et mieux vivre²⁴ aborde les volets de la prévention de la santé physique et mentale. Il vise, entre autres, à sensibiliser les utilisateurs à la promotion de la santé mentale (ingrédients de base, facteurs de protection et facteurs de risque des troubles mentaux) et les informe sur les principaux symptômes des différents troubles mentaux en identifiant les interventions précoces basées sur les données probantes (L'Abbé et coll., 2013).

Pour traiter le trouble du déficit d'attention avec hyperactivité (TDAH), Guay et Lageix (2006) ont développé un jeu vidéo basé sur le principe de la remédiation cognitive, et ce, dans le but d'améliorer la capacité des jeunes à s'adapter aux situations qu'on leur demande de vivre. Il serait pertinent de développer d'autres jeux: planches de jeu ou jeux vidéo portant sur la promotion de la santé mentale et les stratégies d'intervention à adopter pour les divers troubles mentaux. Toutefois, ces jeux gagneraient à être préexpérimentés avant leur lancement et évalués par des comités de pairs issus des associations professionnelles de psychologie et des associations médicales de psychiatrie, et ce, afin d'assurer qu'ils sont basés sur des données probantes auprès des diverses clientèles ciblées. De plus, les ministères de la Santé et des Services sociaux et de l'Éducation devraient faciliter le développement et l'accès à ces jeux.

À retenir

- L'accessibilité du public à des sites Web gouvernementaux offrant de l'information sur la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux et intégrant les jeux en ligne constitue la voix du futur.
- De tels sites pourraient soutenir les écoles et les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) dans leurs démarches de diffusion d'information et de services de promotion de la santé mentale de même que dans leurs démarches de prévention des troubles mentaux. L'Australie demeure un chef de file dans ce domaine.

Conduites individuelles et collectives à adopter pour une meilleure prévention des troubles mentaux chez les jeunes

À la lumière des informations qui précèdent, une constatation s'impose: la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux nécessitent une implication à la fois individuelle et collective.

Il importe que les jeunes et leur famille puissent avoir accès en ligne à des sites d'informations valides. Les résultats du sondage ci-dessous sont révélateurs de leurs besoins: «La plupart d'entre eux (76%) désirent pouvoir déterminer s'ils sont en bonne santé mentale ou si un membre de la famille ou un ami a besoin d'aide (71%). Ils aimeraient savoir en outre ce qu'est la santé mentale en réalité (70%). Certains souhaitent savoir comment s'y prendre s'ils ont besoin d'aide (59%), alors que quelques-uns aimeraient savoir à qui en parler (29%).» (Commission de la santé mentale, 2014)

Nous présentons schématiquement au [tableau 20](#) différents sites à consulter et encourageons les gouvernements à développer davantage de tels sites afin qu'ils puissent également servir d'outils pédagogiques aux intervenants en première ligne.

Tableau 20 • Conduites individuelles et collectives à adopter pour une meilleure prévention des troubles mentaux chez les jeunes

Conduites individuelles	Conduites collectives
<p>Les parents doivent participer activement au suivi du développement de leur enfant en transmettant leurs observations et inquiétudes au médecin lors des rendez-vous médicaux. Ils doivent aussi remplir les questionnaires de dépistage, par ex. : <i>Questionnaire sur les étapes du développement de l'enfant</i> (Bonin et coll., 2000) et <i>PEDS-DM</i>, grilles d'évaluation pouvant être facilement et rapidement remplies par les parents d'enfants de 1 mois à 8 ans.</p>	<p>Promouvoir une stratégie québécoise de promotion de la santé et de prévention des troubles mentaux en mettant l'accent sur les jeunes de moins de 25 ans (Commissaire à la santé et au bien-être, 2012a). Ces stratégies devraient intégrer les notions de lutte aux préjugés (stigmatisation et discrimination), de réadaptation psychosociale et de rétablissement.</p> <p>L'INSPQ (2008) recommande :</p> <p>Chez les enfants de 0 à 5 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> › De promouvoir les visites à domicile pour les familles vulnérables ; › De favoriser les interventions préscolaires pour les familles vulnérables ; › De préconiser le dépistage et l'intervention brève de la dépression et de l'anxiété chez les femmes enceintes et en prénatalité. <p>Chez les jeunes de 6 à 17 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> › De mettre en place dans les écoles des programmes efficaces de promotion de la santé et de prévention des troubles mentaux et de s'assurer d'en mesurer l'efficacité (incluant les programmes de prévention de la violence, d'abus de substances et de prévention de la violence dans les relations amoureuses) ; › D'offrir des programmes de formation aux habiletés parentales pour les parents de jeunes qui présentent des troubles du comportement, un trouble du déficit d'attention avec hyperactivité, un trouble oppositionnel avec provocation ou un trouble des conduites.
<p>Les parents doivent s'informer sur les étapes de développement normal de l'enfant.</p> <ul style="list-style-type: none"> › <i>Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans</i> (INSPQ, 2015), › <i>Mieux vivre avec notre enfant de 2 à 5 ans</i> (INSPQ, à paraître). 	<ul style="list-style-type: none"> › Diffuser au grand public les signaux d'alerte d'un trouble mental possible (Annexe 3). › Dans l'ouvrage à paraître <i>Mieux-vivre avec votre enfant de 2 à 5 ans</i>, l'Institut national de santé publique devrait intégrer des informations sur la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux.
<p>Les parents et les écoles doivent mieux s'approprier leur rôle dans la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux (L'Abbé et coll., 2013).</p> <ul style="list-style-type: none"> › SAVIE Jeu en ligne : Prévenir et mieux vivre⁶ 	<p>Le programme École en santé devrait davantage diffuser des outils aux enseignants pour favoriser chez leurs élèves une meilleure santé mentale et des stratégies d'intervention auprès des jeunes en difficulté (ex. : ministère de l'Éducation de l'Ontario, 2013. <i>Vers un juste équilibre pour promouvoir la santé mentale et le bien-être des élèves : Guide du personnel scolaire</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"> › Rendre accessible aux intervenants de première ligne des ouvrages clés en main sur la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux.

› Mettre en place dans les écoles des programmes d'intervention précoce qui ont obtenu leurs lettres de noblesse et en mesurer l'efficacité :

• **Troubles anxieux :**

- FRIENDS (Des amis pour la vie dans les écoles) (Neil et Christensen, 2007).

• **Dépression :**

- Pare-Chocs (Marcotte, 2013) ; Zénétudes (Marcotte et coll. (2016) ; Solidaires pour la vie (Fondation des maladies mentales, 2010a).

• **Trouble du comportement alimentaire :**

- Bien dans sa tête, bien dans sa peau.

• **Trouble du déficit d'attention avec hyperactivité :**

- Mieux vivre avec le TDAH à la maison (Massé et coll., 2011a, b) ;
- Ces années incroyables (Webster-Stratton, non daté) ;
- Le programme Équipe.

• **Trouble oppositionnel avec provocation :**

- Le programme TRIPLE P - Positive Parenting Program (Sanders, 2008). Triple P Ontario ;
- Le programme Équipe.

• **Trouble des conduites :**

- Le programme Brindami (enfants de 0-5 ans) ;
- Le programme Fluppy (enfants d'âge scolaire) ;
- Le programme Ces années incroyables (Webster-Stratton et Reid, 2008) ;
- Le programme TRIPLE P - Positive Parenting Program (Sanders, 2008) ;
- Triple P Ontario ;
- Le programme Équipe.

• **Trouble psychotique :** Importance de l'intervention précoce.

- International Early Psychosis Association. Orygen Youth Health ;
- Au Québec, l'Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques.

• **Trouble du spectre de l'autisme (TSA)**

Le projet personnalisé (plan de services) doit s'assurer que :

- Les objectifs fonctionnels à atteindre sont issus de l'évaluation (ces objectifs doivent être observables et mesurables) et doivent toucher les domaines suivants : le langage, la communication, les interactions sociales, ainsi que l'évaluation cognitive, des émotions, du comportement, sensorielle, motrice, somatique, des habiletés de la vie quotidienne et des apprentissages (HAS-ANESM, 2012c) ;

	<ul style="list-style-type: none"> - Les moyens proposés pour atteindre ces objectifs doivent être fondés sur des approches cliniques reconnues efficaces (ex. : l'approche éducative TEACCH, l'intervention comportementale intensive [ICI ou ABA] et l'approche développementale [Denver]); - Des professionnels formés supervisent la mise en place et le suivi des moyens permettant l'atteinte des objectifs sélectionnés; - Le projet personnalisé commence avant que l'enfant atteigne l'âge de 4 ans; - Les interventions intensives soient dispensées par du personnel formé, dans une plage horaire de 20 à 25 heures par semaine et doivent s'échelonner sur une période minimale de 2 années (HAS-ANESM, 2012a); - Éviter un bris de continuité de services entre l'étape de l'évaluation des besoins et la prise en charge par les centres de réadaptation.
<p>Les médecins et les professionnels œuvrant en première ligne doivent pouvoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> › Mieux identifier les signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs et être mieux formés sur la prévention du suicide (Groulx, 2007); › Utiliser davantage les outils de dépistage des troubles mentaux (Annexe 1); › Effectuer un bilan de santé de l'enfant à 18 mois en utilisant des instruments fondés sur les données probantes (ex. : Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, 2008; Williams et coll., 2013). 	<ul style="list-style-type: none"> › Évaluer le développement de l'enfant avec des outils validés (ABCdaire de suivi périodique de l'enfant de 0 à 5 ans : Brunet et coll., 2012); le Relevé post-natal Rourke (Collège des médecins de famille du Canada, 2000); le Nipissing District Developmental Scale : 1 mois-6 ans. › Questionnaire sur les étapes du développement. Évaluation de l'enfant par les parents (Bonin et coll., 2000); le Relevé médical Greig pour les enfants de 6 à 17 ans (Greig, 2010a, b) ou tout autre instrument validé. Le PEDS-DM contient des grilles d'évaluation pouvant être facilement et rapidement remplies par les parents d'enfants de 1 mois à 8 ans; il a été traduit et adapté en français par une équipe du CHU Sainte-Justine. › Les gouvernements devraient offrir un programme de formation de base uniforme (sessions de mise à jour) aux médecins et professionnels de la santé qui œuvrent en première ligne dans le domaine de la santé mentale auprès des enfants et des adolescents (ex. : pour la dépression; Fournier et coll., 2012). Par exemple, la Colombie-Britannique a développé le module d'apprentissage Santé mentale de l'enfant et de l'adolescent SMEA (Garcia-Ortega, 2013; Kadlec et Hollander, 2012) permettant d'assurer l'application de pratiques efficaces et de meilleurs services. › Prévention du suicide (White, 2013). › Les médecins doivent pouvoir compter sur un psychiatre répondant (Commissaire à la santé et au bien-être, 2012b).

<ul style="list-style-type: none"> › Les jeunes et leurs parents doivent s'informer auprès du thérapeute : <ul style="list-style-type: none"> • Sur le diagnostic, la durée et l'efficacité du traitement, la compétence du thérapeute en fonction de la problématique du jeune ; • La médication et ses effets secondaires ; • Le jeune et les parents doivent savoir quoi faire pour prévenir une rechute. 	<ul style="list-style-type: none"> › Les services de psychothérapie brève doivent être offerts par des psychothérapeutes reconnus par l'Ordre des psychologues du Québec. Ils doivent être accessibles gratuitement aux jeunes dans leur région. L'accroissement des services en Télésanté favoriserait davantage l'accès. › L'élaboration de politiques et de normes de pratique concernant l'utilisation de la vidéoconférence et de la cybersanté mentale gagnerait à être davantage développée (Boydell et coll., 2013).
<ul style="list-style-type: none"> › La population devrait avoir accès à un site Web gouvernemental dont le contenu serait basé sur la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux. 	<ul style="list-style-type: none"> › La Direction de la santé mentale du Québec, en concertation avec le Centre national d'excellence en santé mentale du Québec, devrait disposer de sites Web interactifs qui préconisent davantage la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux chez les jeunes. Comme l'Ontario, le Québec devrait disposer d'un site Web où les données probantes <i>sur la santé mentale pour les enfants et les adolescents seraient accessibles</i> et mises à jour régulièrement. Un tel site se devrait d'être informatif, éducatif et interactif. Ce site serait accessible aux adolescents, aux parents, aux enseignants et aux intervenants de première ligne. › La Commission de la santé mentale du Canada (2011) offre pour les adultes en interaction avec les jeunes le programme Premiers soins en santé mentale CANADA. › Les gouvernements devraient s'inspirer de certains programmes préconisés en Australie : <ul style="list-style-type: none"> • Le programme national Kidsmatter qui s'adresse aux écoles primaires et préconise la promotion de la santé mentale, la prévention et l'intervention précoce. Les buts du programme consistent à améliorer la santé mentale et le bien-être des élèves, réduire les difficultés reliées aux troubles mentaux et soutenir les élèves qui éprouvent de tels problèmes. • Le programme national SenseAbility. Il est chapeauté par le programme national Beyondblue. Ce programme s'adresse aux jeunes de 12 à 18 ans et vise à développer de meilleures habiletés de résilience. • Le programme Headspace, créé en 2006, vise à promouvoir et soutenir les interventions pour les adolescents ayant des troubles mentaux et présentant un abus de substances. • Le programme MindMatters aide les écoles secondaires qui désirent diffuser de l'information sur la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux, en plus d'effectuer l'étude de la satisfaction des services offerts.

› Les gouvernements devraient s'assurer de mesurer l'efficacité des programmes d'intervention précoce, ainsi que la satisfaction des usagers au sujet des interventions psychosociales et médicales reçues.

› Pour améliorer l'efficacité des services offerts, les gouvernements devraient mettre en place des outils simples et universels (ex. : sondage de satisfaction auprès de la clientèle, mesures pré et post-intervention, analyse coûts-bénéfices etc.), et ce, afin de s'assurer que les programmes d'intervention précoce, les psychothérapies et les interventions pharmacologiques sont efficaces pour les usagers. Les standards de mesure « de l'efficacité, de l'efficacité et de la diffusion de programmes » et ceux sur « les connaissances de la science de la prévention » publiés par la Society for Prevention Research pourraient servir de document de réflexion (SPR, 2011 ; Gottfredson et coll., 2015).

Le [tableau 20](#) démontre que beaucoup d'objectifs demeurent à mettre en place ou à soutenir davantage.

À l'instar des conclusions du rapport des recherches scientifiques effectuées entre les années 2003 à 2013 (Waddell et coll., 2014), nos propos soulignent l'importance d'utiliser les programmes d'intervention précoce, les attitudes aidantes, les psychothérapies et les traitements basés sur les données scientifiques probantes.

À retenir

- Dans la plupart des troubles mentaux, les enfants et les adolescents devraient bénéficier de programmes d'intervention précoce. Généralement, les interventions psychosociales et psychothérapeutiques devraient être préconisées avant l'utilisation de la médication.
 - Par ailleurs, il est également reconnu que la médication, combinée ou non avec la psychothérapie, est efficace auprès de jeunes présentant un trouble bipolaire, une dépression, un trouble psychotique, un trouble du déficit d'attention avec hyperactivité, certains troubles mentaux ou un trouble obsessionnel-compulsif.
 - Les gouvernements devraient offrir gratuitement des séances de psychothérapie aux jeunes présentant un trouble mental ou des difficultés importantes sur le plan de leur fonctionnement socio-émotif (AAP, 2016b).
-

-
1. Télésanté: Soins et services de santé, de services sociaux préventifs ou curatifs, rendus à distance par télécommunication, y compris les échanges audiovisuels à des fins d'information, d'éducation et de recherche ainsi que le traitement de données cliniques et administratives (Collège des médecins, 2015).

2. <http://ccr.ruis.umontreal.ca/telesante/teleconsultation>
3. L'Ordre des psychologues du Québec a entériné et traduit ce guide de pratique de la télépsychologie: www.ordrepsy.qc.ca/c/document_library/get_file?uuid=f4ad7c1b-e06f-4fab-a773-97c6bde9c7ab&g
4. www.excellencepourenfantsados.ca
5. www.esantementale.ca
6. www.kidsmatter.edu.au
7. www.beyondblue.org.au/healthy-places/secondary-schools-and-tertiary/senseability/download-sensibility
8. www.mindmatters.edu.au
9. <http://sante.gouv.qc.ca/dossiers/dossier-sante-mentale/>
10. www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=319, <https://moodgym.anu.edu.au/welcome>
11. <https://beacon.anu.edu.au/service/website/view/145/1>
12. www.beatingtheblues.co.uk/
13. <https://exp.psy.uq.edu.au/socialanxiety>
14. www.brave.psy.uq.edu.au
15. <https://exp.psy.uq.edu.au/brave>
16. www.ccbt.co.uk/products/fearfighter/
17. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18223058
18. <https://beacon.anu.edu.au/service/website/view/51/19>
19. www.therapeuticresources.com/games.html
20. <http://au.reachout.com/reachoutcentral>
21. Présentation vidéo du jeu en français: www.dailymotion.com/embed/video/xx5r94
22. www.wsis-award.org/winner/sparx-76920110609
23. <http://cvje2.savie.ca/>
24. <http://goo.gl/SUZQq5>

Conclusion

Nous souhaitons que le périple de lecture que vous avez effectué vous ait éclairé et permis de mieux saisir l'importance de la prévention dans le domaine de la santé mentale. Repérer tôt les troubles mentaux et utiliser les stratégies basées sur les données probantes permet de maximiser l'efficacité de l'intervention et, ainsi, améliorer le bien-être de l'enfant et de l'adolescent, et par ricochet celui de la famille et des proches.

La promotion de la santé mentale des enfants et adolescents constitue certes le premier jalon de l'intervention. L'amour et le soutien indéfectible des parents contribuent à bâtir la confiance du jeune en lui-même. L'école joue également un rôle primordial, par l'implantation de programmes d'intervention précoce visant à bâtir l'estime de soi et la résilience, et à diminuer la violence.

Les intervenants, par leurs observations, contribuent à l'identification des premiers signaux d'alerte des troubles mentaux chez les jeunes. Leurs interventions à l'intérieur de programmes d'intervention précoce posent les premiers jalons du développement harmonieux du jeune et lui fournissent différents outils pour affronter les difficultés de la vie. Les intervenants, par leurs attitudes et avec leurs expertises, apportent au jeune atteint d'un trouble mental des moyens concrets pour qu'il se rétablisse et s'intègre dans la société.

Il existe plusieurs thérapies efficaces pour aider le jeune dans sa réadaptation psychosociale. À cet égard, l'accès aux services de santé mentale est primordial. Les programmes de prévention des troubles anxieux et de la dépression, basés sur les données probantes, devraient être davantage diffusés et leur efficacité régulièrement évaluée.

Nos attitudes en regard du jeune atteint d'un trouble mental jouent un rôle fondamental dans son rétablissement. Les comportements de discrimination et de stigmatisation que nous émettons à leur égard sont

profondément néfastes. Nous n'utiliserions certes pas de telles attitudes auprès d'une personne atteinte d'un cancer?

Dans le cheminement thérapeutique, parents et jeunes doivent garder espoir et maximiser leurs interventions sur le potentiel du jeune. Si cet ouvrage a pu contribuer à mieux outiller les intervenants pour prévenir, repérer et intervenir plus efficacement auprès des enfants et adolescents présentant un trouble mental, il aura atteint son but. Nous espérons qu'il a su démystifier les différents troubles mentaux et vous a apporté des informations utiles, des stratégies d'intervention et un regard plus positif sur les diverses interventions thérapeutiques proposées. Muni de ce nouveau bagage, nous souhaitons que vous puissiez diffuser à d'autres vos découvertes.

Bibliographie

Abidin, R.R. (1986). *Parenting stress index manual*. Charlottesville, Virginie; Pediatric Psychology.

Adreasen, N.C. (1984a) *Scale for the Assessment of Positive Symptoms: SAPS Échelle*, Traduction P. Boyer & Y. Lecrubier, De Andreasen NC: Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS). Iowa City: University of Iowa. http://cercle-d-excellence-psy.org/OLD/images/SAPS_CEP.pdf

Adreasen, N.C. (1984b). *Scale for the Assessment of Positive Symptoms: SAPS Manuel de cotation*, Traduction P. Boyer & Y. Lecrubier. De Andreasen NC: Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS). Iowa City: University of Iowa. http://cercle-d-excellence-psy.org/OLD/images/SAPS_manuel_CEP.pdf

Adreasen, N.C.(1984c). *Scale for the Assessment of Negative Symptoms: SANS Manuel de cotation*, Traduction Y. Lecrubier & P. Boyer De Andreasen NC: Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS). Iowa City: University of Iowa. http://cercle-d-excellence-psy.org/OLD/images/SANS_CEP.pdf

Adreasen, N.C. (1984d). *Scale for the Assessment of Negative Symptoms: SANS Manuel de cotation*, Traduction Y. Lecrubier & P. Boyer De Andreasen NC: Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS). Iowa City: University of Iowa. http://cercle-d-excellence-psy.org/OLD/images/SANS_manuel_CEP.pdf

Agence de la santé publique du Canada (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa: (Ont), Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux du Canada. www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmac/index-fra.php

Agence de la santé publique du Canada (2012). *Analyse des données de Statistique Canada sur la mortalité*. Ottawa: auteur. www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2012001/article/11696-fra.htm

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Agence SSSM, 2005a). *L'examen médical préventif chez les adolescents. Intervenir selon leur profil de risques. Prévention en pratique médicale*. Direction de la santé publique de Montréal. http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/1712-2937-FEV2005.pdf

Agence de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie (Agence SSSM, 2005b). Le continuum d'intervention «Jeunes en difficulté et leur famille». http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/2721/dc_jeune.pdf

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS, 2008). *Le bon usage des antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent*. www.ansm.sante.fr/var/an-sm_site/storage/original/application/ed7152def72a8978b38d4c32fc49b6e9.pdf

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicaux-sociaux ANESM, (2012). *Recommandations des bonnes pratiques professionnelles: Les attentes de la personne et le projet personnalisé*. www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_synthese-attentespersonneetlepp.pdf

Ahn S. & Fedewa, A.L. (2011). *A meta-analysis of the relationship between children's physical activity and mental health*. *Journal of pediatric psychology*, 36, (4), 385-397. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21227908

Aldinger, K.A et coll. (2015). Patterns of Risk for Multiple Co-Occurring Medical Conditions Replicate Across Distinct Cohorts of Children with Autism Spectrum Disorder. *Autism Res.* 2015 May 24. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26011086

Alexander, J., Barton, C., Gordon, D., Grotmeter, J., Hanson, K., Harrison, R. Sexton, T. (2002). *Blueprints for violence prevention: Book 3 Functional Family Therapy*. DS.Ellott (Ed). Boulder, CO: Center for the Study and

Prevention of Violence. www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=174196

Alexander, J.E.; Waldson, H.B.; Robbins, M.S.; Neeb, AA. (2013). *Functional family therapy for adolescent behavior problems*. American Psychological Association. www.apa.org/pubs/books/4317302.aspx

Alvarenga, P. G., Mastroso, R. S., Rosário, M. C. (2015). «Troubles obsessionnels compulsifs chez l'enfant et l'adolescent». Dans Rey, J. M. (éd), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (Édition en français; Cohen D, éd.) Genève: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012. <http://iacapap.org/wp-content/uploads/F.3-OCD-FRENCH%202015.pdf>

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, 2007a). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, (11), 1503-1524. www.aacap.org/aacap/Resources_for_Primary_Care/Practice_Parameters_and_Resource_Centers/Practice_Parameters.aspx

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, 2007b). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorders *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2007;46, (1):107-125. www.aacap.org/aacap/Resources_for_Primary_Care/Practice_Parameters_and_Resource_Centers/Practice_Parameters.aspx

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, 2007c). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, (2), 267-282. www.aacap.org/aacap/Resources_for_Primary_Care/Practice_Parameters_and_Resource_Centers/Practice_Parameters.aspx

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, 2007d). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/ hyperactivity disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, (7), 894-921.

www.aacap.org/aacap/Resources_for_Primary_Care/Practice_Parameters_and_Resource_Centers/Practice_Parameters.aspx

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, 2008). Practice parameter for Telepsychiatry with children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, (12), 1468-1483.

www.aacap.org/aacap/Resources_for_Primary_Care/Practice_Parameters_and_Resource_Centers/Practice_Parameters.aspx

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, 2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, (4), 414-430.

www.aacap.org/aacap/Resources_for_Primary_Care/Practice_Parameters_and_Resource_Centers/Practice_Parameters.aspx

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, 2012a). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, (1) 98-113.

www.aacap.org/aacap/Resources_for_Primary_Care/Practice_Parameters_and_Resource_Centers/Practice_Parameters.aspx

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, 2012b). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia.

www.aacap.org/aacap/Resources_for_Primary_Care/Practice_Parameters_and_Resource_Centers/Practice_Parameters.aspx

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, 2014). “Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with autism spectrum disorder”. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53 (2), 237-257.

www.aacap.org/aacap/Resources_for_Primary_Care/Practice_Parameters_and_Resource_Centers/Practice_Parameters.aspx

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Lock, J. et La Via, M.C. (AACAP, 2015). “Practice parameter for the assessment and treatment

of children with eating disorders”. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54 (5), 412-425.
[www.jaacap.com/article/S0890-8567\(15\)00070-2/pdf](http://www.jaacap.com/article/S0890-8567(15)00070-2/pdf)

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, 2015). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders, 54, 5, 412-425.
www.aacap.org/App_Themes/AACAP/docs/practice_parameters/Eating%20Disorders%20JAACAP%20Submit%20final.pdf

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, 2016b), Council on early childhood, committee on psychological aspects of child and family health, section on developmental and behavioral pediatrics. “Addressing early childhood emotional and behavioral problems”, *Pediatrics*, 138 (6), e20163023
<http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2016/11/17/peds.2016-3023>

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry & Work Group on Quality Issues (AACAP, 2007e). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 46, (1), 126-141.
www.aacap.org/aacap/Resources_for_Primary_Care/Practice_Parameters_and_Resource_Centers/Practice_Parameters.aspx

American Academy of Pediatrics (AAP, 2009). The future of pediatrics. Mental health competencies for pediatric primary care. Committee on Psychological Aspects of Child and Family Health and Task Force on Mental Health, *Pediatrics*, 124, 410-21,
<http://pediatrics.aappublications.org/content/124/1/410.full.pdf+html>

American Academy of Pediatrics & subcommittee on attention-deficit hyperactivity disorder (AAP, 2011). Clinical practice guidelines for the diagnosis, assessment and treatment of attention deficit hyperactivity disorders in children and adolescents, *Pediatrics*, 128, 5, 1-16
<http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2011/10/14/peds.2011-2654.full.pdf+html>

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry & American Psychiatric Association (AACAP & APA, 2010). *Parent's medication guide for bipolar disorder in children & adolescents*. www.parentsmedguide.org

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry & American Psychiatric Association (AACAP & APA, 2010). *The use of medication in treating childhood and adolescent depression: information for patients*. www.parentsmedguide.org

American Academy of Child and adolescent Psychiatry & American Psychiatric Association (AACAP & APA, 2013). *ADHD Parents medication guide*. www.parentsmedguide.org

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry & Committee on Quality Issues (CQI) (AACAP 2013). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52, 9, 976-990. www.aacap.org/aacap/Resources_for_Primary_Care/Practice_Parameters_and_Resource_Centers/Practice_Parameters.aspx

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, 2016a), Zeanah, C. H., Chesher T. et Boris, N. W. "Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder and disinhibited social engagement disorder". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55 (11), 990-1003. [www.jaacap.com/article/S0890-8567\(16\)31183-2/abstract](http://www.jaacap.com/article/S0890-8567(16)31183-2/abstract)

American Psychiatric Association (2010). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, troisième édition*. http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf

American Psychiatric Association (A.P.A.2015). *DSM-5 Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris: Elsevier Masson.

American Psychological Association (APA.2008a). *Childhood mental health disorders. Evidence base and contextual factors for psychosocial, psychopharmacological and combined interventions*. Washington, DC:

American Psychological Association.
www.apa.org/pubs/books/4317137.aspx

American Psychological Association (APA, 2008b). *Disseminating evidence-based practice for children and adolescents: a system approach to enhancing care. APA task force on evidence-based practice for children and adolescents*. Washington, DC: American Psychological Association.
www.apa.org/practice/resources/evidence/children-report.pdf

American Psychological Association (APA, 2012). *Recognition of psychotherapy effectiveness*. www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy.aspx

American Psychological Association (APA, 2013). *Guidelines for the practice of telepsychology*.
www.apa.org/practice/guidelines/telepsychology.aspx

American Psychological Association (APA, 2015). *Mindfulness holds promise for treating depression*. www.apa.org/monitor/2015/03/cover-mindfulness.aspx

Anderson, R., Caputi, P., Oades, L. (2006). Stages of recovery instrument; Development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New-Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 972-80.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17054565

Andersson, G. (2014). *The Internet and CBT: A clinical guide*. CRC Press.
www.crcpress.com/product/isbn/9781444170214

Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs. Face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and analysis. *World Psychiatry*, 13, 93, 288-295.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/wps.20151/pdf>

Andrews, G. et coll. (2004). «Child sexual abuse». Dans M. Ezzati et coll. (éds.). *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors (1851-1940)*. Genève: World Health Organization.

Anorexie et Boulimie Québec (ANEB, 2013). *Les troubles alimentaires. Unis pour vaincre!* Semaine nationale de sensibilisation aux troubles alimentaires, 3-9 février 2013, Guide d'information public. www.anebquebec.com/pdf/outils/semaine-ta/aneb-guide-semaine-ta.pdf

Ashworth, M. (2012). Le PSYCHLOPS (Psychological Outcomes Profiles). 38-41. Dans Ordre des psychologues du Québec (2012). *Cahier de recherche et pratique*, 2012, 2, 2, novembre. Montréal: Ordre des psychologues du Québec.

Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (2015). *Pour une pratique en santé mentale basée sur l'exercice des droits et de l'appropriation du pouvoir. De l'advocacy au rétablissement. La dérive des mots.* www.agidd.org/wp-content/uploads/2015/10/dépliant-appropriation-mai-2015.pdf

Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive (AFTCC) & Association Francophone de Formation et de Recherche en Thérapie Comportementale et Cognitive (AFTCC & AFFRTCC Non daté). *Résultats de l'expertise INSERM sur l'efficacité des thérapies.* Communiqué de presse. Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive (AFTCC) & Association Francophone de Formation et de Recherche en Thérapie Comportementale et Cognitive (AFFRTCC). www.chldb.fr/wp-content/uploads/Communiqu%C3%A9-de-presse2-R%C3%A9sultat-de-expertise-INSERM-sur-levaluation-des-psychoth%C3%A9rapies.pdf

Association Québécoise d'Établissements de Santé et de Services Sociaux (AQESSS, 2007). *Outil d'évaluation sommaire en santé mentale jeunesse.* Rapport déposé à la Santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) 10 juillet 2007. www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/Csss_bordeaux_cartierville/Laurendeau_et_coll_Outil_evaluation_sommaire_sante_mentale_rapport_2007.pdf

Association Québécoise des Programmes pour Premiers Épisodes Psychotiques (AQPPEP, 2013). *La psychose... il existe des solutions. Parlons-en...* www.aqppep.ca/psychose.php.

Australian Psychological Society (APS, 2010). *Evidence-based psychological interventions in the treatment of mental disorders: A literature review*. www.psychology.org.au/Assets/Files/Evidence-Based-Psychological-Interventions.pdf

Bailey, A.P., Parker, A.G., Colautti, L.A., Hart, L.M., Liu, P., Hetrick, S.E. (2014). Mapping the evidence for the prevention and treatment of eating disorders in young people. *Journal of eating disorders*, 2: 5, 1-12, www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4081733

Baird et coll (2003).Diagnosis of autism. *BMJ*. 2003 Aug 30;327 (7413), 488-93. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC188387/

Barbeau, E. B., Soulières, I., Dawson, M., Zeffiro, T. A., Mottron, L.(2013). “The level and nature of autistic intelligence III: Inspection time”. *J Abnorm Psychol.*, 122 (1), 295-301. doi: 10.1037/a0029984. Epub 2012 Oct 22. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23088375

Barkley, R.A. (1995a). A closer look at the DSM-IV Criteria for ADHD: somme unresolved issues. *ADHD Report*, 3: 1-5.

Barkley,. R.A. (1995b). Dix principes directeurs dans l'éducation des enfants atteints du Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H). www.cliniquestlambert.com/josee/tdah.html

Barkley, R.A (2000). *Taking charge of ADHD: The complete authoritative guide for parents*. Édition révisée. New-York Guilford Press.

Barkley, R.A. (2005). *Attention deficit hyperactivity disorder.A handbook for diagnosis and treatment*. Volume 1. New-York: Guilford Press.

Barkley, R.A. (2006). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Troisième édition, New-York: Guilford Press.

Barkley, R.A. (2013). *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training*. Troisième édition, New-York: Guilford Press.

Barkley, R.A. (2013). *Taking charge of ADHD. The complete authoritative guide for parents*. New-York: Guilford Press.

Barkley, R.A. & Murphy, K.R. (2006). *Attention deficit hyperactivity disorder. A clinical workshop*. Volume 2. New-York: Guilford Press.

Barkley, R.A. & Murphy, K.R. Fischer, M. (2008). *ADHD in adults: What science says*. New-York: Guilford Press.

Barnett, J.H. & Smoller, J.W. (2009). The genetics of bipolar disorder. *Neuroscience*, Nov, 24, 164, (1), 331-43. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19358880?ordinalpos=1&itool=PPMCLayout.PPMCAppController.PPMCArticlePage.PPMCPubmedRA&linkpos=4

Baron, K. et coll. (2002). *The Occupational Self Assessment (OSA)* (version 2, 1). Chicago: Department of Occupational Therapy, College of Applied Sciences, University of Illinois.

