



Santé Mentale pour Enfants Ontario  
Children's Mental Health Ontario

---

**Services de santé mentale pour enfants  
de la naissance à l'âge de six ans :**

***Analyse bibliographique  
et  
Guide pratique***

---

**31 mars 2002**

Santé Mentale pour Enfants Ontario  
Children's Mental Health Ontario  
40, avenue St. Clair Est, bureau 309  
Toronto ON M4T 1M9  
Téléphone : 416 921-2109 Télécopieur : 416 921-7600

# **Services de santé mentale pour enfants de la naissance à l'âge de six ans : *Analyse bibliographique et Guide pratique***

---

## **SOMMAIRE**

Fraser Mustard offre des preuves concluantes concernant l'importance du développement de la petite enfance. En effet ce développement jette les bases des compétences et des habiletés d'adaptation, la vie durant. Des chercheurs tels que Michael Rutter et Richard Tremblay avancent des preuves tout aussi convaincantes sur l'importance de la période allant de la naissance à l'âge de six ans dans la formation des comportements antisociaux et des problèmes de santé mentale observés plus tard. En particulier, la recherche souligne partout des corrélations entre d'une part, la santé, l'apprentissage et le comportement acquis et, d'autre part, les compétences parentales et l'influence de la famille, de la collectivité et du milieu socio-économique de la petite enfance.

## **EN QUOI CONSISTENT LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE POUR LA PETITE ENFANCE?**

Voici une définition pratique des services de santé mentale pour la petite enfance, fondée sur l'examen d'ouvrages et sur des consultations en Ontario :

*Les services de santé mentale pour la petite enfance se composent de services multidisciplinaires fournis aux enfants, de la naissance à l'âge de six ans, pour reconnaître et traiter les problèmes de santé mentale établis ou émergents, promouvoir le rôle adaptatif des parents et le fonctionnement général de la famille, renforcer les compétences, minimiser les retards du développement, prévenir la détérioration fonctionnelle, faciliter la tâche des autres systèmes pour répondre aux besoins des jeunes enfants et de leur famille et promouvoir la santé mentale et le bien-être des enfants.*

Les services de santé mentale de la petite enfance jouent un rôle clé dans :

- le traitement des enfants et des familles ayant des problèmes de santé mentale;
- l'appui aux nouveaux centres du développement de l'enfance et des parents et aux programmes en place (garderies, maternelles, programmes d'appui périnatal) qui répondent aux besoins en santé mentale; et
- les activités communautaires visant à rehausser les compétences parentales et à réduire les facteurs de risques associés aux problèmes de santé mentale chez les jeunes enfants et leur famille.

En fin de compte, le but des services de santé mentale pour la petite enfance est de

valoriser le bien-être de tous les enfants et de minimiser les problèmes émotifs et de comportement ou de les éviter, chez les enfants ayant des besoins particuliers

## **RECHERCHE EN MATIÈRE DE DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE**

La santé mentale de la petite enfance repose sur les progrès réalisés par la recherche dans trois domaines :

- recherche biologique et psychologique;
- théories écologiques et des systèmes;
- intervention immédiate et promotion de la santé.

Les progrès accomplis récemment en recherche biologique et neuropsychologique démontrent que tous les organismes s'adaptent à leur environnement et que ni le comportement ni le développement n'est un potentiel fixé par les facteurs génétiques ou limité par des périodes critiques. Les progrès réalisés dans la compréhension du développement des jeunes enfants démontrent l'importance du contexte écologique, à commencer avec la famille, qui s'étend pour inclure la collectivité immédiate de l'enfant, puis plus loin son milieu socio-économique et culturel. La recherche appuie la notion selon laquelle une intervention immédiate, ainsi que des activités de promotion et de prévention de la santé mentale, peuvent favoriser le développement et le bien-être des enfants, quel que soit leur milieu social ou culturel :

- en visant à améliorer les mécanismes de soutien social;
- en établissant les liens voulus entre les familles et les ressources
- en améliorant les habiletés d'adaptation des parents;
- en défendant les intérêts de la famille;
- en valorisant les relations parent-enfant et les compétences parentales;
- en habilitant les parents; et
- en fournissant des services sensibles aux différences culturelles.

## **FACTEURS DE RISQUES ET DE PROTECTION**

Il ressort de la recherche sur les facteurs de risques et de protection que la diminution des facteurs de risques et la croissance des facteurs de protection peuvent promouvoir l'aboutissement à un résultat positif. Les facteurs de protection sont des caractéristiques de l'enfant ou de son milieu qui peuvent protéger l'enfant contre un résultat indésirable ou réduire les effets d'un résultat négatif créé par les facteurs de risques. Les facteurs de protection comprennent les qualités individuelles (intelligence, tempérament détendu), les points forts de la famille (milieu familial positif, avantages socio-économiques) et les points forts de l'école et de la collectivité (école protectrice et efficace, participation à des groupements sociaux). Par contre, les facteurs de risques pour la santé mentale de la

petite enfance comprennent la pauvreté, les problèmes de santé mentale chez un parent, les compétences parentales limitées, les problèmes d'attachement, l'alcoolisme et la toxicomanie, la prématurité et un poids insuffisant à la naissance.

## ÉLÉMENTS CLÉS D'UNE ÉVALUATION DE LA PETITE ENFANCE

Il est important chez les enfants, de la naissance à l'âge de six ans, d'examiner la possibilité de problèmes de santé ou de développement avant de déterminer s'il y a un problème de santé mentale. Selon le cas, il faudra choisir entre une évaluation orthophonique, l'ergothérapie ou la pédiatrie.

Les nouvelles méthodes d'évaluation de la santé mentale de la petite enfance se concentrent sur les capacités de récupération et la reconnaissance des points forts de l'enfant et de la famille. Il y a cinq volets à l'évaluation de la petite enfance :

- **Objet de l'évaluation** : récemment encore, les évaluations tendaient à porter seulement sur l'enfant. Aujourd'hui, les évaluations considèrent l'enfant en rapport avec sa famille, ses gardiens et l'ensemble de son cadre de vie.
- **Contexte de l'évaluation** : selon les méthodes traditionnelles, l'évaluation des jeunes enfants se déroulait dans un environnement structuré et dans des circonstances contrôlées. Plus récemment, la tendance a été de faire l'évaluation dans un milieu familial qui est confortable, qui n'intimide pas l'enfant et qui l'intéresse (p. ex., domicile, garderie, école).
- **Méthodes d'évaluation** : alors que les évaluations traditionnelles faisaient appel à des processus hautement spécialisés et à des instruments normatifs, dans un milieu formel, les évaluations se font aujourd'hui dans un cadre ordinaire qui permet à l'enfant de démontrer ce qu'il ressent au moment précis.
- **Personnel responsable de l'évaluation** : les méthodes d'évaluation actuelles se différencient du modèle traditionnel, où un client était évalué par un seul expert en la matière. Puisque la santé mentale d'un enfant n'est pas un phénomène en vase clos, les pratiques exemplaires actuelles font appel à des évaluations multiples, effectuées par des personnes représentant chacune une discipline.
- **Fusion de l'évaluation et de l'intervention** : un des progrès les plus importants en évaluation de la petite enfance dans les dernières années, est la fusion de l'évaluation et de l'intervention. Cette méthode repose sur l'utilisation d'outils d'évaluation qui produisent des données à l'évaluation tout en aidant à formuler les interactions qui appuient le développement de l'enfant.

L'évaluation de la famille dans les cas de santé mentale de la petite enfance est marquée par l'influence des modèles écologiques et systémiques, ainsi que de ceux qui portent sur les points forts et l'habilitation. De là, la prépondérance de stratégies mettant l'accent sur une évaluation axée sur la famille et permettant aux familles de faire leur propre évaluation de leurs points forts, ressources et besoins. C'est une démarche qui peut servir

aux professionnels ayant une formation limitée ou non formelle en évaluation de la famille, tout en fournissant des données utiles pour faire une recommandation et concevoir des interventions.

La recherche démontre que la qualité des relations parent-enfant pendant la petite enfance, surtout l'attachement, a un effet profond sur le développement de l'enfant. Plutôt que de se concentrer seulement sur l'enfant, l'évaluation de la santé mentale de la petite enfance telle qu'elle se pratique aujourd'hui incorpore une évaluation de la qualité des interactions parent-enfant.

## **PRATIQUES PROMETTEUSES EN SANTÉ MENTALE DE LA PETITE ENFANCE : TRAITEMENTS ET INTERVENTIONS POUR DES TROUBLES SPÉCIFIQUES**

L'objet de l'examen est de reconnaître les interventions et traitements les plus prometteurs, dans des délais serrés, en examinant les articles, bases de données et autres ressources documentaires actuelles et en consultant des comités d'experts et de cliniciens actifs dans le domaine. Bien qu'il existe des méthodes prometteuses, l'examen fait état d'écarts importants dans l'évaluation des interventions et des traitements, surtout pour les nourrissons et les très jeunes enfants. Ces lacunes notables de la recherche dans le domaine auront de meilleures chances d'être comblées de manière satisfaisante à mesure que la santé mentale de la petite enfance recevra plus d'attention. Il convient donc de voir ici, dans le présent examen des pratiques prometteuses en santé mentale de la petite enfance, un premier pas dans un projet en évolution visant à reconnaître les meilleurs traitements et interventions possibles pour les nourrissons et jeunes enfants de l'Ontario.

### **Troubles anxieux**

L'anxiété se caractérise par l'expression marquée d'émotions négatives et un élément de peur. Selon les études épidémiologiques, les troubles anxieux sont la forme la plus commune de problème de santé mentale chez les enfants et touchent de 6 à 18 % de la population infantine. Chez les plus jeunes enfants, le trouble anxieux le plus fréquent est l'anxiété de la séparation, suivie de la phobie sociale et ensuite des simples phobies (p. ex., peur d'un animal ou d'un objet précis). Les troubles anxieux se répartissent distinctement entre les deux sexes, les filles éprouvant plus que les garçons l'anxiété de la séparation, les phobies et les troubles anxieux généraux.

Aucun des médicaments étudiés dans le traitement des troubles anxieux des enfants n'a fourni de preuve concluante de son efficacité ou de l'absence de risques. La thérapie cognitive et comportementale ou « cognitivo-comportementale » (TCC) a fait ses preuves dans le traitement d'enfants souffrant de troubles anxieux graves, y compris les troubles anxieux généralisés, le trouble anxieux de la séparation et la phobie sociale. L'ajout d'une composante de gestion de l'anxiété familiale résulte en une augmentation marquée

des taux de rétablissement. Selon les conclusions préliminaires, le programme de TCC, administré en groupe avec une composante de formation des parents, est efficace dans le traitement des enfants dont le diagnostic révèle un trouble anxieux généralisé, un trouble d'hyperanxiété et une phobie sociale. Les premiers résultats suggèrent aussi que la combinaison de la TCC de groupe et de la formation des parents est utile dans la prévention des troubles anxieux chez les enfants à risque élevé. En plus du recours à la TCC, les traitements particuliers du comportement, surtout le modelage des participants et la pratique renforcée, ont donné des résultats concluants dans les cas de phobies.