Barrett, P.M., Farnell, L., Pina, A.A., Piacentini, J., Perris, T.S. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 131-135. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18444056

Bayer, J.K. & Beatson, R. (2013). Prévention et intervention précoce pour l'anxiété et la dépression. Rapee, R.M. ed. Thème. In Tremblay, R.E., Boivin, M., Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* (sur Internet). Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants et Réseau stratégique de connaissances sur le développement des jeunes enfants; 2013:1-8. www.enfant-encyclopedie.com/Pages/PDF/Bayer-BeatsonFRxp1.pdf

Bayley, N. (2006). *BSID-III – Bayley Scales of Infant and Toddler Development*, 3^e édition, Portail enfance. www.portailenfance.ca/wp/wp-content/uploads/2015/09/BSID-III_VG.pdf

Beaulac, J., Carlson, A-M., Boyd, R.J. (2011). Promouvoir la santé mentale par un counseling sur l'activité physique. Lignes directrices pratiques pour les médecins de famille. *Le Médecin de famille canadien*, 57, avril, 2122-e124. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3076494/pdf/057e122.pdf

Beck, J.S., Beck, A.T., Jolly, J.B., Steer, R.A (2005). *Inventaires Beck Youth (BYI- II)- Deuxième édition*. Toronto: Pearson.
www.pearsonassess.ca/fr/programs/00/62/62/p006262.html?prodCategory=psychologique-personnalite-composantes-affectives

Bedford, R., Jones, E. J., Johnson, M. H., Pickles, A., Charman, T., Gliga, T. (2016). "Sex differences in the association between infant markers and later autistic traits". *Mol Autism.*, Mar 30 (7), 21. doi: 10.1186/s13229-016-0081-0. eCollection 2016.

Belleville, M. et Tremblay, G. (2013). *Validation d'un outil d'identification des besoins de réadaptation en santé mentale*. Joliette: Centre de réadaptation La Myriade.
www.crlamyriade.qc.ca/adnbase/js/wysiwyg/plugins/ExtendedFileManager/uploads/myriade/Rapport_OIBR_2013_01_21__version_finale.pdf

Ben-Amor, L. (2014). Interventions parentales pour les problèmes de comportements, Mai, Soirée scientifique: gérer l'impulsivité. <http://co-venture.ca/wp-content/uploads/2014/08/3.Leila-Ben-Amor.pdf>

Bendall, S., Killackey, E., Marois, M-J. et coll. (2005). Active cognitive psychotherapy for early psychosis. ACE manual (CD ROM). Melbourne (AU) ORYGEN Youth Health, University of Melbourne.
<https://orygen.org.au/Skills-Knowledge/Resources/Manual/Active-Cognitive-Therapy>

Bennevault, B., Berdah, S., Bridier, F. (2014). *Souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent. Guide de repérage à l'usage des infirmiers et assistants du service social de l'éducation nationale*. Ministère des affaires sociales et de la santé, Fédération Française de Psychiatrie, Ministère de l'Éducation nationale, Paris: France
www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Souffrance_psy_Enfant_ado_2014.pdf

Berger, T. (2014). *Internet-based psychotherapy treatments*.
<http://societyforpsychotherapy.org/internet-based-psychotherapy-treatments/>

Berk, M., Malhi, G.S., Cahill, C., Carman, A.C., Hadzi-Pavlovic D., Hawkins, M.T., Tohen, M., Mitchell, P.B. (2007). The bipolar depression

rating scale (BDRS): its development, validation, utility. *Bipolar disorders*, vol. 9 (6), 571-579. Traduction française: Lépine, J.P. et Nieto, I. Échelle de dépression bipolaire de M. Berk (BDRS). www.barwonhealth.org.au/bdrs

Berkowitz, S.J., Stover, C. S., Marans, S. R., (2011). The Child and Family Traumatic Stress Intervention: Secondary prevention for youth at risk of developing PTSD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(6), 676-685. <https://www.med.upenn.edu/traumaresponse/documents/cftsi.pub.pdf>

Berne, E. (1983). *Que dites-vous après avoir dit bonjour?* Traduit par Paul Veerguin, Paris: Éditions Tchou.

Berne, E. (1988). *Des jeux et des hommes: psychologie des relations humaines*. Traduit par Léo Dité, Paris: Éditions Stock.

Bertrand, A., Bélanger, C., O'Connor, K. (2011). Troubles de l'alimentation et trouble obsessionnel-compulsif: facteurs communs. *Santé mentale au Québec*, 36, (1), 149-179. www.erudit.org/revue/smq/2011/v36/n1/1005819ar.pdf

Besag, F., Gobbi, G., Aldenkamp, A., Caplan, R., Dunn, D. W., Sillanpää, M. (2016). "Psychiatric and behavioural disorders in children with epilepsy (ILAE Task Force Report): Behavioural and psychiatric disorders associated with childhood epilepsy syndromes". *Epileptic Disord.*, May 16. doi:10.1684/epd.2016.0815. [Epub ahead of print]. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27184676

Bettelheim, B (1969). *La Forteresse vide. L'autisme infantile et la naissance du Soi*. Paris: Gallimard. <http://www.gallimard.fr/Catalogue/GALLIMARD/Folio/Folio-essais/La-Forteresse-vide>

Bexton, B. (2008). *Vivre avec une personne dépressive*. Montréal: Bayard éditeur.

Beyondblue(2010). *Inquiry into the potential for developing opportunities for schools to become a focus for promoting healthy community living*. Submission to: Parliament of Victoria inquiry into the potential for developing opportunities for schools to become a focus for promoting healthy community living. July.

www.portphillip.vic.gov.au/default/Inquiry_into_the_Potential_for_Developing_Opportunities_for_Schools_to_Become_a_Focus_for_Promoting_Healthy_Community_Living.pdf

Biddle, S.J.& Asare, M.(2011). Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *Br J Sports Med*, 45(11): p. 886-95. <http://spers.ca/wp-content/uploads/2013/08/physical-activity-and-mental-health-in-children-and-adolescents.pdf>

Bingham, P.B. (2009). Minding our bodies: physical activity for mental health, *Litterature review*. www.mindingourbodies.ca

Birmaher, B., Khetarpel. S., Brent, D., Cully, M., Kaufman, J., McKenzie Neer, S.(1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 36, 545-53 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9100430

Birmaher, M.A., Axwolson, D., Strober, M., Gill, M.K., Valeri, S., Chiappetta, L., Keller, M. (2006). Clinical course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Archives of General Psychiatry*, 63, 175-183. <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=209320>

Bjorkenstam, C., Bjokenstam, E., Hjern, A., Boden, R., Reutfors, J. (2014). Suicide in first episode psychosis: A nationwide cohort study. *Schizophrenia Research*. 157(1-3):1-7, Août. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24893904

Black, D.S., Milam, J., Sussman, S. (2009). Sitting-meditation interventions among youth: a review of treatment efficacy. *Pediatrics*, 2009. 124, (3): p. e532-41. <http://pediatrics.aappublications.org/content/124/3/e532>

Bodenmann, G., Gina, A., Lederman, T., Sanders, M.R. (2008). The efficacy of Triple-P-Positive Parenting Program in improving parenting and child behaviour: A comparison with two other treatment conditions. *Behavior Research and Therapy*, 46 (4), 411-427. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18313033

Boisjoly, R., Vitaro, F., Lacourse, E. (2007). Impact and clinical significance of a preventive intervention for disruptive boys: 15 years follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 191, (5), 415-419. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17978321

Bonin, M., Robaey, P., Vandaele, S., Bastin, G.L. & Lacroix, V. (2000). *Questionnaire sur les étapes de développement: Évaluation de l'enfant par les parent ASQ-3* (3rd ed.). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
Bricker, D., & Squires, J. (1999). *Ages and stages questionnaire* (3rd ed.). Baltimore, MD: Paul H. Brookes. www.imhpromotion.ca/Store/tabid/108/ProductID/28/Default.aspx

Bottai, T., Biloa-Tang, M., Chistophe, S., Dupuy, C., Jacquesy, L., Kochman, F., Meynard, J.-A., Papeta, D., Rahioui, H., Adida, M., Fakra, E., Kaladijian, A., Pringuey, D., Azorin, J.-M. (2010). «Thérapie interpersonnelle et aménagement des rythmes sociaux (TIPARS): Du concept anglo-saxon à l'expérience française». *L'Encéphale*, supplément 6, S206-S217. www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700610700592

Bottai, T., Cotton, I., Drigeard, A, Vaglio, V.(2009). Les prodromes des rechutes schizophréniques, *L'Encéphale*, *Supplément*, 1, 533-40. www.em-consulte.com/en/article/202645

Bottai, T., Aubin, V., Loftus, J., Swartz, H. A. (2014). "Interpersonal and social rhythm therapy ou thérapie interpersonnelle et aménagement des rythmes sociaux (TIPARS)". Dans Bourgeois, M.-L., Gay, C., Henry, C., Masson, M. (2014). *Les troubles bipolaires*. Paris: Lavoisier. www.cairn.info/les-troubles-bipolaires--9782257205650-p-512.htm

Bouchard, S. Watts, A. Marchand.A. (2013). Troubles anxieux et télépsychothérapie par vidéoconférence. *Psynopsis, le Magazine des psychologues du Canada*, Été 2013, p.11. www.cpa.ca/docs/File/Psynopsis/summer2013/index.html

Bourdeau, G. (2016). «Psychose: Le rôle du psychologue dans l'intervention précoce». *Psychologie Québec*, 33 (5), 37-39.

Bouvard, M., Beaudoin, M., Bériault, M., Licata, M., Perez, C., Turgeon L. (2008). *Échelles et questionnaires d'évaluation de l'enfant et l'adolescent. Vol 1.* Paris: Masson. <https://www.amazon.fr/%C3%89chelles-questionnaires-d%C3%A9valuation-lenfant-ladolescent/dp/2294071727>

Bouvard M. (2008). *Échelles et questionnaires d'évaluation de l'enfant et l'adolescent. Vol 2.* Paris: Masson. https://www.amazon.fr/Questionnaires-échelles-dévaluation-lenfant-ladolescent/dp/229470634X/ref=pd_bxgy_14_2?_encoding=UTF8&psc=1

Bouvard, M et Cottraux, J. (2010). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychologie et psychiatrie.* Paris: Masson. https://www.amazon.fr/Protocoles-échelles-dévaluation-psychiatrie-psychologie/dp/229471041X/ref=pd_bxgy_14_img_3?_encoding=UTF8&p

Bouvard, M. & Cottraux, J. (2002). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*, 3^e édition. Paris: Masson.

Bouvard, M. Roulin, J.L., Denis, A. (2013). The French version of the screen for child anxiety related emotionall disorders-revised (SCARED-R): Factor structure, convergent and divergent validity in a sample of teenagers. *Psychologica Belgica*, 53, (2), 3-14. www.psychologicabelgica.com/articles/abstract/10.5334/pb-53-2-3/

Boydell, K.M., Hodgins, M., Pignatiello, A., Edwards, H., Teshima, H., Willis, D. (2013). *Utiliser les technologies pour offrir des services de santé mentale aux enfants et adolescents en Ontario.* Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents. www.excellenceforchildand youth.ca/sites/default/files/policy_utiliser_les_t echnologies_sommaire.pdf

Brandler, W. M., et coll. (2016). "Frequency and complexity of De Novo structural sutation in Autism". *Am J Hum Genet.* Apr 7 98 (4), 667-79. doi: 10.1016/j.ajhg.2016.02.018. Epub 2016 Mar 2. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27018473

Brenner, K., Schmitz, N., Pawlink, N., Fathalli, F., Oober, R., Ciampi, A., King, S. (2007). Validation of the English and French versions of the Community Assessment of Psychic Experiences (CAPE) with a Montreal

community sample. *Schizophrenia Research*, 95, 86- 95.
www.mcgill.ca/files/projetverglas/BrennerCAPE2007.pdf

Tiré de Stephanis, N.C., Hanson, M., Smirnis, N.K., Avramopoulos, D.A., Evdokimids, I.K., Stefanis, C.N. et coll, (2002). Evidence that three dimensions of psychosis have a distribution in the general population. *Psychol. Med.* 32, 347-358. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11866327

Breton, J.J., Labelle, R., Huynh, C., Berthiaume, C., St-Georges, M., Guilé, J.M. (2012). Caractéristiques cliniques des jeunes déprimés en pédopsychiatrie. *J. Can.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*, 21, (1), 16-22.
www.cacap-acpea.org/uploads/documents//Jeunes_dpriims_Feb_2012.pdf

Brière, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)*. Odessa: FL. Psychological Assessment Resources.

Brière, J. (2005). *Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC)*. Odessa: FL. Psychological Assessment Resources.

Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S. (2006). *Brief Infant-Toddler Social-Emotional Assessment (BITSEA)*, Pearson Editeur. (Traduction française: Guedeney).

www.pearsonclinical.com/childhood/products/100000150/brief-infant-toddler-social-emotional-assessment-bitsea.html

www.academia.edu/17961777/French_Version_of_the_Brief_Infant-Toddler_Social_and_Emotional_Assessment_Questionnaire-BITSEA

Brillon, P. (2008) *Comment aider les victimes souffrant d'un stress post-traumatique*, Montréal: Les Éditions Québecor Inc

British Columbia-Ministry of Health Services (2010). *Standards and guidelines for early psychosis intervention (EPI) programs*.

www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2010/BC_EPI_Standards_Guidelines.pdf

Brown, H.M., Oram-Cardy, J., Johnson, A. (2013). A meta-analysis of the reading comprehension skills of individuals on the autism spectrum. *J. Autism Dev. Disord.* 2013, Apr;43 (4):932-55.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23054199

Brown, T., Antonuccio, D.O., DuPaul, G.J., Fristad, M.A., King, C.A., Leslie, L., McCormick, G.S., Pelham, W.E., Piacentini, J.C., Vitiello, B. (2009). *Childhood mental health disorders. Evidence base and contextual factors for psychosocial, psychopharmacological, and combined interventions*. Washington: American Psychological Association.
www.apa.org/pubs/books/4317137.aspx

Brunet, G., Cossette, G., Cousineau, D., Lemieux, D., Morin, E., Raymond, F., Thibault, M-P.(2012). ABCédaire du suivi périodique de l'enfant de 0 à 5 ans. *Guide de référence du praticien. Un programme de formation continue basé sur l'apprentissage par problème (APP)*. Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé, Université de Montréal.
www.cpass.umontreal.ca/documents/formation/outils_abcdaire/ABCdaireOctobre2012FINAL.pdf

Bui, E., Brunet, A., Olliac, B. et coll. (2010). "Peritraumatic reactions and posttraumatic stress symptoms in school-aged children victims of road traffic accident". *General Hospital Psychiatry*, 32, 330-33.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20430239

Bui, E., Brunet, A., Olliac, B. et coll. (2011). "Validation of the peritraumatic dissociative experiences questionnaire and peritraumatic distress inventory in school-aged victims of road traffic accidents". *European Psychiatry*, 26, 108-111.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21071181

Buisson, J-R. (2010). *La pédopsychiatrie: prévention et prise en charge*. Avis et rapports du Conseil économique, social et environnemental, au nom de la section des affaires sociales, Février.
www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000119/0000.pdf

Burke, C.A. (2009). Mindfulness-Based Approaches with Children and Adolescents: A Preliminary Review of Current Research in an Emergent Field. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2): 133-134.
<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10826-009-9282-x#/page-1>

Burns, J., Ellis, L.A., Mackensie, A., Stephens-Reicher J. (2009). Reach Out! Online mental health promotion for young people, *Counselling*

psychotherapy and health, 5, (1), 171-186. The use of technology in mental health, Special issue.

www.cphjournal.com/archive_journals/v5_1_171-186.pdf

Burns, T. & Firm, M. (2002). *Assertive outreach in mental health: A manual for practioners*, New-York: Oxford University Press.

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (2016) TSA — *Guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme*, Mai, 133 pages
www.cnsa.fr/documentation/cnsa-dta-2016_web.pdf

Calear, L., & Christensen, H. (2010). Review of internet-based prevention and treatment programs for anxiety and depression in children and adolescents. *Med. J Aust*, Jun, 7, (192) (11 Suppl. S12-4.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20528700>

Capron, C; Théron, C.; Duyme, M. (2007). Psychometric properties of the French version of the self-report and teacher Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *European Journal of Psychological Assessment*, Vol 23(2), 2007, 79-88.
<http://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1027/1015-5759.23.2.79>

Carpenter, W.T., Bustillo, J.R., Thaker, G.K., Van Os. J., Krueger, R.F., Green, M.J. (2009). The psychoses: cluster 3 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med.* 39 (12): 2025-42.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19796428

Carr, C.P., Martins, C.M., Stingel, A.M., Lemgruber, V.B., Juruena, M.F. (2013). The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *Journal of Nervous Mental Disease*, 12, 1007-20,
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24284634

Center for Disease Control and Prevention (CDC) MMWR Surveill Summ. (CDC, 2014). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years — autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. *Developmental Disabilities Monitoring Network*

Surveillance Year 2010; 28;63(2):1-21.PMID: 24670961.
www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6302.pdf

Centre de connaissances sur le développement sain de l'enfant (non daté). *Problèmes d'anxiété chez les enfants et les adolescents*, Centre d'Études de l'Enfant Offord. www.kidsmentalhealth.ca/documents/res-anxiety-french.pdf

Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents. (CHEO, 2011). *Pour que la santé mentale compte en 2014 et au-delà: il faut d'abord traiter les enfants et les adolescents*. Présentation au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Jeudi le 3 novembre 2011. Présenté par M.Ian Manion, Ph.D., psychologue clinicien.
www.excellenceforchildand youth.ca/sites/default/files/br_pour_que_la_sant_e_mentale_compte_en_2014_et_au-dela_manion_nov4_2011_f.pdf

Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents (CHEO, 2012). *Formation de la pleine conscience en matière de santé mentale des enfants et des adolescents*, février.
www.excellencepourenfantsados.ca/sites/default/files/eib_attach/EiB_Mindfulness_FR.pdf

Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents (CHEO, 2012). *Le yoga dans le développement de la pleine conscience et de la maîtrise des émotions*.
www.excellenceforchildand youth.ca/sites/default/files/eib_attach/YogaMindfulnessEmotionRegulation_FINAL_REPORT.pdf

Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec (CRDIQ, 2014). *Avis professionnel. Évaluation du trouble du spectre de l'autisme, du retard global de développement et de la déficience intellectuelle*, Direction des services professionnels, recherche et programmation, septembre.
www.crdiq.qc.ca/nouvelles/450-nouvelle-publication-avis-professionnel-evaluation-du-trouble-du-spectre-de-lautisme-du-retard-global-de-developpement-et-de-la-deficience-intellectuelle.html

Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie et Partnership for children (2004). *Les amis de Zippy (6 modules d'activités et*

guide de l'enseignant). Montréal: Partnership for children.
www.zippy.uqam.ca/description.php.

Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, l'euthanasie et Partnership for children (2006). *Les amis de Zippy. Introduction au programme pour augmenter les habiletés d'adaptation des jeunes enfants*,
www.zippy.uqam.ca/implantation.php.

Centre de transfert pour la réussite scolaire du Québec (CTREQ, 2013). *Bilan des ressources alternatives en santé mentale pour les enfants d'âge scolaire (principalement au primaire), au Québec et ailleurs*. Auteurs: Boily, Joannie, Larouche, Anne-Marie, Lessard, Julie. Accès savoirs: Québec: Université Laval. www.accessavoirs.ulaval.ca/wp-content/uploads/2013/09/Bilan-des-ressources-alternatives-en-sant%C3%A9-mentale.pdf

Centre Hospitalier de l'Est de l'Ontario (CHEO, non daté). *Aider les enfants sur le plan de la peur et de l'anxiété*.
www.cheo.on.ca/Fr/anxietyfr

Centre jeunesse de Montréal-Institut Universitaire (CJM-IU, 2014). *Guide d'évaluation des capacités parentales au CJM-IU: basé sur les grilles d'évaluation du Groupe du Toronto Parenting Capacity Assessment Project (Guide Steinhauer 0-5ans)*, 4^e édition, Montréal: Centre Jeunesse de Montréal-Institut Universitaire, 47 pages.
http://observatoiremaltraitance.ca/Documents/Guide%20d'%C3%A9valuation%20des%20capacit%C3%A9s%20parentales_25-09-2014.pdf

Centre National de Prévention du Crime (2015). *Sommaire d'évaluation finale du programme Thérapie multisystémique*.
www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/fnl-mltsystmc-thrpy-prgrm/index-fr.aspx

Cepeda, C. (2007). Overview of psychotic symptoms in childhood. Dans Cepeda, C. (2007) *Psychotic symptoms in children and adolescents: Assessment, differential diagnosis and treatment*. New York: Routledge, chapitre 1, 1-23.

Ceranoglu, T.A. (2010). *Video games in psychotherapy, Review of general psychology*, 14, (2), 141-146. www.apa.org/pubs/journals/releases/gpr-14-2-141.pdf

Chalout, L., Goulet, J., NGô, T.(2014). *Guide pratique pour l'évaluation et le traitement cognitivo-comportemental du trouble d'anxiété sociale*. Montréal: Polyclinique Concorde. <https://tccmontreal.files.wordpress.com/2014/03/guide-de-pratique-tas.pdf>

Chamay-Weber, C. & Narring, F. (2006). *La prévention des troubles du comportement alimentaire: l'école a-t-elle un rôle à jouer*. *Revue médicale suisse*, 69, 7, 6, pp. 1-6. www.saphirdoc.ch/permalien.htm?saphirid=58662

Chan Chee, C., Kovess, V., Valla, J.P., Alles-Jardel, M., Gras-Vomcelon, A., et coll. (2003). *Validation d'un questionnaire interactif sur la santé mentale des enfants de 6-11 ans*. *Annales médico Psychologiques*, 161, (6), 439-445. www.sciencedirect.com/science/journal/00034487/161/6<http://linkinghub.elsevier.com/>

Chang J. P.-C. et Hung, C. C. (2015). «L'usage problématique d'Internet». Dans Rey, J. M. (éd.), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (Édition en français: Cohen, D., éd.) Genève: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012. <http://iacapap.org/wp-content/uploads/H.6-INTERNET-ADDICTION-fr-2015.pdf>

Chang, S.W., O'Neill, J., Rosenberg, D. (2013). Obsessive-compulsive disorder. Chapitre 3, pp. 41-71. Dans Reddy, L.A., Weisman, A.S., Hale, J.B. (2013). *Neuropsychological assessment and intervention for youth: An evidence-based approach to emotional and behavioral disorders*. Washington: American Psychological Association.

Chang, W.C., Hui, C.L., Tang, J.Y., Wong, G.H., Chan, S.K., Lee, E.H., Chen, E.Y. (2013). Impacts of duration of untreated psychosis on cognition and negative symptoms in first-episode schizophrenia: a 3-year prospective follow-up study. *Psychological Medicine*. 43 (9):1883-93, Septembre. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23217676

Charach, A., Carson, P., Fox, S., Usman, M., Beckett., Lim, C-G. (2013). Interventions for preschool children at high risk for ADHD: A comparative effectiveness review. *Pediatrics*, 131, (5), e1584-e1604. <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2013/03/27/peds.2012-0974>

Chassé, É., Soucy, M., Despins, C., Cazabon, C. (2013). Les troubles alimentaires. Chapitre 7, pp. 307-341. Dans: E. Habimana & C. Cazabon (2013). *Les troubles psychologiques: Comprendre et accompagner les personnes qui en sont touchées*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Chaste P. & Leboyer M, (2012). Autism risk factors: genes, environment, and gene-environment interactions. *Dialogues Clin Neurosci.*, September; 14(3): 281–292. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23226953

Chehil, S. & Kutcher, S. (2007). *Identification, diagnostic et traitement de la dépression chez l'adolescent (Trouble dépressif majeur). Une trousse pour les intervenants en santé de première ligne*. Outil de résultats thérapeutique en santé mentale.

<http://teenmentalhealth.org/toolbox/identification-diagnostic-et-traitement-de-la-depression-chez-les-adolescents/>

Chelali, S. (2012). *Les outils d'évaluation des troubles du comportement alimentaire*. Paris: Presses Académiques Francophones
www.amazon.ca/Outils-DEvaluation-Troubles-Comportement-Alimentaire/dp/3838170709

Cherkasova, M., Sulla, E.M., Dalena, K.L., Pondé, M.L., Hechtman, L. (2013). Developmental course of attention deficit hyperactivity disorder and its predictors. *J.can.child.Adolesc. Psychiatry*, 22, (1), 47-54. www.cacap-acpea.org/uploads/documents/Developmental_Course_Cherkasova.pdf

Chiaying Wei, M. A., Alexandra Hoff, Marianne A., Villabø, J., et coll. (2014). “Assessing anxiety in youth with the multidimensional anxiety scale for children (MASC)”. *J Clin Child Adolesc Psychol.*, 43 (4), 566-578. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3858516/

Child Welfare Information Gateway, (2012). *Trauma-focused behavioral therapy for children affected by sexual abuse or trauma*.

www.childwelfare.gov/pubpdfs/trauma.pdf

Chorpita, B.F., Moffit, C. E., Gray, J. (2005). Psychometric properties of the Revised Child Anxiety and Depression Scale in a clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 309-322.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15680928

Christensen, H., Pallister, E., Smale, S., Hickie, I.B., CEAR, A.L. (2010). Community-based prevention programs for anxiety and depression in youth: A systematic review, *J. Primary Prevent.*, 31, (3) 139-170.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20437102>

Christensen, H. & Griffiths, K. (2011). *The Mood Gym. Overcoming depression with CBT and other effective therapies*. UK: Vermillon.
www.amazon.co.uk/The-Mood-Gym-Overcoming-depression/dp/0091929164

Chronis-Tuscano, A., MolnamB.S., Pelham, W.E., Applegate, B., Dahlke, A., Overmyer, M., Lahey, BB. (2010). Very early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 67(10), 1044-51.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20921120

Clarke, G.N. & DeBar, L.L. (2010). Group cognitive-behavioral treatment for adolescent depression. Ch. 8, pp. 110-125. Dans Weisx J.R. & Kazdin, A.E. (2010). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*, Deuxième édition, New-York: Guilford Press.

Cohen, H., Amerine-Dickens, M., Smith, T. (2006a). Early intensive behavioral treatment: Replication of the UCLA Model in a community setting. *Developmental and behavioral pediatrics*, 27, (2), 145-155
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16685181

Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Deblinger, E. (2006b). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New-York: Guilford Press.

Cohen, K.R. (2013). La cybersanté: Quelques rudiments de cyberthérapie. *Psynopsis, le Magazine des psychologues du Canada*, Été 2013.
www.cpa.ca/docs/File/Psynopsis/summer2013/index.html

Collectif d'accès à la psychothérapie (CAP, 2016). *La couverture publique des services en santé et en services sociaux: pour l'équité d'accès*. Mémoire présenté au Commissaire à la santé et au bien-être, janvier 2016. www.ordrepsy.qc.ca/pdf/2016_03_21_cap_memoire_csbe_.pdf

Collège des médecins de famille du Canada (2000). *Le «Relevé post-natal Rourke»* www.cfpc.ca/projectassets/templates/resource.aspx?id=1126&langType=3084

Collège des médecins du Québec (2015). *Le médecin, la télémédecine et les technologies de l'information et de la communication*, février. www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-02-01-fr-medecin-telemedecine-et-tic.pdf

Collot, E. (2011). *L'Alliance thérapeutique: Fondements et mise-en-œuvre*. Collection Psychothérapies. Paris: Dunod.

Colom, F. & Vieta, E. (2006). *Psychoeducation manual for bipolar disorder*. New-York: Cambridge University Press.

Comité directeur sur les compétences fondamentales en santé mentale (2014). *Compétences fondamentale en santé mentale pour les médecins*. Juin 2014.

www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/policy/mhcc_june2014_f.pdf

Comité scientifique de Kino-Québec (2011). *L'activité physique, le sport et les jeunes-Savoir agir. Secrétariat au loisir et au sport, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, gouvernement du Québec*. Avis rédigé sous la coordination de Gaston Godin Ph.D. m Suzanne Laberge, Ph.D., et François Trudeau, Ph.D., 104 pages. www.kino-quebec.qc.ca/publications/ActivitePhysique_LeSportEtLesJeunes_AvisCSKQ.pdf

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE, 2012a). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux 2012. Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*. Sommaire.

www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_SommaireSM_PourPlusEquite.pdf

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE, 2012b). *État de la situation sur la santé mentale au Québec et réponse au système de santé et de services sociaux.*

www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE, 2012c). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux 2012. Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec.*

www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_RapportAppreciation_SanteMentale_2012.pdf

Commission de la santé mentale du Canada (CSMC, 2009a). *Vers le rétablissement et le bien-être. Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada.* Novembre, Ottawa: Ontario.

www.mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/document/FNIM_Toward_Recovery_and_Well_Being_FRE.pdf

Commission de la santé mentale du Canada (CSMC, 2009b). *Stigmatisation: les faits.*

www.mentalhealthcommission.ca/Francais/issues/stigma

Commission de la Santé mentale du Canada (CSMC, 2010) *Evergreen: Document cadre en matière de santé mentale des enfants et des adolescents au Canada.*

www.mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/document/CY_Evergreen_Framework_FRE.pdf

Commission de la Santé mentale du Canada (CSMC, 2011a). *Premiers soins en santé mentale Canada. Cours de formation.*

www.mentalhealthcommission.ca/Francais/initiatives-and-projects/mental-health-first-aid

Commission de la Santé mentale du Canada (CSMC, 2011b). *Premiers soins en santé mentale Canada. Pour les adultes en interaction avec les*

jeunes. Montréal: Fondation des maladies mentales.
www.mentalhealthcommission.ca/Francais/document/13301/brochure-mental-health-first-aid-adults-who-interact-youth

Commission de la santé mentale du Canada (CSMC, 2013a). *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*.

www.mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/document/Investing_in_Mental_Health_FINAL_FRE.pdf

Commission de la santé mentale du Canada (CSMC, 2013b). *La santé mentale en milieu scolaire au Canada. Rapport final. Consortium sur la santé mentale et la toxicomanie en milieu scolaire*.
www.mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/document/ChildYouth_School_Based_Mental_Health_Canada_Final_Report_FRE.pdf

Commission de la Santé mentale du Canada (CSMC, 2014). *Assise d'une stratégie de mobilisation des connaissances en ligne sur la santé mentale pour les enfants et les jeunes*. Rapport synthèse, Février. Calgary: Alberta.
https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/document/cy_online_knowledge_mobilization_final_report_fre.pdf

Commission de la Santé mentale du Canada (CSMC, 2015a) *Faire un pas vers le futur. Bâtir un système de services en santé mentale et en toxicomanie adapté aux besoins des adultes émergents*, Février.
www.mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/document/MHCC_EmergingAdults_ExecSummary_Feb2015_FRE.pdf

Commission de la santé mentale du Canada (CSMC, 2015b). *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*.

www.mentalhealthcommission.ca/Francais/initiatives/RecoveryGuidelines

Commission de la santé mentale du Canada (CSMC, 2016a). *Pour faire progresser la stratégie en matière de santé mentale au Canada: Cadre d'action 2017-2020*. www.mentalhealthcommission.ca/Francais/cadre-daction-2017-2022

Commission de la santé mentale du Canada (CSMC, 2016b). *Projet de recherche sur la santé mentale et la consommation de substances en milieu scolaire*. www.mentalhealthcommission.ca/Francais/media/3126

Committee on psychosocial aspects of child and family health and task force on mental health (2009). The future of pediatrics: mental health competencies for pediatric primary care. *Pediatrics*, 124, (1), 410-421. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19564328

Compton, M.T. (Ed.) (2010). *Clinical manual of prevention in mental health*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing Inc.

Conners, C.K. (2008). *Échelle d'évaluation Conners*. Troisième édition. Montréal: Institut de Recherches Psychologiques
www.irpcanada.com
www.pearsonassess.ca/fr/programs/00/63/61/p006361.html

Connor, K., Davidson, J. R. T., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E. B., Weisler, R. H. (2000). «Propriétés psychométriques de l'inventaire de la phobie sociale: Une nouvelle échelle d'autoévaluation». *British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386. <http://bjp.rcpsych.org/content/176/4/379>

Consortium sur la santé mentale et la toxicomanie en milieu scolaire (2013). *La santé mentale en milieu scolaire au Canada*. Rapport final. www.mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/document/ChildYouth_School_Based_Mental_Health_Canada_Final_Report_FRE.pdf

Conus, P. Berger, G., Theodoridou, A., Schneider, R., Umbricht, D., Michaelis-Conus, K, Simon, A.E.(2008). *Intervention précoce dans les troubles bipolaires*, Forum Médical Suisse, 8, (17), 316-319.

Coplan, R. J. & Ooi, L. (2013). Relations des jeunes enfants avec leurs pairs: Liens avec l'anxiété et la dépression précoce. Rapee, R. M. ed. Thème. In Tremblay, R. E., Boivin, M., Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* (sur Internet). Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants et Réseau stratégique de connaissances sur le développement des jeunes enfants; 2013:1-8.

www.enfant-encyclopedie.com/Pages/PDF/Coplan-OoiFRxp1.pdf

Corrieri, S., Heider, D., Conrad, I., Blume, A., König, H-H., Riedel-Heller, S.C. (2013). School-based prevention and anxiety in adolescence: a

systematic review. *Health Promotiion International*, doi:10.1093/heapro/dat001, pp 1-15. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23376883

Corrigan, P. W. et coll. (2004). “Examining the factor structure of the Recovery Assessment Scale”. *Schizophrenia Bulletin*, 30 4, 1035-41. <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/30/4/1035.full.pdf>

Côté, D. & Morin, P. (2013). *État des connaissances, évaluation et intervention auprès des enfants et des adolescents présentant des symptômes psychotiques*. Conférence inédite, 10^e Congrès en Santé Mentale: une activité interdisciplinaire, 24 octobre 2013, ville de Gatineau: Québec.

Côté, S. M; Boivin, M.; Liu, X.; Nagin, D.S.; Zoccolio, M.; Tremblay, R. (2009). Depression and anxiety symptoms: onset developmental course and risk factors during early childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, (10), 1201-08. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19519755

Cox, J.L., Holden, J. (2003). *Perinatal mental health: A guide to the Edimburgh Postnatal Depression Scale*. Londres: Gaskell. http://psychologie-ge.ch/Test_Depression_perinatale.html

CRDITED MCQ-IU(2015). *Revue systématique — L’efficacité des interventions pour les enfants de 2 à 5 ans présentant un retard global de développement*. Trois-Rivières, Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre du Québec-Institut Universitaire. www.crditedmcq.qc.ca/fr/publications.asp?cat=828&offset=10

Creswell, C., Waite, P., Cooper, P. J. (2014). “Assessment and management of anxiety disorders in children and adolescents”. *Arch.Dis Child.*, 0, 1-5. doi:101136/archdischild-2013-303768. <http://adc.bmj.com/content/early/2014/03/17/archdischild-2013-303768.full.pdf>

Creswell, C., Waite, P. (2016). “Recent developments in the treatment of anxiety disorders in children and adolescents”. *Evid Based Mental Health*, Août, 19 (3), 65-68. <http://ebmh.bmj.com/content/19/3/65.full.pdf+html>

Cunningham, C. E., Bremner, R.B. & Secord-Gilbert, M. (1993). Increasing the availability, accessibility, and cost efficacy of services for families of ADHD children: A school-based systems-oriented parenting course. *Canadian Journal of School Psychology*, 9, 1-15.