### **Trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA)**

Les enfants ayant un trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention affichent un niveau anormal d'attention, de contrôle des impulsions et d'agitation physique. Le THADA est un problème chronique et persistant qui enraye parfois de nombreux aspects du développement normal et du fonctionnement de l'enfant, de l'âge préscolaire à l'âge adulte. Selon les études de prévalence, de 3 à 5 % de tous les enfants ont un THADA.

L'efficacité des stimulants dans le traitement des enfants dont le diagnostic indique un THADA, sans trouble comorbide, a reçu un appui considérable dans les comptes rendus de recherche. Toutefois, le recours croissant aux médicaments dans le traitement du THADA suscite quelques inquiétudes, surtout en ce qui concerne les enfants de trois ans et plus jeunes. L'absence de recherche sur les effets à long terme de ces médicaments suggère que pour les jeunes enfants, il convient d'administrer des psychotropes avec prudence et de surveiller régulièrement si des effets secondaires sont présents.

Bien que les médicaments stimulants représentent le traitement préféré pour les enfants qui ont un THADA mais sont exempts de troubles comorbides, les interventions comportementales sont encore la forme de traitement généralement choisie pour les enfants qui ont un THADA et un trouble comorbide, tel que le trouble oppositionnel avec provocation, ou quand le médicament cause des effets secondaires négatifs chez l'enfant. Pour de tels jeunes enfants ayant un THADA, l'entraînement comportemental des parents (ECP) a fait ses preuves. Pour les enfants en première année d'école (six ans) reconnus comme ayant un THADA et un trouble oppositionnel avec provocation comorbide, un apprentissage social a produit des améliorations, suivant l'évaluation de l'autocontrôle par les parents et l'évaluation du repli sur soi-même, de l'agressivité et de l'acceptabilité sociale.

### **Trouble oppositionnel avec provocation (TOP)**

Le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) est une structure persistante de problèmes comportementaux se caractérisant par une attitude oppositionnelle, hostile et récalcitrante qui ne peut pas être attribuée au stade du développement de l'enfant et qui nuit à son fonctionnement. Les infractions à la loi n'y sont pas comprises. Aux États-

Unis, le TOP est la raison de un tiers à la moitié de tous les aiguillages aux cliniques pour l'enfance et la famille. Selon des études auprès de la population non clinique, 10 à 15 % des garçons et filles sont difficiles à contrôler et 5 % font des crises de colère. Il ressort d'études de suivi que de tels problèmes persistent de l'âge préscolaire aux premières années d'école. Il n'y a guère de différence entre les deux sexes à l'âge préscolaire.

Il ressort de la recherche que l'entraînement comportemental des parents (ECP), tel que le modèle Webster-Stratton, associé à l'entraînement de l'aptitude à résoudre un problème (EARP) axé sur l'enfant, sont efficaces dans l'amélioration du comportement à la maison et à l'école. Les programmes d'ECP en groupe avec modelage sur vidéo sont aussi efficaces que les programmes d'ECP individuel, à une fraction du prix. Bien que des études indiquent qu'une combinaison de traitements ECP-EARP soit plus efficace que l'ECP ou l'EARP seul, si les parents ne peuvent pas suivre l'ECP, on doit alors offrir l'EARP aux enfants seuls. Cette stratégie donne de bons résultats pour certains enfants ayant le TOP.

## **Trouble des conduites**

Le trouble des conduites (TC) se caractérise par une structure comportementale qui enfreint les droits fondamentaux des autres ou les normes et règles acceptées par la société pour un âge donné. Dans l'ensemble, le trouble des conduites se manifeste plus souvent chez les garçons que chez les filles, à raison de 6 à 10 % pour les garçons par rapport à 2 à 9 % pour les filles. L'apparition du trouble des conduites à l'enfance semble être causée par une combinaison de facteurs biologiques et psychosociaux. Les comportements perturbateurs apparaissent à l'âge préscolaire, généralement sous des formes négatives, hostiles et provocatrices caractéristiques du trouble oppositionnel avec provocation (TOP). À mesure que l'enfant se développe, son comportement empire habituellement pour aboutir aux caractéristiques du trouble des conduites, surtout le mensonge, la bagarre et le vol. 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. La majorité des enfants qui affichent un trouble des conduites dès un jeune âge tendent à être mâles, et il ne semble pas y avoir de corrélation socio-économique ou ethnique.

Bien que l'on utilise certains médicaments psychiatriques dans le traitement de jeunes ayant le TC et un trouble comorbide, (p. ex., antidépresseurs pour les troubles de l'humeur et anxieux, stimulants pour le THADA), l'emploi de médicaments seuls ne suffit pas à traiter le trouble des conduites. La principale thérapie individuelle du trouble des conduites chez les enfants fondée sur des conclusions cliniques, est la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), surtout l'entraînement de l'aptitude à résoudre un problème (EARP). Certains cliniciens ont ajouté l'entraînement de la gestion parentale (EGP) pour hausser encore davantage le taux d'efficacité de l'EARP. L'intervention

auprès de la famille est une composante essentielle du traitement du TC. Pour les très jeunes enfants, la famille est souvent le principal objet de l'intervention. De nombreuses études appuient l'efficacité de l'entraînement de la gestion parentale (EGP) pour améliorer les compétences parentales et traiter le comportement de l'enfant efficacement, sans avoir recours à la punition physique. Des chercheurs ont constaté que l'EGP en groupe avec modelage sur vidéo associé à la thérapie de groupe pour l'enfant (TGE), produisaient des résultats supérieurs à l'EGP ou à la TGE seule.

Des études expérimentales récentes soutiennent l'efficacité des interventions prénatales et de la petite enfance (telles que les visites de la famille à domicile) dans la réduction des problèmes de comportement et du comportement antisocial des enfants élevés dans une famille pauvre. Bien que l'on ne trouve généralement pas de documentation soutenant l'efficacité de la thérapie psychodynamique individuelle pour les enfants ayant un TC, selon plusieurs études, une démarche exploratoire ou une démarche axée sur l'attachement peut être utile dans le traitement de certains enfants ayant un TC. Il est possible de traiter efficacement les enfants ayant un TC dans le cadre d'un programme de jour, mais il faut alors planifier le suivi et la transition soigneusement si les bénéfices du traitement doivent être maintenus dans le cadre ordinaire préscolaire ou scolaire.

## **Dépression infantile**

Le tableau clinique de la dépression infantile comprend des caractéristiques associées aux changements d'humeur qui sont uniques à ce trouble précis (p. ex., tristesse, humeur dysphorique, dévalorisation de soi, idées de suicide). La dépression chez les enfants de moins de sept ans tend à être moins définie que chez les enfants plus âgés et les adultes. On estime que de 2 à 4 % des enfants souffrent de troubles dépressifs et que pendant l'enfance, le taux de prévalence est sensiblement le même chez les filles et chez les garçons. La dépression grave est relativement rare chez les enfants d'âge préscolaire (moins de 1 %) et les enfants d'âge scolaire (environ 2 %). À l'enfance, la dépression majeure est généralement un trouble épisodique, chaque épisode durant en moyenne 8 mois.

Les preuves s'accumulent selon lesquelles les nourrissons peuvent souffrir de troubles dépressifs. À moins d'un an, les troubles dépressifs sont souvent reliés à des problèmes d'attachement et de maternage, peut-être en raison de la séparation due au décès, à la maladie ou à d'autres causes. Les troubles dépressifs peuvent aussi être dus à la négligence d'un gardien qui est débordé, manque de ressources ou d'appui (p. ex., parent adolescent, parent célibataire), souffre de dépression ou d'une autre maladie mentale ou qui est toxicomane. Les enfants d'âge préscolaire qui sont déprimés souffrent parfois d'anxiété de la séparation ou évitent les autres enfants à la garderie. Ils peuvent aussi agir de manière agressive envers les autres enfants ou provocatrice à l'égard des adultes. Les enfants d'âge préscolaire qui sont déprimés refusent souvent de coopérer, pleurent fréquemment, font des crises de colère, ont l'air triste et ont des problèmes de sommeil et

d'appétit. Selon la recherche, de nombreux enfants d'âge préscolaire qui sont déprimés ont connu des événements traumatiques (p. ex., maladie grave, divorce des parents), un événement stressant (p. ex., naissance d'un frère ou d'une sœur) ou ont été l'objet d'abus ou de négligence. Environ 70 % des enfants déprimés se plaignent de maux de tête ou d'estomac sans causes physiques.

Étant donné le contexte du développement et des conditions psychosociales de la dépression de la petite enfance, le traitement ne peut pas reposer sur l'administration de médicaments seulement. Dans l'ensemble, il existe très peu d'études sur l'emploi de médicaments pour de jeunes enfants touchés par la dépression. La documentation sur le traitement pharmacologique suggère que seuls les médicaments visant les systèmes de sérotonine ont fait leur preuve dans le traitement de la dépression prépubertaire.

La recherche révèle que la psychoéducation – sensibilisation des parents, de l'enfant, des membres de la famille et des prestataires de soins ou des enseignants au sujet de la dépression infantile et de son traitement – diminue grandement les risques de décrochage du programme et permet au traitement de se dérouler avec moins de reproches adressés à l'enfant ou de reproches de soi de la part des parents ou des gardiens. Il existe une corrélation prononcée entre les facteurs familiaux et la dépression infantile. Si un enfant affiche des symptômes de dépression grave, il est important de vérifier si un parent est déprimé et a besoin de soins. Ne pas traiter la dépression chez un parent risque d'avoir des conséquences sur le développement d'un attachement normal de l'enfant au parent, ainsi que de ses habiletés sociales, émotives, cognitives et interpersonnelles.

Avec les jeunes enfants, les cliniciens veulent généralement traiter à la fois l'enfant et les parents, ensemble. Il n'y a pas lieu de croire cependant que soigner le parent tout en continuant la thérapie familiale suffira à traiter la dépression de l'enfant. Les interventions à domicile peuvent avoir un effet bénéfique sur la famille en aidant à établir un cadre familial positif ou à réduire le stress à la maison. L'intervention d'un service social est parfois utile dans les cas de pauvreté ou de stress psychosocial (p. ex., chômage, itinérance, accès à diverses formes d'aide sociale).

Il ressort d'études cliniques et contrôlées que les thérapies cognitivo-comportementales sont efficaces dans le traitement des cas de dépression légère à modérée chez les enfants ou pour traiter les cas de dépression grave conjointement avec d'autres formes de thérapie. Pour les enfants victimes de violence physique, la recherche indique que la thérapie interpersonnelle peut servir à combattre la dépression en renforçant les compétences sociales. Dans leurs rapports, les thérapeutes indiquent que les principes de la thérapie psychodynamique sont utiles dans le traitement des enfants dont la dépression est d'un niveau léger ou modéré, quand on les incorpore à des formes structurées de thérapie telles que des méthodes interpersonnelles et cognitivo-comportementales.

## **Énurésie (incontinence)**

L'énurésie est la miction fréquente, involontaire ou voulue, au lit ou habillé, qui limite le fonctionnement de l'enfant et n'est pas due à un problème médical. Uriner au lit est une source d'inquiétude importante pour les parents, bien que cela soit commun chez les bambins. Environ 40 % des enfants urinent au lit à l'âge de trois ans et près de 25 % à cinq ans. Un traitement bien connu et efficace de l'énurésie consiste à utiliser un dispositif d'alarme tel qu'on en utilise depuis une soixantaine d'années. Un système d'alarme d'urine élimine généralement tout problème d'énurésie en cinq à douze semaines chez 75 % des enfants. Des études ont démontré que les programmes avec système d'alarme associé à d'autres stratégies psychologiques, telles que l'organisation des contingences, l'entraînement à la rétention, le surapprentissage et le traitement cognitivo-comportemental, donnaient des résultats positifs.

## **Encoprésie (souillage)**

L'encoprésie décrit l'état dans lequel un enfant de plus de quatre ans souille involontairement ses sous-vêtements ou un lieu non convenable. Environ de 1 à 3 % des enfants souffrent d'encoprésie et c'est un trouble qui touche les garçons de 3 à 6 fois plus que les filles. La constipation joue un rôle important dans l'encoprésie, de même que dans d'autres problèmes d'élimination et de propreté. La sensibilisation des parents à l'encoprésie, ainsi que l'entraînement des parents aux stratégies médicales de gestion du cas (lavements, fibre alimentaire) et entraînement à la gestion du comportement (organisation des contingences, contrat) sont importants pour améliorer les symptômes de l'encoprésie. Ces programmes de sensibilisation des parents ont donné de bons résultats tant au niveau individuel qu'en groupes.

## **Douleur en rapport avec une maladie physique**

La douleur est l'un des problèmes les plus communs en rapport avec la maladie physique chez les enfants. Le développement de la réaction de l'enfant à la douleur dépend à la fois de son stade de développement et de son expérience à l'égard de la douleur. La douleur abdominale récidivante se manifeste chez 10 à 20 % des jeunes enfants. Elle est particulièrement commune entre les âges de cinq à douze ans et s'observe tout autant chez les garçons que chez les filles. À moins d'une condition médicale ou de constipation, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) axée sur la famille avec entraînement à la relaxation et organisation des contingences est plus efficace que les soins médicaux pour diminuer la douleur abdominale récidivante.

Les maux de tête sont communs chez les enfants et on estime qu'environ 10 % des enfants souffrent de migraines. Les maux de tête sont plus communs et plus intenses chez les filles que chez les garçons. Environ 70 % des enfants indiquent avoir des maux de tête

de temps à autre. Selon la recherche, l'entraînement à l'autorelaxation progressive et la rétroaction biologique sont des moyens efficaces pour réduire les maux de tête, mais la rétroaction biologique n'est pas adoptée aussi communément que l'autorelaxation.

Une proportion importante d'enfants subissent des interventions médicales ou dentaires douloureuses d'année en année : injection, obturation dentaire, traitement de brûlures, ponction de la moelle osseuse, ponction lombaire et chirurgie. Il ressort de la recherche que les enfants ne s'habituent pas à ces interventions, mais risquent de se sensibiliser et d'être dérangés de plus en plus au fil du temps. La recherche indique également que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) offre une forme de traitement « bien établie » de la douleur en rapport avec les interventions médicales. La TCC est particulièrement efficace pour gérer la douleur due aux injections et aux ponctions veineuses. Pour des interventions plus complexes, une combinaison d'analgésiques et de soutiens comportementaux est la meilleure forme de gestion de la douleur.

## **PRATIQUES PROMETTEUSES EN SANTÉ MENTALE DE LA PETITE ENFANCE : TRAITEMENT ET INTERVENTION POUR LE TROUBLE DE L'ATTACHEMENT ET LES TROUBLES DES RELATIONS ENFANT-PARENT**

La thérapie concernant les nourrissons et leurs parents évoque une forte influence des concepts de Bowlby sur les modèles d'études internes et l'attachement. Selon Bowlby, l'expérience intériorisée précoce fournit un cadre de travail sur lequel fonder l'exploration des événements émotifs actuels en rapport avec l'attachement, dans le contexte des relations entre le thérapeute et les parents.

La théorie de l'attachement est la seule théorie du développement socio-affectif qui jouit de l'appui de la recherche empirique. Bien que l'application systématique de la théorie de l'attachement aux questions cliniques soit encore en évolution, on l'a déjà appliquée fréquemment en psychothérapie des jeunes enfants et de leurs parents pour traiter les troubles de l'attachement et les problèmes des relations parent-enfant.

Le *Programme enfant-parent* (PEP) donne un aperçu d'un programme de thérapie enfant-parent prometteur. Les enfants engagés dans le PEP affichaient une grande variété de symptômes pour lesquels diverses études avaient établi des liens avec les troubles de l'attachement et les problèmes relationnels parent-enfant. Les symptômes des enfants allaient de l'incapacité de se développer à la dépression, l'anxiété de la séparation, les craintes multiples, les crises de colère, l'inattention, l'impulsivité et la colère. Parmi les nourrissons et les tout-petits, le diagnostic formel d'un sous-groupe d'enfants a reconnu le trouble réactionnel de l'attachement conformément aux critères de diagnostic DSM-IV et DC:0-3.

À mesure que le programme a évolué, à l'orientation d'origine est venue s'ajouter la concentration sur les différences individuelles chez les bébés, la perception parentale des difficultés émotives et comportementales de leur enfant et l'impact des expériences stressantes survenues dans la vie des parents. Conformément à la théorie de l'attachement, on voit dans la qualité des relations parents-thérapeute un facteur clé dans les progrès de la thérapie. L'intervention du PEP commence par un processus d'évaluation de six semaines visant à bâtir un rapport de collaboration avec chaque parent ou gardien de l'enfant, tout en recueillant des données sur l'enfant et sa famille. Pendant cette phase d'évaluation, l'enfant est soumis à une évaluation neuropsychologique intégrale. S'il ressort qu'un programme de thérapie enfant-parent est indiqué, le thérapeute qui a effectué l'évaluation doit alors se charger également du traitement afin de maintenir un rapport de collaboration ininterrompu et positif. Une séance de thérapie a lieu soit au domicile familial soit dans la salle de jeu de la clinique et le parent et l'enfant y sont présents.

Les sessions, tant d'évaluation que de traitement, n'ont pas de structure précise, les thèmes étant laissés au hasard des interactions entre le parent et l'enfant ou aux associations libres du parent. L'observation de l'enfant vise à déterminer le niveau de son fonctionnement sensori-moteur, social et émotif. Cette observation ajoute à l'évaluation neuropsychologique formelle. Le thérapeute fait appel à une variété de méthodes (jeu conjoint, orientation développementale, soutien émotif, interprétations axées sur l'intuition) pour modifier les perceptions rigides et fausses que le parent a de son enfant. Le but est de constituer un jeu d'idées et de comportements plus flexibles et mieux en rapport avec le développement de l'enfant, pour lui permettre de compter avec plus de certitude sur son parent.

En ce qui concerne les résultats reposant sur une base empirique, les chercheurs signalent des différences importantes entre le groupe des interventions et un groupe témoin dans une étude des résultats des traitements du PEP sur échantillon aléatoire. On notait dans le groupe des interventions des progrès marqués quant aux mesures importantes relatives à l'attachement, telles que l'empathie maternelle et l'évitement de l'enfant à l'égard de sa mère, ainsi que sa résistance et sa colère. Un nombre croissant de programmes d'intervention parent-enfant font appel à la théorie de l'attachement. Plusieurs de ces programmes font actuellement l'objet d'évaluation de leur efficacité et de leur utilité auprès de divers groupes.

## 1. Introduction

En Ontario, les centres de santé mentale pour l'enfance ont démontré un engagement profond envers les services de santé mentale pour les enfants, de la naissance à l'âge de six ans. Depuis une dizaine d'années, les centres de santé mentale pour l'enfance offrent un vaste éventail de services et de mécanismes de soutien aux nourrissons et aux jeunes enfants, à domicile, à l'école, dans des cliniques communautaires et dans d'autres locaux au sein de la collectivité. Les centres de santé mentale pour l'enfance collaborent aussi avec d'autres secteurs à la prestation de services aux enfants et à leur famille.

Dans le cadre de la nouvelle initiative visant à appuyer les programmes de santé mentale de la petite enfance, le ministère des Services à la collectivité, à la famille et à l'enfance et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, ont demandé à Santé mentale pour enfants Ontario de recueillir des données sur les meilleures pratiques et d'organiser un programme de formation pour le personnel œuvrant dans ce domaine précis.

Étant donné que les centres de santé mentale pour l'enfance traitent des clients ayant des problèmes complexes et graves, il est de la plus haute importance que leur personnel clinique ait une compréhension sans équivoque de l'efficacité comparative d'une gamme de modèles d'intervention et de service applicables à des types de clients précis. Le bloc de connaissances sur les besoins des jeunes enfants et de leurs parents en matière de santé mentale étant en évolution constante et rapide, ce projet représente l'occasion pour la province de concevoir des programmes reposant sur les renseignements les plus récents. Le projet propose de combler les lacunes entre les connaissances et la pratique en entreprenant une analyse et une synthèse approfondies des meilleures pratiques pour tout une gamme de services communautaires à l'intention des enfants, de la naissance à l'âge de six ans, ayant des problèmes graves de santé mentale, et de leur famille.

La première phase donne un aperçu des meilleures pratiques dans un examen de la documentation et des réactions des experts dans le domaine. La deuxième phase fait appel au point de vue de cliniciens de première ligne dont l'expérience des services communautaires de santé mentale pour les jeunes enfants aidera à traduire les lignes directrices de la pratique en un programme de formation efficace. À partir de ces données, Santé mentale pour enfants Ontario élaborera le *Programme de formation pour la santé mentale de la petite enfance* et le matériel documentaire. On pourra alors former des équipes de prestation des services de santé mentale pour l'enfance dans toute la province. La combinaison d'un programme de formation et de matériel documentaire permettra au personnel de bâtir, sur les conclusions de l'étude, des programmes communautaires efficaces pour l'ensemble du système de santé mentale pour les enfants de l'Ontario.

## 2. Méthodologie

La méthodologie reposait sur un examen de documents de recherche et de pratiques du Canada et d'ailleurs, visant à identifier les principes clés et les meilleures pratiques dont sortent des traitements aboutissant à des résultats désirables pour les nourrissons et les jeunes enfants et leur famille. On a eu recours aux méthodes suivantes :

- (1) dépouillement des bases de données informatisées;
- (2) dépouillement complémentaire de journaux, revues, livres et documents, à la main;
- (3) examen de ressources offertes sur Internet et de sites Web pertinents;
- (4) communication avec des chercheurs, praticiens et organismes choisis.