<http://cjs.sagepub.com/content/9/1/1.extract>

David-Ferdon, C. & Kaslow, N.J. (2008). Evidence-based psychological treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 62-104.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18444054

Davidson, S., Kutcher, S., Manion, I., McGrath, P., Reynolds, N.(2011). *L'Accès et les temps d'attente en santé mentale des enfants et des adolescents: Document d'information*. Institut de recherche en santé du Canada. Révisée en 2011

www.excellenceforchildandyouth.ca/sites/default/files/policy_acces_et_les_temps_dattente.pdf

Davis, M & Sondheimer, D. L. (2005). State child mental health efforts to support youth in transition adulthood. *J.Beehav Health Serv Res.* 32, 1), 27-42

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15632796

De Haan, L., Welborn, K., Krikke, M. & Linszen, D.H. (2004). Opinions of mothers on the first psychotic episode and the start of treatment of their child. *European Psychiatry*, 19, 226-229.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15196605

De Mey-Guillard, C. (2008). *Initiation aux thérapies cognitives et comportementales*. Lyon: Chronique Sociale.

De Vos, J., Houtzager, L., Katsaragaki, G., de Berg, E., Cuipers, P., Dekker, J.(2014). Meta analysis on the efficacy of pharmacotherapy versus placebo on anorexia nervosa. *Journal of eatings disorders*, 2, 27, 1-14.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4221720/pdf/40337_2014_Article_27.pdf

De Wulf, D. (2012). *Mindfulness: La pleine conscience pour les ados; s'exercer à la maison et dans la vie quotidienne*. Bruxelles: De Boeck.

Delamillieure, P. et Dolfus, S. (2003). *Quelles sont les caractéristiques cliniques des formes de début insidieux des schizophrénies?* Dans *Schizophrénies débutantes: diagnostic et modalités thérapeutiques*. Paris: Ed John Libbey Eurotexte, p. 17-30.

www.jle.com/fr/revues/ipe/e-docs/schizophrenies_debutantes_diagnostic_et_modalites_therapeutiques_23_et_24_janvier_2003_paris__260669/article.phtml?tab=texte

Denoncourt, J. (2010). *Apprendre à s'adapter aux difficultés de la vie dès 6 ans. Le programme «Les amis de Zipp»*. Quintessence, 2, (4) Qualaxia.org, www.qualaxia.org/sante-mentale-information/quintessence.php?lg=fr

Deplus S. (2011). Les interventions psychologiques basées sur la pleine conscience pour l'enfant, l'adolescent et leurs parents, chapitre 3, pp. 83-108. Dans: Kotsous, I. Heeren, A.(2011). *Pleine conscience et acceptation. Les thérapies de la troisième vague*. Bruxelles DeBoeck Supérieur. www.cairn.info/publications-de-Deplus-Sandrine--85615.htm

Deplus S., Lahaye, M., Philippot P. (2014). Les interventions psychologiques basées sur la pleine conscience avec l'enfant et l'adolescent: Les processus de changement, *Revue québécoise de psychologie*, 35, (2), 71-116.

Derogatis, L.R. (1994). *SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedures Manual*, Minneapolis, MN, National Computer Systems, «Liste des symptômes-90-R» disponible chez Pearson www.pearsonclinical.com/psychology/products/100000645/symptom-checklist-90-revised-scl-90-r.html

Deschatelets, J.(2013). Les interventions auprès de la petite enfance, pp. 93-104. Dans Poirier, N. & Rivières-Pigeon, C. (2013). *Le trouble du spectre de l'autisme: État des connaissances*. Montréal: Presses de l'Université du Québec.

Desjardins, P. (2014). Pratique professionnelle. Propositions de l'Ordre au sujet du plan d'action en santé mentale, *Psychologie Québec*, 31, (3), avril, 14-17.

Des Rivières-Pigeon, Sabourin, G., Dunn, M. (2014). L'ICI une intervention pour toute la famille, 57-69 Dans Des Rivières-Pigeon & Courcy, I. (2014). *Autisme TSA. Quelles réalités pour les parents au Québec*, Québec: Presses de l'Université du Québec

DeYoung, A. & Kenardy, J. (2013). Trouble de stress post-traumatique chez les jeunes enfants. Rapee RM. Ed thème. In Tremblay, R.E., Boivin, M., Peters, RDeV, eds. *Encyclopédie des jeunes enfants sur Internet*.

Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants et Réseau stratégique de connaissances sur le développement des jeunes enfants, 2013:1-7. www.enfant-encyclopedie.com/anxiete-et-depression/selon-experts/trouble-de-stress-post-traumatique-chez-les-jeunes-enfants

Diamond, G.S., Reis, B.F., Diamond, G.M., Siqueland, L., Isaacs, L.(2002). Attachement-based family therapy for depressed adolescents: A treatment development study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, (10), 1190-1196.

www.terapiafamiliar.cl/intranet/archivos/Attachment-Based%20Family%20Therapy%20for%20Depressed%20Adolescents.pdf

Diamond, G.S., F., Siqueland, L., Diamond, G.M. (2003). Attachement-based family therapy for depressed adolescents: Programmatic treatment development. *Clinical child and family psychology review*, 6, (2), 107-127.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12836580

Diamond, G.S., Wintersteen M.B., Brown, G.K., Diamond, G.M., Gallop, R., Sje;ef, K., Levy, S.2010). Attachement-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: A randomized controlled trial. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 49, (2), 122-131.

<http://jdc.jefferson.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1007&context=phbfp>

Dimitropoulos, G., Freeman, V.E., Alleang, B., Couturier, J., Lock, J., Le Grange D. (2015). Family-based treatment with transition age youth with anorexia nervosa: a qualitative summary of application in clinical practice. *Journal of eatin disorders*, 3, (1), 1-9.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25685349

Doepke, K.J., Banks, B.M., Mays, J. F., Toby, L.M., Landau, S. (2014). Co-occurring emotional and behavior problems. Chapitre 6, pp. 125-148. Dans Wilkinson, L.A. (2014a). *Autism spectrum disorder in children and adolescents. Evidence-based assessment and intervention in schools*. Washington: American Psychological Association.
www.apa.org/pubs/books/4317328.aspx

Doré, I. & Roberge P. (2010). *Faciliter l'accès à la psychothérapie: l'Angleterre propose un programme novateur*. Quintessence, 2, (3).
www.qualaxia.org/sante-mentale-dossiers-thematiques/acces-therapie/quintessence.php?lg=fr

Dufour, S., Denoncourt, J., Brian Mishara, L. (2011). *Améliorer la capacité d'adaptation des enfants: nouvelles preuves de l'efficacité du programme «Les amis de Zippy», un outil de promotion de la santé mentale en milieu scolaire*. Traduit de: Dufour, S., Denoncourt, J. & Mishara, B.L. (2011). Improving children's adaptation: New evidence regarding the effectiveness of Zippy's Friends, a school mental health promotion program. *Advances in School Mental Health Promotion*, 4(3), 18-28.
www.qualaxia.org/sante-mentale-information/resultats-publications.php?lg=fr&d=130701

Dugas M.J. & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New-York: Routledge.

Dumas, J. E. (2013). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. 4^e édition revue et augmentée. Belgique: De Boeck Supérieur.

Dunnachie, B. (2007). *Evidence-based age-appropriate interventions: A guide for child and adolescent mental health services (CAMHS)*. Auckland: The Werry Centre for child and adolescent mental health workforce development.
www.werrycentre.org.nz/sites/default/files/Evidence_Based_Intervention_Final_Doc.pdf

DuPaul, G.J. & Kern, L. (2011). *Young children with ADHD*. Washington: American Psychological Association.
www.apa.org/pubs/books/4316129.aspx

Durlak, J.A., Weissberg, R.P., Dymnicki, A.B., Taylor, R.D., Schellinger, K. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child development*, 82, (1), 474-501. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21291449

Dutta, R., Murray, R.M., Hotopf, M., Allardyce, J., Jones, P.B., Boydell, J. (2010). Reassessing the long-term risk of suicide after a first episode of psychosis. *Arch Gen Psychiatry*. Dec;67(12):1230-7. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.157.

Egger, H.L. (2009). Psychiatric assessment of young children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 18, (3), 559-580. [www.childpsych.theclinics.com/article/S1056-4993\(09\)00018-2/abstract](http://www.childpsych.theclinics.com/article/S1056-4993(09)00018-2/abstract)

Eiraldi, R.B., Mautone, J.A., Power, T.J.(2013). Strategies for implementing evidence-based psychosocial interventions for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. Jan;21, (1), 145-159. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3233687

Ellis A. & Harper, R. A. (2007). *La thérapie émotivo-rationnelle*. Genève: Ambre.

Elsabbagh, M., Divan, G., Koh, Y.J., Kim, Y.S., Kauchali, S., Marcín, C., Montiel-Nava, C., Patel, V., Paula, C.S., Wang, C., Yasamy, M.T., Fombonne, E.(2012).Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism Res*, Jun;5(3):160-79. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22495912

Evans, S. W., Owens, J. S., Bunford, N. (2014). "Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder". *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*., 43 (4), 527-51. doi: 10.1080/15374416.2013.850700.

Fairburn, C. B. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*, New-York: Guilford Press.

Favrod, Rexhaj, S., Ferrari, Bardy, S., Hayoz, C., Morandi, S., Bonsack, C., Giuliani, F. (2012). French validation of the psychotic symptom rating scales (PSYRATS) for outpatients with persistent psychotic symptoms.

BMC Psychiatry, 12, 161-168. www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-12-161.pdf

Tiré de Haddock, D.R., McCarron, J., Tarrier, N., Faragher, E.B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychol. Med.* 29, (4), 879-889.

Fédération canadienne des enseignantes et enseignants.(2012). *Comprendre la perspective du personnel enseignant sur la santé mentale des élèves: Résultats d'un sondage national.* www.ctf-fce.ca/Research-Library/LaSantéMentaledesEleves.pdf

Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (FQCRDI, 2015). *Guide de pratique: L'intervention précoce auprès des enfants de 2 à 5 ans présentant un retard global de développement.*

Feifer, S.G. & Rattan G. (2013). Depressive disorders. Chapitre 4. Pp. 73-95. Dans Reddy, L.A., Weisman, A.S., Hale, J.B. (2013). *Neuropsychological assessment and intervention for youth: An evidence-based approach to emotional and behavioral disorders.* Washington: American Psychological Association.

Fernandez-Aranda, F., Jiménez-Murcia S., Santamaria, J.J., Gunnard, K., Soto, A., Kalapanidas, E., Bults, R, G., Davakaris, C., Ganchev, T., Graneero,, Konstantas, D., Kostoulas, T.P., Lam, T., Lucas, M., Masuet-Aumatell, C., Moussa, M.h., Nielsen, J., Penelo, E. (2012). Video games as a complementary therapy tool in mental disorders: PlayMancer, a European multicentre study. *Journal of mental health*, 21, (4), 364-374. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22548300>

Figuroa, A., Soutullo, C., Ono, Y., Saito, K. (2015). «Anxiété de séparation». Dans Rey J. M. (éd.), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health.* (Édition en français: Cohen, D., éd.) Genève: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012. <http://iacapap.org/wp-content/uploads/F.2-SEPARATION-ANXIETY-FRENCH-2015.pdf>

Finkelhor, D., Hamby, S.L., Ormrod, R., Turner, H. (2005). The Juvenile victimization Questionnaire: reliability, validity, and national norms. *Child*

abuse neglect, 29, (4), 383-412:

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15917079 traduit en français.

www.unh.edu/ccrc/pdf/jvq/JVQ_French_Child%20Selfreport.pdf

Fristad M.A. & MacPherson, H.A.(2014). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent bipolar spectrum disorders. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 49 (3) 339-355, doi: 10.1080/15374416.2013.822309 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23927375

Fombonne, E., Chehdan, F., Carradec, A.M., Achard, S., Navarro, N., Reiss, S. (1998). Le «Child Behavior Checklist»: un instrument pour la recherche en psychiatrie de l'enfant, *Psychiatr, Psychobiol*, 3, 409-18. <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=7143866>

Fondation des maladies mentales du Québec. (2010a). *Bilan de la tournée «Solidaires pour la vie»*

www.newswire.ca/fr/story/646681/bilan-de-la-tournee-solidaires-pour-la-vie-la-fondation-des-maladies-mentales-rencontre-et-sensibilise-700-000-adolescents-sur-la-depression-et-le-sui

Fondation des maladies mentales du Québec (2010b). *Les troubles de l'alimentation*. www.arrondissement.com/tout-get-document/u4344-troubles-alimentation

Fournier, L., Roberge, P., Brouillet, H. (2012). *Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne*. Montréal: Centre de recherche du CHUM. www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1509_FaireFaceDepressionQc_ProtoSoin sInterv1reLigne.pdf

Foy, J.M., Kelleher, K.J., Laraque, D. & the American Academy of Pediatrics Task Force on Mental Health (2010). Enhancing pediatric mental health care: Strategies for preparing a primary care practice, *Pediatrics*, 125, (3), S87-S108. Appendix S2-Evidence-Based child and adolescent psychosocial interventions www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20519566

Frank, E. (2005). *Treating Bipolar Disorder: A Clinician's Guide to Interpersonal and Social Rhythm Therapy*. New-York: Guilford Press.

Freeman, J., Garcia, A., Frank, H., Benito, K., Conelea, C., Walther, M., Edmunds, J. (2014). "Evidence base update for psychosocial treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder". *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 43 (1), 7-26. doi: 10.1080/15374416.2013.804386. Epub 2013 June 9.

Frick, P.J. (2012). Developmental pathways to conduct disorder: Implications for future directions in research, assessment, and treatment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41, 4, (3), 378-389. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22475202

Friedman, S. et coll. (2002). "The incidence and influence of early traumatic life events in patients with panic disorder: A comparison with other psychiatric outpatients". *Journal of Anxiety Disorders*, 16 (3), 259-272.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12214812

Fristad, M. A. et MacPherson, H. A. (2014). "Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent bipolar spectrum disorders". *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 49 (3), 339-355. doi: 10.1080/15374416.2013.822309. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23927375

Fuentes J, Bakare M, Munir K, Aguayo P, Gaddour N, Öner Ö, Mercadante M.(2014). Troubles du spectre autistique. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.

<http://iacapap.org/wp-content/uploads/C2-ASDs-FRENCH-2014.pdf>

Gagné, M. H., Richard, M. C., Dubé, C. (2015). *Prévenir la maltraitance des enfants par le soutien au rôle parental. Différenciation du système Triple P par rapport aux autres programmes en usage au Québec*. Université Laval: Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance.

www.chaire-maltraitance.ulaval.ca/sites/chaire-maltraitance.ulaval.ca/files/differentiation_18-02-2015_final.pdf

Gagnon, A. (2001a). *Démystifier les maladies mentales: Les troubles de l'enfance et de l'adolescence*, Boucherville: Gaétan Morin éditeur.

Garcia-Ortega, I., Kadlec, H., Kutcher, S., Hollander, M., Kallstrom.L., Mazowita, G.(2013). Program evaluation of a child and youth mental health training program for family physicians in British Columbia, J Can.Acad.Child Adolesc. *Psychiatry*, 22 (4) Novembre, 296-302. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3825470/ aussi à www.cacap-acpea.org/uploads/documents/Program_Evaluation_Garcia.pdf aussi www.gpsbcbsp/practice-support-program

Garcin, N. (2013). Le psychologue et le diagnostic des troubles du spectre de l'autisme chez les enfants en bas âge. *Psychologie-Québec*, vol. 30, (2), pp. 39-43.

Garcin, N. & Moxness, K. (2014). Le DSM-5: L'impact de la recherche sur l'évolution des concepts et des définitions du trouble du spectre de l'autisme, du trouble de la communication sociale, de la déficience intellectuelle et des retards globaux de développement. *Revue CNRIS*, vol 5, (1), 1-8. https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa_no_site=3179&owa_no_fiche=180

Gathright, M.M. & Tyler, L.H.(2014). *Disruptive behaviors in children and adolescents*, *Psychiatric research institue*, University of Arkansas for medical sciences, 28 pages. <http://psychiatry.uams.edu/files/2015/02/disruptive.pdf>

Gillham, J., Reivich, K., Seligman, M. E. P. *The Pen Resilience Programme for Middle School Students*. The Trustees of the University of Pennsylvania. <https://ppc.sas.upenn.edu/research/resilience-children>

Gioia, G., Isquith, P., Guy, S., Kenworthy, L. (2014). *BRIEF. Inventaire des comportements reliés aux fonctions exécutives*. Suisse: Hogrefe. www.hogrefe.fr/cible/enfants-et-adolescents/

Gioia, G., Isquith, P., Guy, S., Kenworthy, L. (2011). *Inventaire de comportements reliés aux fonctions exécutives: Préscolaire*. (Traduit de: Behavior Rating Inventory of Executive Function- Preschool [version: BRIEF-P]). Montréal: Institut de Recherches Psychologiques. www.irpcanada.com/resources/BRIEF_PRE_SCOLAIRE.pdf

Giordana, J-Y. (2010). Les effets de la stigmatisation: de la discrimination à l'exclusion, pp 12-17. Dans: Giordana, J-Y. & coll. (2010). *Stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française*. Paris: Masson.

Girard, C.G. (2000). Le programme Fluppy, pp.5-6. Dans: *Le petit magazine des services complémentaires, jeunes à risques*. 2, (1), Ministère de l'Éducation.

www.patrickjddaganaud.com/4.4-INEE%20CATASTROPHES/PROGRAMMES/JEUNES%20%20RISQUE-pmvol2no1.pdf

Gladstone, T.R.G.& Beardslee, W.R. (2009). The prevention of depression in children and adolescents: A review. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 54, (4), 212-221.

<http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=772>.

Gleason, M., Goldson, E., Yogman, M. W., Council on early childhood, committee on psychological aspects of child and family health, section on developmental and behavioral pediatrics (2016). "Addressing early childhood emotional and behavioral problems. *Pediatrics*, 138 (6), e20163025. <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2016/11/17/peds.2016-3025>

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9255702

Gorman, D.A., Gardner, D.M., Murphy, A.L., Feldman, M., Bélanger A.A., Steele, M.M., Boylan, K., Cochrane-Brink, K., Goldade, r., Soper, P.R., stina, J., Pringsheim, T. (2015). Canadian guidelines on pharmacotherapy for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, or conduct disorder. *La revue canadienne de psychiatrie*, 60, (2), 62-79.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25886657

Gorrindo, P., Williams, K.C., Lee, E.B., Walker, L.S., McGrew, S.G., Levitt, P. (2012). Gastrointestinal dysfunction in autism: parental report,

clinical evaluation, and associated factors. *Autism Res.*, Apr; 5(2):101-8.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22511450

Gottfredson D.C., Cook, T.D, Gardner, F.E.M., Gorman-Smith, D., Howe, G.W., Sandler,, I.N., Zafft,. M. (2015). Standards of evidence for efficacy, effectiveness, and scale-up research in prevention science: next generation. *Prev. Sci* DOI 10 1007s1121-015-0555-x.
www.preventionresearch.org/wp-content/uploads/2011/12/Standards-of-Evidence_2015.pdf

Gouvernement du Québec (2006). *Loi sur la protection de la jeunesse*. Chap P 34.1. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-34.1>

Gouvernement du Québec (2010). *Plan d'action pour la mise en œuvre 2010-2013 de la Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée*.
www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/Charte/Plan_d_action_FINAL_PDF.pdf

Gouvernement du Québec (2012). *Loi modifiant le Code des professions et autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (Loi no 21)*.
www.ooaq.qc.ca/actualites/doc_pl21/PL21.pdf

Gouvernement du Québec (2016). *Politique de prévention en santé*.
www.msss.gouv.qc.ca/ministere/politique-prevention-sante/orientation-4

Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E.M.S., Gould, N.F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., Berger, Z., Sleicher, D., Maron, D.D., Shihab, H.M., Ranasinghe, P.D., Linn, S., Saha, S., Bass, E.B., Haythomthwaite, J. A. (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being: A systematic review and meta-analysis, *JAMA Intern. Med* 174 (3), 357-368.
<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1809754>

Grady, B., Myers, K., Nelson, E. (2011). Evidence-based practice for telemental health Policy. Telemental Health Standards and Guidelines Working Group, *American Telemedicine Association*, 17, (2), 131-150.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21385026

Greig, A., Constantin, E., Carsley S., Cummings, C., (2010a). Les visites en soins de santé préventifs pour les enfants et les adolescents de six à 17 ans: Le relevé médical Greig-Résumé. Dans: Comité de pédiatrie communautaire de la Société canadienne de pédiatrie, *Paediatric Child Health*, 15, (3) 160-162.

www.cps.ca/fr/documents/position/releve-medical-greig-resume
www.cps.ca/fr/tools-outils/releve-medical-greig

Greig, A., Constantin, E. Carsley, S., Cummings C., Canadian Paediatric Society, Canadian Paediatric Committee (2010b). Preventive health care visits for children and adolescents aged six to 17 years. The Greig Health Record: Executive summary, *Paediatr. Child Health*, 15, (3), 157-9.

www.pulsus.com/journals/abstract.jsp?sCurrPg=abstract&jnlKy=5&atlKy=9401&isuKy=905&isArt=t&fromfold=Past+Issues%2CTable+Of+Contents&fold=Abstract.

Grou, C. (2016). Le boycottage des internats: la position de l'Ordre, *Psychologie Québec*, 33, (2) pp. 8-9

<https://www3.ordrepsy.qc.ca/pdf/3Editorial.pdf>

Grou C, (2017). Les impacts du manque d'accès aux services psychologiques, *Psychologie Québec*, 34, (1), Mars, pp.8-9.

https://www.ordrepsy.qc.ca/psychologie-quebec/-/asset_publisher/1163/content-le-titre-de-psychotherapeute-amelioration-du-service-de-reference-en-ligne?inheritRedirect=false

Groulx, S. (2007). *Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, collection: L'intégration de pratiques cliniques préventives. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-272-02.pdf>

Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. (2008). *Evidence based clinical prevention*. www.cfp.ca/content/58/1/e1.full

Gruttadaro, D., Burns, B.J., Duckworth, K., Crudo, D. (2007). *Choosing the right treatment What families need to know about evidenced-based practices: A family guide*. National Alliance on Mental Illness, Arlington: VA.

www2.nami.org/Content/ContentGroups/CAAC/ChoosingRightTreatment.pdf

Guay, M.C. & Lageix, P. (2006). La cyberthérapie: un jeu vidéo pour traiter le TDAH. *Le Médecin du Québec*, 41, (12), 17-18.

Guay, M-C. (2015). Des outils pour aider les personnes atteintes de TDA/H. *Psychologie Québec*, 32, (2), p.26.

www.attentiondeficit-info.com/tdha-trucs-pratiques.php

Guelfi, J.D.(1997). L'échelle PANSS. *Encéphale*, 23, NS2, 35-48, <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=2722120>

Häfner H, Löffler W, Maurer K, Hambrecht M, an der Heiden W. (1999). Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, Aug;100(2):105-18.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10480196

Hafstad, G.S., von Soest, T., Torgersen, L. (2013). Early childhood precursors for eating problems in adolescence: a 15-year longitudinal community study, *Journal of eating disorders*, 1, (1) 35, 1-8.

www.jeatdisord.com/content/1/1/35

Hallmayerm, J. (2011) Genetic heritability and shared environmental factors among twin pairs with autism.. *Arch Gen Psychiatry*.68 (11):1095-102. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.76. Epub 2011 Jul 4.

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *J. Neurol. Neurosurg.Psychiatry*, 23, 56-62.

<http://jnnp.bmj.com/content/23/1/56.full.pdf+html>

Hammarrenge, B. (2016). *L'opposition. Ces enfants qui vous en font voir de toutes les couleurs*. Québec: Éditions Midi Trente.

Hammerli, K., Wyssen, A., Dremmel, D., Milos, G., Isenschmid, Trier, S.N., Munsch, S. (2013). Recommandations relatives au diagnostic et au traitement des troubles alimentaires: un commentaire. *Forum Méd. Suisse*, 13, (43) 866-872.

<http://medicalforum.ch/fr/n-actuel/contenu.html?>

[tx_eps_toc%5Bissue%5D=75&tx_eps_toc%5Baction%5D=issue&cHash=23fbbd0840817d0f909d874f2ddf8308](#)

Harris, R. (2009). *Le piège du bonheur*. Montréal: Les Éditions de l'Homme.

Harrington, J.W. (2014). The clinician's guide to autism. *Pediatr Rev.* Feb;35 (2):62-78; quiz 78. doi: 10.1542/pir.35-2-62.

Haute-Autorité de Santé (HAS, 2005a). Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires.: *Argumentaires*, septembre.

www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/depistages_individuels_28j-6ans-argumentaire_2006.pdf

Haute-Autorité de Santé (H.A.S., 2010). *Le suivi de l'autisme et des autres troubles envahissants du développement (TED) chez l'enfant et l'adolescent*, rédigé par Joelle Antré-Vert

www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1230117/fr/le-suivi-de-lautisme-et-des-autres-troubles-envahissants-du-developpement-ted-chez-lenfant-et-ladolescent

Haute Autorité de Santé (H.A.S.2014a). *Dépression de l'adolescent: comment repérer et prendre en charge?* www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1795182/fr/depression-de-ladolescent-comment-reperer-et-prendre-en-charge

Haute Autorité de Santé (H.A.S.2014b). *Manifestations dépressives à l'adolescence. 1-Repérage, diagnostic et stratégie de soins de premiers recours*. Synthèse de la recommandation de bonne pratique. Novembre, www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/manifestations_depressives_fiche_de_synthese_reperage-diagnostic_et_strategie.pdf

Haute Autorité de Santé (H.A.S.2014c). *Manifestations dépressives à l'adolescence.2- Prise en charge thérapeutique en soins de première ligne*. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-

[12/manifestations_depressives_fiche_de_synthese_prise_en_charge_therapeutique.pdf](#)

Haute Autorité de Santé (H.A.S.2014d). *Manifestations dépressives à l'adolescence: repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premiers recours*. Méthode Recommandations pour la pratique clinique, Novembre, www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/manifestations_depressives_recommandations.pdf

Haute Autorité de Santé (H.A.S.2014e) *Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité*. Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Argumentaire scientifique www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/tdah_argumentaire.pdf

Haute-Autorité de Santé & Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médicaux-sociaux (HAS-ANESM 2012 a). *Autisme et autres troubles envahissants du développement: Interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*. Mars. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-07/autisme_enfant_reco2clics_vd.pdf

Haute-Autorité de Santé & Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médicaux-sociaux (HAS-ANESM 2012 b). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles: Autisme et autres troubles envahissants du développement: interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*. www.cra-rhone-alpes.org/spip.php?article2464

Haute-Autorité de Santé & Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médicaux-sociaux (HAS-ANESM 2012 c). *Recommandations de bonnes pratiques pour les enfants et les adolescents autistes ou TED. Mode d'emploi à l'intention des familles*. www.autisme-france.fr/offres/doc_inline_src/577/Brochure+recommandations+der.pdf

Haute-Autorité de Santé & Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médicaux-sociaux (HAS-ANESM 2012 d). *Autisme-Questions/Réponses*.

www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/questions_reponses_vdef.pdf

Haute-Autorité de Santé & Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médicaux-sociaux (HAS-ANESM 2012 e). *Autisme et autres TED: Interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*. Mars.

www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-07/autisme_enfant_reco2clics_vd.pdf

Haute Autorité de Santé et Association Française pour le Développement des Approches Spécialisées aux Troubles du Comportement Alimentaire (HAS et AFDAS-CA, 2010a). *L'anorexie mentale, et si ça me concernait?* Document d'information, Juin.

www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/2ebat_fs_synthese_patient_anorexie_2209.pdf

Haute Autorité de Santé et Association Française pour le Développement des approches Spécialisées aux Troubles du Comportement Alimentaire (HAS et AFDAS-CA, 2010c). *Anorexie mentale: prise en charge, 1-Repérage*.

www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/fs_anorexie_1_cdp_300910.pdf

Haute Autorité de Santé et Association Française pour le Développement des Approches Spécialisées aux Troubles du Comportement Alimentaire (HAS et AFDAS-CA, 2010d). *Anorexie mentale: prise en charge. Recommandations de bonne pratique*.

www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco_anorexie_mentale.pdf

Haute Autorité de Santé et Association Française pour le Développement des Approches Spécialisées aux Troubles du Comportement Alimentaire (HAS et AFDAS-CA, 2010e). *Anorexie mentale: prise en charge 2-Premiers soins spécialisés et filières de prise en charge*.

www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/fs_anorexie_2_cdp_300910.pdf

Hauth-Charlier, S. (2009). Évaluation du Programme d'entraînement aux habiletés parentales de Barkley pour les parents d'enfants ayant un TDA/H issus d'une population française. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 19, (4), 163-66.

www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1155170409000834

Hauth-Charlier S. & Clément, C. (2009). Programmes de formation aux habiletés parentales pour les parents d'enfants avec TDA/H: considérations pratiques et implications cliniques. *Pratiques psychologiques*. 15, (4), 457-472.

<http://tdah.be/Nicole/educationparentale.pdf>

Hazen, E.P., Goldstein, M.A., Chandler Goldstein, M. (2011). *Mental health disorders in adolescents: A guide for parents, teachers, and professionals*. London: Rutgers University Press.

Heller, S.S., Boothe, A.B., Keyes, A.W., Malik, N.M. (2012). Infant mental health consultation in early childhood classrooms. ch.10, 179-198 Dans: Summers, S, J. & Chazan-Cohen, R. (2012). *Understanding early childhood mental health: A practical guide for professionals*. Baltimore: Paul H Brookes Publishing Co.

Hilty, D.M., Ferrer, D.C., Parish, M.B., Johnston, B., Callahan, E.J., Yellowlees, M. (2013). The effectiveness of Telemental Health: A review. *Telemedicine and e-HEALT*, juin, 444-455.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23697504

Hoogman, M., Bralten, H., Hibar, D.P., Mennes, M. et coll. (2017). Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. *The Lancet psychiatry*, février.

[www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(17\)30049-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(17)30049-4/fulltext)

Houenoou, J., Szoke, A., Méary, A., Loze, J., Mathieu, F., Leboyer, M. Schurhoff, F.(2006). Caractéristiques psychométriques de la version

française de la SSPI (Signs and Symptoms of Psychotic Illness scale). *L'Encéphale*, 2006.

www.em-consulte.com/article/137748/caracteristiques-psychometriques-de-la-version-fra

Tiré de Liddle P.F., Elton, T.C., Duffield, N.G., Kho, K., Warren A.J.2002. Signs and Symptoms of Psychotic

Illness scale (SSPI): a rating scale. *British journal of psychiatry*, 180, 45-60.
<http://bjp.rcpsych.org/content/bjprcpsych/180/1/45.full.pdf>

Hudson, J.L. (2013). La relation parent-enfant pendant la petite enfance et le développement de l'anxiété et de la dépression Rapee, R.M. ed. Thème. In Tremblay, R.E., Boivin, M., Peters RDeV, eds.*Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants (sur Internet)*.Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants et Réseau stratégique de connaissances sur le développement des jeunes enfants; 2013:1-6.

www.enfant-encyclopedie.com/Pages/PDF/HudsonFRxp1.pdf

Hunsley, J., Elliot, K., Therrien, Z. (2013). *The efficacy and effectiveness of psychological treatments*, Université d'Ottawa, Septembre.

www.cpa.ca/docs/File/Practice/TheEfficacyAndEffectivenessOfPsychologicalTreatments_web.pdf

Hyman, S. L., Stewart, P. A., Foley, J., Cain, U., Peck. R., Morris, D. D., Wang, H., Smith, T. (2016). "The Gluten-Free/Casein-Free Diet: A Double-Blind Challenge Trial in Children with Autism. *Journal of Autism Dev Disord.*, Jan 46 (1), 205-20. doi: 10.1007/s10803-015-2564-9.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26343026

Ijaouane E. (2012). *Évaluation de la satisfaction des soins en pédopsychiatrie par les enfants hospitalisés et par leurs parents*. Thèse pour l'obtention du Doctorat en médecine. Université Joseph Fourier, Faculté de Médecine, Grenoble: Suisse.

<http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00731216/document>

Ilg, J., Paquet, A., Wolgensinger, L., Dutray, B., Rivard, M. Rousseau, M. Forget, J., Hauth-Charlier, S. Clément, C.(2014).Programme francophone de formation pour les parents d'enfants avec un TSA: fondements et

contenus. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, XIX, no 3, 5-20

[www.ch-](http://www.ch-rouffach.fr/images/pdf/recherche_enseignement/publications/2014/article_P_FHP_TSA_janvier_2015.pdf)

[rouffach.fr/images/pdf/recherche_enseignement/publications/2014/article_P_FHP_TSA_janvier_2015.pdf](http://www.ch-rouffach.fr/images/pdf/recherche_enseignement/publications/2014/article_P_FHP_TSA_janvier_2015.pdf)

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS, 2009). *La santé mentale des enfants: prévention des troubles et promotion de la santé de la population au Canada. Sommaire des résultats.* https://secure.cihi.ca/free_products/roi_mental_health_report_fr.pdf

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS, 2015). *Les soins aux enfants et aux jeunes atteints de troubles mentaux.* Rapport. Mai, Ottawa: Ontario.

https://secure.cihi.ca/free_products/CIHI%20CYMH%20Final%20for%20pubs_FR_web.pdf

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS, 2013a). *L'efficacité des interventions de réadaptation et des traitements pharmacologiques pour les enfants de 2 à 12 ans ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA).* Avis rédigé par Céline Mercier avec la collaboration de Pierre Dagenais, Hélène Guay, Maxime Montambeault et Mélanie Turgeon. ETMIS2013; 9(6):1-63.

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Addenda_TSA.pdf

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS2013b). *Efficacité des interventions sociales et psychologiques de courte durée: revue systématique.* Rapport rédigé par Annie Tessier. ETMIS 2013; 9(9): 1-62

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_interventions_sociales_psycho_courte_duree_28112013.pdf

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS, 2015). *Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie: Volet I et Volet II Fiche synthèse de l'avis produit par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).*

<https://www.inesss.qc.ca/activites/transfert-de-connaissances/outils-pour-grand-public.html>

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (I.N.S.E.R.M., 2004). *Psychothérapie: Trois approches évaluées*-INSERM.
www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/57

Institut National de la Santé Publique du Québec (I.N.S.P.Q, 2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Québec: Gouvernement du Québec, Auteurs: Desjardins, N., D'Amours, G., Poissant, J., Manseau, S.
https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/789_Avis_sante_mentale.pdf

Institut National de la Santé Publique du Québec (I.N.S.P.Q. 2012). *Besoins d'information des parents sur la santé, le bien-être et le développement de leur enfant de 2 à 5 ans*. Auteurs Sylvie Lévesque & Julie Poissant. Rapport synthèse. Québec: INSPQ
www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1571_BesoinsInfoParentSanteBienEtreDevEnfant2a5Ans.pdf

Institut National de la Santé Publique du Québec (I.N.S.P.Q, 2013). *Avis scientifique sur les programmes de formation aux habiletés parentales en groupe*. Auteurs Comeau, L., Desjardins, N., Poissant, J. Québec: Gouvernement du Québec.
www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1617_AvisScientProgFormationHabiletésParentGroupe.pdf

Institut National de la Santé Publique du Québec (I.N.S.P.Q. 2015). *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans. Guide pratique pour les mères et les pères*. Québec: INSPQ.
www.inspq.qc.ca/mieuxvivre

Institut national de prévention et d'éducation en santé (I.N.P.E.S., 2009). *Entre nous. Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé de l'adolescent. Guide d'intervention pour les professionnels de la santé*. Ministère de la santé et des sports, France.
www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/pdf/entrenous/Entre-Nous-Brochure.pdf

International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP, 2015). *Textbook on Child and Adolescent Mental*

Health.

<http://iacapap.org/iacapap-textbook-of-child-and-adolescent-mental-health>

International Early Psychosis Association Writing Group (2005). International clinical practice guidelines for early psychosis, *British Journal of Psychiatry*, 187, suppl. 48, s120-s124.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16055801

Jacobson, C.M. & Mufson, L. (2010). Treating adolescent depression using interpersonal therapy. Ch. 10, pp. 140-155. Dans Weisz J.R. & Kazdin, A.E. (2010). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*, Deuxième édition, New-York: Guilford Press.

Jain, A. (2015). Autism occurrence by MMR vaccine status among US children with older siblings with and without autism. *JAMA.*, Apr 21; 313(15):1534-40

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2275444>

Jellinek, M., Evans, N., Knight, R.B. (1979). Use of a behavior checklist on a pediatric inpatient unit. *Journal of Pediatrics*, 1979. 94(1): p. 156-8.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/758401

Jellinek, M.S., Murphy, J.M., Burns, B.J. (1986). Brief psychosocial screening in outpatient pediatric practice. *Journal of Pediatrics*, 109, 371-378.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3734977

Joshi, G., Wozniak, J., Petty, C., Martelon, M.K., Fried, R., Bolfek, A, Kotte, A., Stevens, J., Furtak, S.L., Bourgeois, M., Caruso, J, Caron, A., Biederman, J. (2013). Psychiatric comorbidity and functioning in a clinically referred population of adults with autism spectrum disorders: a comparative study. *J Autism Dev Disord.*, Jun; 43(6): 1314-25.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23076506

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2), 144-156.

www-psych.stanford.edu/~pgoldin/Buddhism/MBSR2003_Kabat-Zinn.pdf

Kadlec, H. & Hollander, M. (2012). *Evaluation of the PSP child & youth mental health(CYMH) learning module. Final report: Evaluation of the CYMH Train-the-Trainer (TTT) Process*. Victoria, BC: Hollander Analytical Services Ltd.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3825470

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

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/camh.12113/abstract>

Kates, N., Mazowita, G., Lemire, F., Jayabarathan, A., Bland, R., Selby, P., Isomura, T., Craven, M., Gervais, M., Audet, D. (2011). L'évolution des soins de santé mentale en collaboration au Canada: une vision d'avenir partagée. Énoncé de principes conjoint. *La revue canadienne de psychiatrie*, 56, (5). Encart, 1-12.

<http://publications.cpa-apc.org/browse/documents/545>

Katz, C., Steein, M. B., Sareen, J. (2014). *Les troubles anxieux dans le DSM-5: Nouvelles règles sur le diagnostic et le traitement*. Conférences scientifiques, Association canadienne pour le traitement des troubles anxieux et de l'humeur (CANMAT). 2, (3), 1-6.

www.humeuretanxieteconferences.ca/crus/144-010%20French.pdf

Katzman, M.A., Bleau,, Blier, p., Hokka, P., Kjernisted, K., Van Ameringen, M., the Canadian Anxiety Guidelines Initiative Group on behalf on the Anxiety Disorders Association of Canada/Association Canadienne des troubles anxieux and McGill University (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic and stress and obsessive-compulsive disorders, *BMC Psychiatry*, 14(Suppl 1):S1

www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-14-S1-S1.pdf

Kay, S.R., Fiszbein, A., Opler, L.A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 13 (2): 261–76.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3616518

Kazdin, A.E. (2005). *Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive and antisocial behavior in children and*

adolescents. New-York: Oxford University Press.

Kazdin, A.E., & Rotella, C. (2008). *The Kazdin method for parenting the defiant child: With no pills, no therapy, no contest of wills*. Boston: Houghton Mifflin.

Kazdin, A.E., (2010). Problem-solving skills training and parent management training for oppositional defiant disorder and conduct disorder. Dans Weisz, J.R. & Kazdin, A.E. (2010). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*, Deuxième édition, New-York: Guilford Press.

Keel, P.K. & Haedt, A. (2008). Evidence-based psychological treatments for eating problems and eating disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 39-61.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18444053

Kenardy, J. A., Spence, S. H., & Macleod, A. C. (2006). Screening for posttraumatic stress disorder in children after accidental injury. *Pediatrics*, 118(3), 1002-1009.

www.som.uq.edu.au/childtrauma/ctsq.aspx, et
www.esantementale.ca/index.php?m=survey&ID=31

Kendall, P.C. (1990). *Coping Cat workbook*, Ardmore, PA: Workbook.
www.workbookpublishing.com/.

Kendall, P.C. & Hedtke, K.A. (2006). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children. Therapist manual*. Troisième édition, Ardmore, PA.: Workbook.

Kendall, P.C., Furr, J.M., Podell, J.L. (2010a). Child-focused treatment of anxiety. Ch. 4, pp. 45-60. Dans Weisz, J.R. & Kazdin, A.E. (2010). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. Deuxième édition, New-York: Guilford Press.

Kendall, P.C., Podell, J.L., Gosch, E.A. (2010b). *The Coping Cat: Parent companion*. Ardmore, PA. Workbook.
<http://www.amazon.com/The-Coping-Cat-Parent-Companion/dp/1888805439>

Kessler, R. C. et coll. (2010). "Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO world mental health surveys. *British Journal of Psychiatry*, 197 (5), 378-385.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21037215

Kirby, J.L. & Keon, W.J. (2006). *De l'ombre à la lumière. La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, Rapport final du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Ottawa: Gouvernement fédéral.

www.parl.gc.ca/content/sen/committee/391/soci/rep/rep02may06-f.htm

Klein, R.G., Mannuzza, S., Ramos Olazagasti, M.A., Roizen, E.R., Hutchison, J.A., Lasjua, E.C., Castellanos, F.X. (2012). Clinical and functional outcome of childhood attention-deficit /hyperactivity disorder 33 years later. *Archives of general psychiatry*, dec1, 69, (12)1295-1303.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3597443/

Koegel, L.K., Koegel, R.L., Ashbaugh, K., Bradshaw, J. (2014). The importance of early identification and intervention for children with or at risk for autism spectrum disorders. *Int J Speech Lang Pathol*. Feb;16(1):50-6.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24328352

Korczak, D.J. & Société canadienne de pédiatrie, Comité de la santé mentale et des troubles du développement (2013). L'utilisation des inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine pour le traitement des maladies mentales pendant l'enfance et l'adolescence. *Paediatr Child Health*, 18 (9), 492-9.

www.cps.ca/fr/documents/position/utilisation-ISRS-traitement-maladies-mentales-pendant-enfanceadolescence

Kothari, R., Skuse, D., Wakefield, J., Micali, N. (2013). "Gender differences in the relationship between social communication and emotional recognition. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52 11, 1148-1157.

[www.jaacap.com/article/S0890-8567\(13\)00542-X/pdf](http://www.jaacap.com/article/S0890-8567(13)00542-X/pdf)

Kovacs, M. (2010). *Children's Depression Inventory*. Version française Montréal: Institut de Recherches Psychologiques.

<http://irpcanada.com/>

Kramer, D.N & Landolt, M.A. (2011). Characteristics and efficacy of early psychological interventions in children and adolescents after single trauma

meta-analysis. *European journal of psychotraumatology*, (2), 7858 - DOI: 10.3402/ejpt.v2i0.7858

www.ejpt.net/index.php/ejpt/article/view/7858

Krebs, M.O. & Canceil, O. (2004). *Détection précoce des troubles psychotiques: enjeux de la mise en place d'un réseau de soins*, RFAS, 1, 91-102..

Krebs, M.O., Magaud, E., Willard, D., Elkhazen, C., Chauchot, F., Gut, A., Morvan, y., Bourdel,. C., Kazes, M. (2014). Évaluation des états mentaux à risque de transition psychotique: validation de la version française de la CAARMS, *l'Encéphale*, 40, (6), 447-456.

www.em-consulte.com/article/939729/article/evaluation-des-etats-mentaux-a-risque-de-transition

Kutcher, S., & Chehil, S. (2002). *Identification, diagnostic et traitement de la dépression chez les adolescents. Une trousse pour les intervenants en santé de première ligne.*

http://teenmentalhealth.org/wp-content/uploads/2014/08/IDD_MDD_French_Final_June_2012.pdf

L'Abbé. Y., Labine, R., Lemieux, N., Lespinasse, J. Fortin, F. (2005). *Prévention du retard mental: Enjeux cliniques, éthiques et sociaux*, (volume 2) Longueuil: Béliveau Éditeur.

L'Abbé, Y., Lamontagne, Y., Labine, R., (2013). *La santé mentale des enfants et des adolescents: Comment la préserver et l'améliorer.* Longueuil: Béliveau Éditeur.

L'Abbé, Y., Morin, D., Prud'homme, R. (1994). L'analyse du comportement mésadapté: définitions, méthodes et modèles, *Science et Comportement*, 23, (30), 157-173.

L'Heureux, S., Nicole, L., Abdel-Baki, A., Roy, M.A., Gingras, N., Demers, M.F. (2007). Améliorer la détection et le traitement des psychoses débutantes au Québec: L'Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques(AQPPEP), *Santé mentale au Québec*, 32, (1), 299-315.

<https://www.erudit.org/revue/smq/2007/v32/n1/016522ar.html?vue=resume>

Lacharité, C., Éthier, L., Piché, C. (1992). *Le stress parental chez les mères d'enfants d'âge préscolaire: validation et normes québécoises pour l'Inventaire du Stress Parental*. *Santé mentale au Québec*, 17, (2), 183-203.
www.erudit.org/revue/smq/1992/v17/n2/502077ar.html?vue=resume

Lafrance-Robinson, A., Boachie, A., Lafrance, G.A. (2012). Assessment and treatment of pediatric eating disorders: A survey of physicians and psychologists. *J. Can.Acad. Child.Adolesc.Psychiatry*, 21, (1), 45-52.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3269249

Lamberti, J.S. (2001). Seven keys to relapse prevention in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Practice*, Juillet, 253-258.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15990532

Lambooy, B., Clément, J., Saïas T., Guillemont, J. (2011). Interventions validées en prévention de la santé mentale des jeunes. *Santé publique*, 23, sept-dc-, 113-125.
www.cairn.info/revue-sante-publique-2011-HS-page-113.htm

Lançon, C., Auquier, P., Llorca, P.M., Martinez, J., Bougerol, T., Scotto, J.C. (1997). Psychometric properties of PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) in the French version in a sample of schizophrenic patients. *Encéphale*, 23, (1), 1-9.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9172961

Lane, A.E., Dennis, S.J., Gerarghty, M.E. (2011). Brief report: Further evidence of sensory subtypes in autism. *J Autism Dev. Disord.* Juin, 41(6), 826-31.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20839041

Lansing, M.D., Marcus, L.M., Reichler, R.J., Schopler, E. (2010). *PEP-3 Profil psycho-éducatif. Évaluation psycho-éducative individualisée de la Division TEACCH pour enfants présentant des troubles du spectre de l'autisme*. Bruxelles: De Boeck Université. Distribué chez ERPI au Canada.
http://superieur.deboeck.com/titres/120597_3/pep-3-profil-psycho-educatif.htm

Large, M., Sharma, S., Compton, M.T., Slade, T., Nielssen, O., (2011). Cannabis use and earlier onset of psychosis: a systematic meta-analysis.

Arch Gen Psychiatry, 68 (6), 555-561.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21300939

Larsen, D.L, Atkinson, C.C., Hargreaves, W.A., Nguyen, T.D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10245370

Lecomte, C. (2010). Comment améliorer son efficacité thérapeutique? pp. 7-9. Dans *Cahier de recherche et pratique*, 2010, 1, (1), Montréal: Ordre des psychologues du Québec.

www.ordrepsy.qc.ca/pdf/2010_03_Documenter_lefficacite_des_interventions_en_psychotherapie.pdf

Lee G; Barrowclough C; Lobban F. (2014). Positive affect in the family environment protects against relapse in first-episode psychosis. *Social Psychiatry et Psychiatric Epidemiology* 49 (3):367-76, Mars

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24081324

Le Grange, D. & Lock, J. (2007). *Treatment bulimia in adolescents: A family-based approach*. New-York: Guilford Press.

Le Grange, D. & Lock, J. (2012). *Eating disorders in children and adolescents*, New-York: Guilford Press.

Lecomte, Y. (2009). *Santé mentale: rétablissement et réadaptation*. Télé-Université: Université du Québec à Montréal.

Leichner, H. Steiger, G. Puentes-Neuman, M. Perreault and N. Gottheil, (1994). Validation d'une échelle d'attitudes alimentaires auprès d'une population québécoise francophone. *Revue Canadienne de Psychiatrie* 39, 49-54.

<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=3969315>

Leigh, E., Yule, W., Smith, P. (2016). "Measurement issues: Measurement of posttraumatic stress disorder in children and young people- lessons from research to practice. *Child and Adolescent Mental Health*, 21 (2), 124-135.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/camh.12124/epdf>

Letarte, M., Normandeau, S., Allard, J. (2010). Effectiveness of a parent training «Incredible Years» in a child protection service. *Child Abuse and Neglect*, 34, 253-261.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20356626

Leung, C., Sanders, R., Leung, S., Mak, R., Lau, J. (2003). An outcome evaluation of the implementation of the triple P-positive parenting program in Hong Kong. *Family Process*, 42, 531-544.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14979223

Lines, E. (2000). *L'intervention durant les premiers stades de la psychose, Quelques conclusions pertinentes et nouvelles pratiques*. Projet d'intervention précoce en santé mentale chez les jeunes, pour l'Association canadienne pour la santé mentale.

<http://senon.pagesperso-orange.fr/Documentation/telechargement/3cycle/Psychiatrie/des%20psy/schizo%20australie.pdf>

Lock, J. (2015). An Update on Evidence-Based Psychosocial Treatments for Eating Disorders in Children and Adolescents, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44:5, 707-721, DOI: 10.1080/15374416.2014.971458

www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/15374416.2014.971458

Lock, J. et Le Grange, D. (2013). *Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family-based Approach*, 2^e édition, New York: Guilford Press.

Loeb, K. L. et Le Grange, D. (2009). “Family-based treatment for adolescent eating disorders: Current status, new applications and future directions. *Int J Child Adolesc Health*, Janv. 12 (2), 243-254.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2828763

Loeb, K.L., Le Grange, D., Lock. J. (éds).(2015). *Family Therapy for Adolescent Eating and Weight Disorders: New Applications*. New York: Routledge.

www.amazon.com/Family-Therapy-Adolescent-Eating-Disorders/dp/0415714745#reader_0415714745

Loewy, R.L., & Yee-Bradbury, C.M. (2007). Schizophrenia. Tiré de Michel Hersen Jay C Thomas Handbook of Clinical Interviewing with Children Sage Publications. 319-343.

Lorah, E.R., Parnell A, Whitby, P.S., Hantula, D. (2014). A Systematic Review of Tablet Computers and Portable Media Players as Speech Generating Devices for Individuals with Autism Spectrum Disorder. *J. Autism Dev. Disord.* Nov 21.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25413144

Lord, C. Rutter, M., DiLavore, P.C., Risi, S. (2015). ADOS-2. *Échelle d'observation pour le diagnostic de l'autisme*. Traduit par B.Rogé et coll. CA: Western Psychological Services.

www.hogrefe.fr/produit/ados-2diagnostic-de-lautisme

Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P.C., Risi, S. (2015). ADOS-2: Mise-à-jour ADOS: le kit toddler. Traduit par B.Rogé et coll. CA: Western Psychological Services.

www.hogrefe.fr/produit/mise-jour-materiel-ados-en-ados-2-le-kit-toddler

Luby, J. L. (2013b). "Limited evidence that a brief education programme for parents of high-risk preschool children may reduce risk of internalising disorders in adolescence in girls but not boys. *Evid Based Mental Health.*, 16 (4), 105.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24057034

Luby, J.L., Belden, A.I., Pautsch J., Si, X., Spitznagel, E. (2009a). The clinical significance of preschool depression: Impairment in functioning and clinical marker of the disorder, *Journal of Affective Disorders*, 112, (1) 111-19.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18486234

Luby, J.L., Si, X.; Belden, A.L., Tandon, M., Spitznagel, E. (2009b). Preschool depression: Homotypic continuity and course over 24 months, *Archives of General Psychiatry*, 66, (8), 97-05.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19652129

Luby, J. L. (2013a). "Treatment of anxiety and depression in preschool period. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent*

Psychiatry, 52 (4), 346-358.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3640809/

Lupien, S. (2010). *Par amour du stress. Des conclusions scientifiques. Une présentation facile*. Boisbriand: Éditions au Carré.

Lutgens, D., Shah, J., Malla, A. (2015). «Arguments en faveur de la prévention et de l'intervention précoce: L'effet d'une enfance marquée par l'adversité sur l'apparition de la maladie mentale». *Le Partenaire*, 24 (1), 14-17.

<http://aqrp-sm.org/publications-de-laqrp/revue-le-partenaire/publications-membres-et-abonnes/volume-24-no-1-ete-2015/>

Lussier, F. (2014a). Programme d'intervention auprès des enfants qui souffrent d'un TDAH, *Psychologie Québec*, 31, (3), 39-45.

https://www.ordrepsy.qc.ca/pdf/Psy_Qc_Mai2014_Dossier_04_Lussier.pdf

Lussier, F. (2014b). *Programme d'intervention sur les fonctions attentionnelles et métacognitives*, Montréal: Institut de Recherches Psychologiques.

Lyons, J.S. (1999). *The Child and Adolescent Needs and Strengths for children with mental health challenges and their families*. Chicago: Northwestern University.

Lyons, J. S., Griffin, E., Fazio, M., Lyons, M.B. (2010). *Besoins et forces de l'enfant et de l'adolescent (CANS) Manuel CANS Version: Détermination des besoins de l'élève dans le milieu scolaire*. Ministère des services à l'enfance et à la jeunesse de l'Ontario PRAED Foundation

<http://praedfoundation.org/tools/the-child-and-adolescent-needs-and-strengths-cans/canada/>

Maex, E.(2007). *Mindfulness: Apprivoiser le stress par la pleine conscience*. Bruxelles: De Boeck

Malaysian Health Technology Assessment Section (MaHTAS 2014). *Management of Autism Spectrum Disorder in Children and Adolescents*.

www.moh.gov.my/english.php/pages/view/217

March, J.S., Silva, S., Petrycki, S., Curry, J., Wells, K., Faribank, J., Burns, B., Domino, m., McNulty, S., Vitiello, B., Severe, J.(2007). The Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS: long-term effectiveness and safety outcomes. *Arch. En. Psychiatrie*, 64 (100), 1132-43.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17909125

Marcil-Denault, E.(2014). Portrait, mythes et réalités sur les troubles alimentaires avec le D^r Howard Steiger, *Psychologie Québec*, 31. (3), avril, 20-23.

Marí-Bauset, S., Zazpe, I., Mari-Sanchis, A., Llopis-González, A., Morales-Suárez-Varela, M. (2014). «Evidence of the gluten-free and caffeine-free diet in autism spectrum disorders: A systematic review». *J Child Neurol.*, Dec 29 (12), 1718-27. doi: 10.1177/0883073814531330. Epub 2014 Apr 30.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24789114

Marois, M.J., Gingras, N., Provencher, M. D., Mérette, C., Émond, C., Bourbeau, J., Jomphe, Roy, M-A. (2011). La thérapie cognitivo-comportementale des psychoses en début d'évolution: étude ouverte en milieu clinique. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 56, (1), 51-61.

<http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=1096>

Martin, S., & Gosselin, P. (2011a). Propriétés psychométriques de l'adaptation française d'une mesure des symptômes des troubles anxieux auprès d'enfants et d'adolescents SCARED-R *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 44, (1), 70-76.

<http://psycnet.apa.org/journals/cbs/44/1/70/>

Martin, S., & Gosselin, P. (2011b). *SCARED-R* 51

www.researchgate.net/profile/Patrick_Gosselin/publications

Maughan, B., Collishaw, S., Stringaris, A.(2013). Depression in childhood and adolescence. *J.Can.Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 22, (1), 35-40.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3565713/

Maurel, M.(2009). Éducation et prévention des rechutes. *L'Encéphale*, Supplément. 1, S20-S23, Paris

www.em-consulte.com/en/article/202643

McGorry, P.D., Killackey, E., Yung, A. (2008). Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. Forum early intervention to psychosis: clinical and ethical challenges. *World Psychiatry*, 7, (3), 148-156.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2559918

Melau, M., Harder, S., Jeppesen, P., Hjorthoj, P., Jepsen, J.R., Thorup, A., Nordentoft, M. (2015). The association between working alliance and clinical and functional outcome in a cohort of 400 patients with first-episode psychosis: a cross-sectional study. *J Clin Psychiatry*. jan;76(1):e83-90. doi: 10.4088/JCP.13m08814.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25650684

Menear, M. (2013). Améliorer la performance des soins de première ligne en santé mentale au Québec: six stratégies. *Quintessence*, 5, (3)

www.qualaxia.org/sante-mentale-dossiers-thematiques/politiques-quebec/quintessence.php?lg=fr

Menear, M. (2016). «Un nouveau plan d'action en santé mentale au Québec». *Quintessence*, 8 (1). file:///C:/Users/Yvon/Downloads/Quintessence-V08N01-fr%20(2).pdf

Mental Health First Aid Training and Research Program (MHFA, 2008a). *Eating disorders: first aid guidelines*. Melbourne: Orygen Youth Health Research Centre. University of Melbourne.

<http://cedd.org.au/wordpress/wp-content/uploads/2013/05/Mental-Health-First-Aid-Eating-Disorders-Guidelines.pdf>

Mental Health First Aid Guidelines (MHFA, 2008b). *Psychosis First Aid Guidelines*.

www.mentalhealthfirstaid.ca/EN/resources/Documents/MHFA_psychosis_guidelines.pdf

Mercier C. & Cusson, N. (2005). Le traitement précoce de l'autisme: l'intensité de l'intervention seule en cause? *Revue québécoise de psychologie*, 26, (3) 13-28

<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=17460855>

Merikangas, K. R., Nakamura, E. F., Kessler, R. C. (2009). «Épidémiologie des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent». *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11 (1), 7-20.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2807642/

Merry, S.N., Stasiak, K., Shepherd, M., Frampton, C., Fleming, T., Mathijs, F., Lucassen, G.(2012). The effectiveness of SPARX, a computerised self help intervention for adolescents seeking help for depression: randomised controlled non-inferiority trial. *British Medical Journal*, bmj.e2598, 19 avril 2012, 1-16. www.bmj.com/content/344/bmj.e2598

Mesibov, G., Schopler, E., Schafffer, B., Landrus, R.(1997). *Profil psycho-éducatif pour adolescents et adultes*, 3^e édition: Bruxelles: De Boeck Université, Distribué chez ERPI au Canada.

http://superieur.deboeck.com/titres/25449_1/profil-psycho-educatif-pour-adolescents-et-adultes-aapep.html

Mesibov, G.B et Shea, V. (2010). The TEACCH program in the era of evidence-based practice. *J. autism dev. Disord.* 40, 570-579.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19937103

Miklowitz, D. J., Axelson, D.A., Birmaker, B., George, E.L., Taylor, B.O., Schneck, C.D., Beresford, C.A., Dickinson, I.M., Craigheard, W.E., Brent, D.A. (2008). Family-focused treatment for adolescents with bipolar disorder: Results of a 2 year randomized trials. *Archives of General Psychiatry*, 65 (9), 1053-1061

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18762591

Millaud, F. et Dubreucq, J.-L. (2005). Évaluation de la dangerosité du malade mental psychotique: Introduction. *Annales Médico Psychologiques*, 163, 846-851.

www.laurent-mucchielli.org/public/Article_Evaluation_de_la_dangerosite.pdf

Miller, D. (2012). L'Outcome Rating Scale (ORS) et la Session Rating Scale (SRS).29-32. Dans *Ordre des psychologues du Québec (2012). Cahier de recherche et pratique*, 2012, 2, 2, novembre. Ordre des psychologues du Québec.

https://www.ordrepsy.qc.ca/pdf/2012_11_01_Cahier_RetP_Dossier_06_Miller_Bargmann_Fr.pdf

Ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine (M.C.C.C.F., 2009). *La Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée*.

www.scf.gouv.qc.ca/index.php?id=363

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2005a). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010: La force des liens*. Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/8409aa194a47b7c385257020006bce71?OpenDocument>

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2005b). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité. Guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à 1 an*. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000989/>

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2009). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance. Favoriser le développement des enfants âgés de 1 à 5 ans. Guide d'intervention pour soutenir les pratiques parentales*. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-836-01.pdf>

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2012). *Inventaire des outils cliniques en négligence*. Centre jeunesse de Montréal. Institut Universitaire, Centre jeunesse de Québec -Institut Universitaire.

[http://observatoiremaltraitance.ca/Documents/Inventaire_outils_cliniques_neglignence_Rapport_final%20\(1\).pdf](http://observatoiremaltraitance.ca/Documents/Inventaire_outils_cliniques_neglignence_Rapport_final%20(1).pdf)

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2005a). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010: La force des liens*. Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/8409aa194a47b7c385257020006bce71?OpenDocument>

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020. Faire ensemble et autrement*. Direction des communications, Québec: Gouvernement du Québec
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>
éditeur enlever la ligne qui suit

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (2002). *Santé mentale durant la petite enfance. Guide de formation*. Santé mentale pour enfants de l'Ontario.
www.kidsmentalhealth.ca/documents/PR_Sante_mentale_durant_la_petite_enfance.pdf

Ministère de la Santé et des Solidarités (2005). *Souffrances ou troubles psychiques: rôle et place du travailleur social*. Direction générale de la santé & Direction générale de l'action sociale, Paris: France
www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/travailleur_social.pdf

Ministry of Health and Long-Term Care (2011). *Normes du programme d'intervention précoce dans le traitement de la psychose*, Ontario.
www.health.gov.on.ca/french/providers/pubf/mentalf/epi_program_standardsf.pdf

Mirabel-Saron, C.(2012). *Mener une démarche de pleine conscience.Approche BBCT: pour qui? Pourquoi? Comment?* Paris: Dunod.

Mollard, E., Cottraux, J., Bouvard, M. (1989). Version française de l'échelle d'obsession-compulsion de Yale-Brown, *l'Encéphale*, 1989, XV, 335-341.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8641160

Molly, S., Jansen, K. L., Cloy, A. (2012). "Treatment of childhood and adolescent depression. *American Family Physician*, 86 (5) 442-448.
www.aafp.org/afp/2012/0901/p442

Monestès, J.L. (2009). *Faire la paix avec son passé*. Paris: Odile Jacob.

Monestès, J.L. & Villatte, M. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement*. Paris: Masson.

Monthuy-Blanc J.(non daté). *Prévention des troubles du comportement alimentaire des sportifs. Guide de recommandations. À l'intention des professionnels et/ou des bénévoles du sport et de la santé.*
www.paca.drjscs.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_TCA_light.pdf

Moor, L. & Mack, C. (1982).L'inventaire de la dépression chez l'enfant. Versions françaises d'échelles d'évaluation de la dépression, 1- échelles de Birleson et de Poznanski (CDRS-R) *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 30, 10-11, 623-626.
<http://psycnet.apa.org/psycinfo/1983-24778-001>

Morgan, J.F. Reid, F. Lacey, J.H. (2000). The SCOFF questionnaire: a new screening tool for eating disorders, *West J. Med*, 172, 164-5.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070794

Morris J. (2015). *Les troubles du comportement alimentaire*. Dans Rey J. M. (éd.). IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. (Édition en français: Cohen, D., ed.) Genève: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.
<http://iacapap.org/wp-content/uploads/H.1-EATING-DISORDERS-FR-Revised-20151.pdf>

Morisset, C. (2007). *Repérer, dépister et prendre en charge la souffrance psychique chez les adolescents en milieu scolaire*. École Nationale de la Santé publique.
www.ac-grenoble.fr/eps/wp-content/uploads/2014/10/pdf_etude_professionnelle_c_morissetSouffrancePsychique.pdf

Moritz, S., Hünsche, A., Lincoln, T.M. (2014). Nonadherence to antipsychotics: the role of positive attitudes towards positive symptoms. *Eur. Neuropsychopharmacol.* Nov, 24 (11), 1745-52.

Mottron, L. (2004). *L'autisme: une autre intelligence. Diagnostic, cognition et support des personnes autistes sans déficience intellectuelle*. Sprimont: Mardaga.

Mottron, L. (2016). *L'intervention précoce pour enfants autistes. Nouveaux principes pour soutenir une autre intelligence*. Sprimont: Mardaga.

Mouffak, F., Morvan, Y., Bannour, S., Chayet, M., Bourdel, M-C., Thepaut, G. et coll. (2010). Validation de la version française de l'échelle abrégée d'appréciation psychiatrique étendue avec ancrage, BPRS-E(A), *l'Encéphale*, 36, (4), 294-301.

www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700609001535

Mulhauser, G. (2011). *Schizophrenia Test and Early Psychosis Indicator*. <http://counsellingresource.com/quizzes/misc-tests/schizophrenia-test/>

Muris.P., Dreessen, L., Bogels, S., Weck. MS., van Melick, M. (2004). A questionnaire for screening a broad range of S-defined anxiety disorder symptoms in clinically referred children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, (4), 813-20.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15056312

Murphy, S. (2011). L'analyse appliquée du comportement (AAC), Renseignements et conseils sur les troubles du spectre de l'autisme, *AutismOntario*, 9, mars.

www.autismontario.com/client/aso/ao.nsf/object/advisors+french/öfile/aa9tfr.pdf

Murray, C.H., & Lopez, A.D.(1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injury and risk factors in 1990, projected to 2020*. Genève: World bank, Organisation Mondiale de la Santé et Harvard School of Public Health. Cité dans Organisation Mondiale de la Santé, Department of Mental Health and Substance Abuse.

www.hup.harvard.edu/catalog.php?isbn=9780674354487.

Myers, K.M., Palmer, N. B., Geyer, J.R. (2011). Research in child and adolescent Telemental Health, *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 20, (10), 155-171

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21092919

National Academy of Sciences (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people; Progress and possibilities*.

www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK32775

National Eating Disorders Collaboration (2013). Internet-based interventions for eating disorders, *NEDC e-Bulletin*, issue 18 Déc. 2013, pp.2-5.

www.nedc.com.au/e-bulletin-number-eighteen

National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2013 a). *Psychosis and schizophrenia in children and young people. The NICE guideline on recognition and management*, Leicester:UK.

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg155>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2013b). *Autism. The management and support of children and young people on the spectrum of autism*, NICE clinical guideline 170.

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg170>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2013c). *Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition, intervention and management*. NICE clinical guide 158.

www.nice.org.uk/guidance/cg158/resources/guidance-antisocial-behaviour-and-conduct-disorders-in-children-and-young-people-recognition-intervention-and-management-pdf

National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2016). *Bipolar Disorder: Assessment and Management Clinical Guideline (CG 185)*.

www.nice.org.uk/guidance/cg185/chapter/1-Recommendations#recognising-diagnosing-and-managing-bipolar-disorder-in-children-and-young-people-2

National Institute of Mental Health (NIMH, 2011). *The teen brain: still under construction*. www.nimh.nih.gov/health/publications/the-teen-brain-still-under-construction/index.shtml

National Institute of Mental Health (NIMH, 2013). *What is depression?* <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>

Neil, A. L. & Christensen, H. (2007). Australian school-based prevention and early intervention programs for anxiety and depression: A systematic review. *Medical Journal of Australia*, 186, (6), 305-308.

<https://www.mja.com.au/journal/2007/186/6/australian-school-based-prevention-and-early-intervention-programs-anxiety-and>

Nguyen-Thanh, V., Haroutunian, L., Lamboy, B. (2014). *Les dispositifs efficaces en matière de prévention et d'aide à distance en santé. Une synthèse de la littérature*. Paris: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1536

Nicols, A. (2009). Immediate and short-term outcomes of the “COPEing with Toddler Behaviour” parent group. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(5), 617-626.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19076262

Norman, R. E. et coll. (2012). «The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis». *PLoS Medicine*, 9 (11), e1001349.