Étant donné le mandat de l'étude, l'examen a porté tout particulièrement sur :

- les observations empiriques de l'efficacité comparative de diverses interventions dans le cadre des activités de pratique réelle;
- les facteurs contextuels et de mise en œuvre qui ont contribué à la réussite de ces interventions dans divers milieux (foyer, école, collectivité); et
- les compétences (connaissances et aptitudes) et stratégies de formation qui aboutiront aux moyens voulus pour fournir des services efficaces de santé mentale pour la petite enfance.

## 3. Contexte des services de santé mentale pour la petite enfance

### 3.1 En quoi consistent les services de santé mentale pour la petite enfance?

Voici une définition pratique des services de santé mentale pour la petite enfance, fondée sur l'examen d'ouvrages et sur des consultations en Ontario :

*Les services de santé mentale pour la petite enfance se composent de services multidisciplinaires fournis aux enfants, de la naissance à l'âge de six ans, pour reconnaître et traiter les problèmes de santé mentale établis ou émergents, promouvoir le rôle adaptatif des parents et le fonctionnement général de la famille, renforcer les compétences, minimiser les retards du développement, prévenir la détérioration fonctionnelle, faciliter la tâche des autres systèmes pour répondre aux besoins des jeunes enfants et de leur famille et promouvoir la santé mentale et le bien-être des enfants.*

Cette définition souligne un nombre de caractéristiques importantes des services de santé mentale pour la petite enfance. Tels services :

- invitent la participation de disciplines multiples;
- concentrent leurs efforts sur les jeunes enfants, de la naissance à l'âge de six ans;
- dépistent et traitent les problèmes de santé mentale établis ou ceux qui émergent à cause de facteurs de risques ou de difficultés développementales;
- adoptent une perspective systémique incluant l'enfant, la famille et la collectivité;
- axent leurs efforts sur les points forts et la consolidation des capacités afin de limiter les problèmes de santé mentale graves ou d'en prévenir l'émergence;
- adoptent une démarche écologique qui tient compte de tous les systèmes touchant l'enfant et sa famille, pour promouvoir l'harmonie et créer un milieu communautaire sain;
- encouragent un climat positif pour la bonne santé mentale et le bien-être des enfants et de leur famille.

### **3.2 Sensibilisation aux besoins de la petite enfance en matière de santé mentale**

Les dernières années ont vu une croissance rapide de l'intérêt à l'égard des besoins des jeunes enfants et de leur famille en matière de santé mentale. À mesure que l'on reconnaît l'importance des difficultés émotives et comportementales des enfants, de la naissance à l'âge de six ans, on accorde de plus en plus un rôle essentiel aux services de santé mentale de la petite enfance. Dans l'*Étude sur la petite enfance*, Fraser Mustard a attiré l'attention de l'ensemble du pays sur les effets néfastes que le stress et d'autres facteurs de risques peuvent avoir sur les premiers stades du développement du cerveau et, par conséquent, sur la santé mentale des enfants (Mustard & McCain, 1999).

Quelle est l'ampleur des problèmes de santé mentale des enfants? On considère généralement, en Ontario et ailleurs au Canada, l'*Étude sur la santé des enfants de l'Ontario* comme étant l'exemple idéal sur lequel fonder l'estimation des problèmes de santé mentale. Dans cette étude hautement respectée, Dan Offord et ses collègues (1987) ont observé qu'au moins un enfant ou adolescent sur cinq a un problème de santé mentale. L'équipe de chercheurs a également découvert que près de 40 à 50 % des enfants ayant un problème de santé mentale manifestent plus d'un trouble à la fois (Rae-Grant et d'autres, 1989).

En ce qui concerne les très jeunes enfants, une étude menée récemment aux États-Unis sur près de 4 000 enfants d'âge préscolaire a révélé que des critères de trouble psychiatrique s'appliquent à 21 % d'entre eux et que les critères de trouble grave s'appliquent à 9,1 % (Lavigne et d'autres, 1996).

Il y a lieu de croire que des troubles graves tels que la dépression et l'abus d'alcool ou la dépendance sont en hausse parmi les nouvelles générations et se manifestent de plus en plus tôt. Giaconia (1994) et ses collègues ont découvert que l'âge du commencement des

maladies mentales graves varie selon la nature du trouble. Avec le commencement précoce d'un trouble, le risque qu'un ou deux autres émergent avant l'âge de dix-huit ans augmente aussi considérablement. On accumule maintenant les preuves que le commencement précoce d'un problème de santé mentale grave n'est pas un épisode isolé ou passager sans importance pour le développement. Le commencement précoce peut indiquer le début d'un cycle chronique, l'apparition de troubles coexistants et l'annonce d'un fonctionnement insuffisant à l'adolescence, surtout dans le cas de troubles tels que la dépression grave, le trouble des conduites, les phobies et les syndromes de stress post-traumatique.

Sprott et Doob (1998) remarquent que les Canadiens expriment une inquiétude croissante à l'égard de l'agressivité des très jeunes enfants, et des études indiquent que l'origine du comportement criminel remonte à la petite enfance, soit bien avant l'âge de douze ans, âge de responsabilité pénale au Canada.

Vu la sensibilisation croissante à ces besoins, on tend depuis quelques années à voir dans la santé mentale de la petite enfance un domaine distinct de prestation de services, avec recherche et expérience à l'appui en intervention en bas âge et dans des domaines connexes. Des études fondées sur les résultats soulignent que les programmes de santé mentale peuvent profiter aux enfants ayant des difficultés comportementales ou émotives émergentes ou reconnues, ainsi qu'à ceux qui éprouvent des difficultés à développer les aptitudes émotives et sociales en rapport avec leur âge (p. ex. : autorégulation) et des relations enfant-parent. Quoi qu'il en soit, il est important de savoir que, comparées à celles qui concernent d'autres groupes d'âges, les connaissances sur les besoins en santé mentale des enfants de moins de trois ans et sur les formes d'intervention les plus efficaces sont limitées. Il faudra davantage de recherche et des évaluations rigoureuses des traitements pour combler cette lacune.

Les services de santé mentale à la petite enfance accordent une attention toute particulière aux populations suivantes :

- 1) nourrissons, tout-petits et enfants d'âge préscolaire ayant des problèmes reconnus de santé mentale;
- 2) nourrissons, tout-petits et enfants d'âge préscolaire sujets à un risque environnemental élevé (p. ex. : parents adolescents, parents toxicomanes);
- 3) nourrissons, tout-petits et enfants d'âge préscolaire sujets à un risque biologique élevé (p. ex. : poids extrêmement bas à la naissance, asphyxie);
- 4) nourrissons, tout-petits et enfants d'âge préscolaire qui ont été victimes d'abus ou de négligence ou qui ont été témoins de violence.

En plus d'offrir des traitements aux enfants qui ont un problème, il ressort aussi d'études que les services de santé mentale pour la petite enfance peuvent être utiles aux familles et à la collectivité en appuyant le développement sain des enfants et les interactions enfant-parent positives. Les services de santé mentale pour la petite enfance servent à renforcer les relations de l'enfant avec ses gardiens et l'aident à développer les compétences sociales et émotives en rapport avec son âge (Knitzer, 2000). Les interventions en santé mentale pour les enfants sont conçues pour agir immédiatement quand un besoin émergeant est dépisté, et pour améliorer les aptitudes des parents et d'autres gardiens afin d'accroître le bien-être des enfants vulnérables.

En fin de compte, le but des services de santé mentale pour la petite enfance est de valoriser le bien-être de tous les enfants et de minimiser les problèmes émotifs et de comportement, ou de les éviter, chez les enfants ayant des besoins particuliers (Cohen & Kaufman, 2000).

### **3.3 Recherche en matière de développement de la petite enfance**

La santé mentale de la petite enfance repose sur les progrès réalisés par la recherche dans trois domaines :

- recherche biologique et psychologique;
- théories écologiques et des systèmes;
- intervention immédiate et promotion de la santé.

Les progrès accomplis récemment en recherche biologique et neuropsychologique démontrent que tous les organismes s'adaptent à leur environnement et que ni le comportement ni le développement n'est un potentiel fixé par les facteurs génétiques ou limité par des périodes critiques. Cette recherche fondamentale jouit de l'appui d'études appliquées qui font état des effets de l'intervention immédiate sur le développement du cerveau et de l'amélioration qui en résulte dans les scores des tests cognitifs et la diminution des problèmes du comportement dans les années qui suivent (p. ex., Olds, Henderson et d'autres, 1998). Elle a aussi subi l'influence de la recherche sur les effets du stress en matière de développement des jeunes enfants et de leur famille, et sur la valeur des services de santé mentale dans l'atténuation des agents stressants et la prévention d'autres problèmes.

Les progrès réalisés dans la compréhension du développement des jeunes enfants démontrent l'importance du contexte écologique, à commencer avec la famille, qui s'étend pour inclure la collectivité immédiate de l'enfant, puis plus loin son milieu socio-économique et culturel. Le contexte écologique fournit un cadre de travail pour tous les aspects de la santé mentale de la petite enfance, de la prévention des risques au développement et de leur reconnaissance à l'évaluation, en passant par la prestation des services, l'évaluation du programme et la formulation d'une politique. Plutôt que de se

concentrer exclusivement sur l'enfant, le cadre écologique vise à inclure les transactions mutuelles entre l'enfant, sa famille et la collectivité.

L'évolution de l'intervention immédiate et de la promotion de la santé souligne la diversité des possibilités et des risques qui influent sur le développement, et la nature multidisciplinaire des services et des mécanismes de soutien requis pour pallier ces besoins. La recherche appuie la notion selon laquelle une intervention immédiate, ainsi que des activités de promotion et de prévention de la santé mentale, peuvent favoriser le développement et le bien-être des enfants, quel que soit leur milieu social ou culturel. Ces méthodes tiennent compte des contextes culturel et économique des familles en visant à améliorer les mécanismes de soutien social, en établissant les liens voulus entre les familles et les ressources, en améliorant les habiletés d'adaptation des parents, en défendant les intérêts de la famille, en valorisant les relations parent-enfant, en habilitant les parents et en fournissant des services sensibles aux différences culturelles.

### **3.4 Importance d'un environnement familial positif pour les jeunes enfants**

Le domaine de la santé mentale de la petite enfance a été fortement influencé par le point de vue de Bronfenbrenner sur l'écologie et les systèmes de la famille (Bronfenbrenner, 1986). Ses théories apportent à la recherche un cadre de travail qui examine les transactions mutuelles entre l'enfant, sa famille et sa collectivité. Selon cette perspective, le comportement des jeunes enfants doit être compris dans le contexte des tâches développementales relatives à l'âge et souligne l'importance d'un milieu stimulant. Les étapes du développement de la petite enfance se caractérisent par des tâches précises (p. ex., développement d'aptitudes physiques par le jeu, acquisition de compétences cognitives et sociales, développement du langage). Des réactions stimulantes de la part des personnes responsables des enfants contribuent à la compétence de l'enfant et à sa maîtrise de ces tâches. En plus de favoriser les attachements positifs, les tâches optimisent le potentiel de croissance en santé. La capacité des responsables des enfants de promouvoir la santé et le développement dépend de leur connaissance du développement des enfants, de la présence de ressources pour répondre aux besoins des enfants et des facteurs culturels. L'évolution des conditions sociales, telles que le nombre croissant de parents qui travaillent et de familles monoparentales, augmente le stress qui pèse sur les enfants et les personnes qui en sont responsables.

Le rôle prédominant de la famille figure dans les modèles transactionnels du développement de l'enfance (Sameroff, 1993), selon lesquels l'enfant est le produit de l'interaction entre parents, membres de la famille et le reste du milieu environnant. Le fonctionnement sain d'un enfant est fonction du caractère positif des attachements, des relations et des interactions avec ses parents et les membres de la famille. La théorie des systèmes familiaux fournit également une base à la reconnaissance de l'influence du stress, des habiletés d'adaptation et des mécanismes de soutien social sur le comportement des enfants et des familles. Les modèles valorisant les points forts et

l'habilitation de la famille prouvent à quel point il est important de tirer parti des atouts inhérents des familles et des collectivités pour améliorer la santé mentale des enfants et de leur famille.

### **3.5 Facteurs de risques et de protection : conséquences pour le développement de l'enfant et les services de santé mentale à la petite enfance**

La documentation sur la petite enfance fait état du « risque » comme d'une caractéristique, de l'enfant ou de l'environnement, que la recherche associe à un résultat négatif pour le développement de l'enfant. Par « environnement », on entend la famille et la collectivité environnante. Un facteur de risques n'est pas la cause d'un résultat négatif, mais il accroît la possibilité d'un tel aboutissement indésirable comme, par exemple, un problème de comportement.

En ce qui concerne l'intervention, il ressort de la recherche sur les facteurs de risques et de protection que la diminution des facteurs de risques et la croissance des facteurs de protection peuvent promouvoir l'aboutissement à un résultat positif. La recherche démontre également que la probabilité de produire un résultat positif est plus élevée avec des interventions qui ciblent plusieurs facteurs de risques à la fois. Pour être efficaces, de telles interventions doivent cependant opérer sur trois niveaux : le niveau individuel, le niveau familial et le niveau communautaire. Il existe une corrélation entre la présence de facteurs de risques multiples et des résultats indésirables en matière de développement de l'enfant. Le risque est proportionnellement plus élevé pour un enfant exposé à une combinaison quelconque de trois facteurs de risques ou plus.

Par contre, la recherche indique aussi que certains enfants font preuve d'un ressort psychologique face aux problèmes, c'est-à-dire d'une capacité de surmonter le stress associé aux facteurs de risques présents dans leur environnement. C'est ce que Rutter (1985) appelle « facteurs de protection » et, dans sa recherche, il établit un lien entre ces facteurs de protection et la résistance aux troubles psychiatriques. Les facteurs de protection sont des caractéristiques propres à l'enfant ou à son milieu, qui peuvent le protéger contre le risque de problèmes de développement ou atténuer les effets négatifs dus aux facteurs de risques. Selon Rutter (2000), une démarche holistique est nécessaire, car une même caractéristique personnelle ou environnementale peut devenir un facteur de protection ou de vulnérabilité, en fonction du contexte psychosocial.

Garmezy (1991) fait mention d'une triade protectrice mettant en jeu les points forts de l'individu, de sa famille, de l'école et de la collectivité. Les qualités individuelles comprennent l'intelligence, une bonne estime de soi, un tempérament sociable et détendu et certaines habiletés. Les points forts d'une famille comprennent une relation intime avec un parent ou un gardien, un rôle parental positif, des avantages socio-économiques et un milieu familial positif. À l'école et dans la collectivité, les atouts peuvent être la

fréquentation d'une école protectrice et efficace, la participation à des groupes sociaux à l'école et dans la collectivité, et la présence d'adultes qui ne font pas partie de la famille et qui font des efforts pour promouvoir le bien-être des enfants. Les services de santé mentale pour la petite enfance soulignent de plus en plus le renforcement de la capacité d'adaptation et des facteurs de protection, surtout les activités visant à améliorer les compétences parentales et les relations enfant-parent, à favoriser l'excellence en matière de services de garde d'enfants et d'éducation, à donner de l'ampleur aux mécanismes de soutien social, à réduire la pauvreté et l'itinérance et à consolider les collectivités.

Les sections suivantes offrent un bref examen des six types de facteurs de risques présentant une forte association avec les problèmes de santé mentale de la petite enfance. Ces six types de facteurs de risques sont les suivants :

- pauvreté;
- problèmes de santé mentale chez un parent;
- compétences parentales limitées;
- problèmes d'attachement;
- alcoolisme et toxicomanie;
- prématurité et poids insuffisant à la naissance.

**Pauvreté :** selon les données de la première tranche de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, les enfants vivant dans une famille dont le revenu équivaut à moins de 75 % du seuil de revenu faible de Statistique Canada, présentent plus de problèmes de comportement et redoublent leurs classes plus souvent que les enfants vivant dans la pauvreté, mais dont les familles ont un revenu supérieur (Offord & Lipman, 1996). On trouve des niveaux similaires de problèmes de comportement et de performance scolaire en rapport avec la pauvreté dans *l'Étude sur la santé de l'Ontario* (Lipman, Offord & Boyle, 1994).

**Problèmes de santé mentale chez un parent :** les problèmes de santé mentale chez un parent sont des facteurs de risques qui ont un effet sur ses compétences parentales, et ils sont souvent présents en même temps que d'autres facteurs de risques tels que l'alcoolisme et la toxicomanie, l'exposition à la violence et la grossesse à l'adolescence. La dépression de la mère est le problème de santé mentale qui, selon la recherche, présente le lien le plus étroit avec un rôle parental insuffisant et des relations enfant-parent tendues pouvant aboutir à des difficultés d'ajustement pour les nourrissons et les tout-petits (Gelfand & Teti, 1990). Les mères déprimées tendent à avoir une attitude parentale négative telle qu'une absence de réaction, un manque d'attention, une conduite importune et un rôle disciplinaire erratique. On estime que le style interactionnel d'une mère déprimée, qui tend à être soit renfermée et absente ou hostile et importune, dérange la régularisation des émotions. Cette théorie jouit de l'appui de la recherche longitudinale (Laucht et d'autres, 1994). On a aussi établi un lien entre la dépression maternelle et la

violence et la négligence, ce qui, en conséquence, peut aboutir plus tard à des problèmes comportementaux et affectifs graves chez l'enfant (Rogosch et d'autres, 1996). Enfin, la recherche indique que les mères déprimées disposent de moins de mécanismes de soutien social; or ces mécanismes sont un des facteurs de protection clés dans la formation des habiletés d'adaptation.

**Compétences parentales limitées :** la recherche démontre que les mères dont les compétences parentales sont limitées, surtout les mères adolescentes, posent un risque de problème de santé mentale pour leurs enfants. Il est plus probable qu'une mère dont les compétences parentales sont limitées aura un comportement déréglé dans ses interactions avec son enfant (p. ex., l'enfant pleure et sa mère le dispute parce qu'il pleure). Ces réactions négatives dans les interactions et le rôle parental confirment les conclusions selon lesquelles les enfants de mères adolescentes courent un risque élevé de former des attachements instables et désorganisés dans leurs relations. Il pourrait s'agir d'un facteur dans les aptitudes sociales et émotives insuffisantes observées chez les enfants dont la mère, adolescente ou autre, possède des compétences parentales limitées. Ces mères sont généralement moins attentives à leur nourrisson et leur adressent la parole moins fréquemment. Une autre conséquence est que leur enfant a tendance à grandir dans un milieu cognitif limité, ce qui le prépare mal pour l'école dans les années suivantes (Osofsky, 1996).

**Problèmes d'attachement :** le processus de l'attachement permet au parent et à l'enfant de forger un lien émotif qui assure à l'enfant une fondation solide et constante à partir de laquelle explorer et apprendre comment naviguer dans son environnement (Waters et d'autres, 2000). Dès la première année de la vie, cette relation d'attachements évolue et aide l'enfant à se tourner vers le monde et à régulariser son comportement et ses émotions, surtout dans des conditions de stress. Il ressort d'un ensemble de travaux théoriques et de conclusions empiriques (voir le compte-rendu dans Carlson & Sroufe, 1995) que les problèmes dus à un attachement fragile et désorganisé peuvent avoir une variété de contrecoups négatifs tels que problèmes du comportement, dépression, anxiété et phobies, troubles psychosomatiques, insomnie et troubles de l'alimentation (y compris un retard de croissance) et troubles de la personnalité.

**Alcoolisme et toxicomanie :** il existe une documentation importante sur les effets néfastes de l'alcoolisme et de la toxicomanie sur un enfant quand il y est exposé à un très jeune âge. Avant la naissance, la consommation d'alcool risque de produire des anomalies congénitales et des troubles comportementaux, y compris des difficultés à assimiler l'information, à maintenir l'attention et à interagir. Les mères qui abusent de drogues font preuve d'un niveau d'interaction inférieur avec leur enfant et de compétences parentales insuffisantes, à cause de leur préoccupation à l'égard des drogues et de leur déficit neurologique dû à la consommation prolongée de drogues et, dans une grande proportion, à cause de leur dépression (Mayes, 1995). Vivre avec un parent toxicomane peut avoir un effet indésirable sur l'aptitude de l'enfant à développer la

confiance, l'attachement, l'autonomie, l'estime de soi, la maîtrise du comportement et la régularisation des émotions (Kaplan-Sanoff, 1996).

**Prématurité et poids insuffisant à la naissance :** la prématurité et un poids insuffisant à la naissance sont deux facteurs parmi divers problèmes de développement. En ce qui concerne leur santé mentale, on considère que de tels enfants sont plus difficiles à élever et réagissent moins dans leurs interactions avec leurs parents, ont des difficultés à régulariser leur détresse et courent un risque élevé d'avoir des troubles comportementaux et émotifs (Achenbach et d'autres, 1990). Klaus Minde et ses collègues (1989), ayant suivi les progrès de 77 enfants nés prématurément, ont trouvé qu'à l'âge de quatre ans, 43 % de ces enfants affichaient la probabilité qu'ils auraient un trouble du comportement. Cette proportion est quatre fois celle d'un groupe non clinique d'enfants d'âge préscolaire. Les problèmes les plus fréquents étaient des troubles de l'alimentation, des difficultés à se calmer et l'hyperactivité, ainsi que des crises de colère, un besoin excessif d'attention et des difficultés à régulariser leur comportement. Il existe maintenant une grande variété de programmes d'intervention offerts aux enfants nés prématurément ou avec un poids insuffisant et pour leur famille, allant de programmes d'enseignement correctif pour enfants à des programmes de visites à domicile et à des programmes de sensibilisation des parents.