Normandeau, S. (2008). *Travailler en collaboration avec les familles dans le contexte des services de protection de la jeunesse*. 2006, Texte (inédit) traduit et adapté de Webster-Stratton & Reid. *Working with families who are involved in the child welfare system*. Tiré de: Centre jeunesse de Montréal-Institut Universitaire (2008). «Ces années incroyables»; un programme d'entraînement aux habiletés parentales pour les parents d'enfants âgés de 5-10 ans qui présentent des troubles de la conduite.pp. 2-3.

http://observatoiremaltraitance.ca/Documents/Ces_annees_incredibles_Programme_2010-12-07.pdf

Normandeau, S. et Allard, J. (2007). *Évaluation des effets du programme CAI au Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire une étude de dossiers*. Rapport de recherche no 3, Université de Montréal.

www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/Irds/51609.pdf

Norris, M., Strike, M., Pinhas, L., Gomez, R., Elliott, A., Ferguson, P., Gusella, J. (2013). The Canadian eating disorder program survey-Exploring intensive treatment programs for youth with eating disorders. *J.Can.Acad.Child Adolesc Psychiatry*, 22, (4), 310-316.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3825472

Observatoire sur la maltraitance envers les enfants (2015). *Triple P-Positive Parenting Program*.
<http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Triple-P.aspx>

Oh, E., Jorm, A.F., Wright, A. (2009). Perceived helpfulness of websites for mental health information: a national survey of young Australians. *Social psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 44, (4), 293-299.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18830552>

Oono, I.P., Honey, E.J., McConachie, H. (2013). Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database Syst Rev.*, Apr 30;4:
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23633377

Ordre des psychologues du Québec (2008). *Énoncé de politique sur la pratique fondée sur les données probantes en psychologie*. Cette politique, mise de l'avant par l'American Psychological Association, a été adoptée par le Bureau de l'Ordre des psychologues du Québec en 2008.
<https://www.ordrepsy.qc.ca/fr/documentation-et-medias/politiques-cadres.sn>

Ordre des psychologues du Québec (2012a). *L'accessibilité à la psychothérapie: les psychologues applaudissent les recommandations du Commissaire Robert Salois*. Communiqué de presse.
www.ordrepsy.qc.ca/pdf/2012_12_05_OPQ_Psychotherapie.pdf

Ordre des psychologues du Québec (2012b). *Interventions qui ne sont pas de la psychothérapie*.
https://www.ordrepsy.qc.ca/pdf/Psy_Qc_Mars2012_Chronique_affaires_juridiques_Ce_est_ou_ce_nest_pas_de_la_psychotherapie.pdf

Ordre des psychologues du Québec (2012c). *La psychothérapie. Se poser les bonnes questions*. Dépliant.
www3.ordrepsy.qc.ca/pdf/0Publ_Depl_Revivre.pdf

Ordre des psychologues du Québec (2012). *La psychothérapie. Se poser les bonnes questions*. Dépliant.
www.ordrepsy.qc.ca/c/document_library/get_file?uuid=05765236-df5d-4312-9785-45cb65f7d100&groupId=26707

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ, 2013). *L'intervention sociale individuelle en santé mentale dans une perspective professionnelle. Énoncé de position.* [www.otstcfq.org/docs/default-source/actualités/énoncé-de-position-\(version-finale-04-10-2013\).pdf?sfvrsn=0](http://www.otstcfq.org/docs/default-source/actualités/énoncé-de-position-(version-finale-04-10-2013).pdf?sfvrsn=0)

Organisation Mondiale de la Santé (2004). *Promoting mental health: Concept, emerging evidence, practice: summary report.* www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf

Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2007). *Qu'est-ce que la santé mentale?* www.who.int/features/qa/62/fr/index.html

Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2012). *Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes: CIM-10 CA-CCI.* Institut canadien d'information sur la santé. https://www.cihi.ca/fr/icd_volume_one_2012_fr.pdf

Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2013a). *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020.* Genève: Suisse. www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/

Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2013b). *WHO ICD Revision information note.* www.who.int/classifications/icd/revision/02_icd_revision_timelines.pdf?ua=1

Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2015). *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Activité physique pour les jeunes. Recommandations pour les jeunes âgées de 5 à 17 ans.* www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/fr/

Organisation Mondiale de la Santé & International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (O.M.S.-ISPCAN, 2006). *Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants: intervenir et produire des données,* Genève: Suisse. http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9789242594362_fre.pdf

Otto, M.W. et Smiths, J.A.(2009). *Exercise for mood and anxiety disorders*. New-York. NY: Oxford Press University.

Ouelllet-Plamondon, C., Dubreucq, S., Bérard, M., Daneault, J-G.(2012). L'intervention précoce pour la psychose au Québec et à travers le monde. *Le Partenaire*, 21, 1, 4-8.

<http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2014/03/partenaire-vol21no1.pdf#page=4&zoom=100>

Overall, J.E. et Gorham D.R. (1962).The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological reports*, 10, 799-812.

www.amsciepub.com/doi/abs/10.2466/pr0.1962.10.3.799

Pagano, M.E., Cassidy, L.J., Little, M., Murphy, J.M., Jellinek, M.S.(2000). Identifying psychosocial dysfunction in school-age children: The Pediatric Symptom Checklist as a self-report measure. *Psychology in the schools*, 37, (2), 91-106.

[http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/6807\(200003\)37:2%3C91::AID-PITS1%3E3.0.CO;2-3/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/6807(200003)37:2%3C91::AID-PITS1%3E3.0.CO;2-3/abstract) (SICI)1520-

Paluska, S.A. et Schwenk, T.L. (2000). Physical Activity and Mental Health Current Concepts. *Sports Med*, 2000. 29, (3): p. 167-180.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10739267>

Papalia, D.E., Olds, S.W., Feldman, R.D., Bève, A., Laquerre, N., Thibault, M. (2014). *Psychologie de l'enfant*, 8 ième édition, Montréal: Chenelière Éducation.

www.cheneliere.ca/8768-livre-psychologie-du-developpement-de-l-enfant-8e-edition.html

Paquette, S. et Briand, C. (2011). «Les outils de mesure que nous utilisons en réadaptation psychosociale favorisent-ils les principes du rétablissement?». *Le Partenaire*, 20 3, 8-20. <http://aqrp-sm.org/publications-de-laqrp/revue-le-partenaire/publications-libres/volume-20-no-3-automne-2011/>

Patalay, P., Giese, L., Stankovic, M., Curtin, C., Moltrecht, B., Gondek, D. (2016). "Mental health provision in schools: Priority, facilitators and

barriers in 10 European countries. *Child and Adolescent Mental Health*, 23 (3), 139-147. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/camh.12160/epdf>

Pardini, D. et Frick, P. J. (2013). Multiple developmental pathways to conduct disorder: current conceptualizations and clinical implications. *J. can. Acad. child Adolesc. Psychiatry*, 22, (1), 20-25.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3565711

Patalay, P., Giese, L., Stankovic, M., Curtin, C., Moltrecht, B., Gondek, D. (2016).

Paulhus, F. W., Ohmann, S., Popow, C. (2016). «Practitioner review: School-based interventions in child mental health». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57 (12), 1337-1359.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpp.12584/epdf>

Pavuluri, M.N., Herbener, E.S., Sweeney, J., A. (2004). Psychotic symptoms in pediatric bipolar disorder. Review. *J Affect Disord.* 80 (1):19-28.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15094254

Pederson, D.R., Moran, G., Bento, S. (1990). Le Q-Sort des comportements maternels. Dans: Paquette, F. (2004). *À chaque enfant son projet de vie permanent: un programme d'intervention*. Direction des services professionnels et de la recherche. Montréal: Centre Jeunesse de Montréal-Institut Universitaire.

Pelhan, W.E. et Fabiano, G.A. (2008). Evidence-based psychological treatments for Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 184-214.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0026847/

Pelletier, J. F. (2010). La psychiatrie citoyenne et le rétablissement. Dans, Louis H.Lafontaine (2010). *Psychiatrie citoyenne et rétablissement: Pour une psychiatrie sans frontière*. Forum en santé mentale. Réflexion et dialogue sur les notions de psychiatrie citoyenne et du rétablissement, Montréal: 1 novembre 2010, Centre d'enseignement Hôpital Louis-H.Lafontaine.

www.iusmm.ca/hopital/evenements/evenements-2010/psychiatrie-citoyenne-et-retablissement.html

Perisse, D., Gerardin, P., Cohen, D., Flament, M., Mazet, P. (2006). Le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent: une revue des abords thérapeutiques, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 54, 401-410.

www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961705001042

Perou, R., Bitsko, R.H., Blumberg, S.J., Pastor, P., Ghandour, R.M., Gfroerer, J.C., Hedden, S.L., Crosby, A.E., Visser, S.N., Schieve, L.A., Parks, S.E., Holl, E., Brody, D., Simile, C.M., Thompson, W. W., Baio, J., Avenevoli, S.S., Hogan, M.D., Huang, N. (2013). *Mental Health surveillance among children. United States 2005-2011. Morbidity and mortality weekly report (MMWL)*. Centers for disease Control and Prevention.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23677130

Perreault, A., Gurnsey, R., Dawson, M., Mottron, L., Bertone, A. (2011). «Increased sensitivity to mirror symmetry in autism». *PLoS One.*, Apr 29 6 (4), e19519. doi: 10.1371/journal.pone.0019519.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21559337

Perreault, J., Sirois, M., Sirois, K. (2013). *TDAH: trucs et astuces pour les jeunes*. Le Médecin du Québec, 48, (8), 27-39.

<http://lemedecinduquebec.org/Media/120417/055-060DrePerreault0813.pdf>

Peters, B., Williams, K.C., Gorrindo, P., Rosenberg, D., Lee, E.B., Levitt, P., Veenstra-VanderWeele, J. (2014). Rigid-compulsive behaviors are associated with mixed bowel symptoms in autism spectrum disorder, *J Autism Dev Disord.*, Jun; 44 (6):1425-32.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24293040>

Peterson, R. (2014). *Meilleures pratiques de prévention des toxicomanies en milieu scolaire. Service de prévention et promotion*. Direction de la santé publique. Joliette: Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière.

www.agencelanaudiere.qc.ca/ASSS/Publications/2014-02%20-%20Recommandations%20Toxicomanies%20Lanaudi%C3%A8re.pdf

Pfennig, A., Correll, C.U., Marx, C., Rottmann-ol, f M., Meywe, T.D., Bauer, M., Leopold, K. (2014). Psychotherapeutic interventions in individuals at risk of developing bipolar disorder: a systematic review.

Early intervention in psychiatry, 8, (1), 3-11.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23968367

Piché, G., Fitzpatrick, C., Pagani, L. S. (2015). "Associations between extracurricular activity and self-regulation: A longitudinal study from 5 to 10 years of age. *American Journal of Health Promotion*. Sep-Oct 30 (1), e32-40. doi: 10.4278/ajhp.131021-QUAN-537. Epub 2014 Nov 5.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25372230

Pirkis, J. et Vasiliadis, H-M. (2013). Améliorer l'accès à la psychothérapie dans les services de première ligne: l'expérience australienne. *Quintessence*, 5, (9).
www.qualaxia.org/sante-mentale-dossiers-thematiques/acces-therapie/quintessence.php?lg=fr

Pickles, A., Le Couteur, A. Leadbitter, K., Salomone, E., Cote-Fletcher, R., Tobin, H., Gammer, I., Lowry, J., Vamavakas, G., Byford, S., Aldred, C., Slonims, V., McConachie, H., Howlin, P., Parr, J.R., Charman, J.R., Charman, T., Green, J.(2016). Parent-mediated social communication therapy for young children with autism (PACT): long-term follow-up of a randomised controlled trial. *Lancet*. Nov 19;388(10059):2501-2509.
[www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)31229-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)31229-6.pdf)

Plaistow, J., Masson, K., Koch, D., Wilson, J., Stark, R.M., Jones, P., Lennox, B.R.(2014). Young people's views of UK mental health services. *Early intervention in psychiatry*, 8, 12-23.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23773401

Poirier, N. et Rivières-Pigeon, C. (2013). *Le trouble du spectre de l'autisme: État des connaissances*. Montréal: Presses de l'Université du Québec.

Poissant, H. et Rapin, L. (2012). Facteurs de risque dans le trouble déficitaire de l'attention et de l'hyperactivité: étude familiale, *J.Can.Child.Adolesc.Psychiatry*, 21, (4), 253-260
www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3490526

Pompili, M., Serafini, G., Innamorati, M., Lester, D., Shrivastava, A., Girardi, P., Nordentoft, M. (2011). Suicide risk in first episode psychosis: a

selective review of the current literature. *Schizophr Res.* Jun;129(1):1-11.
doi: 10.1016/j.schres.2011.03.008. Epub 2011 May 6.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21530179

Preti, A., Vrublevska, J., Veronik, A. A., Huedo-Medina, T. B., Fountoulakis, K. N. (2016). "Prevalence, impact and treatment of generalised anxiety disorder in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Evid. Based Mental Health*, Août 19 (3), 73-81.
<http://ebmh.bmj.com/content/19/3/73.full.pdf+html>

Prizant, B., Wetherby, A., Rubin, E., Laurent, A., Rydell, P. (2006). *The SCERTS model A comprehensive educational approach for children with autism spectrum disorders*. Baltimore, MD.: Paul H. Brookes.

Pynoos, R. S., Weathers, F. W., Steinberg, A. M., et coll. (2015). *Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 — Child/Adolescent Version*. Disponible au National Center for PTSD.

www.ptsd.va.gov

Quintal, M-L. et Vigneault, I. (2013a). Les piliers du rétablissement: d'abord l'espoir, pp 75-94. Dans Quintal, M-L., Vigneault, L., Demers, M-F., Cormier, C., Champoux Y., Marchand, L., Roy, M-A., Wallot, H-A. (2013). *Je suis une personne, pas une maladie. La maladie mentale, l'espoir d'un mieux-être*. Performance: Longueuil.

Quintal, M-L. et Vigneault, I. (2013b). Les garde-fous du rétablissement, pp. 199-210. Dans Quintal, M-L., Vigneault, L., Demers, M-F., Cormier, C., Champoux Y., Marchand, L., Roy, M-A., Wallot, H-A.(2013). *Je suis une personne, pas une maladie. La maladie mentale, l'espoir d'un mieux-être*. Performance: Longueuil.

Radomsky, A.S., Ashbaugh,..., Saxe, M.L., Ouimet, J., Golden, E.R., Lavoie, L., O'Connor, K.P.(2006). Psychometric properties of the French and English Versions of the Social Phobia Inventory. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 38, (4), 354-360.

<http://psycnet.apa.org/journals/cbs/38/4/354/>

Rapee, R. M. (2012). «Troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent: Nature, développement, traitement et prévention». Dans Rey J. M. (éd.),

IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. (Édition en français: Cohen, D., éd.) Genève: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.

<http://iacapap.org/wp-content/uploads/F.1-ANXIETY-DISORDERS-FRENCH.pdf>

Rapee, R. M. (2013). “The preventative effects of a brief, early intervention for preschool-aged children at risk for internalising: Follow-up into middle adolescence. *Journal of Child Psychological Psychiatry*, 54 (7), 780-788.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23397984

Read, J. et R. P. Bentall. (2012). “Negative childhood experiences and mental health: Theoretical, clinical and primary prevention implications. *British Journal of Psychiatry*, 200 (2), 89-91.

Rector, E. (2010). La thérapie cognitivo-comportementale. *Guide d'information*. Toronto: Centre de toxicomanie et de santé mentale.

http://knowledgex.camh.net/amhspecialists/resources_families/Documents/cbt_guide_fr.pdf

Reichow, B. (2012). Overview of meta-analyses on early intensive behavioral intervention for young children with autism spectrum disorders. *J. autism dev. disord.* 42, 512-520.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21404083

Reichow, B., Volkmar, F.R., Cicchetti, D.V. (2008). Development of the evaluative method for evaluating and determining evidence-based practices in autism. *J. autism dev. Disord.* 38, 1311-1319.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18095149

Rempel, D. (2012). Méditation de pleine conscience pour les enfants et les jeunes: Survol de la littérature et argumentation pour sa mise en œuvre en milieu scolaire, *Revue canadienne de counselling et de psychothérapie*, 46, (3), 201-220.

<http://mindfulnessinschools.org/wp-content/uploads/2013/09/remple.pdf>

Renard, C., Gagné, M.-H., Girouard, C. (2014). «Triple P comme réponse au défi de bâtir un partenariat contre la maltraitance». *Défi jeunesse*, XXI (1), 29-36.

www.chaire-maltraitance.ulaval.ca/sites/chaire-maltraitance.ulaval.ca/files/renard_gagne_girouard_2014.pdf

Revah-Levy, A., Birmaher, B., Gasquet, I., Falissard, B. (2007). The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS): a validation study. *BMC Psychiatry*, 7, (2), 1-10.

www.biomedcentral.com/1471-244X/7/2

Reynolds, C.R. & Richmond, B.O. (2000) *Revised Children's Manifest Anxiety Scale Manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

Reynolds, C.R. et Kamphaus, R.W. (2009). *Système d'évaluation du comportement de l'enfant*. Deuxième édition. Version francophones du Canada (BaSC-2 CDN-F). Pearson Canada: Toronto.

www.pearsonassess.ca/fr/programs/00/62/09/p006209.html?prodCategory=psychologique-comportement

Richardson, L.P., McCauley, E., Grossman, D.C., McCarthy, C.A., Richards, J., Russo, J.E., Rockhill, C., Katon, W. (2010). Evaluation of the Patient Health Questionnaire-9 Item for detecting major depression among adolescents. *Pediatrics*, 126, (6), 1117-1123.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21041282

Rin, D.D., Lemogne, C., Schuster, J.P. Limosin, F. (2012)..Évaluations psychométriques dans la schizophrénie, chapitre 5, 44-57. Dans Daléry, J., D'Amato, T., Saoud, M. (2012). *Pathologies schizophréniques*, Paris: Lavoisier.

Rivard, M., Terroux, A., Schuessler, K. (2013). Le double diagnostic et les troubles concomitants chez les jeunes enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme. *Psychologie-Québec/Dossier*, Vol. 30, (2), mars, pp. 29-32.

www.ordrepsy.qc.ca/pdf/Psy_Qc_Mars2013_Dossier_02_Rivard.pdf

Rivière, V. (2006). *Analyse du comportement appliquée à l'enfant et à l'adolescent*. Paris: Presses universitaires du Septentrion.

Robin, A.L. et Le Grange, D. (2010). Family therapy for adolescents with anorexia nervosa. Ch.22, pp. 345-358. Dans Weisz, J.R. & Kazdin, A.E. (2010). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. Deuxième édition, New-York: Guilford Press.

Robins, D., Fein, D., Barton, M. (2009). *Modified Checklist for Autism in Toddlers*, Revised with Follow-up (M-CHAT-R/F) Version canadienne française.

http://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2015/05/M-CHAT-R_F_French_Canadian.pdf

Rogers, S.J. et Dawson, G. (2010). *Early Start Denver Model for Young Children with Autism*. Promoting Language, learning, and engagement. New-York: The Guilford Press.

Rohde, P., Lewinsohn, P.M., Clarke, G.N., Hops, H., Steeley, J.R. (2005). The adolescent coping with depression course: A cognitive-behavioral approach to the treatment of adolescent depression, dans Hibbs, E.D. & Jensen, P.S. (Eds). *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice*. Deuxième édition, Washington, DC: American Psychological Association, 219-237.

Rosen D.S. et Committee on Adolescence(2010). Clinical report: Identification and management of eating disorders in children and adolescents, *Pediatrics*, 126, (6), 1240-1253.

<http://pediatrics.aappublications.org/content/126/6/1240.full.pdf>

Rousseau, M., Bourassa, J. Paquet, C., Clément, C., et Ilg, J.(2015). L'ABC du comportement d'enfants ayant un TSA: Des parents en action! Une intervention de groupe en contexte de services spécialisés. Dans G.Paquette, C.Plourde, et K, Gagné (Éds.). *Au cœur de l'intervention de groupe: Nouvelles pratiques psychoéducatives. Pratiques innovantes de groupe en psychoéducation*. Béliveau Éditeur: Boucherville.

Rousseau, M., Paquet, A., Clément, C. en collaboration avec Bourassa, J., Perreault, M-H., CIUSSS MCQ. (2016). *Évaluation de l'implantation et des effets d'une adaptation québécoise d'un programme de formation destiné aux parents d'enfant ayant un TSA recevant une intervention comportementale précoce*. Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme, 63 p.

www.crditedmcq.qc.ca/fr/publications.asp?cat=828

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP, 2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical

practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 2014, 48, 11, 977-1008.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25351912

Rozefort, W.R. et Bélanger, H. (2012). Des outils diagnostiques et thérapeutiques: comment les démêler sans trop se mêler. *Le Médecin du Québec*, 47, (9), 29-35.

<http://lemedecinduquebec.org/Media/116268/029-035DreRozefort0912.pdf>

Ruel, S.S. et Hamel, M. (2012). Le Québec se préoccupe de promotion et de prévention en santé mentale, *Quintessence*, 4, (3), mai.

www.qualaxia.org/sante-mentale-information/quintessence.php?lg=fr.

Rutter, M., Bailey, A., Lord, C. (2013). *Questionnaire de communication sociale*, Ca: Western Psychological Services.

www.hogrefe.fr/produit/scq-questionnaire-de-communication-sociale-pour-le-depistage-des-troubles-du-spectre-autistique

www.hogrefe.fr/site/file/Catalogue_2013.pdf.

www.irpcanada.com/resources/CATALOGUE-15-16.pdf

Rutter M., LeCouteur, A., Lord, C. (2011). *ADI-R: Entretien semi-structuré pour le diagnostic de l'autisme*. Traduction de B. Rogé et coll. CA: Western Psychological Services.

www.hogrefe.fr/produit/adi-r-entretien-semi-structure-pour-le-diagnostic-de-l-autisme

Rynkiewicz, A., Schuller, B., Marchi, E. et coll. (2016). "An investigation of the 'female camouflaging effect' in autism using a computerized ADOS-2 and a test of sex/gender differences". *Mol Autism*, Jan 21 7, 10. doi: 10.1186/s13229-016-0073-0. eCollection 2016.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26798446

Sabourin, S., Pérusse, D., Gendreau, P. (1989). Les qualités psychométriques de la version canadienne-française du Questionnaire de Satisfaction du Consommateur de services psychothérapeutiques (SC-8 et QSC -18B). *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, (2), 314-323.

www.rqrv.com/fr/instrument.php?i=141

Sacrey, L.A. et coll. (2015). "Can parents' concerns predict autism spectrum disorder? A prospective study of high-risk siblings from 6 to 36 months of age. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry.*, Jun 54 (6), 470-8. doi: 10.1016/j.jaac.2015.03.014. Epub 2015 Mar 28.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26004662

Saigh, P. (2004). *Inventaire du syndrome de stress post-traumatique chez l'enfant*, Pearson: Psych.Corp
www.pearsonassess.ca/fr/programs/00/06/29/p000629.html

Salazar, F. et Baird, G. (2015). Co-occurring Psychiatric Disorders in Preschool and Elementary School-Aged Children with Autism Spectrum Disorder. *J. Autism Dev. Disord.*, Mar 4.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25737019

Sallows, G.O. et Graupner, T.D. (2005). Intensive behavioral treatment for children with autism: Four-year outcome and predictors. *American journal of mental retardation*, 110, (6), 417-438.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16212446

Sanders, M. R. (2008). "Triple-P-Positive preventing programs as a public health approach to strengthening parenting". *Journal of Family Psychology*, 22 (3), 506-517.
www.triplep.net/glo-en/home/

Sanders, M. R., Kirby, J. N., Tellegren, C. L., Day, J. J. (2014). "The Triple P-Positive parenting program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support". *Clinical Psychology Review*, 34 (4), 337-57.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24842549

Santé Mentale pour Enfants Ontario (2002). *Services de santé mentale pour enfants de la naissance à l'âge de six ans: Analyse bibliographique et Guide pratique*. Mars, Toronto: ON.
www.kidsmentalhealth.ca/documents/PR_0_6_analyse_bibliographique_et_guide_pratique.pdf

Sauriol, D. (2001). Déficit de l'attention et hyperactivité. Dans Gagnon, A. (2001). *Démystifier les maladies mentales: Les troubles de l'enfance et de*

l'adolescence, pp. 337-381. Boucherville: Gaétan Morin éditeur.

Sauvé, L. Kaufmant, D., Renaud, L. (2011). Construire le jeu éducatif en ligne, *Asthme: 1, 2, 3... Respirez! Pour sensibiliser les jeunes du secondaire aux problèmes de l'asthme. La revue canadienne d'apprentissage et de la technologie*, 37, (2), 1-16.

www.cjlt.ca/index.php/cjlt/article/view/603

Scheeringa, M.S., Weems, C.F., Cohen J.A., Amaya-Johnson, L. Guthrie, D. (2011). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three-through six year-old children: a randomized clinical trial. *Journal of Child and Psychiatry*, 52(8): 853-869.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21155776

Schmitt, L. (2012). *Psychothérapie de soutien*. Collection: Pratiques en psychothérapie. Paris: Masson.

Schoendorff, B. (2009). *Faire face à la Souffrance: Choisir la vie plutôt que la lutte avec la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement*. Paris: Éditions Retz.

Schonhaut L., Armijo, I., Schonstedt, M., Alavarez, J., Cordero, M. (2013). Validity of the Ages and Stages Questionnaires in term and preterm infants. *Pediatrics*, 131, 5, Mai, e1468-e1474

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23629619

Schopler, E., Reichler, R.J., Rothen-Renner, B. (2010). *Échelle d'évaluation de l'autisme infantile (CARS-2)*. Traduction et adaptation française Bernadette Rogé.

www.fichier-pdf.fr/2010/05/16/sbfoktg/test-cars.pdf

Schreibman, L., Dawson, G., Stahmer, A. C. et coll. (2015). "Naturalistic developmental behavioral interventions: Empirically validated treatments for autism spectrum disorder". *Journal of Autism and Developmental Disorder.*, 5 (8), 2411-28. doi: 10.1007/s10803-015-2407-8.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25737021

Schwartz, C., Waddell, C., Barican, J., Garland, O., Gray-Grant, D., & Nightingale, L. (2009). Understanding and treating psychosis in young children. *Children's Mental Health Research Quarterly*, 3(3), 1-24.

Vancouver, BC: Children's Health Policy Centre, Faculty of Health Sciences, Simon Fraser.

<http://childhealthpolicy.ca/wp-content/uploads/2012/12/RQ-3-09-Summer.pdf>

Schwartz, C., Waddell, C., Barican, J., Garland, O., Gray-Grant, D., Nightingale, L. (2011). Helping children overcome trauma. *Children's Mental Health Research Quarterly*, 5(3), 1-16. Vancouver, BC: Children's Health Policy Centre, Faculty of Health Sciences, Simon Fraser.

<http://childhealthpolicy.ca/wp-content/uploads/2012/12/RQ-3-11-Summer.pdf>

Schwartz, C., Waddell, C., Barican, J., Garland, O., Gray-Grant, D., Nightingale, L. (2012). Preventing problematic anxiety. *Children's Mental Health Research Quarterly*, 6(1), 1-12. Vancouver, BC: Children's Health Policy Centre, Faculty of Health Sciences, Simon Fraser.

<http://2wc41g1hac8n330j4u3pqu9mpew.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2012/12/RQ-1-12-Winter.pdf>

Schwartz, C., Waddell, C., Barican, J., Garland, O., Gray-Grant, D., Nightingale, L. (2013). Re-examining attention problems in children. *Children's Mental Health Research Quarterly*, 7(2), 1-16. Vancouver, BC: Children's Health Policy Centre, Faculty of Health Sciences, Simon Fraser.

<http://childhealthpolicy.ca/wp-content/uploads/2013/07/RQ-2-13-Spring.pdf>

Schwartz, C., Waddell, C., Barican, J., Garland, O., Gray-Grant, D., Nightingale, L. (2014). Treating childhood obsessive-compulsive disorder. *Children's Mental Health Research Quarterly*, 8(2), 1-16. Faculty of Health Sciences, Simon Fraser.

<http://childhealthpolicy.ca/wp-content/uploads/2014/04/RQ-8-14-Spring.pdf>

Schwartz, C., Waddell, C., Barican, J. et coll. (2015a). "Intervening for young people with eating disorders" *Children's Mental Health Research Quarterly*, 9 (3), 1-20. Vancouver: Children's Health Policy Centre, Faculty of Health Sciences, Simon Fraser University.

<http://childhealthpolicy.ca/wp-content/uploads/2015/07/RQ-9-15-Summer.pdf>

Schwartz, C., Waddell, C., Barican, J. et coll. (2015b). “Promoting healthy eating and preventing eating disorders in children. *Children’s Mental Health Research Quarterly*, 9 (2), 1-16. Vancouver: Children’s Health Policy Centre, Faculty of Health Sciences, Simon Fraser University.

<http://childhealthpolicy.ca/wp-content/uploads/2015/04/RQ-9-15-Spring.pdf>

Schwartz, C., Waddell, C., Barican, J., Andres, C., Gray-Grant, D. (2016a). “Helping children with behaviour problems”. *Children’s Mental Health Research Quarterly*, 10 (1), 1-20. Vancouver: Children’s Health Policy Centre, Faculty of Health Sciences, Simon Fraser University.

<http://childhealthpolicy.ca/wp-content/uploads/2016/02/RQ-10-16-Winter.pdf>

Schwartz, C., Waddell, C., Barican, J., Andres, C., Gray-Grant, D. (2016b). “Preventing anxiety for children”. *Children’s Mental Health Research Quarterly*, 10 (2), 1-15. Vancouver: Children’s Health Policy Centre, Faculty of Health Sciences, Simon Fraser University.

<http://childhealthpolicy.ca/wp-content/uploads/2016/04/RQ-10-16-Spring.pdf>

Schwartz, C., Waddell, C., Barican, J., Andres, C., Gray-Grant, D. (2016c). “Helping children with anxiety.” *Children’s Mental Health Research Quarterly*, 10 (3), 1-16 Vancouver: Children’s Health Policy Centre, Faculty of Health Sciences, Simon Fraser University.

<http://childhealthpolicy.ca/wp-content/uploads/2016/07/RQ-10-16-Summer.pdf>

Schwartz, C., Waddell, C., Barican, J., Andres, C., Yung, D., Gray-Grant, D. (2016d). “Promoting self-regulation and preventing ADHD symptoms”. *Children’s Mental Health Research Quarterly*, 10 (4), 1-12. Vancouver: Children’s Health Policy Centre, Faculty of Health Sciences, Simon Fraser University.

<http://childhealthpolicy.ca/wp-content/uploads/2016/11/RQ-10-16-Fall.pdf>

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2007). *Assessment, diagnosis and clinical interventions for children and young people with autism spectrum disorders. A national clinical guideline*. Juillet, Edimbourg:

Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
www.sign.ac.uk/pdf/sign98.pdf

Sécurité publique Canada (2008). *Programmes prometteurs et modèles pour prévenir la criminalité. Volume I.*
<https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/prmsng-mdl-vlm1/index-fra.aspx>

Segal, Z.W., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D.(2006). *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression.* Bruxelles: De Boeck.

Seligman, M. E.P. (2013). *L'école de l'optimisme. Développer la résilience chez l'enfant.* Montréal: Les Éditions de l'Homme.

Semple, R.J. et Lee, J.(2011). *Mindfulness-based cognitive therapy for anxious children: a manual for treating childhood anxiety.* Oakland. CA: New Harbinger Publications, Inc.

Shankland R.et Lamboy, B. (2011). Utilité des modèles théoriques pour la conception et l'évaluation de programmes en prevention et promotion de la santé. *Pratiques psychologiques*, 17, 153-172.
www.inpes.sante.fr/evaluation/pdf/articles-pratiques-psy.pdf

Shaw, H., Stice, E., Black Becker, C. (2009). Preventing eating disorders. *Child adolesc psychiatr Clin N. Am.* Janvier, 18, (1), 199-207.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2938770

Shipon-Blum E. (2009). *Comprendre le mutisme sélectif: Guide à l'usage des parents, enseignants et thérapeutes*, traduit par Valérie Marschall, avec l'autorisation de Shipon-Blum, E. & Selective mutism anxiety research and treatment center. Lyon: Chronique sociale.

Short, A., Barrett, P., & Fox, T. (2001). Evaluating FRIENDS program. A cognitive-behavioural group treatment of childhood anxiety disorders: An evaluation of the FRIENDS program. *Journal of Clinical and Child Psychology*, 30, (4), 523-533.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11708240

Siemer, C. P., Fogel, J., Van Voorhees B.W. (2011). Telemental Health and Web-based applications in children and adolescents. *Child and Adolescent*

Psychiatry Clinics of North America, 20, (1), 135-153.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3010757

Siewertsen, C.M., French, E.D., Teramoto, M. (2015). Autism spectrum disorder and pet therapy. *Adv. Mind. Body. Med.* Spring;29(2):22-5.
www.advancesjournal.com/openaccess/Siewertsen.pdf

Silverman W.K. et Hinshaw. S.P. (2008). The second special issue on evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents: A 10-year update. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, (1), 1-7.

Silverman, W. K., Pina, A.A., Viswesvaran, C. (2008a). Evidence-based psychosocial treatments for phobic anxiety disorders in children and adolescents: A review and meta-analysis. *Journal of Clinical Child and Adolescents Psychology*, 37, 105-130.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18444055

Silverman, W.K., Ortiz, C.D., Viswesvaran, C., Burns, B.J., Kolko, D.J., Putman, F.W., Amaya-Jackson, L. (2008b). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescents exposed to trauma events: A review and meta-analysis. *Journal of Clinical Child and Adolescents Psychology*, 37, 156-183.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18444057

Simard, H. (2011). *Les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent*.
www.revivre.org/tinymce/jscripts/tiny_mce/plugins/filemanager/files/files/T.%20anxieux/Les%20troubles%20anxieux%20chez%20l'enfant%20et%20l'adolescent.pdf

Smith, I.C., Reichow, B., Volkmar, F.R. (2015). The Effects of DSM-5 Criteria on Number of Individuals Diagnosed with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *J. Autism Dev. Disord.*, Mar 22.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25796195

Smith, T. (2010). Early and intensive behavioral intervention in autism. 312-326 Dans Weisz, J.R. & Kazdin, A.E. (2010). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*, Deuxième édition, New-York: Guilford Press.

Smith, T. et Iadarola, S. (2015). "Evidence base update for autism spectrum disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 44 (6), 897-922.

www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15374416.2015.1077448

Snel, E. (2013). *Calme et attentif comme une grenouille. La méditation pour les enfants... avec leurs parents*. Montréal: Éditions Transcontinental.

Sparrow, S.S., Cicchetti, D.V., Balla, D.A. (2015). *Vineland-II - Échelle d'évaluation du comportement socio-adaptatif Vineland*. Adaptation française ECPA.

www.ecpa.fr/orthophonie/test.asp?id=2039

Société canadienne de pédiatrie (SCP, 2004). Une intervention précoce pour l'enfant autiste. *Paediatric child health*, 9, (4) April, 273-77.