## **4. Évaluation des préoccupations en santé mentale de la petite enfance**

### **4.1 Éléments clés d'une évaluation de la petite enfance**

Il est important chez les enfants, de la naissance à l'âge de six ans, d'examiner la possibilité de problèmes de santé ou de développement avant de déterminer s'il y a un problème de santé mentale. Selon le cas, il faudra choisir entre une évaluation orthophonique, l'ergothérapie ou la pédiatrie.

Les nouvelles méthodes d'évaluation de la santé mentale de la petite enfance se concentrent sur les capacités de récupération et la reconnaissance des points forts de l'enfant et de la famille. Selon Meisels et Atkins-Burnett (2000), il y a cinq volets à l'évaluation de la petite enfance, compte tenu des conclusions des recherches les plus récentes :

1. Objet de l'évaluation
2. Contexte de l'évaluation
3. Méthodes d'évaluation
4. Personnel responsable de l'évaluation
5. Fusion de l'évaluation et de l'intervention

**Objet de l'évaluation :** récemment encore, les évaluations tendaient à porter seulement sur l'enfant. Aujourd'hui, les évaluations considèrent l'enfant en rapport avec sa famille, ses gardiens et l'ensemble de son cadre de vie. Par exemple, de nombreuses recherches ont établi qu'il existe une forte corrélation entre des interactions mère-enfant propices et des résultats positifs chez l'enfant et, entre la relation mère-enfant et les risques. Ces évaluations comprendront probablement des indices de risques composés tels que ceux utilisés dans l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* et le document de recherche *Readiness to Learn at School*.

**Contexte de l'évaluation :** selon les méthodes traditionnelles, l'évaluation des jeunes enfants se déroulait dans un environnement structuré et dans des circonstances contrôlées. Plus récemment, la tendance a été de faire l'évaluation dans un milieu familial qui est confortable, qui n'intimide pas l'enfant et qui l'intéresse (p. ex., domicile, garderie, école). Conformément au cadre écologique, l'évaluation est faite de manière « sensible à la culture de l'enfant », soit en tenant compte des facteurs ethniques et culturels et « en harmonie avec le contexte de l'enfant », en l'évaluant dans son milieu familial.

**Méthodes d'évaluation :** alors que les évaluations traditionnelles faisaient appel à des processus hautement spécialisés et à des instruments normatifs, dans un milieu formel, les évaluations se font aujourd'hui dans un cadre ordinaire qui permet à l'enfant de démontrer ce qu'il ressent au moment précis. Les changements apportés aux méthodes d'évaluation sont dus en grande partie aux mécontentements occasionnés par les tests psychométriques conventionnels, en raison de problèmes tels que les désaccords qui surgissent d'une mesure à une autre, le manque de fiabilité, les problèmes de circularité parmi les critères de mesure et l'absence de renseignements utiles pour guider l'intervention.

**Personnel responsable de l'évaluation :** les méthodes d'évaluation actuelles se différencient du modèle traditionnel, où un client était évalué par un seul expert en la matière. Puisque la santé mentale d'un enfant n'est pas un phénomène en vase clos, les pratiques exemplaires actuelles font appel à des évaluations multiples, effectuées par des personnes représentant chacune une discipline (évaluation multidisciplinaire). Parmi les autres mouvements, on note le suivi du développement (observation attentive du développement de l'enfant sans se plier à une méthode ou technique particulière), le dépistage des problèmes développementaux, l'observation intentionnelle de la manière dont les parents expriment leurs inquiétudes sur les problèmes psychosociaux et développementaux de leur enfant et la confiance marquée dans un jugement clinique systématique ou une évaluation fondée sur le jugement (Neisworth, 1990).

**Fusion de l'évaluation et de l'intervention :** selon Meisels et Atkins-Burnett (2000), le progrès le plus important en évaluation de la petite enfance dans les dernières années, est la fusion de l'évaluation et de l'intervention. Cette perspective sur l'évaluation trouve son

origine dans le domaine de la petite enfance. Elle part de l'idée selon laquelle connaître un enfant est beaucoup plus dynamique que recueillir des données sur des objets et des événements; l'évaluation est un processus continu et les hypothèses engendrées par l'évaluation d'origine seront testées et perfectionnées dans le courant de l'intervention. Il s'ensuit qu'une nouvelle panoplie d'outils d'évaluation est alors mise en œuvre, tels que l'*Infant-Toddler Developmental Assessment* (évaluation du nourrisson-tout-petit), le *Transdisciplinary Play-Based Assessment* (évaluation transdisciplinaire fondée sur le jeu) et l'*Ounce-of-Prevention Scale* (échelle de prévention once de prévention). Ces outils produisent des renseignements d'évaluation tout en aidant à formuler les interactions qui appuient le développement de l'enfant.

## **4.2 Âge du commencement des problèmes et facteurs relatifs à l'âge dans l'évaluation de l'enfant**

Giaconia (1994) et ses collègues ont observé que certains problèmes de santé mentale de la petite enfance commencent souvent à différents âges et qu'il existe également des variations entre les garçons et les filles. Les simples phobies commencent généralement à l'âge de bébé et durant la petite enfance, pour s'estomper vers l'âge de huit ans. Les phobies sociales aussi se manifestent en bas âge chez certains enfants et s'intensifient graduellement jusqu'au début de l'adolescence. Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) se déclare à un très jeune âge (entre quatre et cinq ans), pour culminer à seize ou dix-sept ans. Plus tard, à l'adolescence, le SSPT précoce s'associe à des problèmes interpersonnels. Les signes précurseurs de la dépression grave apparaissent vers l'âge de six ou sept ans, allant en s'intensifiant au cours de l'adolescence. L'abus d'alcool ou la dépendance peut commencer dès l'âge de huit ans et l'abus de drogues ou l'accoutumance à partir de dix ans. Les deux s'intensifient nettement pour culminer au milieu de l'adolescence (entre 14 et 15 ans).

Les différences entre les deux sexes sont importantes dans toute évaluation des risques de troubles précoces. Bien que l'on dispose d'études sur les troubles psychiatriques selon le sexe chez les adolescents et les adultes, ce n'est que récemment qu'on a examiné les différences, selon le sexe et l'âge, chez les enfants. En ce qui concerne les troubles signalés dans l'étude de Giaconia (1994), la dépression grave, les phobies simples, les phobies sociales et le syndrome de stress post-traumatique semblent se manifester à un plus jeune âge chez les filles. Et les enfants affichant un trouble du comportement tendent à être surtout des garçons.

## **4.3 Évaluation de la famille**

L'évaluation de la famille dans les cas de santé mentale de la petite enfance est marquée par l'influence des modèles écologiques et systémiques, ainsi que de ceux qui portent sur les points forts et l'habilitation. De là, la prépondérance de stratégies mettant l'accent sur une évaluation axée sur la famille et permettant aux familles de faire leur propre

évaluation de leurs points forts, ressources et besoins. C'est une démarche qui peut servir aux professionnels ayant une formation limitée ou non formelle en évaluation de la famille, tout en fournissant des données utiles pour faire une recommandation (p. ex., à un psychiatre dans le cas d'une mère déprimée) et concevoir des interventions. Elle présente un contraste avec les évaluations familiales traditionnelles reposant sur les théories du développement de l'enfant, du développement de la famille et de l'adaptation au gardien (Simeonsson et d'autres, 1995).

Les domaines essentiels à une évaluation utile de la famille sont :

- Valeurs, attitudes, croyances
- Structures relationnelles au sein de la famille
- Écologie familiale
- Besoins précis de la famille
- Ressources familiales
- Sources d'appui actuelles et potentielles
- Manifestations courantes de stress au sein de la famille

La démarche actuelle d'évaluation de la famille exige d'abord des cliniciens qu'ils fassent preuve de respect à l'égard de la famille, en insistant sur l'association et les notions que partagent les membres de la famille. Beckman et d'autres (1996) ont reconnu six compétences précises nécessaires à l'établissement de relations positives aux fins d'évaluation avec la famille, soit :

1. Se joindre à la famille (écouter sans porter de jugement)
2. Faire une écoute active (écouter ce qui est dit et comment)
3. Faire une interrogation efficace (équilibre entre les questions ouvertes et fermées)
4. Répéter et clarifier les remarques des parents
5. Fournir des renseignements
6. Recadrer (redéfinir les problèmes ou données sous un jour positif)

#### **4.4 Évaluation des relations parent-enfant**

Il ressort de la recherche que la qualité des relations parent-enfant dans les tout premiers temps de la vie de l'enfant a des conséquences importantes sur son développement. Plutôt que d'évaluer l'enfant exclusivement, les méthodes actuelles d'évaluation de la santé mentale des enfants incorporent la qualité des interactions entre parent et enfant.

Dans les trente dernières années, la recherche a fait ressortir d'importants éléments des relations parent-enfant. Ces éléments comprennent les réactions comportementales, à la fois du parent et de l'enfant, ainsi que les relations réciproques qui se forment dans le cadre de leur interaction au fil du temps.

Du point de vue de la santé mentale, nombre de chercheurs ont exploré l'interaction parent-enfant dans les familles vulnérables à des causes environnementales. Dans ce contexte, les facteurs environnementaux comprennent les caractéristiques de la mère (intelligence faible, niveau d'études peu élevé, adolescence, dépression, dévalorisation de soi) et de la famille (famille nombreuse), ainsi que les facteurs socio-économiques (pauvreté). Les enfants exposés à des facteurs de risques multiples sont particulièrement vulnérables aux troubles comportementaux et émotifs.

Dans les familles présentant des facteurs de risques certains, l'évaluation porte davantage sur la reconnaissance des structures comportementales des parents, plutôt que celles de l'enfant. Par exemple, il ressort d'études que les mères issues d'un milieu défavorisé offrent généralement moins de stimulation et moins de réaction, tout en étant plus dominante que les mères venues de la classe moyenne. Par contre, les études du ressort psychologique des enfants indiquent que celui-ci est supérieur dans un climat positif d'interaction et d'attachement.