Société canadienne de pédiatrie (SCP, 2012) *En faisons-nous assez? Un rapport de la situation des politiques publiques canadiennes et de la santé des enfants et des adolescents*.

www.cps.ca/advocacy/RapportSituation2012_.pdf

Société canadienne de physiologie de l'exercice (SCPE, 2011a). *Directives canadiennes en matière d'activité physique des enfants âgés de 5 à 11 ans*.

www.csep.ca/CMFiles/Guidelines/CSEP_PAGuidelines_child_fr.pdf

Société canadienne de physiologie de l'exercice (SCPE, 2011b). *Directives canadiennes en matière d'activité physique des enfants âgés 12 à 17 ans*.

www.csep.ca/CMFiles/Guidelines/CSEP_PAGuidelines_youth_fr.pdf

Société canadienne de psychologie (SCP, 2009a). *La phobie*.

www.cpa.ca/lapsychologiepeutvousaider/phobie

Société canadienne de psychologie (SCP, 2009b). *Le trouble panique*.

www.cpa.ca/lapsychologiepeutvousaider/troublepanique

Société canadienne de psychologie (SCP, 2009c). *Le trouble d'anxiété généralisée*.

www.cpa.ca/lapsychologiepeutvousaider/troubledanxietegeneralisee/

Société canadienne de psychologie (SCP, 2009d). *Le trouble obsessionnel-compulsif*.

www.cpa.ca/lapsychologiepeutvousaider/troubleobsessionnelcompulsif.

Society for Prevention Research (non daté). Standards of evidence. *Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination*.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16365954

Society for Prevention Research (SPR, 2011). *Standards of knowledge for the science of prevention*, June.

www.preventionresearch.org/Society%20for%20Prevention%20Research%20Standards%20of%20Knowledge.pdf

Solida, A. et Conus, P. (2012). Du traitement précoce des sujets à risque aux risques du traitement précoce. Le dilemme de la prévention es troubles psychotiques. *Rev. Méd. Suisse*, 8, 1781-1784.

www.revmed.ch/rms/2012/RMS-354/Du-traitement-precoce-des-sujets-a-risque-aux-risques-du-traitement-precoce

Sparrow, S.S., Cicchetti, D.V., Balla, D.A. (2015).

Spataro, J. et coll. (2004). “Impact of child sexual abuse on mental health prospective study in males and females”. *British Journal of Psychiatry*, 184 (5), 416-421. <http://bjp.rcpsych.org/content/184/5/416>

Spielberger, D.D., Drew, E.C., Lushene, R.E., Montuori, J., Platzek, D. (1973). *State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Manual. Palo Alto.Ca: Consulting Psychologists Press.

Spitzer R., Kroenke, K., Williams, J. (1999). Validation and utility of a self-report Version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study. *Journal of the American Medical Association*, 282, 1737-1744.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10568646

Squires, J., Bricker, D. D., Twombly, E., & Yockelson, S. (2003). *The ASQ-SE user’s guide: for the Ages & stages questionnaires: social-emotional: a parent-completed, child-monitoring system for social-emotional behaviors*. Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes Pub. Co.

Statistique Canada (2011). *Enquête canadienne sur les mesures de santé: activité physique des jeunes et des adultes*.

www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/110119/dq110119b-fra.htm

Statistique Canada, The Daily. (2013). *Canadian Community Health Survey – Mental Health, 2012* [En ligne].

www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/130918/dq130918a-eng.htm Dans Afifi, T. O. et coll. (2014). «Child abuse and mental disorders in Canada». *Canadian Medical Association Journal*, 131792.

Statistique Canada (2017). *Dépression et idéation suicidaire chez les Canadiens de 15 à 24 ans*. Auteure: Leanne Findlay. Rapports sur la santé, vol 28, no 1, pp. 3-12. Janvier.

www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2017001/article/14697-fra.pdf

Stein, L.I. et Test, M.A. (1978). *Alternatives to mental hospital treatment*. New-York: Plenum Press.

Stephan, F., LeGaludec, M., Tritschler-le Maître, M-H., Berrouiguet, S., Walter, M.(2014). Revue de différents programmes cognitivo-comportementales sur Internet dans le traitement de la dépression. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 24, (4), 138-143.

www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1155170414000330

Streng, I. (2008). Using therapeutic board games to promote child mental health. *Journal of Public Mental Health*, 7, (4), Dec. 4-16.

www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/17465729200800024

Suhrheinrich, J., Hall, L.J., Reed, S.R., Stahmer, A.C., Schreibman, L. (2014). Evidence-based interventions in the classroom. Chapitre 7, pp 151-172. Dans Wilkinson, L.A. (2014a). *Autism spectrum disorder in children and adolescents. Evidence-based assessment and intervention in schools*. Washington: American Psychological Association.

Strohle, A. (2009). Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *J Neural Transm*, 116, (6):p.777-84

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18726137

Swinson, R.P. (2006). Guide de pratique clinique: Traitement des troubles anxieux, *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 51, (8) Supplément 2, Juillet

Association des Psychiatres du Canada.
<http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=469>

Szejer, M., Cyrulnik, B., Golse, B. (2007). *Les enfants d'aujourd'hui. Quoi de neuf chez les 0-7 ans?* Paris: Bayard.

Sznaniecki, E. et Barnes, J. (2016). "Measurement issues: Measures of infant mental health". *Child and Adolescent Mental Health*, 21 1, 64-74.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/camh.12105/epdf>

Talbot, F., LeBlanc, J., Jbilou, J. (2015). «La thérapie informatisée: Une option pouvant faciliter l'accès à la thérapie chez les jeunes adultes». *Santé mentale au Québec*, XL (4), 217-224.
www.revue-smq.ca/category/volume-40-numero-4-hiver-2015/

Tarabulsy, G.M., Cyr, C., Dubois-Comtois, K., Moss, E. (2014a). *Manuel du formateur: L'intervention relationnelle*. Montréal: Association des Centres jeunesse du Québec.

Tarabulsy, G.M., Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C. (2014b). *Manuel du formateur: Théorie de l'attachement*. Montréal: Association des Centres jeunesse du Québec.

Taylor, L.E., Amy, L., Swerdfeger, G., Eslk, D.(2014) Vaccines are not associated with autism: an evidence-based meta-analysis of case-control and cohort studies. *Vaccine.*, Jun 17;32(29):3623-9.
www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X14006367

Thorell, L.B. (2009). The Community Parent Education Program (COPE): Treatment effects in a clinical and a community-based sample. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14, (3) 373-87.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19515754

Traccucci, E. (2013). Évaluation en médecine de soins primaires chez des patients entre 15 et 45 ans de l'apport de l'auto-questionnaire SCOFF-F dans le dépistage des troubles du comportement alimentaire en comparaison aux pratiques habituelles. *Human health and pathology*, 2013, «dumas-00877972»
<http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00877972/document>

Tremblay, R.E. (1995). Les enfants violents à l'école primaire: qui sont-ils et que deviennent-ils? pp. 129-148. Dans ASMC (1995). *La violence chez les jeunes, ouvrage collectif*. Association Scientifique pour la Modification du Comportement. Longueuil: Béliiveau Éditeur.

Tremblay, R.E., Gervais, J., Petitclerc, A. (2008). *Prévenir la violence par l'apprentissage à la petite enfance*. Montréal. (Qc). Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants.

[www.excellence-](http://www.excellence-jeunesenfants.ca/documents/Tremblay_RapportAgression_FR.pdf)

[jeunesenfants.ca/documents/Tremblay_RapportAgression_FR.pdf](http://www.excellence-jeunesenfants.ca/documents/Tremblay_RapportAgression_FR.pdf)

Trocmé, N. et coll. (2010). *Canadian incidence study of reported child abuse and neglect, 2008*. Public Health Agency of Canada.

<http://cwrp.ca/sites/default/files/publications/en/CIS-2008-rprt-eng.pdf>

Trudeau, J.B., Desjardins, P., Dion, A. (2015). «Psychothérapie: Un encadrement nécessaire et légalement reconnu au Québec». *Santé mentale au Québec*, XL (4), 31-42.

www.revue-smq.ca/category/volume-40-numero-4-hiver-2015/

Turcotte, G. et Pilote, C. (2012). *Inventaire des outils cliniques en négligence. Synthèse du rapport final*. Préparé pour le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

http://ruij.qc.ca/pdf/outils_cliniques_negligence_2012_synthese.pdf

Turgeon, L. et Brousseau, L. (2000). Prévention des problèmes d'anxiété chez les jeunes, pp 189-220. Dans Vitaro, F. & Gagnon, C. (2003). *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Volume 1. Les problèmes internalisés*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Turgeon, L., et Chartrand, E. (2003a). Reliability and validity of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale in French-Canadian sample. *Psychological assessment*, 15, (3), 378-383.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14593838

Turgeon, L., et Chartrand, E. (2003b). Psychometric properties of the French Canadian version of the State-Trait Anxiety Inventory for Children. *Educational and Psychological Measurement*, 63, (1), 174-185

www.researchgate.net/publication/247728423_Psychometric_Properties_Of_The_French_Canadian_Version_Of_The_State-Trait_Anxiety_Inventory_For_Children

Turgeon, L., Chartrand, E., Robaey, P., Gauthier, A.K. (2006). Qualités psychométriques de la version québécoise du Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC). *Revue francophone de Clinique comportementale et cognitive*, 11, (3), 1-8.

<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=18126030>

Turgeon, L., et Parent, S. (2012a). *Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et des adolescents, vol 1. Troubles intériorisés*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Turgeon, L., et Parent, S. (2012b). *Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et des adolescents, vol 2. Troubles du comportement*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Turvey, C., Coleman, M. Dennison, O., Drude, K., Goldenson, M., Hirsh, P., Jueneman, R., Kramer, G..M., Luxton, D.D., Maheu, M.M., Malik, T.S., Mishkind, M.C., Rabinowitz, T., Roberts, L.j., Sheeran,, Shore, P., van Heeswyk, F., Wregglesworth, B., Yellowlees, P., Zucker, M.L., krupinski, E.W., Bernard, J.(2013). ATA Practice guidelines for video-based online mental health services policy. *Telemedicine and e-HEALTH*, septembre.

<http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/tmj.2013.9989>

U.S. Preventive Services Task Force (2009). Screening and treatment for major depressive disorder in children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement, *Pediatrics*, 123, (4), 1223-28.

<http://pediatrics.aappublications.org/content/123/4/1223.full.pdf+html>.

Valla, J-P (2009). *Dominique interactif* (CD-ROM). Montréal, QC, DIMAT www.dominicinteractive.com.

Valla, J.P., Kovess, V., Chan Chee, C., Berthiaume C., Vantalou, V. et coll. (2002). A french study of the Dominic interactive, *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 3, 441-448.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12242621

Varese, F. et coll. (2012). "Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective and cross-sectional cohort studies". *Schizophrenia Bulletin*, 38 (4) 661-671.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22461484

Vasiliadis, H.M., Dezetter, A., Lesage, A., Drapeau, M. (2015). «Améliorer l'accès aux psychothérapies au Québec et au Canada: Réflexions et expériences de pays francophones». *Santé mentale au Québec*, XL (4), 15-30.

www.revue-smq.ca/category/volume-40-numero-4-hiver-2015/

Veale, D. (2001). Cognitive-behavioural therapy for body dysmorphic disorder, *Advances in Psychiatry*

Treatment, 7, 125-132.

<http://apt.rcpsych.org/content/7/2/125>

Vera, L.(1996). Échelle comportementale d'anxiété phobique (ECAP): construction, validation et intérêt clinique enfant-adolescent. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 44, 429-438.

http://espacedoc.ch-lachartreuse-dijon-cotedor.fr/pmb-prod/opac_css/doc_num.php?explnum_id=6709

Vera, L. (2009). *TCC chez l'enfant et l'adolescent*. Paris: Masson.

Vidon, G., Leguay, D., Baro, E.G. (2010). Réhabilitation, déstigmatisation, rétablissement, 201-212. Dans: Giordana, J-Y. & coll., (2010 a). Stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Congrès de psychiatrie et de neurologie de ^; Vérités et mensonges. Dans Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (2013). Focus sur le TDAH, *Le médecin du Québec*, 48, 8, 5-9. La revue de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Montréal.

<http://lemedecinquébec.org/Media/120408/029-034DreVincent0813.pdf>

Vincent, A. et Sirois, M. (2013). Pilules et TDAH: pourquoi, pour qui, comment? Dans Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (2013). Focus sur le TDAH, *Le médecin du Québec*, 48, 8, 19-25. La revue de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Montréal.

<http://lemedecinquébec.org/Media/120414/047-054DreVincent0813.pdf>

Viscidi, E.W., Johnson, A.L., Spence, S.J., Buka, S.L., Morrow, E.M., Triche, E.W. (2014). The association between epilepsy and autism symptoms and maladaptive behaviors in children with autism spectrum disorder. *Autism*. 2014 Nov; 18(8):996-1006.

<http://aut.sagepub.com/content/early/2013/10/28/1362361313508027>

Vitaro, F. et Gagnon, C. (1999). «Le trouble oppositionnel chez l'enfant». Dans Habimana, E., Ethier, L.S., Petot, D. et Tousignant, M. (1999). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent: Approche intégrative*. Montréal: Gaétan Morin.

Vitaro, F. et Gagnon C. (2003a). *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Volume 1: Les problèmes internalisés*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Vitaro, F. et Gagnon, C. (2003b). *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Volume 2: Les problèmes externalisés*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Vitaro, F. et Trembaly, R.E. (1998). Prévention de la délinquance: le rôle médiateur des pairs. *Criminologie*, XXXI, (1), 49-66.

Vrakas, G., Laurendeau, M-C., Labadie, J-F., Battaglini, A. (2010 a). *Outil d'évaluation sommaire en santé mentale jeunesse: adaptation de l'outil et évaluation de la faisabilité de son implantation*. Rapport, Mars 2009, Services de santé et médecine universitaire. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec.

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-914-01.pdf>

Vrakas, G., Laurendeau, M-C., Labadie, J-F., Battaglini, A. (2010, b). *Outil d'évaluation sommaire en santé mentale jeunesse*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec.

Waddell, C., Hua, J.M., Peters, R.DeV., McEwan, K. (2007). Preventing mental disorders in children. A Systematic review to inform policy-making. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 98, (3), 166-173

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17626378

Waddell, C., Schwartz, C., Barican, J., Andres, C., Gray-Grant, D. (2015). *Improving Children's Mental Health: Six Highly Effective Psychosocial Interventions*. Vancouver: Children's Health Policy Centre, Faculty of Health and Sciences, Simon Fraser University. <http://childhealthpolicy.ca/wp-content/uploads/2015/06/15-05-29-Waddell-Report.pdf>

Waddell, C., Shepherd, C., Schwartz, C., Barican, J. (2014). *Child and youth mental disorders: Prevalence and evidence-based interventions*. Vancouver, BC: Children's Health Policy Centre, Simon Fraser University. <http://childhealthpolicy.ca/wp-content/uploads/2014/06/14-06-17-Waddell-Report-2014.06.16.pdf>

Wakefield, A.J (1999). MMR vaccination and autism. *Lancet* 1999; 354 (9182):949-950. *Clin Psychol* (New York). 2014 Dec;21(4):331-350. Epub 2014 Dec 15. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10489978

Waters, A., Farrell L., Schilpzand E. (2013). Anxiety disorders. Chapitre 2, pp 13-40. Dans Reddy, L.A., Weisman, A.S., Hale, J.B. (2013). *Neuropsychological assessment and intervention for youth: An evidence-based approach to emotional and behavioral disorders*. Washington: American Psychological Association

Waters, E. (1997). Le Q-Set sur le comportement d'attachement. Dans Paquette, F. (2004). *À chaque enfant son projet de vie permanent: Un programme d'intervention (0 à 5 ans)*, Direction des services professionnels et de la recherche, Montréal: Centre Jeunesse de Montréal-Institut Universitaire.

Webster-Stratton, C. (2000). *How to promote children's social and emotional competence*. London. UK: Sage.

Webster-Stratton, C. (non daté). *The Incredible Years*. Seattle. WA. <http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Ces-ann%C3%A9es-incroyables.aspx>
<http://incredibleyears.com/team-view/carolyn-webster-stratton>

Webster-Stratton, C. & Reid, M. (2003). *The Incredible Years, parents, teachers, and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems*. Dans, A. E., Kazdin & J. R. Weisz (Eds). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*, pp. 224-240, New-York: Guilford Press.

Webster-Stratton, C. & Reid, M.J. (2006). *The incredible Years, parents and children training series. A multifaceted treatment approach for young children with conduct disorders*. Ch 13, pp. 194-210 Dans Weisz, J.R. & Kazdin, A.E. (2010). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*, Deuxième édition, New-York: Guilford Press.

Webster-Stratton, C. (2011). *The Incredible Years, parents, teachers and children training series: Program content, methods, research and dissemination, 1980-2011*. Seattle, WA: Incredible Years Inc.
<http://incredibleyears.com/books/iy-training-series-book/>

Weersing, V.R. & Brent, D.A. (2010). *Treating depression in adolescents using individual cognitive-behavioral therapy*, Ch.9, pp. 126-139 Dans Weisz J.R. & Kazdin, A.E. (2010). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*, Deuxième édition, New-York: Guilford Press.

Weisman, N.M., Markowitz., C. Klerman, L. (2006). *Guide de psychothérapie interpersonnelle*. Traduction de Patry, S., Allaire, D., Ouellet, B. *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. Washington: American Psychological Association.
<https://www.cavershambooksellers.com/search/2980906026>

Weitlauf, A.S., Gotham, K.O., Vehorn, A.C., Warren, Z.E. (2014). Brief report: DSM-5 «levels of support:» a comment on discrepant conceptualizations of severity in ASD. *J Autism Dev Disord*. Feb;44 (2):471-6.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23812664

Weitlauf, A.S. et McPheeters, Z. (2014). *Therapies for Children with Autism Spectrum Disorder: Behavioral Interventions Update*. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2014 Aug-AHRQ Comparative Effectiveness Reviews.

<http://effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/544/1945/autism-update-report-140929.pdf>

Weisz, J.R. et Kazdin, A.E. (2010). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. Deuxième édition. New-York: Guilford Press.

Weisz, R. et Simpson-Gray, J. (2008). Evidence-based psychotherapy for children and adolescents: Data from the present and a model for the future. *Child and adolescent mental health*, 13, (2), 54-65.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1475-3588.2007.00475.x/abstract>

White, J. (2013). *Preventing youth suicide: A guide for practitioners*. Victoria, BC: Ministry of Children and Family Development, Septembre.
www.mcf.gov.bc.ca/suicide_prevention/pdf/pys_practitioners_guide.pdf

Wilhelm, S., Phillips, K.A., Steketee, G. (2013). *Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A treatment manual*. New-York: Guilford Press.

Wilkinson, L.A. (2014a). *Autism spectrum disorder in children and adolescents. Evidence-based assessment and intervention in schools*. Washington: American Psychological Association.

Wilkinson, L.A. (2014b). Multiplier screening and identification. Chapitre 2, pp. 37-50. Dans Wilkinson, L.A. (2014a). *Autism spectrum disorder in children and adolescents. Evidence-based assessment and intervention in schools*. Washington: American Psychological Association.

Wilkinson, N, Ang, R.P., Goh, D.H. (2008). Online video game therapy for mental health concerns: A review. *International Journal of Social Psychiatry*, 54, (4), 370-38.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18720897

Willaye E. et Magerotte, G. (2003). L'évaluation fonctionnelle du comportement. Chapitre.15, 24-264. Dans Tassé, M..J. & Morin, D. (2003). *La déficience intellectuelle*. Boucherville: Gaétan Morin Éditeur.

Willaye E. et Magerotte, G. (2008). *Évaluation et intervention auprès des comportements-défis*, Belgique: De Boeck Université.

Williams, R., Clinton, J., Groupe de travail de la petite enfance de la Société canadienne de pédiatrie (2011). «Bien faire ce qu'il faut à 18 mois: En appui au bilan de santé amélioré». *Paediatr Child Health*. 16 651-4.

www.cps.ca/fr/documents/position/bilan-sante-ameliore

Williams, R., Bennett, S., Clinton, J., Francoeur, E., Hertzman, C., Johnson, K., Leduc, D., Lynk, A. & Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (2013). La promesse de la petite enfance: Pendant combien de temps les enfants devraient-ils attendre? Énoncé de position. *J.Can Child Adolesc Psychiatry*, 22, (1), 68-70.

www.cacap-acpea.org/uploads/documents/Ealry_Years_Fr.pdf

Wilson, K., Ilios, K., Heeren, A. (2011). *Pleine conscience et acceptation: Les thérapies de la troisième vague*. Bruxelles: De Boeck.

Wong, C., Odom, S.L., Hume, K., Cox, A. W., Fettig, A., Kucharczyk S., Brock, M.E. Plavnick, J.B., Fleury, V.B., Schultz, T. R. (2014). *Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism spectrum disorder*, Chapel Hill: The University of North Carolina, Frank Porter Graham Child Development Institute, Austin Evidence-Based Practice Review Group.,

<http://fpg.unc.edu/sites/fpg.unc.edu/files/resources/reports-and-policy-briefs/2014-EBP-Report.pdf>

Yager, Z. et O'Dea A.(2008). Prevention programs for body image and eating disorders on University campuses: a review of large, controlled interventions. *Health promotion international*, 23, (2), 171-189

<http://heapro.oxfordjournals.org/content/23/2/173.long>

Yatham, L., Kennedy, S.H., Parikh S.V., Schaffer,., Beaulieu S., Aida, M., O'Donovan, C., Macqueen, G., McIntyre, R.s., Sharma, V., Ravindran, A., Young, L.T., Milev, R., Bond, D.J. Frey, N., Goldstein, B.J., Lafer, B., Birmaher, B., Ha, K., Nolen, W.A., Berk, M.(2013). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANAMAT) and International Society for Bipolar Disorders(ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. *Bipolar disorders*, 15, 1-44.

www.canmat.org/resources/CANMAT%20Bipolar%20Disorder%20Guidelines%20-2013%20Update.pdf

Young, A.R. et Szpunar, M. (2012). La peur et l'anxiété chez les jeunes enfants et l'encadrement parental. Dans. Ordre des psychologues du Québec (2012). *Reconnaître et traiter la souffrance des enfants. Cahier de recherche et pratique*, 2, (1). 10-13.

https://www.ordrepsy.qc.ca/pdf/2012_03_Cahier_RetP_Dossier_02_Young_Fr.pdf

Young, J.F., Mufson, L., Davies, M. (2006). Efficacy of Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training: an indicated preventive intervention for depression. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47, 1254-1262. Dans Mufson, L. & Anderson, G. (2008). *Psychothérapie interpersonnelle à l'intention des adolescents souffrant de dépression, théories, techniques et recherche*. Santé mentale au Québec, XXXIII, (2), 49-65.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17176380

Young, M.E. et Fristad, M.A. (2007). Evidence-based treatments for bipolar disorders in children and adolescents. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 157-164.

http://coping.us/images/Young_Fristad_2007_Children_Adolescents.pdf

Zabinski, M.F. (2008). The internet-based My Body, My life: Body Image Program for adolescent girls improves body image and disordered eating. *Evid Based Ment Health*, Fev, 11, (1), 23, doi: 10.1136/ebmh.111.1.23.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18223058

Zacchia, C & Munoz, V. (2012). Docteur, ça ne va vraiment pas! Dix questions de vos patients anxieux. *Le médecin du Québec*, 47, (9), 39-45.

<http://lemedecinduquebec.org/Media/116271/039-045DrZacchia0912.pdf>

Zaretsky, A.E., Rizvi, S., Parikh, S.V. (2007). How well do psychological interventions work in bipolar disorder? *La Revue canadienne de psychiatrie*, 52, (1), janvier, 14-21.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17444074

Zoogman, S., Goldberg, S. B., Hoyt, W.T., Miller, L. (2014) Mindfulness interventions with Youth: A meta-analysis. *Mindfulness*, DOI 10.1007/s12671-013-0260-4

<http://mindfulnessinschools.org/wp-content/uploads/2013/09/zoogman.pdf>

Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Lord, C. et coll. (2009). “Clinical assessment and management of toddlers with suspected autism spectrum disorder: Insights from studies of high-risk infants”. *Pediatrics.*, May 123 (5), 1383-91.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19403506

Zwaigenbaum, L. et coll. (2014). “Early screening of autism spectrum disorder: Recommendations for practice and research”. *Pediatrics*, Oct 136, Suppl. 1, S41-59. doi: 10.1542/peds.2014-3667D.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26430169

Zwaigenbaum, L. et coll. (2015). “Early identification of autism spectrum disorder: Recommendations for practice and research”. *Pediatrics*, Oct 136, Suppl. 1, S10-40. doi: 10.1542/peds.2014-3667C.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26430168

Annexes

**Outils francophones de dépistage et d'aide au
diagnostic des troubles mentaux chez les enfants
et les adolescents à l'usage des praticiens de
première ligne**

Recension des outils¹

a) Troubles mentaux en général					
Problématique	Nom de l'outil	Groupe d'âges	Durée de passation	Répertorié par	Disponibilité en français
Troubles mentaux en général	Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1997)	4-17 ans Version Parents Enseignants 11-16 ans Auto-administration	10 min	CIOSMEA(1)	Capon et coll., (2007) www.sdqinfo.org
	Brief Psychiatric Scale (Echelle abrégée d'évaluation psychiatrique) (Overall et Gorham, 1962)	5-18 ans	30-40 min	CIOSMEA(1)	Moutak et coll. (2010) www.fratel.asio.fr
	Liste de symptômes-90-F (Derogatis, 1994)	11 ans et plus	12-15 min	CIOSMEA(1)	www.pearsonclinical.ca
	Dominique Interactif (Vala, 2009, Vala et coll., 2002, Chan Chee et coll., 2003) S'utilise avec un ordinateur.	6-11 ans (81 items) 12-14 ans (85 items)	15 min	CIOSMEA(1)	www.dominicinteractive.com
	Pediatric Symptom Checklist (PSC) par les parents (Jellinek et coll., 1979, 1986) e Pediatric Symptom Checklist-Youth (Y-PSC) par les jeunes (Pagano et coll., 2000)	4-16 ans	5 min	CIOSMEA(1) Société canadienne de pédiatrie	www.marigeneall.org
	Child and Adolescent Needs and Strengths (CANS) (Lyons et coll., 1999, 2006) [trad.: Besoins et atouts des enfants et des adolescents]	Enfants Ados	10-15 min	CIOSMEA(1)	http://praedfoundation.org
	Évaluation symptomatique transversale parent/adulte responsable NIM - USMC - enfant de 6-17 ans	6-17 ans	15 min	American Psychiatric Association	APA 2015 pp. 869-71
b) Troubles mentaux (dépistage spécifique)					
Développement prénatal					
La dépression post-partum (DPP)	Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg (EPDS) (Cox et Holden, 2003)	Femmes enceintes et avant accouché	5-10 min	American Academy of Pediatrics	http://psychologie.gc.ca
Enfants et adolescents					
Suivi médical du développement de l'enfant et de l'adolescent	L'ABCaire du suivi périodique de l'enfant. Guide de référence du praticien. (Bjune et coll., 2012)	0-5 ans	10-15 min	Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique (1994) et Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (2008)	http://revueconceptuel.umontreal.ca
	Relevé prénatal Rankin; Collège des médecins de famille du Canada, 2000	0-5 ans	10-15 min	Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique et American Academy of Pediatrics	www.cps.ca
	Les visites et soins de santé préventifs pour les enfants et les adolescents de six à 17 ans : Le relevé médical Greig (Greig et coll., 2012 a, b, 2016)	6-17 ans	10 min/parent	Société canadienne de pédiatrie et Collège des médecins de famille du Canada	www.cps.ca

Suivi médical du développement de l'enfant et de l'adolescent (suite)	Questionnaire sur les étapes de développement (évaluation de l'enfant par les parents ASQ-3e éd. (Brinker et Squires, 2000) traduit par Bonin et coll., 2000; Schorhaut et coll., 2013)	4 mois-5 ans	10 min/parent	American Academy of Pediatrics Société canadienne de pédiatrie	www.imhpromotion.ca
	Questionnaire sur les étapes de développement socio-émotionnel ASQ-SF-2, (Squires et coll., 2003)	4 mois-5 ans	10 min/parent	American Academy of Pediatrics Société canadienne de pédiatrie	www.imhpromotion.ca
	Wippsing Distric, Developmental Screen (NDD5.ca)	1 mois-6 ans	10 min/parent	American Academy of Pediatrics Société canadienne de pédiatrie	www.nddscreen.com
	Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS) (Glascoe et coll.) PEDS Developmental Milestones (Screening Version) (PEDS-DM)	1 mois-6 ans	10 min/parent	Ministère Services à l'enfance et à la jeunesse de l'Ontario American Academy of Pediatrics	www.peetest.com www.cdchbons-chusante-justice.org
Troubles anxieux (TA)	Échelle d'anxiété narrative pour enfants révisée (R-CMS) (Reynolds et Richmond, 2000) validée au Québec - 8-13 ans	6-13 ans	10-15 min	CEOSMSA (1) (Bouvard et coll., 2008, pp.120-121) (Turgeon et Chartrand, 2003a)	www.ecpa.fr
	Stai-Y Inventaire d'anxiété: état-trait Forme Y (Speitberger et coll., 1995) Validée au Québec - 8-13 ans	6-13 ans	10 min	CEOSMSA (1) (Turgeon et Chartrand, 2003b)	www.ecpa.fr
	Questionnaire RCAJS, Échelle d'anxiété et de dépression (Chorpita et coll., 2005)	3-12 ans	15-20 min	CEOSMSA (1)	www.excellenceforchildren-youth.ca
Troubles anxieux (TA) (suite)	Grille d'évaluation des troubles émotionnels chez les jeunes (trad. de Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders SCARED: 58 items (Birmaher et coll., 1997) SCARED-R: 46 items (Muris et coll., 2004) SCARED-R: 21 items Québec et 62 items Belgique)	8-10 ans	15 min	Société canadienne de pédiatrie Validée au Québec (Nerin et Gosselin, 2014, b) Validée en Belgique (Sinau et coll., 2013)	www.researchgate.net
	Questionnaire d'auto-évaluation de la phobie sociale (Connor et coll., 2000)	8-13 ans	15 min 17 questions	Validée (Radorsky et coll., 2006) http://psynet.apa.org/journals/chi/10/4/154/	http://psychologie-gc.ch
	Questionnaire d'agoraphobie		15 questions	Psychologie Genève	http://psychologie-gc.ch
Troubles de l'attachement	Attachement Q-Sort (Pederson et coll., 1990)	9-12 mois	10 min	Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (V)	www.persee.fr
	Attachement Q-Set (Waters, 1997) version 3, en anglais	1-4 ans	10 min	(Jedrej et Rivard, 2014)	
Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments	Cat-26 (Auto-évaluation)	Ados	15 min 26 questions	Société canadienne de pédiatrie, AFA (2010). Validée au Québec (Lochner et coll., 1994)	www.cli-lib.com
	Test de dépistage IAT-2E	Ados	15 min 26 questions	Psychologie Genève	www.amazon.ca
	Les outils d'évaluation des troubles du comportement alimentaire (Chelal, 2013)			(Tracucci, 2013)	http://dumas.ccs4.cnrs.fr
	Auto-questionnaire SCQIF-F (Norgan et coll., 1999, 2000)		5-10 min	Haute Autorité de Santé de France (Tracucci, 2013)	http://dumas.ccs4.cnrs.fr

Troubles du spectre de l'autisme (TSA)	ADOS-2 Échelle d'observation pour le diagnostic de l'autisme (Lord et coll., 2015) Adapté selon DSM-5 et CIM-10	Enfants Adultes	30-45 min	I.N.S.E.R.M., 2009 CISOMEA(1)	www.hogrefe.fr
	ADOS-2 Mise à jour : Le kit toddler (Lord et coll., 2015) Adapté selon DSM-5 et CIM-10	12-30 mois	3 modules	(I.N.S.E.R.M., 2009)	www.hogrefe.fr
	ADOS-2 M-CHAT (Robins, Fein, Barton, 2009)	15-30 mois	15 min		http://mchatscreen.com www.hogrefe.fr
TSA : Évaluation des capacités émergentes	Questionnaire de communication sociale (SCR) (Rutter et coll., 2013)	Enfants (4 ans +) Ados	10 min	MéTSA 2014	www.ipcnadacom
	ADI-R: Entretien semi-structuré pour le diagnostic de l'autisme (Rutter et coll., 2011)	Âge mental de 2 ans +	1h30-2h30	CISOMEA(1)	www.hogrefe.fr
	Échelle d'évaluation de l'autisme infantile (CARS-2) (Schopler et coll., 2010)	2 ans à l'âge adulte	15 min	HAS-ANESM, 2012b	www.fichier-pdf.fr
	Enfants : PEP-3 : Profil psychopédagogique (Lanning et coll., 2010)	6 mois-12 ans	60 min et plus	HAS-ANESM, 2012a	www.autismdiffusion.com
	Adolescents/adultes : AAPEP : Profil psychopédagogique pour adolescents et adultes (Nesibov et coll., 1997)	Ados Adultes	60 min et plus	HAS-ANESM, 2012a	www.autismdiffusion.com
	Vineland - II (Spanow et coll., 2015) (entrevue semi-structurée ou questionnaire pour les parents ou les intervenants)	Enfants Ados Adultes	60 min et plus	Hyans et coll. (non daté) www.epa.fr/uploaded/emailing/etude_valdaboie_normes_francaises.pdf	www.ecpa.fr
	Bayley- III (Bayley, N., 2006)	Enfants 1-42 mois	15-25 min	www.epa.fr/uploaded/emailing/etude_valdaboie_normes_francaises.pdf	www.pearsonclinical.ca
Dépression (D)	Inventaire de dépression chez l'enfant (Moor et Mack, 1982 ; Kovacs et Beck, 1977)	8-13 ans	5-10 min	Gournier et coll., 2012	Bouvard et coll., 2008, pp. 164-168
	Inventaires Beck Youth, 1 ^{re} édition (Beck et coll., 2005)	7-18 ans	5-10 min		www.pearsonclinical.ca
	Questionnaire sur la santé du patient-9 (PHQ-9) (Spitzer et coll., 1999 ; Razefort et Bélangier, 2012, version française)	13-19 ans	5-10 min	CISOMEA(1)	www.refugeehealth.ca
	Children's Depression Inventory Self Report (CDI-2-SR) (Kovacs, 2010)	7-17 ans	20 min		www.ipcnadacom
	Échelle de dépression pour adolescents de Kutcher (KADS) (Kutcher et Chevli, 2009)	12-22 ans	10 min	Sun Life Chair in Adolescent Mental Health	http://teenmentalhealth.org
	Échelle de dépression d'Hamilton (Hamilton, 1960)	Ados	10 min		http://cercle-d-excellence-psy.org
	Manuel Échelle de dépression d'Hamilton	Ados			http://cercle-d-excellence-psy.org
	Échelle Adolescent Depression Rating Scale (version patient)	Ados	10 questions	Haute Autorité de Santé, 2014d	www.has-sante.fr
	Échelle Adolescent Depression Rating Scale (version parent)	Ados	10 questions	Haute Autorité de Santé, 2014d	www.has-sante.fr
Échelle de dépistage TST-CAFARD	Ados	2 questions	Haute Autorité de Santé, 2014d	www.has-sante.fr	

Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress	› Juvenile Victimization Questionnaire (Finkelhor et coll., 2005, version française : protocole d'entretien)	12-17 ans	2 h +		www.inh.edu
	› Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) (Briere, 1996)	8-16 ans	15-20 min 54 ou 44 questions	Tarcole et Pottie, 2012	www.hogrefe.co.uk
	› Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYL) (Briere, 2005)	3-12 ans	25 min 90 questions	Tarcole et Pottie, 2012	www.hogrefe.co.uk
	› BRIEF : Inventaire d'évaluation comportementale des fonctions exécutives (Gioia et coll., 2014)	5-18 ans	20 min 86 questions		www.hogrefe.fr
	› Inventaire du syndrome de stress post-traumatique chez l'enfant (PTSD) (Sagh, 2004)	6-18 ans	5-20 min	CIOSMA(1)	www.pearsonclinical.ca
	› Clinician-Administered PTSD Scale - Child and adolescent (version CAPS-CA-5) (Pynoos et coll., 2015)	7 ans +	20 min 30 questions du DS4-5	National Center for PTSD www.ptsd.va.gov	www.ptsd.va.gov
	› Inventaire de détresse périnatale (PDI)	Ades	5 min 13 questions	Hôpital Douglas et Université McGill	www.info-trauma.org
	› Questionnaire des expériences de dissociation périnatale (QEDP)	Ades	5 min 10 questions	Hôpital Douglas et Université McGill	www.info-trauma.org
Stress chez les parents de jeunes enfants	› Indice de stress parental - 4 (ISP-4) (Abidin, 1986)	Parents d'enfants de 12 ans +	10-30 min	American Academy of Pediatrics (Lacharité, Étner, Piché, 1992)	http://irpcanada.com
Trouble bipolaire (TB)	› Échelle de dépression bipolaire (BDKS) (Beck et coll., 2005)		10 min 20 questions		www.berwonhealth.org.au/bdrs
Trouble des conduites (TC)	› ASEBA: Système d'évaluation empirique Achenbach. (Module scolaire 6-18 ans, inventaire des comportements, formule d'auto-évaluation et d'évaluation par le professeur.) (Achenbach, 1991)	6-18 ans	20-40 min	American Academy of Pediatrics (Fombonne et coll., 1998) (Beuvar et Cotruix, 2002)	Beuvar et coll., 2008, pp. 101-109 www.irpcanada.com
	› Échelle d'évaluation Conners -5 (3e édition) (Conners, 2008)	6-18 ans Parents + Enseignants	20 min		www.irpcanada.com
Trouble d'opposition avec provocation	› ASEBA: système d'évaluation empirique Achenbach. (Module scolaire 6-18 ans, inventaire des comportements, formule d'auto-évaluation et d'évaluation par le professeur.) (Achenbach, 1991)	6-18 ans	20-40 min	American Academy of Pediatrics (Fombonne et coll., 1998) (Beuvar et Cotruix, 2002)	www.irpcanada.com
	› Échelle d'évaluation Conners -1 (3e édition) (Conners, 2008)	Parents + Enseignants	20 min		www.irpcanada.com
	› ODD/26 - Échelle d'évaluation pour le parent/enseignant	6-18 ans	30 min	CADRA (2014)	www.oddrca

Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH)	• Echelle d'évaluation Conners-3 (3 ^e édition) (Conners, 2008)	Parents • Enseignants 6-18 ans	20 min	American Academy of Pediatrics CEOSMEA (1) (CADDRA, 2011a)	www.ipcsnada.com
	• Weiss Symptom Record (non validée en français)	Auto-évaluation 8-18 ans	20 min 30 min	Société canadienne de pédiatrie (CADDRA, 2011a)	www.pearsonassess.ca
	• Weiss Functional Impairment Rating Scale (non validée en français) Auto-évaluation	Enfants Ados Version parent	30 min 30 min	Société canadienne de pédiatrie (CADDRA, 2011a)	www.caddra.ca
	• SNAP-IV 2 ^e Échelle d'évaluation pour le parent/professeur	Enfants • Ados	30 min	CADDRA, 2011a	www.caddra.ca
	• Formulaire CADDRA pour l'évaluation par l'enseignant	Enfants • Ados	30 min	CADDRA, 2011a	www.caddra.ca
Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)	• Echelle d'obsession-compulsion de Yale-Brown (Mollard et coll., 1987)	Ados	30 min	Suggéré par Bouvard 2006	Liste des obsessions compulsions issues de la YBOCS Bouvard, 2006, pp. 48-52 http://psychologie-pe.ch
	• TOC (chez les enfants et les adolescents) (Uher et coll., 2007) (non validé)	Jeunes	10 min	esartementale.ca	www.esartementale.ca
Troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques	• CAARMS (version française) (Krebs et coll., 2014)	Ados	27 items 30 min	L'Encéphale (2014) 40 (6), 447-456	www.em-consulte.com
	• SANS échelle (Andreasen, 1981a)	Ados	25 items 30 min	Lecrubier et Bayer (1987), Psychiatrie et Psychobiologie, 2, 414-423	http://cercle-d-excellence-psy.org
Troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques (suite)	• SANS Manual (Andreasen, 1981b)				http://cercle-d-excellence-psy.org
	• SAPS échelle (Andreasen, 1984b) (Échelle d'appréciation des symptômes positifs)	Ados	34 items 15-40 min	Bayer et Lecrubier, 1987, « La SAPS », Psychiatrie et Psychobiologie, 6, 425-438	http://cercle-d-excellence-psy.org
	• SAPS Manual (Andreasen, 1984b)				http://cercle-d-excellence-psy.org
	• APA (2015) Évaluation dimensionnelle de la sévérité des symptômes psychotiques par le clinicien	Ados et Adoles	35 min	American Psychiatric Association	APA, (2015), DSM-5, pp. 878-74
	• SPRS-1(A) (Mouffak et coll., 2010)	Ados	30 min 24 items	L'Encéphale (2007) 36, (4), 234-307	www.sciencedirect.com
	• SSP1 (Bouvard et coll., 2007)	Ados	15-30 min 20 items	L'Encéphale (2007) 33 (5), 744-756	www.em-consulte.com
	• PSYRAIS (Farrod et coll., 2012)	Ados	17 items 20 min	BMC Psychiatry (2012), 12, 161-158	www.seretabli.net
	• CAPE-12 (Brenner et coll., 2007)	Jeunes proches, Intervenants	42 items 30 min	Schizophrenia Research 95, 86-95 https://academic.oup.com	http://cape42.homestead.com
	• PANSS (Kay et coll., 1987; Lannon et coll., 1997; Guelfi, 1997) (Très utilisée en recherche)	Ados	30 items 45 min	Schizophr Bull 13 (2), 261-76 L'Encéphale (1999) 23 (1), 1-9	http://www.panss.org
	• Refer-O-scope (Société québécoise de la schizophrénie instrument non validé)	Jeunes Familles Professionnels	30 min	Société québécoise de la schizophrénie	www.refer-o-scope.com

1. CEOSMEA: Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents. www.excellencepourenfantsados.ca

1. La prudence est de mise dans l'utilisation des différents outils qui ne tiennent pas compte de la nouvelle nomenclature de classification du DSM-5.

Ressources et sites Web portant sur la santé mentale et les troubles mentaux des enfants et des adolescents

Associations et regroupements en santé mentale

Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
www.cacap-acpea.org/fr/cacap/Pour_nous_joindre_p801.html

Association canadienne pour la santé mentale
www.cmha.ca/fr/sante-mentale/

Association des médecins psychiatres du Québec
<http://ampq.org/>

Association québécoise des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale (AQPAMM)
www.aqpamm.ca

Centre de communication en santé mentale (CECOM)
<http://cecom.qc.ca/boutique>

Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents (CHEO)
www.excellencepourenfantsados.ca

Centre national d'excellence en santé mentale du Québec
www.douglas.qc.ca/section/cnesm-298

Commission de la santé mentale du Canada
www.mentalhealthcommission.ca/Francais

CRDITED de la Mauricie et du Centre-du-Québec — Institut universitaire
www.crditedmcq.qc.ca

Écoute Entraide
Ligne d'écoute et groupes d'entraide
www.ecoute-entraide.org/

Esantementale.ca (2013). La santé mentale et les maladies mentales chez les enfants et les adolescents: Renseignements à l'intention des parents et des aidants
www.esantementale.ca/Ottawa-Carleton/Sante-mentale-et-les-maladies-mentales-enfants-adolescents/index.php?m=article&ID=13037

Fédération des familles et des amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM)
www.ffapamm.com/

Fondation des maladies mentales du Québec. Répertoire provincial des ressources en santé mentale
www.fondationdesmaladiesmentales.org/soutien-et-ressources-en-sante-mental.html

Haute Autorité de Santé
www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249740/fr/

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
www.inserm.fr/

International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions
<http://iacapap.org/iacapap-textbook-of-child-and-adolescent-mental-health/>

Laboratoire de recherche sur la santé mentale des jeunes en contexte scolaire
<http://www.labomarcotte.ca/>

Ordre des psychologues du Québec
www.ordrepsy.qc.ca/

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
www.otstcfq.org/

Organisation mondiale de la santé. La santé mentale renforcer notre action
www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr

Portail santé mieux-être
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
<http://sante.gouv.qc.ca/>

Santé mentale pour enfants Ontario
<http://cmho.org/>

Société canadienne de psychologie
www.cpa.ca/lapsychologiepeutvousaider/

Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associées
<http://sfpeada.fr/>

Sunderland, K., Windy, M. et Commission de la santé mentale du Canada (2013). Lignes directrices relatives au soutien par les pairs-pratique et formation
www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Peer_Support_Guidelines_FRE_0.pdf

Teen Mental Health
www.teenmentalhealth.org

Cliniques et centres hospitaliers spécialisés

Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (CHEO)
www.cheo.on.ca/fr/home

Clinique d'intervention précoce (CIP) Hôpital Rivière-des-Prairies
<http://hrdp.qc.ca/fr/soinsservices/nav/progneuro/cip.html>

Clinique psychiatrique de la petite enfance (CPPE) Hôpital Rivière-des-Prairies
<http://hrdp.qc.ca/fr/soinsservices/nav/progneuro/cppe.html>

Clinique spécialisée de psychiatrie 6-18 ans CHU Sainte-Justine
www.chusj.org/fr/soins-services/P/Psychiatrie?viewContact=13470

Institut universitaire en santé mentale de Montréal
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

www.iusmm.ca/hopital/actualites/lhopital-louis-h-lafontaine-designe-institut-universitaire-en-sante-mentale.html

Institut universitaire en santé mentale de Québec
www.institutsmq.qc.ca/

Institut universitaire en santé mentale Douglas
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

www.douglas.qc.ca/info_sante/troubles

National Institute of Mental Health
www.nimh.nih.gov/health/publications

Programme de pédopsychiatrie 0 à 17 ans
Institut universitaire en santé mentale Douglas
www.douglas.qc.ca/section/pedopsychiatrie-141

Dépression et troubles bipolaires

Clinique des troubles de l'humeur (CTH) Hôpital Rivière-des-Prairies
<http://hrdp.qc.ca/fr/soinsservices/nav/troublesaffectifs/cth.html>

France-Dépression
Association française contre la dépression et les troubles bipolaires
www.france-depression.org

Programme troubles bipolaires
Institut universitaire en santé mentale Douglas
Guide pour la famille et les proches de personnes atteintes de troubles bipolaires
www.douglas.qc.ca/publications/52/file_fr/bipolar-guide-fr.pdf

Revivre
Anxiété – Dépression - Bipolarité
www.revivre.org

Mutisme sélectif

Hébert, A (2002). *Comprendre le mutisme sélectif: Quand les mots ne veulent simplement pas sortir*

<http://aqps.qc.ca/public/publications/bulletin/15/15-2-06.html>

Ouvrir la voix

<http://ouvrirelavoix.sitego.fr/le-kit-ecole.html>

Troubles anxieux

Association canadienne des troubles anxieux

www.anxietycanada.ca/french/

Association canadienne pour la santé mentale Section «Les troubles anxieux»

www.cmha.ca/fr/sante-mentale/comprendre-la-maladie-mentale/les-troubles-anxieux/

Clinique d'intervention auprès des jeunes ayant des troubles anxieux (CITA) Hôpital Rivière-des-Prairies

<http://hrdp.qc.ca/fr/soinsservices/nav/troublesaffectifs/cita.html>

Clinique spécialisée des troubles anxieux CHU Sainte-Justine

www.chusj.org/fr/soins-services/P/Psychiatrie?viewContact=13472

Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress

Basics of trauma inform care

www.healthcaretoolbox.org/

Centre d'études sur le stress humain

www.stresshumain.ca/

Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel. *Les agressions sexuelles c'est non. Ensemble réagissons!*

www.rqcalacs.qc.ca/

Centre d'études sur le trauma
Centre de recherche de l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal
www.trauma-ptsd.com/fr/cet

Centre d'études sur le trauma
Institut universitaire de santé mentale de Montréal
www.plusqu1souvenir.ca/

Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance
www.chaire-maltraitance.ulaval.ca/

I-Trauma (site interactif)
Institut universitaire en santé mentale Douglas
www.info-trauma.org

Observatoire sur la maltraitance envers les enfants
<http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Accueil.aspx>

Traumatys
www.traumatys.com

Troubles de la conduite alimentaire

Anorexie et Boulimie Québec (ANEB)
www.anebquebec.com/

Association française pour le développement des approches spécialisées des troubles du comportement alimentaire (AFDAS-TCA)
www.anorexiéboulimie-afdas.fr/

Association québécoise des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale
Section «Les troubles alimentaires»
www.aqpamm.ca/ressources/fiches-maladies/les-troubles-alimentaires

Équilibre
Programme «Bien dans sa tête, bien dans sa peau»
www.equilibre.ca/programmes-et-ateliers/bien-dans-sa-tete-bien-dans-sa-peau

Fédération Nationale d'Associations TCA
www.fna-tca.fr/index.php?aff=medias

La Maison l'Éclaircie
www.maisoneclaircie.qc.ca

Programme des troubles de l'alimentation
Institut universitaire en santé mentale Douglas
www.douglas.qc.ca/page/programme-troubles-alimentation

Programme d'intervention des troubles des conduites alimentaires (PITCA)
www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/nos-services/services-psychosociaux-et-sante-mentale/programme-dintervention-des-troubles-de

Thérapie familiale selon approche de Maudsley
www.maudsleyparents.org (en anglais)

Troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites

TOP

Centre de Psycho-Éducation du Québec (CPEQ) Programmes de formation «Brindami» et «Fluppy»

www.cpeq.net/offre/programmes/brindami/
www.cpeq.net/offre/programmes/fluppy/

Comprendre le trouble oppositionnel avec provocation Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario

www.cheo.on.ca/uploads/Mental%20Health/CHEO_understanding_ODD_fr_print.pdf

Information sur le trouble oppositionnel avec provocation Hôpital Rivière-des-Prairies

<http://hrdp.qc.ca/fr/maladies/nav/pedo.html?page=details.jsp&iddoc=107380>

Programme «ÉQUIPE»
www.programmeequipe.com
www.rfts.ca/cope/ (en anglais)

Programme de pratiques positives parentales Triple P de l'Ontario
www.tripleontario.ca/fr/home.aspx

Troubles des conduites

André Thomassin et Centre jeunesse de Montréal - Institut Universitaire (2008). *«Ces années incroyables» : Un programme d'entraînement aux habiletés parentales pour les parents d'enfants âgés de 5 à 10 ans qui présentent des troubles de la conduite*

http://observatoiremaltraitance.ca/Documents/Ces_annees_incredibles_Programme_2010-12-07.pdf

Centre de Psycho-Éducation du Québec Programme de formation «Brindami» et «Fluppy»

www.cpeq.net/

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM, 2005). Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent: Expertise collective

www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/60#

Programme «ÉQUIPE»

www.programmееquipe.com

www.rfts.ca/cope/ (en anglais)

Troubles du spectre de l'autisme

AFD Édition

www.autismediffusion.com

Troubles neurodéveloppementaux

Troubles du spectre de l'autisme

Autisme France

www.autisme-france.fr/

Autisme-France (2012). Recommandations de bonnes pratiques pour les enfants et adolescents autistes ou TED. Mode d'emploi à destination des familles

www.autisme-france.fr/offres/doc_inline_src/577/Brochure+recommandations+der.pdf

Autistes sans frontières

www.autistessansfrontieres.com/

Centre intégré du réseau en neurodéveloppement de l'enfant (CIRENE)
CHU Sainte-Justine

www.chusj.org/fr/soins-services/N/Neurodeveloppement

Chaire de recherche du Canada en intervention précoce

https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw030?owa_no_site=1749

CRDITED de la Mauricie Centre-du-Québec-Institut Universitaire.

www.crditedmcq.qc.ca/fr/qui_sommesnous/ciuss_mcq.asp

Fédération québécoise de l'autisme (ressources par région)

www.autisme.qc.ca

Fédération québécoise de l'autisme (programmes d'intervention et scénarios sociaux)

www.autisme.qc.ca/TED/programmes-et-interventions/methodes-educatives/les-scenarios-sociaux.html

Troubles du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH)

André Thomassin et Centre jeunesse de Montréal - Institut Universitaire (2008). «*Ces années incroyables*»: Un programme d'entraînement aux habiletés parentales pour les parents d'enfants âgés de 5 à 10 ans qui présentent des troubles de la conduite.

http://observatoiremaltraitance.ca/Documents/Ces_annees_incredibles_Programme_2010-12-07.pdf

Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Alliance (CADDRA, 2011a). *Lignes directrices canadiennes pour le TDAH*, 3^e édition.

www.caddra.ca/fr/directrices

Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Alliance (CADDRA, 2011b). *Trousse d'évaluation du TDAH*.

www.caddra.ca/fr/directrices/trousse-elargie

Centre intégré du réseau en neurodéveloppement de l'enfant (CIRENE)
CHU Sainte-Justine

www.chusj.org/fr/soins-services/N/Neurodeveloppement/A-propos-de-CIRENE

Clinique Focus

www.cliniquefocus.com/tdha-trucs-pratiques.php

Clinique des troubles de l'attention (CTA) Hôpital Rivière-des-Prairies
<http://hrdp.qc.ca/fr/soinsservices/nav/progneuro/cta.html>

Programme «ÉQUIPE»
www.programmeequipe.com
www.rfts.ca/cope/ (en anglais)

Regroupement des associations PANDA du Québec (TDAH)
www.associationpanda.qc.ca/

TDAH Québec
www.tdahquebec.com

Troubles obsessionnels-compulsifs

Centre d'études sur les troubles obsessionnels-compulsifs et les tics Institut universitaire en santé mentale de Montréal
www.iusmm.ca/cetoc.html

Fondation québécoise pour le trouble obsessionnel compulsif
www.fqtoc.com/

Troubles psychotiques

Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques
www.aqppep.ca

Clinique RAP: Programme de réadaptation accompagnée pour vaincre la psychose (14-30 ans). CISSS de Rimouski-Neigette
www.cisss-bsl.gouv.qc.ca/vivre-en-sante/services-sociaux/sante-mentale

Interventions thérapeutiques, réadaptation psychosociale, rétablissement

Association for Behavioral and Cognitive Therapies et Society of Clinical Child and Adolescent psychology, Division 53, Evidence-Based Mental

Health Treatment for Children and Adolescents
www.effectivechildtherapy.com

Association française de thérapie comportementale et cognitive
www.aftcc.org

Association pour l'étude, la modification et la thérapie du comportement
www.aemtc.ulg.ac.be

Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale (CÉRRIS)
www.iusmm.ca/le-cerris.html

Collectif pour l'accès à la psychothérapie (CAP)
<http://capqc.ca/>

Commission de la santé mentale du Canada (CSMC, 2014b). Déclaration d'engagement envers le rétablissement
www.mentalhealthcommission.ca/Francais/media/3423

Ordre des psychologues du Québec (2012). La psychothérapie: Se poser les bonnes questions
www3.ordrepsy.qc.ca/pdf/0Publ_Depl_Revivre.pdf

Sunderland, K., Windy, M. et Comité de direction sur le soutien par les pairs, Commission de la santé mentale du Canada (2013). Lignes directrices relatives au soutien par les pairs - pratique et formation, Calgary: Commission de la santé mentale du Canada.
www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Peer_Support_Guidelines_FRE_0.pdf

Droits en santé

Ménard et Martin avocats: Vos droits en santé
www.vosdroitsensante.com/

Ministère de la santé et des services sociaux: S-4.2. Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec.
<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-4.2>

Droits en santé mentale

Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec. «L'ABC de l'autorisation judiciaire de soins: Je me renseigne, je me prépare» Guide d'information.

www.agidd.org/?publications=labc-de-lautorisation-judiciaire-de-soins-je-me-renseigne-je-me-prepare

Ministère de la Santé et des services sociaux (2009). *Guide pratique sur les droits en santé mentale*, Direction des communications.

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-914-05F.pdf>

Signaux d'alerte d'un trouble mental possible¹

Dans les deux dernières semaines, le jeune a-t-il manifesté :	Oui	Non
Une tendance à s'isoler de ses pairs ?		
Un désintérêt pour l'école, notamment caractérisé par une baisse inexplicable de ses résultats scolaires ?		
Une plus grande tristesse, et ce, pendant plusieurs heures ?		
Des troubles importants du sommeil ?		
Des troubles importants de l'appétit (manger trop ou trop peu) ?		
Un relâchement de son hygiène personnelle ?		
Des problèmes de concentration, de mémoire ou des difficultés récentes à expliciter son point de vue ?		
Des craintes ou de la méfiance exagérée à l'égard des autres ?		
L'impression de se sentir invincible ou d'être investi de pouvoirs quelconques ?		

Une perte d'initiative ou de plaisir à participer à des activités jadis prisées de sa part ?		
Des hallucinations visuelles ou auditives ?		
De fréquents accès de rage ou de colère ?		
Une préoccupation plus importante pour sa santé (par ex., des douleurs à l'estomac, des migraines, etc.) ?		
Des craintes ou des peurs qui l'empêchent d'effectuer ses activités habituelles ?		
Une tendance à fuir ou à éviter les endroits publics, la présence de groupes ou à s'absenter de l'école ?		
Des inquiétudes en regard de choses mauvaises qui pourraient lui arriver ?		
Un regard fuyant ?		
Des comportements agressifs ?		
Des délits (vols, vandalisme, etc.) ?		
Un discours ou des pensées bizarres ?		
Des idées suicidaires ?		
Des comportements dangereux pour lui-même ?		
Une énergie débordante qui se manifeste par l'entreprise de beaucoup plus de projets ?		
Une tendance à présenter des comportements non sécuritaires qui mettent la vie des autres en danger (intimidation, abus physiques ou sexuels, cruauté envers les animaux, utilisation d'armes, jeu avec des allumettes) ?		
Une série de comportements identiques qu'il répète fréquemment ?		
Une préoccupation marquée pour une partie de son visage ou de son corps ?		
Une tendance à se rebeller ?		
Le jeune s'est-il adonné à :		
Des délits (vols, vandalisme, etc.) ?		
Une consommation excessive d'alcool ?		
Une consommation de drogues ?		

1. www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Peer_Support_Guidelines_FRE_0.pdf

La réponse positive à plusieurs questions de l'annexe 3 constitue: 1) un indice sur la pertinence de lire l'ouvrage cité afin de mieux comprendre la problématique de votre enfant ou adolescent; 2) de consulter un professionnel de la santé (médecin, psychologue) pour procéder à une évaluation plus exhaustive. Ce questionnaire est un outil non validé scientifiquement et se doit d'être analysé par

un professionnel de la santé compétent. La prudence est de mise avant de tirer quelque conclusion que ce soit.

Glossaire

Alliance thérapeutique: Elle représente les engagements du patient et du thérapeute à l'égard du déroulement et de la finalité de la thérapie. Elle est empreinte d'empathie, de relation d'aide et de transfert (Collot, 2011). Dans un souci mutuel de collaboration, les objectifs de la thérapie sont généralement clairs, bien compris et acceptés par les deux parties. L'accueil et l'écoute du client demeurent la toile de fond de l'intervention pour créer et maintenir cette alliance.

Analyse appliquée du comportement (AAC) (en anglais: Applied Behavior Analysis): Voir «Thérapie comportementale».

Analyse fonctionnelle: D'orientation cognitivo-comportementale, cette procédure utilisée dans la thérapie comportementale cherche à comprendre ce qui s'est passé immédiatement avant et immédiatement après l'émission du comportement inapproprié du jeune, et ce, par l'étude des relations fonctionnelles entre le comportement du jeune et celles de son environnement. (L'Abbé, Morin et Prud'Homme, 1994; Morin et coll., 2000; Willaye et Magerotte, 2003, 2008).

Analyse transactionnelle: (Efficacité: trouble des conduites) D'orientation existentielle-humaniste, cette thérapie s'intéresse particulièrement à l'analyse des relations sociales de la personne. Elle cherche à comprendre comment les échanges verbaux et non verbaux perturbent son fonctionnement harmonieux. Elle invite la personne à prendre conscience de ses comportements et à en dégager les attitudes problématiques. Elle l'aide à reconstituer des interrelations plus saines qui lui procureront une vie plus satisfaisante (Berne, 1983, 1988; Institut Français de l'Analyse Transactionnelle [www.ifat.net]).

Anxiété: Sentiment d'un danger ou d'un malheur anticipé imminent accompagné d'un état de malaise, d'agitation ou de détresse émotionnelle

importante.

Approche (ou orientation) cognitivo-comportementale: Voir «Thérapie cognitivo-comportementale».

Approche (ou orientation) existentielle-humaniste: Voir «Thérapie existentielle humaniste».

Approche (ou orientation) psychodynamique-analytique: Voir «Thérapie psychodynamique».

Approche (ou orientation) systémique-interactionnelle: Voir «Thérapie systémique-interactionnelle», «Thérapie multisystémique» et «Thérapie interactionnelle systémique».

Arrêt de pensée: (Efficacité: trouble de stress post-traumatique)
D'orientation cognitivo-comportementale, cette intervention fait en sorte, pour le thérapeute, de demander au patient d'imaginer diverses situations ou comportements qui le perturbent et de lui faire savoir (par ex., en levant son index) qu'il ressent de l'anxiété dès que celle-ci l'envahit. Puis, il empêche l'individu de penser à cette situation en lui disant: «Arrête d'y penser» ou «Stop». Il suggère à la personne d'expérimenter cette procédure dans son quotidien.

Attention conjointe: Elle est utilisée pour favoriser l'apprentissage de la communication et des habiletés sociales du jeune. Elle consiste à orienter l'attention de celui-ci et de l'intervenant vers des intérêts ou objets communs (par ex., le contact par le regard, le fait de fixer un regard réciproque en direction de l'objet désiré), et ce, pour établir une interaction sociale.

Autogestion des soins: La plupart des guides d'autogestion de soins, fondés sur les données probantes, sont d'orientation cognitivo-comportementale. Il existe également des programmes interactifs en ligne. De tels guides existent pour soutenir les personnes aux prises avec une dépression ou des troubles anxieux.

Bibliothérapie: Liste de lectures permettant de mieux composer avec un trouble mental.

Comportements catatoniques: Ces comportements se caractérisent par une perturbation psychomotrice importante qui comporte une immobilité motrice, une activité motrice excessive, une opposition extrême, un mutisme ou des comportements singuliers comme des répétitions de mots ou de phrases.

Désensibilisation systématique: (Efficacité: phobie spécifique)
D'orientation cognitivo-comportementale, cette intervention amène d'abord la personne à identifier les comportements ou situations anxigènes qui la perturbent. Puis, après un entraînement à la relaxation, le thérapeute lui demande de placer ceux-ci par ordre décroissant (de la moins anxigène à la plus anxigène). Après avoir

enseigné à l'individu une méthode de relaxation, il présente graduellement (en imagination ou en situation réelle *in vivo*) les différentes situations ou comportements anxigènes au fur et à mesure des rencontres, jusqu'à ce que la dernière situation anxigène soit maîtrisée (c'est-à-dire qu'elle ne fasse plus l'objet de ses craintes ou de ses comportements d'évitement).

Discrimination: «La discrimination réside dans le fait de traiter différemment, moins bien ou mieux, une personne par rapport à une autre dans une situation comparable. Il s'agit ainsi de la restriction ou de l'élargissement des droits de cette personne par rapport aux autres» (Giordana, 2010).

Exercice physique: (Efficacité: trouble du déficit d'attention avec hyperactivité) La pratique régulière d'activité physique d'intensité variée (selon la santé de la personne) favorise une bonne santé mentale et aide au rétablissement des personnes atteintes d'un trouble mental.

Exposition et prévention de la réponse: (Efficacité: troubles anxieux, phobie spécifique, anxiété généralisée, trouble obsessionnel-compulsif)
D'orientation cognitivo-comportementale, cette procédure consiste à amener graduellement le jeune à s'empêcher d'effectuer les comportements inappropriés ou ritualisés (par ex., les gestes compulsifs, un rituel de comportements, etc.) auxquels il avait recours habituellement pour contrôler son anxiété. Après avoir décrit avec le jeune les situations redoutées ainsi que les rituels auxquels il a recourt, le thérapeute lui demande d'affronter (exposition) ces situations anxigènes (soit en

imagination ou en situation réelle in vivo), et ce, en l'empêchant de reproduire le rituel. Le jeune apprend ainsi progressivement à tolérer sans anxiété les situations qui lui procuraient auparavant de l'anxiété (prévention de la réponse).

Illusions: Elles consistent en des perceptions déformées d'objets ou de personnes de l'environnement. Les stimuli visuels ne sont pas perçus tels qu'ils le sont dans la réalité (par ex., le jeune a l'impression que les yeux de ses toutous scintillent ou que les objets se déplacent).

Imagerie mentale positive: (Efficacité: trouble de stress post-traumatique) D'orientation cognitivo-comportementale, cette procédure consiste, pour le thérapeute, à inviter le client à se détendre et à lui suggérer d'imaginer et de revivre aussi fidèlement que possible la situation problématique. Durant le processus, il lui demande de décrire ses pensées. Les pensées et croyances dysfonctionnelles évoquées constitueront des objectifs thérapeutiques à modifier. L'imagerie mentale s'utilise également pour favoriser l'apprentissage de nouveaux comportements. Elle s'apparente dès lors avec la visualisation, une procédure utilisée dans la psychologie sportive et par laquelle la personne est appelée à décortiquer chacun de ses gestes en vue de l'atteinte de l'objectif final: la victoire.

Intervention comportementale intensive (ICI): D'orientation cognitivo-comportementale, cette intervention est fondée sur les principes de l'analyse appliquée du comportement (AAC) ou (ABA: Applied Behavior Analysis). Elle consiste à «fixer des objectifs limités, accessibles et progressifs; enseigner des attitudes correctes pour les atteindre, encourager et récompenser le succès (Poirier et Kosminski, 2011)». L'ICI est l'application structurée, individualisée et intensive de la thérapie comportementale* préconisée par Lovaas en 1987 (révisée en 2003) et bonifiée en y ajoutant l'apprentissage des habiletés sociales (Sallows et Graupner, 2005; Cohen et coll., 2006a).

Interventions éducatives comportementales générales: Ces approches éclectiques, utilisées en milieux de garde ou scolaires, sont pour la plupart basées sur les principes de l'Analyse appliquée du comportement (AAC) ou de l'approche TEACCH. L'élaboration du plan d'intervention s'effectue à

la suite d'une analyse fonctionnelle du comportement. Différentes stratégies d'enseignement peuvent être utilisées:

1- L'enseignement par essais distincts (*Discrete Trial Teaching*)

Approche individualisée pour enseigner diverses habiletés ou comportements dans un temps défini. L'enseignement d'un comportement ou d'une habileté que l'on souhaite voir apparaître chez le jeune est décomposé en petites étapes. On présente à l'enfant une consigne, on enregistre sa réponse et on la fait suivre d'une conséquence positive s'il respecte la consigne demandée. Sinon, on l'aide en lui fournissant une incitation verbale ou gestuelle pour qu'il émette la réponse désirée.

2- L'enseignement fortuit (*Incidental Teaching*)

Cet enseignement s'utilise dans le contexte naturel du déroulement d'une journée et présente toutes sortes de situations (farfelues ou autres) pour susciter chez le jeune une initiative de communication (par ex. l'intervenant place un objet à la vue de l'enfant, mais trop haut pour qu'il l'atteigne, forçant celui-ci à faire une demande pour l'obtenir; l'intervenant oublie volontairement de disposer la fourchette sur la table pour que l'enfant en fasse la demande; il enfile (volontairement) les bas sur les mains de l'enfant afin que celui-ci réagisse et démontre que l'intervenant s'est trompé, etc.).

3- L'enseignement des habiletés pivots (*Pivotal Response Training*)

On privilégie l'enseignement prioritaire de comportements pivots, des comportements essentiels qui peuvent regrouper plusieurs comportements secondaires. Par exemple, lever la main peut-être inculqué soit pour poser une question, pour faire en sorte que l'intervenant se dirige vers nous, pour demander de l'aide, pour éviter que tous les élèves accaparent l'enseignant en même temps, etc.). Les comportements pivots s'utilisent dans différents environnements.

Intervention psychosociale: Cette intervention est effectuée par le travailleur social. Celui-ci agit selon les balises du champ d'expertise déterminées par la loi, qui consiste à: «Évaluer le fonctionnement social, déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre ainsi que soutenir et rétablir le fonctionnement social de la personne en réciprocité

avec son milieu dans le but de favoriser le développement optimal de l'être humain en interaction avec son environnement» (Office des professions du Québec, 2012).

Il existe six types de services sociaux généraux offerts dans le cadre de cette intervention: 1) l'accueil, l'analyse, l'orientation et la référence; 2) la consultation téléphonique psychosociale (information sociale); 3) l'intervention de crise dans le milieu 24/7; 4) la consultation sociale; 5) la consultation psychologique; et 6) le volet psychosocial en contexte de sécurité sociale (Gouvernement du Québec, 2013).

Méta-analyse: Cette démarche statistique sert à faire le sommaire des résultats provenant de plusieurs études scientifiques antérieures qui ont analysé un même phénomène ou un même objet. Elle se distingue par son analyse statistique quantitative et comparative des recherches antérieures (L'Abbé et coll., 2005). Cette revue exhaustive et objective permet de s'assurer des meilleures données probantes disponibles.