Quant aux meilleures pratiques en ce qui concerne l'évaluation de l'interaction parent-enfant, Mahoney et d'autres (1996) avertissent que les mesures d'évaluation normalisées n'ont pas été suffisamment mises au point pour pouvoir s'ajouter au processus d'évaluation et risquent donc de produire des conclusions erronées sur la relation parent-enfant. Étant donné l'importance d'une bonne compréhension de cette relation, Kelly et Barnard (2000) ont formulé les recommandations suivantes pour recueillir des données à l'évaluation :

- Reconnaître l'importance de la relation parent-professionnel
- Déterminer quel appui est nécessaire
- Évaluer les caractéristiques respectives du parent et de l'enfant et leur réciprocité
- Respecter les valeurs et préférences personnelles
- Faire appel à une méthode qui permet au parent de maintenir ses rapports avec l'enfant
- Employer un processus d'évaluation conjointe parent-professionnel
- Insister sur le positif
- Faire de l'évaluation un processus continu

L'ouvrage *Parent-Child Early Relational Assessment* (Clark, 1985) est un exemple d'outil normalisé pour l'évaluation des relations parent-enfant. Le principal concept au cœur de cette évaluation est que l'affect maternel sert de régulateur au développement social de l'enfant. L'échelle a été mise au point à l'intention des parents ayant un problème psychiatrique, mais elle s'applique à d'autres populations. La démarche consiste en un enregistrement vidéo de quatre épisodes d'interaction précise, à l'intérieur d'une séquence de 20 minutes. Les épisodes comprennent l'alimentation, une tâche

structurée propre à l'âge de l'enfant, le jeu libre avec des jouets et une séparation brève suivie de la réunion avec le parent. Les quatre situations fournissent suffisamment de données pour évaluer à la fois les points forts et les faiblesses du parent. Le manuel de formation aide à effectuer une évaluation objective des quatre épisodes. La recherche confirme que l'échelle permet effectivement de différencier entre les mères à risque élevé et les mères bien ajustées, et entre les enfants dont l'attachement est suffisant et ceux pour lesquels il est insuffisant.

## **5. Méthodologie pour reconnaître les pratiques prometteuses de traitement et d'intervention en santé mentale de la petite enfance**

Cette section du présent ouvrage propose un examen des conclusions concernant les traitements les plus prometteurs des nourrissons et des jeunes enfants, en faisant appel aux meilleures données courantes. L'examen vise avant tout à décrire les programmes de traitement des jeunes enfants ayant un problème reconnu de santé mentale car, en Ontario, le mandat des centres de santé mentale pour l'enfance leur permet de desservir les enfants et les familles qui ont des problèmes graves. L'examen se concentre sur le traitement et les interventions psychologiques, plutôt que sur les traitements médicaux et pharmacologiques. Étant donné les rapports étroits entre la neurobiologie et les problèmes de la petite enfance, il convient d'envisager toute évaluation médicale et tout traitement selon le cas particulier.

### **5.1 Méthodologie pour reconnaître les interventions et traitements prometteurs**

Dans le cadre du présent examen, on a suivi deux méthodes de reconnaissance des traitements prometteurs. La première consiste à appliquer une démarche critérielle reposant sur l'évaluation des études examinées dans le *Lonigan and Elbert Task Force on Empirically Supported Psychosocial Interventions for Children* (Lonigan et d'autres, 1998) et d'autres ouvrages scientifiques publiés. Ces ouvrages appliquent généralement les critères rigoureux de l'*APA Task Force on Psychological Intervention Guidelines* (*Barlow Task Force*) et de l'*APA Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures* (*Chambless Task Force*) pour signaler les traitements confirmés par des méthodes empiriques.

Étant donné que le présent examen sert de fondement à un projet provincial de formation, les conclusions concernant l'efficacité et la faisabilité des traitements et des interventions présentent un intérêt tout particulier en ce qui concerne :

- 1) les effets du traitement dans un cadre du monde réel;
- 2) son acceptabilité pour les clients;
- 3) la facilité de la formation du personnel; et
- 4) le prix de la mise en œuvre des modalités du traitement ou de l'intervention.

Les normes de classement des traitements suivies dans l'*APA Task Force* ne concernent que l'efficacité (c'est-à-dire les avantages d'un traitement, tels qu'observés dans des études d'évaluation bien contrôlées), sans y inclure les critères relatifs à ses effets (c'est-à-dire le taux de réussite du traitement dans le « monde réel ») tels que proposés par la *Barlow Task Force*. Par conséquent, diffuser simplement les listes de traitements prometteurs ne faisant état que de leur efficacité ne garantit nullement que les enfants et les familles en recevront les meilleurs services possibles. C'est pourquoi on a ajouté une deuxième démarche comprenant un examen de la documentation disponible afin de déterminer leur utilité et leur faisabilité dans un cadre réel.

## **5.2 Limites de l'examen des interventions et traitements prometteurs**

Le présent examen a été effectué dans un délai très serré et se cantonne donc aux articles, bases de données, revues et autres documents disponibles actuellement. L'objet de l'examen est de reconnaître les interventions et traitements les plus prometteurs. De bien des points de vue, la recherche dans l'efficacité et l'utilité des interventions et traitements de santé mentale pour la petite enfance en est seulement à ses débuts. Bien qu'il existe des méthodes prometteuses, l'examen fait état d'écarts importants dans l'évaluation des interventions et des traitements, surtout pour les nourrissons et les très jeunes enfants.

Un facteur contribuant à ces écarts est la tendance, dans la documentation de la recherche sur les traitements, à adopter un modèle de traitement conventionnel reposant sur des symptômes et des problèmes diagnostiqués selon des critères précis. L'applicabilité des DSM-IV ou d'autres critères de diagnostic (p. ex., ICD-10, DC:0-3) est le sujet de grandes controverses parmi les chercheurs et praticiens en santé mentale, surtout en ce qui concerne les nourrissons et les très jeunes enfants (p. ex., Zeanah, 1996). Il s'ensuit qu'il existe très peu d'études de haute qualité, fondées sur des principes empiriques, sur l'efficacité et l'utilité des interventions visant une gamme globale de problèmes de santé mentale de la petite enfance (p. ex., relations enfant-gardien, structures de développement mésadaptées, attachement aberrant). Ces lacunes notables de la recherche dans le domaine auront de meilleures chances d'être comblées de manière satisfaisante à mesure que la santé mentale de la petite enfance recevra plus d'attention. Il convient donc de voir ici, dans le présent examen des pratiques prometteuses en santé mentale de la petite enfance, un premier pas dans un projet en évolution visant à reconnaître les meilleurs traitements et interventions possibles pour les nourrissons et jeunes enfants de l'Ontario.

## **6. Pratiques prometteuses en santé mentale de la petite enfance : traitements et interventions pour des troubles spécifiques**

Les sections suivantes décrivent certaines pratiques prometteuses applicables à des troubles précis dont le diagnostic suit généralement les critères DSM-IV.

## 6.1 Troubles anxieux

L'anxiété se caractérise par l'expression marquée d'émotions négatives et un élément de peur. Un niveau d'anxiété modéré est un phénomène adaptatif qui se manifeste dans le développement de la plupart des enfants. Les types d'anxiétés suivants sont acceptables dans le développement normal des nourrissons et des jeunes enfants (Klein & Last, 1989) :

- de 0 à 6 mois – anxiété ou peur à la perte de son support physique ou à un bruit fort
- de 7 à 12 mois – anxiété en présence d'étrangers
- de 12 à 18 mois – anxiété de la séparation et inquiétude lors de l'élimination
- de 2 à 5 ans – peur des animaux, machines et lieux sombres; anxiété à la séparation des personnes intimes et crainte des risques de dommage corporel
- 6 ans – peur des esprits/fantômes/monstres et lieux sombres, d'être seul ou de dormir seul et des dommages corporels

On peut être en présence d'un trouble anxieux lorsque l'enfant manifeste une angoisse excessive et débilitante au point de porter gravement atteinte à son fonctionnement. Selon les études épidémiologiques, les troubles anxieux sont la forme la plus commune de problème de santé mentale chez les enfants et touchent de 6 à 18 % de la population infantile (Castellanos & Hunter, 1999). Chez les plus jeunes enfants, le trouble anxieux le plus fréquent est l'anxiété de séparation, suivie de la phobie sociale et ensuite des simples phobies (p. ex., peur d'un animal ou d'un objet précis). Les troubles anxieux se répartissent distinctement entre les deux sexes, les filles éprouvant plus que les garçons l'anxiété de la séparation, les phobies et les troubles anxieux généraux.

D'autres troubles peuvent se déclarer en même temps (comorbidité) qu'un trouble anxieux. Le trouble comorbide le plus fréquent est un autre trouble anxieux. Environ la moitié des spécimens cliniques manifestent un trouble anxieux comorbide. Les autres troubles comorbides communs sont des troubles dépressifs et les comportements perturbateurs, surtout le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA) et le trouble oppositionnel avec provocation (TOP).

### 6.1.1 Traitement des troubles anxieux au moyen de médicaments

Aucun des médicaments étudiés dans le traitement des troubles anxieux des enfants n'a fourni de preuve concluante de son efficacité ou de l'absence de risques. La liste comprend les antidépresseurs imipraminiques, inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine, benzodiazépines et le Busipone. En outre, chez les enfants, certains de ces médicaments présentent des risques graves d'effets secondaires avec le potentiel de problèmes physiques associés à un danger de mort (Velosa & Riddle, 2000). En raison de ces risques, on favorisera un traitement exempt d'intervention médicale.

### **6.1.2 Traitement psychique des troubles anxieux**

En général les études bien conçues, visant à évaluer l'efficacité des interventions par traitement des troubles anxieux, portent sur des enfants de cinq ans et plus. Bien que certaines des interventions suivantes semblent prometteuses pour les jeunes enfants, il est important de noter qu'aucune preuve de leur efficacité n'a été établie.

La thérapie cognitive et comportementale ou « cognitivo-comportementale » (TCC) a fait ses preuves dans le traitement d'enfants souffrant de troubles anxieux graves, y compris les troubles anxieux généralisés, le trouble anxieux de la séparation et la phobie sociale. La TCC est efficace pour les enfants anxieux, avec ou sans troubles comorbides tels que le THADA ou une dépression (Kendall et d'autres, 1997). Les programmes de TCC sont conçus suivant les premiers manuels de traitement élaborés par Kendall, notamment *Coping Cat Workbook* (Kendall, 1992) et la variante australienne intitulée *Coping Koala Workbook* (Barrett et d'autres, 1991). Pendant les premières étapes du traitement, on fait appel à des méthodes comportementales telles que le jeu de rôles, le modelage et le renforcement social pour étoffer les habiletés d'adaptation de l'enfant. Plus tard, on donne aux enfants l'occasion de mettre leurs habiletés d'adaptation en pratique en les exposant à des situations imaginaires ou réelles qui tendent à susciter leurs craintes.

Dans une étude ultérieure, Barrett et ses collègues (1996) ont ajouté une composante de gestion de l'anxiété pour la famille, dans le cadre de laquelle les parents apprennent à gérer l'anxiété, la gestion des contingences pour renforcer les comportements positifs et dissiper les comportements liés à l'anxiété, ainsi que les aptitudes nécessaires pour guider l'enfant et communiquer efficacement avec lui. L'ajout de cette composante a résulté, exclusivement avec le programme de TCC individuel, en une augmentation des rétablissements cliniquement significatifs de 57 % à 84 % et, l'année suivante, à 96 %.

Selon les conclusions préliminaires, le programme de TCC, administré en groupe avec une composante de formation des parents, est efficace dans le traitement des enfants dont le diagnostic révèle un trouble anxieux généralisé, un trouble d'hyperanxiété et une phobie sociale (Silverman et d'autres, 1999). Les premiers résultats suggèrent aussi que la combinaison de la TCC de groupe et de la formation des parents est utile dans la prévention des troubles anxieux chez les enfants à risque élevé (Dadds et d'autres, 1999).