Modelage (imitation): (Efficacité: troubles anxieux) D'orientation cognitivo-comportementale, cette procédure d'apprentissage social consiste à présenter un modèle que la personne doit chercher à imiter. Ce modèle peut être tiré d'une situation réelle (*in vivo*), d'une présentation audiovisuelle (symbolique) ou d'informations imaginaires racontées par le thérapeute. Il est généralement d'usage de présenter les situations de façon progressive, allant de la moins à la plus stressante, et ce, à mesure que la personne progresse dans sa thérapie.

Modèle de Denver: L'objectif de ce programme est d'apprendre au jeune à gérer ses comportements en développant une meilleure communication. Pour ce faire, on place celui-ci dans diverses situations sociales afin qu'il puisse imiter les comportements. Le Early Start Denver Model (EDSM) (Rogers et Dawson, 2010), qui s'utilise dès l'âge de 12 mois, favorise l'enseignement de l'imitation, des interactions sociales et du partage émotionnel. L'application de l'EDSM par le parent, à raison d'une heure par semaine, mène à des changements durables et à une amélioration des comportements de communication chez l'enfant (Poirier et Rivières-Pigeon, 2013).

Modèle UCLA/Lovas: Ce modèle préconise l'application de façon intensive et individuelle des principes de la modification du comportement (intervention comportementale intensive de plus de 20 heures/semaine). Il favorise l'émergence de nouveaux comportements, le maintien et la généralisation de comportements acquis et la diminution de comportements problématiques nuisant au fonctionnement quotidien, permettant ainsi une meilleure adaptation du jeune.

Modification du comportement (MC): Voir «Thérapie comportementale (TC)».

Prévalence: Nombre de personnes présentant une caractéristique donnée par rapport à l'ensemble de la population observée dans un temps déterminé (par ex, une année).

Prévention: La notion de prévention retenue ici est celle préconisée par le National Institute of Mental Health. Allant au-delà de l'identification des interventions pour prévenir l'apparition d'un trouble mental, elle intègre les interventions de promotion de la santé mentale et englobe à la fois les facteurs de comorbidité, de prévention de la rechute, d'incapacités ainsi que les conséquences du trouble mental pour les proches. Elle souscrit à l'importance de bien renseigner le grand public, à la fois sur ce qu'est la santé mentale et sur les interventions visant à prévenir les troubles mentaux. En misant sur la capacité des jeunes à «rebondir» lorsqu'ils traversent des moments difficiles ou une période de «rétablissement», elle souligne également l'importance de diffuser les stratégies de résilience et d'identifier des programmes de prévention et d'intervention efficaces basés sur les données probantes.

Prévention des troubles mentaux: Cette notion renvoie à la réduction de la fréquence des troubles en agissant sur les facteurs de risque qui menacent la santé mentale des personnes avant que les troubles apparaissent. Elle préconise également un dépistage au début de la maladie à l'aide d'examens médicaux de routine ou par l'utilisation adéquate d'outils de dépistage dont la validité et la fidélité ont été scientifiquement reconnues.

Prodrome: État de malaise précédant un trouble mental et pouvant être observé par la manifestation de signes avant-coureurs de ce trouble. La personne atteinte d'un trouble mental doit apprendre à reconnaître les

signes annonciateurs de sa maladie et à les gérer pour améliorer son mieux-être et, ainsi, éviter une rechute possible. Elle doit également consulter son médecin pour réviser son plan de traitement.

Programme d'habiletés de communication: (Efficacité: trouble des conduites). Ensemble d'activités, d'exercices ou de mises en situation visant le développement des habiletés communicatives du jeune.

Programme de contrôle de la colère: (Efficacité: trouble des conduites). Ensemble d'activités, d'exercices ou de mises en situation visant une meilleure gestion de la colère chez le jeune.

Programme de résolution de problèmes: (Efficacité: trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité [TDAH], trouble oppositionnel avec provocation, trouble des conduites, dépression). Ensemble d'activités, d'exercices ou de mises en situation visant le développement de meilleures stratégies de résolution de problèmes chez le jeune.

Programme d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP): (Efficacité: trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité [TDAH], trouble de l'opposition avec provocation, trouble des conduites). Ensemble d'activités, d'exercices ou de mises en situation visant l'amélioration des habiletés parentales.

Programme d'entraînement aux habiletés sociales (PEHS): (Efficacité: trouble psychotique, trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité [TDAH], troubles anxieux). Ensemble d'activités, d'exercices ou de mises en situation visant le développement de meilleures stratégies d'interactions sociales (par ex., initier une conversation, exprimer ses sentiments ou sa colère adéquatement).

Promotion de la santé mentale: Cette initiative vise le développement, le renforcement et le soutien de la santé mentale des individus de manière à accroître le bien-être personnel et collectif et faire en sorte que l'ensemble d'une population puisse vivre harmonieusement dans sa communauté. Elle met l'accent sur les facteurs de protection des troubles mentaux (par ex., estime de soi, bonne communication interpersonnelle, habiletés sociales, soutien social, bonne gestion du stress, etc.) et sur les déterminants

nécessaires à une bonne santé (alimentation, exercice physique, réduction de la pauvreté, etc.) (OMS, 2016).

Psychoéducation: (Efficacité: trouble bipolaire, trouble psychotique). D'orientation systémique-interactionnelle, la psychoéducation mise sur la collaboration avec la famille dans le processus de rétablissement de la personne atteinte. En informant la famille des complexités de la maladie, le thérapeute favorise non seulement la reconnaissance des signes et symptômes, mais aussi la fidélité au traitement, et le sentiment de contrôle. Les enseignements mettent également l'accent sur les habiletés adaptatives, les interventions précoces, la prévention des rechutes et la gestion de crise. La famille devient ainsi un allié indispensable.

Cette approche cherche du même coup à éduquer ou à former le jeune à gérer sa maladie de la façon la plus autonome possible. Elle peut être prodiguée en situation individuelle ou de groupe. Elle vise à: 1) améliorer la compréhension du jeune concernant sa maladie et souligner la nécessité pour lui de souscrire aux traitements proposés (pharmaceutiques et psychologiques); 2) aider le jeune à détecter les signes précurseurs d'une rechute; 3) l'encourager et le soutenir dans l'adoption de saines habitudes de vie (sommeil suffisant, bonne alimentation, arrêt de la consommation d'alcool et de drogues, etc.); 4) le faire participer à sa réadaptation en renforçant ses capacités d'autonomie et de responsabilisation; et 5) lui apprendre à mieux gérer son stress (Colom et Vieta, 2006).

Psychothérapie: Ce traitement «vise à soulager une souffrance ou une difficulté de nature psychologique. Elle peut s'adresser à toute personne, enfant, adolescent ou adulte, qui souhaite effectuer des changements significatifs dans sa vie afin de se sentir mieux. Cela peut se faire en suscitant des changements de comportements, d'émotions ou d'habitudes, en aidant la personne à trouver des réponses à ses questions, à faire des choix difficiles, à comprendre et/ou à mieux vivre une situation difficile» (www.ordrepsy.qc.ca/fr/public/index.sn).

Réadaptation: «Du point de vue de l'individu atteint de maladie mentale, la réadaptation signifie retrouver et garder espoir, comprendre ses capacités et ses faiblesses, s'engager dans la vie active, retrouver une autonomie

personnelle, une identité sociale, un sens à sa vie et un but dans celle-ci, et une image de soi positive» (OMS, 2013a).

Relaxation: (Efficacité: trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité [TDAH], trouble des conduites, anxiété généralisée, trouble de stress post-traumatique). D'orientation cognitivo-comportementale, cette procédure vise l'atteinte d'une détente musculaire.

Rechute: La rechute est caractérisée par la réapparition des signaux d'alerte (symptômes) présents lors de l'identification de la maladie. Ceux-ci causent une détresse intense et nuisent au fonctionnement quotidien du jeune. Il importe pour le jeune et les proches de bien connaître ces signes précurseurs afin d'adopter des stratégies préventives pour éviter la réapparition de la maladie (ex., prise régulière de la médication, diminution de situations engendrant du stress, etc.).

Réhabilitation psychosociale (ou réadaptation psychosociale): Cette approche consiste à privilégier différentes actions pour faciliter le retour d'une personne à son niveau optimal de fonctionnement et d'autonomie dans la communauté. Elle met l'accent sur les droits, les besoins et les forces de l'individu plutôt que sur sa maladie et lui propose une démarche globale et normalisante lui permettant une meilleure adaptation personnelle. Elle inclut la réadaptation au travail, le logement, les loisirs, l'éducation et une participation active dans sa réadaptation.

Résilience: «La résilience est la capacité de bien se développer et de continuer de se projeter dans l'avenir en présence d'événements déstabilisants, de traumatismes sérieux ou de conditions de vie difficiles» (Papalia et coll., 2014).

Rétablissement: Ce concept ne signifie pas nécessairement «guérison». Il réfère plutôt à la capacité de la personne à mener une vie épanouissante dans sa communauté tout en recherchant à développer son plein potentiel, et ce, malgré certaines limites de sa maladie. En s'appropriant le pouvoir sur sa vie, la personne en améliore la qualité et facilite l'atteinte de ses objectifs et de ses rêves.

Rétroaction biologique: (Efficacité: trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité [TDAH]). D'orientation cognitivo-comportementale, cette

procédure consiste à mesurer l'état physiologique de la personne dans différentes situations cliniques à l'aide de divers appareils. La personne apprend ainsi par elle-même à identifier les situations qui lui procurent le plus grand bien-être.

Santé mentale: «La santé mentale est un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté» (OMS, 2016).

Scénarios sociaux: Ces histoires personnalisées favorisent chez le jeune le partage d'informations en lui permettant de décoder les perceptions et les règles sociales qui régissent les échanges. Après avoir décrit une situation, on précise à l'enfant les actions qu'on attend de lui et on interfère avec les pensées ou sentiments qu'il peut avoir pendant qu'il agit. L'efficacité du scénario social sera d'autant plus grande s'il comporte: 1) des phrases courtes et écrites à la première personne du singulier; 2) des phrases descriptives, qui illustrent clairement une situation; 3) des phrases directives, qui présentent ce qu'on attend de l'enfant; et 4) des phrases projectives, qui précisent les réactions potentielles des personnes faisant partie de la situation sociale décrite (Deschatelets et coll., 2013).

SCERTS (Social Communication, Emotional Regulation and Transactional Support [Prizant et coll., 2006]): Ce programme propose un cadre d'intervention pour aider l'enfant à devenir un communicateur efficace et confiant tout en prévenant les comportements préjudiciables qui feraient obstacle aux apprentissages et au développement des interactions sociales (Deschatelets, 2013). Il nécessite une formation auprès de la famille, qui est au cœur des interventions.

Stigmatisation: «La stigmatisation (ou préjugé) décrit une attitude négative et défavorable. Elle fait en sorte que les personnes vivant avec une maladie mentale sont étiquetées, craintes et victimes de stéréotypes» (Commission de la santé mentale du Canada, 2009b).

Suivi intensif dans la communauté (SIC): (Efficacité: trouble psychotique). D'orientation systémique-interactionnelle, le Programme de suivi intensif dans la communauté a été conçu au Wisconsin (Stein et Test, 1978) afin d'offrir des services de réhabilitation aux personnes présentant

des troubles mentaux graves et d'importantes incapacités fonctionnelles. Le suivi intensif s'effectue en équipe interdisciplinaire. Le but est de favoriser l'intégration du patient dans la communauté et de lui éviter les réhospitalisations. L'équipe externe fournit au client des services psychiatriques, professionnels et de soutien communautaire (Burns et Firn, 2002).

Soutien à l'emploi (SE): (Efficacité: trouble psychotique). Le soutien à l'emploi est offert par le biais d'une variété de programmes de réinsertion pour les personnes présentant des troubles mentaux graves.

Symptômes négatifs: Plus souvent associés à la schizophrénie, qui constitue la forme la plus sévère des troubles psychotiques, ces symptômes sont dits «négatifs» parce qu'ils correspondent à une diminution des réactions ou à l'absence de réponse à l'environnement de la part du jeune. L'émoussement affectif se caractérise par une diminution marquée des expressions faciales ainsi qu'une réduction du contact visuel et du langage corporel. Ces symptômes englobent notamment: 1) L'alogie, qui se manifeste par des réponses brèves et peu informatives; 2) la perte de volonté, ou avolition, qui se caractérise par une incapacité à initier et maintenir des activités orientées vers un but; et 3) l'anhédonie, qui se décrit comme la diminution de la capacité à ressentir du plaisir dans des activités généralement reconnues comme plaisantes.

Symptômes positifs: Souvent désignés dans un contexte de troubles psychotiques, ces symptômes sont dits «positifs» parce qu'ils correspondent à une augmentation des réactions à l'environnement de la part du jeune. Ces symptômes incluent les hallucinations (perceptions sensorielles perçues sans stimuli externes); les délires (convictions non fondées), les troubles de la pensée (difficulté à réfléchir, comprendre ou élaborer sa pensée) et les troubles du comportement (bizarreries, attitudes hostiles ou agressives, difficulté à accomplir les tâches quotidiennes).

TEACCH (Traitement et éducation des enfants autistes ou souffrant de handicaps de communication apparentés): Ce programme présente au jeune des activités claires et structurées. Il préconise du même coup l'utilisation d'outils d'évaluation des habiletés de base des enfants (PEP-3 pour les enfants [Lansing et coll., 2010] ou AAPEP pour les adolescents et

les adultes [Mesibov et coll., 1997]). Pour favoriser l'apprentissage, il orchestre la réorganisation physique et visuelle de l'environnement éducatif, du temps, de l'espace et des séquences d'événements. Implanté à travers le monde depuis plus de 35 ans, il jouit d'une notoriété mondiale (Mesibov et Shea, 2010).

Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT): (Efficacité: trouble psychotique, trouble obsessionnel-compulsif, dépression). D'orientation existentielle-humaniste, elle a pour but de développer la flexibilité psychologique, c'est-à-dire la capacité d'agir en accord avec ses valeurs personnelles, et ce, malgré la présence d'expériences intérieures malaisées ou douloureuses provenant de pensées, d'émotions, d'envies et de sensations. Elle cherche à changer la façon dont le patient considère ses émotions et ses pensées en l'aidant à s'engager dans des actions qui comptent véritablement pour lui et qui enrichissent son existence (Harris, 2009; Monestès, 2009; Monestès et Villate, 2011; Schoendorff, 2009).

Thérapie centrée sur la famille (TCF): (Efficacité: trouble bipolaire, trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité [TDAH], trouble obsessionnel-compulsif, trouble de stress post-traumatique). D'orientation systémique-interactionnelle, cette approche cherche à établir un partenariat entre la famille et l'intervenant en vue de renforcer les habiletés parentales. Elle renseigne les membres de la famille sur la maladie de l'un d'entre eux. Abordant également les relations familiales (conflits, opposition) et la communication interpersonnelle, elle leur enseigne des stratégies pour gérer plus efficacement les conflits et éviter qu'ils se reproduisent et d'autres pour mieux gérer les émotions (négatives) et favoriser une meilleure communication interpersonnelle afin d'éviter des rechutes possibles (Miklowitz et coll., 2008).

Thérapie cognitivo-comportementale (TCC): (Efficacité: dépression, trouble bipolaire, troubles anxieux [phobie spécifique, phobie sociale, trouble panique, anxiété généralisée]), trouble des conduites, trouble psychotique, trouble du comportement alimentaire, trouble obsessionnel-compulsif, trouble de stress post-traumatique, trouble du déficit d'attention avec hyperactivité [TDAH]). Cette thérapie considère que «les difficultés psychologiques sont liées à des pensées ou à des comportements inadéquats qui ont été appris par une personne dans son quotidien. Il s'agit donc

d'analyser ces comportements et ces pensées, ainsi que le milieu de vie de la personne, et d'apprendre de nouveaux comportements, de remplacer ces pensées ou émotions non désirées par d'autres davantage adaptées» (Gouvernement du Québec, Projet de Loi 21, 2012).

Mise de l'avant en situation individuelle ou de groupe, cette psychothérapie active, directive, structurée et relativement de courte durée utilise la méthodologie scientifique. Basée sur le principe que les pensées agissent sur les sentiments et les humeurs qui, à leur tour, influencent les comportements, elle tient compte de l'interaction des composantes émotives, cognitives et comportementales pour expliquer le trouble mental et pour intervenir afin de favoriser le rétablissement du jeune. En questionnant les fausses croyances de l'individu à l'égard du monde et de lui-même, la TCC a pour objectif de modifier ces croyances et de les remplacer par d'autres, plus réalistes et adaptées, afin de contribuer à améliorer son rétablissement. Elle suggère également à la personne de participer davantage à des activités qui lui procurent du plaisir.

La TCC s'utilise efficacement auprès des enfants et des adolescents (Vera et coll., 2009), et ce, pour divers troubles mentaux: dépression (David-Ferron et Kaslow, 2008); troubles anxieux (Silverman et coll., 2008a); trouble obsessionnel-compulsif (Barret et coll., 2008); trouble de stress post-traumatique (Silverman et coll., 2008b); consommation de drogues (Barrett-Waldron et Turner, 2008). L'emploi de la TCC auprès des enfants et des adolescents est bien documenté par la recherche dans la Francophonie (Turgeon et Parent, 2012a, b.; De Mey-Guilard, 2008; Rector, 2010, www.aftcc.org/les-therapies-comportementales-et-cognitives; www.psycom.org/brochures-d-info/therapies).

Thérapie comportementale (TC ou modification du comportement (MC) ou analyse appliquée du comportement (AAC): (Efficacité: dépression, troubles anxieux [phobie sociale, anxiété généralisée], trouble obsessionnel-compulsif, trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité [TDAH], trouble oppositionnel avec provocation, trouble des conduites, troubles du spectre de l'autisme). D'orientation cognitivo-comportementale, la thérapie comportementale est issue des travaux de B.F. Skinner, qui a mis en évidence les principes de modification du comportement conduisant à la découverte des lois de l'apprentissage. Elle repose sur l'étude objective de

tout comportement observable et mesurable et vise à initier, augmenter ou diminuer la fréquence de l'apparition de certains comportements. Elle insiste également sur les mesures à prendre pour maintenir et généraliser le comportement appris.

La TC débute généralement par une analyse fonctionnelle du comportement afin de bien identifier les **antécédents** et les **conséquences** qui créent le malaise ressenti par l'individu. Avant d'utiliser une stratégie pour modifier le comportement problématique, le thérapeute suggère de le mesurer afin d'en déterminer la fréquence et l'intensité. Par la suite, il propose diverses stratégies pour changer ces deux éléments. La thérapie comportementale peut utiliser différentes procédures telles que l'arrêt de pensée, l'exposition, la prévention de la réponse, etc. L'intervention comportementale intensive (ICI) ainsi que plusieurs programmes destinés aux jeunes présentant un trouble du spectre de l'autisme (*Early Start Denver Model*, *Picture Exchange Communication System*) découlent des principes de la thérapie comportementale (Poirier et DesRivières-Pigeon, 2013; Leaf et McEachin, 2006; Maurice, 2005; Murphy, 2006; Rivière, 2006).

Thérapie d'activation comportementale (TAC): (Efficacité: dépression). D'orientation cognitivo-comportementale, cette approche est un dérivé récent des thérapies comportementales et est utilisée auprès des personnes déprimées, donc de gens qui ont tendance à posséder un niveau très bas de renforcement positif et un niveau très élevé de contrôle aversif occasionnés par des problématiques issues de leur environnement ou par un déficit de leurs habiletés personnelles. La personne déprimée cherche en effet à se soustraire à son environnement social en s'isolant, en échappant à certaines situations et en n'effectuant plus les activités de la vie quotidienne. À long terme, ces comportements d'évitement engendrent des humeurs dépressives, car l'individu ne dispose plus de situations où il peut recevoir de l'attention et du soutien de son environnement social. La TAC vise à restaurer les sources de gratification (récompenses), à identifier les motifs qui poussent l'individu à fuir les situations, à lui enseigner les habiletés pour mieux composer avec son quotidien et à améliorer sa qualité de vie. Elle nécessite une bonne analyse fonctionnelle des antécédents et des conséquences du comportement de la personne. Le guide d'auto-thérapie basé sur l'activation comportementale de Addis et Martell (2009) permet à la personne de se «réinvestir dans sa vie» en lui fournissant des moyens

pour déterminer et atteindre ses objectifs personnels. La Society of Clinical Psychology (Division 12) reconnaît l'efficacité de cette thérapie.

Thérapie de soutien: (Efficacité: trouble psychotique). D'orientation psychodynamique, elle aide l'adolescent à comprendre sa maladie et à faire face aux événements stressants. Elle le soutient émotivement et l'incite à faire appel à ses proches pour favoriser son rétablissement. Le but de cette approche n'est pas d'étudier l'inconscient, mais bien d'aider le jeune à effectuer une analyse des moyens pratiques qu'il entend prendre et des solutions de résolution de problèmes qu'il compte adopter pour améliorer son fonctionnement au quotidien afin de mieux faire face à l'adversité et s'intégrer à son milieu de vie (scolaire ou professionnel) (Hazen et coll., 2011; Schmitt, 2012).

Thérapie émotivo-rationnelle: (Efficacité: trouble des conduites). D'orientation cognitivo-comportementale, cette thérapie prône la possibilité pour toute personne d'avoir une vie saine dès le début de sa vie, dépendant des choix qu'elle effectue. Ainsi, tout au cours de son existence, l'humain est en construction et crée ses propres buts et valeurs. «Consciemment et inconsciemment, vous construisez des “bonnes” solutions (rationnelles) pour vous permettre d'atteindre vos buts, et des “mauvaises”(irrationnelles) qui vous sabotent et minent votre joie de vivre et celle de la société dans laquelle vous vivez» (Ellis et Harper, 2007). L'adoption d'une philosophie de vie rationnelle requiert de passer à l'action et d'agir selon nos propres convictions.

Thérapie existentielle-humaniste (ou approche existentielle-humaniste): «Les approches de cette orientation sont fondées sur la capacité de l'être humain à diriger son existence et à se réaliser pleinement. L'accent est mis sur le moment présent, sur la capacité de la personne à prendre conscience de ses difficultés actuelles, de les comprendre et de modifier, en conséquence, sa façon d'être ou d'agir. Le psychologue facilite ainsi l'exploration de soi engagée par le client de même que l'expérimentation de nouvelles façons d'être ou d'agir. La personne qui consulte est considérée comme un «client» qui est sur un pied d'égalité avec le thérapeute» (Gouvernement du Québec, Projet de Loi 21, 2012).

Thérapie familiale (ou approche de Maudsley): (Efficacité: trouble du comportement alimentaire). D'orientation systémique-interactionnelle, cette thérapie est recommandée par le National Institute of Health et l'Effective Child Therapy, car elle constitue le traitement de choix pour les jeunes anorexiques (Lock et coll., 2012) et boulimiques (Findlay, 2010; Le Grange et Lock, 2007; Loeb et coll., 2009, 2012). Elle comporte une vingtaine de sessions s'échelonnant sur une période de 12 mois et se déroulant en trois parties distinctes:

- › Restaurer le poids. À cette étape, les parents sont investis de la responsabilité de rétablir la santé physique de leur enfant. Sous supervision, ils effectuent les interventions jusqu'à ce que le poids ciblé soit atteint.
- › Transférer le contrôle de ses comportements alimentaires. Les parents aident le jeune dans l'acquisition des habiletés d'autocontrôle.
- › Établir chez le jeune le «concept santé» auquel il s'identifie. Cette étape débute lorsque le jeune a atteint 95% de son poids ciblé. Elle préconise la participation et l'engagement de la famille, surtout au début de la thérapie.

Thérapie familiale fonctionnelle (TFF): (Efficacité: trouble oppositionnel avec provocation, trouble des conduites, dépendance aux drogues). D'orientation systémique-interactionnelle, cette thérapie brève (8 à 12 sessions) est destinée aux familles de jeunes âgés de 10 à 18 ans présentant de sérieux problèmes de comportements pouvant conduire à la délinquance (Alexander, 2002). Cette thérapie est centrée sur le système relationnel familial et cherche à identifier ce qui contribue au maintien de la problématique chez les divers membres de la famille. Pour ce faire, elle cherche à développer les habiletés de communication ainsi que la résolution de problèmes et de conflits. Elle enseigne aussi des stratégies parentales d'intervention efficaces. La TFF est un programme de prévention multisystémique qui vise à: «réduire le négativisme associé aux familles à risque; renforcer les liens d'attachement au sein de la famille; améliorer la capacité des parents à gérer les conflits familiaux; développer les comportements positifs; renforcer les habiletés parentales pour [que les parents] soient en mesure de fournir à leurs enfants une discipline cohérente et structurée» (Alexander et coll., 2002, 2013; Sécurité publique Canada, 2008).

Thérapie interpersonnelle (ou psychothérapie interpersonnelle [PTI]): (Efficacité: dépression, trouble bipolaire, trouble psychotique, trouble du comportement alimentaire [boulimie], trouble de stress post-traumatique). D'orientation existentielle-humaniste, cette thérapie est basée sur le principe qu'une relation interpersonnelle de mauvaise qualité peut causer et maintenir un trouble mental (par ex., dépression, trouble bipolaire, etc.). Elle cherche à consolider les relations qu'une personne entretient avec les autres en lui montrant à mieux composer avec les événements stressants, à résoudre les conflits interpersonnels, à renforcer ses relations sociales déjà existantes ou à créer de nouvelles relations sociales plus satisfaisantes. Elle vise à diminuer la tension et à résoudre les conflits inhérents au trouble mental. Elle s'intéresse aux influences des relations interpersonnelles sur les individus, à ce qu'ils en pensent et à comment ils se sentent. Des thématiques telles que la construction du sentiment de l'identité (sexualité, influence dans le groupe de pairs, etc.), les conflits familiaux, les pertes ou les deuils (par ex., rupture amoureuse,) et les conflits interpersonnels peuvent être abordées.

Cette thérapie brève focalise sur les relations actuelles et non sur le passé, et cherche à modifier les émotions, les pensées et les comportements liés aux relations interpersonnelles. Utilisée dans un contexte de groupe pour diverses pathologies, elle est destinée à différentes clientèles: adolescents, aînés, femmes enceintes ou nouvelles mères, femmes toxicomanes incarcérées. Plus récemment, elle a été appliquée avec succès dans neuf milieux cliniques différents au Québec, notamment auprès d'une clientèle schizophrène (Weisman et coll., 2006; www.psycom.org/brochures-d-info/therapies).

Thérapie interpersonnelle des rythmes sociaux (TIRS) ou Thérapie interpersonnelle et aménagement des rythmes sociaux (TIPARS): (Efficacité: dépression, trouble bipolaire). D'orientation existentielle-humaniste, elle comporte trois composantes: la psychoéducation, les interventions sur les rythmes sociaux et les interventions interpersonnelles. Elle cherche à restaurer ou à maintenir les habiletés routinières quotidiennes (repas, sommeil, activité physique, etc.) et les relations sociales en combinant une approche comportementale et une psychothérapie interpersonnelle (PTI) (Frank, 2005). Les éléments essentiels de la TIPARS sont: «l'établissement de l'histoire de la pathologie, la psychoéducation,

l'acceptation de la condition médicale au long cours, le rôle du malade, l'examen des relations actuelles et le lien avec l'émergence des symptômes dans un des quatre domaines (le deuil, les conflits, les changements de rôles et le déficit des relations), l'examen et la régularisation des routines quotidiennes et des rythmes». La TIPARS est la version française de la TIRS et est davantage limitée dans le temps. Elle se déroule sur une période de 6 mois, durant 24 sessions divisées en trois phases (Bottai et coll., 2010; Bottai et coll., 2014).

Thérapie multisystémique (TMS): (Efficacité: trouble oppositionnel avec provocation, trouble des conduites et délinquance). D'orientation systémique-interactionnelle, la TMS est une thérapie familiale brève (environ 60 heures) qui s'adresse à la famille et aux jeunes contrevenants risquant l'incarcération. Ses principaux objectifs consistent à: «améliorer les aptitudes des parents en matière de discipline; réduire la fréquentation par l'adolescent de camarades délinquants; amener l'adolescent à s'associer avec des pairs aux attitudes prosociales; améliorer le rendement scolaire de l'adolescent; mettre en place un réseau de soutien pour l'adolescent, composé de la famille élargie, des voisins et des amis» (Sécurité publique Canada, 2008; www.psycom.org/soins-et-accompagnement/therapies/therapies-familiales-systemiques).

Thérapie psychodynamique-analytique (ou approche psychodynamique-analytique): (Efficacité: trouble de stress post-traumatique, mais également indiquée pour les adolescents dépressifs, anxieux, ayant vécu une perte, stressés ou qui éprouvent des difficultés relationnelles). «Fortement influencée par la psychanalyse et faisant appel à la notion d'inconscient, cette approche établit un lien entre les difficultés actuelles et les expériences, les conflits refoulés et non résolus de l'histoire personnelle. La personne est ainsi amenée à prendre progressivement conscience de l'influence des conflits inconscients sur son fonctionnement actuel afin de les comprendre et de s'engager graduellement» (Gouvernement du Québec, Projet de Loi 21, 2012).

Cette thérapie met l'accent sur l'expression des pensées et des sentiments de l'adolescent. Elle cherche à lui faire prendre conscience que des conflits inconscients l'ont mené à un état de malaise et à l'aider à mieux

comprendre les moyens qu'il entend prendre pour améliorer sa condition (son état mental) et, ainsi, accroître sa liberté d'agir et de penser.

Elle n'est pas indiquée pour les adolescents qui ont une pensée concrète (peu familiers avec la pensée abstraite), ceux qui ont des difficultés cognitives ou un retard de développement ainsi que ceux qui souffrent de désordres psychotiques (Hazen et coll., 2011; www.psycom.org/brochures-d-info/therapies).

Thérapie systémique-interactionnelle (ou approche systémique-interactionnelle): (Indiquée pour le trouble des conduites). «Dans cette approche, on considère que les problèmes personnels surgissent et se maintiennent à cause du genre d'interactions entre une personne et son entourage (famille, amis, équipe de travail, etc.). Après l'analyse de la situation problématique, l'objectif de la psychothérapie est de modifier les relations entre la personne et son entourage. Il est ainsi fréquent que le psychologue rencontre des membres importants de l'entourage de son client» (Gouvernement du Québec, Projet de Loi 21, 2012; www.psycom.org/brochures-d-info/therapies).

Trouble mental (ou maladie mentale): Le trouble mental est «une affection cliniquement significative qui se caractérise par le changement de mode de pensée, de l'humeur (affects), du comportement associé à une détresse psychique ou à une altération des fonctions mentales» (Gouvernement du Québec, Projet de Loi 21, 2012).

Liste des tableaux

- Tableau 1** Prévalence des troubles mentaux chez les jeunes au Québec et en France
- Tableau 2** Signaux d’alerte d’un trouble dépressif caractérisé (dépression majeure)
- Tableau 3** Signaux d’alerte d’un trouble bipolaire de type I
- Tableau 4** Interventions psychothérapeutiques du trouble bipolaire de type I
- Tableau 5** Traitement pharmacologique du trouble bipolaire de type I
- Tableau 6** Signaux d’alerte d’un trouble anxieux
- Tableau 7** Signaux d’alerte d’un trouble des conduites alimentaires
- Tableau 8** TCA et pratiques psychologiques reconnues efficaces et probablement efficaces
- Tableau 9** Type de soutien selon le niveau de sévérité du TSA
- Tableau 10** Signaux d’alerte d’un TSA chez les enfants
- Tableau 11** Signaux d’alerte d’un trouble du déficit de l’attention/hyperactivité
- Tableau 12** Signaux d’alerte d’un trouble oppositionnel avec provocation
- Tableau 13** Facteurs de risque d’un trouble des conduites
- Tableau 14** Signaux d’alerte d’un trouble des conduites
- Tableau 15** Signaux d’alerte d’un trouble psychotique
- Tableau 16** Causes multifactorielles d’un trouble psychotique
- Tableau 17** Avantages des programmes d’intervention précoce
- Tableau 18** Les quatre principales orientations thérapeutiques et les différentes thérapies
- Tableau 19** Pratiques psychologiques scientifiques efficaces (bien établies) et probablement efficaces (prometteuses) recommandées selon le diagnostic
- Tableau 20** Conduites individuelles et collectives à adopter pour une meilleure prévention des troubles mentaux chez les jeunes

Collection
**ACTIONS
CLINIQUES**

Parce qu'ils s'installent progressivement — et souvent de façon insidieuse —, les troubles mentaux sont plus difficiles à diagnostiquer à un jeune âge. L'objectif fondamental de cet ouvrage est de rendre compte de l'état actuel des connaissances scientifiques sur le sujet afin d'appuyer les meilleures pratiques cliniques et de favoriser le développement harmonieux des enfants et des adolescents.

En s'appuyant sur la classification du *DSM-5*, ce livre décrit les principaux troubles mentaux chez les jeunes en insistant sur les attitudes adéquates à adopter. Il spécifie aussi les approches et programmes les plus efficaces et suggère des ressources à consulter pour chacun des troubles répertoriés. Il privilégie les programmes de prévention, d'interventions sociales individuelles en santé mentale et de psychothérapies basées sur les données probantes, s'inscrivant ainsi dans les orientations de l'American Psychological Association et de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

Abondamment documentée, cette référence répond aux besoins de tous les intervenants en santé mentale qui travaillent auprès des jeunes: médecins, professionnels de la santé et de l'éducation et gestionnaires œuvrant au sein de ces deux réseaux.

«Ce livre s'inscrit surtout dans une tradition de prévention et d'intervention précoce où les intervenants de première ligne se doivent de prévenir l'émergence de troubles mentaux en proposant des programmes d'intervention précoces efficaces auprès de groupes de jeunes.»

Extrait de la préface du Dr Philippe Lugeix

Ce livre rassemble les expertises de **Leila Ben Amor**, pédopsychiatre, chercheuse clinicienne au Département de psychiatrie du CHU Sainte-Justine et professeure agrégée de clinique à l'Université de Montréal; **Yvon L'Abbé**, psychologue à la retraite, ancien gestionnaire dans le réseau de la santé et des services sociaux et membre du Comité des usagers du Sud de Lanaudière; **Dominique Cousineau**, pédiatre spécialisée en développement de l'enfant, chef de la Section développement au Département de pédiatrie du CHU Sainte-Justine et professeure agrégée de clinique à l'Université de Montréal; et **Paule Morin**, psychologue et coordonnatrice à la Clinique d'intervention précoce du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, site Hôpital Rivière-des-Prairies.