### **6.1.3 Traitement psychosocial de phobies spécifiques**

Beaucoup d'enfants ayant reçu une thérapie cognitivo-comportementale étaient également sujets à des phobies spécifiques, et la TCC paraît avoir produit une amélioration à leur égard. Dans un examen récent, Ollendick et King (1998) ont conclu que la TCC était « probablement efficace » dans le cas d'enfants chez qui le diagnostic primaire avait établi la présence de phobies spécifiques. Selon Kanfer et ses collègues

(1975), l'apprentissage autonome de la TCC s'est montré efficace dans la diminution de la peur du noir chez les enfants de cinq à six ans. Graziano et Mooney (1980), qui appuient cette conclusion, ont découvert que l'apprentissage autonome, associé à l'apprentissage de la relaxation et la formation des parents, aboutit à une diminution rapide de la peur du noir.

Plus récemment, King et ses collègues (1998) ont appliqué une version de la TCC de Kendall dans le traitement de la phobie de l'école chez des enfants de cinq ans et plus. Leur programme comprenait aussi la formation des parents et des enseignants en gestion des contingences et la formulation de stratégies pour promouvoir une meilleure présence à l'école.

En plus de faire appel à la TCC, le traitement individuel s'est montré efficace à l'égard des phobies. Dans leur examen, Ollendick et King (1998) indiquent que le modelage des participants et la pratique renforcée sont des formes de traitement dont l'efficacité est « bien établie » et que la désensibilisation systémique (tant par représentation mentale que dans une situation réelle) est « probablement efficace » dans le traitement de phobies spécifiques de l'enfance. Ces traitements individuels du comportement confrontent l'enfant progressivement à l'objet de sa peur, principe qui est également au cœur du programme de TCC de Kendall.

## **6.2 Trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA)**

Les enfants ayant un trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention affichent un niveau anormal d'attention, de contrôle des impulsions et d'agitation physique. Le THADA est un problème chronique et persistant qui enraye parfois de nombreux aspects du développement normal et du fonctionnement de l'enfant, de l'âge préscolaire à l'âge adulte (Cantwell, 1996). Selon les études de prévalence, de 3 à 5 % de tous les enfants ont un THADA et un tiers d'entre eux ont le type de THADA selon lequel il leur est difficile de maintenir leur attention (type inattentif de THADA). La recherche dans un traitement du THADA s'est concentrée sur les interventions par médicaments et de type psychosocial.

### **6.2.1 Traitement du THADA au moyen de médicaments**

L'efficacité des stimulants dans le traitement des enfants dont le diagnostic indique un THADA, sans trouble comorbide, a reçu un appui considérable dans les comptes rendus de recherche. Selon Anastopoulos et ses collègues (1992), chez plus de 70 % des enfants ayant un THADA qui prennent un médicament psychostimulant, on observe une amélioration marquée de leur comportement, leur attention et leurs résultats scolaires. Toutefois, le recours croissant aux médicaments dans le traitement du THADA suscite quelques inquiétudes, surtout en ce qui concerne les très jeunes enfants. Dans leur étude de plus de 200 enfants de trois ans et plus dont le diagnostic indique un THADA,

Rappley et ses collègues (1999) ont trouvé que plus de la moitié de ces très jeunes enfants recevaient des médicaments pour un THADA. Dans l'ensemble, il ressort d'études récentes que l'emploi de médicaments psychotropes dans le traitement des problèmes de comportement des enfants d'âge préscolaire est en hausse rapide (Zito et d'autres, 2000). L'absence de recherche sur les effets à long terme de ces médicaments suggère que pour les jeunes enfants, il convient d'administrer des psychotropes avec prudence et de surveiller régulièrement si des effets secondaires sont présents.

### **6.2.2 Traitement psychosocial du THADA**

Bien que les médicaments stimulants représentent le traitement préféré pour les enfants qui ont un THADA mais sont exempts de troubles comorbides, les interventions comportementales sont encore la forme de traitement généralement choisie pour les enfants qui ont un THADA et un trouble comorbide, tel que le trouble oppositionnel avec provocation, ou quand le médicament cause des effets secondaires négatifs chez l'enfant.

Pour les jeunes enfants ayant un THADA, l'entraînement comportemental des parents (ECP) a fait ses preuves. À titre d'illustration, Pisterman et ses collègues (1992) ont trouvé dans le suivi après 12 séances de formation comportementale des parents en groupe, que 65 % des enfants d'âge préscolaire (soit de 3 à 6 ans) ayant un THADA manifestaient un plus grand respect des demandes parentales. Les rapports entre parents et enfants s'étaient nettement améliorés par rapport à ceux d'un groupe témoin. De même, Anastopoulos et ses collègues (1993) ont noté une amélioration sur l'échelle d'évaluation du THADA chez les enfants du groupe d'ECP et dans les rubriques parent-enfant de *Parenting Stress Index*. Un index de l'efficacité parentale a permis de déterminer que les parents aussi ont vu une amélioration.

Pour les enfants en première année d'école (six ans) reconnus comme ayant un THADA et un trouble oppositionnel avec provocation comorbide, un apprentissage social a produit des améliorations, suivant l'évaluation de l'autocontrôle par les parents et l'évaluation du repli sur soi-même, de l'agressivité et de l'acceptabilité sociale (Frankel et d'autres, 1997). D'après les conclusions de Carlson et de ses collègues (1992), bien que des médicaments soient essentiels pour améliorer les résultats scolaires, la combinaison médicaments et gestion des contingences axée sur l'école avait un effet positif sur le comportement en classe, y compris les observations du comportement pendant l'accomplissement des tâches et le comportement perturbateur.

### **6.3 Trouble oppositionnel avec provocation (TOP)**

Le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) est une structure persistante de problèmes comportementaux se caractérisant par une attitude oppositionnelle, hostile et récalcitrante qui ne peut pas être attribuée au stade du développement de l'enfant et qui nuit à son fonctionnement. Les infractions à la loi n'y sont pas comprises. Les jeunes

enfants manifestent généralement leur TOP par des crises de colères, des disputes avec les adultes et un comportement obstiné. Le TOP apparaît souvent quand l'enfant est en compagnie de personnes qui lui sont familières (p. ex., parents, gardiens) et dans des milieux précis (p. ex., domicile, garderie). Le TOP commence typiquement à l'âge préscolaire et peut se transformer quelques années plus tard en trouble de conduite et en trouble antisocial. Selon des études auprès de la population non clinique, 10 à 15 % des garçons et filles sont difficiles à contrôler et 5 % font des crises de colère. Il ressort d'études de suivi que de tels problèmes persistent de l'âge préscolaire aux premières années d'école. Il n'y a guère de différence entre les deux sexes à l'âge préscolaire, mais on note un taux supérieur d'extériorisation du comportement chez les garçons d'âge scolaire. Aux États-Unis, le TOP est la raison de un tiers à la moitié de tous les aiguillages aux cliniques pour l'enfance et la famille. Le TOP peut apparaître en même temps que d'autres problèmes de santé mentale tels que trouble anxieux, trouble dépressif et trouble de la communication. Mais bien qu'il aboutisse souvent au trouble de la conduite (TC) précoce, la plupart des enfants qui ont un TOP ne manifestent pas de TC.

Il ressort de la recherche que trois facteurs de risques contribuent à la probabilité que le TOP aboutira à un problème de conduite grave à un âge ultérieur (Lehmann & Dangel, 1998). Le premier facteur comprend les caractéristiques enfantines d'agressivité, d'impulsion et d'inattention. Le deuxième facteur concerne des méthodes parentales marquées par un manque de supervision et de renforcement du comportement prosocial ou des conséquences de la violation des règles familiales. Le troisième facteur concerne la présence dans l'organisation familiale de problèmes tels que niveau élevé d'agents stressants, soutien social insuffisant, toxicomanie, conflits et violence dans le milieu familial et problèmes de santé mentale chez les parents.

### **6.3.1 Traitement psychosocial du TOP**

En ce qui concerne le TOP et les facteurs de risques qui y contribuent, il ressort de la recherche que l'entraînement comportemental des parents (ECP), associé à l'entraînement de l'aptitude à résoudre un problème (EARP) axé sur l'enfant, sont efficaces dans l'amélioration du comportement à la maison et à l'école. Chaque programme devrait se dérouler sur 10 à 20 sessions, sur une période de 3 à 6 mois. Bien que des études indiquent qu'une telle combinaison de traitements soit plus efficace que l'ECP ou l'EARP seul (Webster-Stratton & Hammond, 1997), si les parents ne peuvent pas suivre l'ECP, on doit alors offrir l'EARP aux enfants seuls. Cette stratégie donne de bons résultats pour certains enfants ayant le TOP.

On observe un nombre croissant de conclusions avec preuves à l'appui que les programmes d'ECP en groupe avec modelage sur vidéo sont aussi efficaces que les programmes d'ECP individuel, à une fraction du prix (Webster-Stratton et d'autres, 1989). Ce sont les vidéos et manuels de formation (Webster-Stratton, 1987) de Webster-Stratton qui ont servi à toutes ces études, sous la direction de l'équipe de recherche de

Webster-Stratton dans la plupart des cas.

Pour les parents célibataires et les gardiens recevant peu d'appui social de leur partenaire, l'ajout d'une composante visant à hausser l'appui social pourrait être d'une grande utilité dans l'amélioration de l'efficacité de l'ECP (Dadds & McHugh, 1992).

## **6.4 Trouble des conduites**

Le trouble des conduites (TC) se caractérise par une structure comportementale qui enfreint les droits fondamentaux des autres ou les normes et règles acceptées par la société pour un âge donné. Dans l'ensemble, le trouble des conduites se manifeste plus souvent chez les garçons que chez les filles, à raison de 6 à 10 % pour les garçons par rapport à 2 à 9 % pour les filles. La majorité des enfants qui affichent un trouble des conduites dès un jeune âge tendent à être mâles, et il ne semble pas y avoir de corrélation socio-économique ou ethnique. 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.

Parmi les facteurs de risques du TC, on compte son apparition à un jeune âge (risque plus élevé quand l'apparition est à l'âge préscolaire ou à la maternelle), les problèmes de conduite observés dans plusieurs milieux (foyer, école), la fréquence et l'intensité des problèmes de conduite, la diversité des problèmes de conduite et les problèmes dissimulés (mensonge, incendie, vol) à un jeune âge, ainsi que les caractéristiques parentales et familiales (p. ex., mère déprimée, comportement antisocial d'un parent, toxicomanie).

### **6.4.1 Qu'est-ce que le trouble des conduites précoce?**

L'apparition du trouble des conduites à l'enfance semble être causée par une combinaison de facteurs biologiques et psychosociaux. Les comportements perturbateurs apparaissent à l'âge préscolaire, généralement sous des formes négatives, hostiles et provocatrices caractéristiques du trouble oppositionnel avec provocation (TOP). À mesure que l'enfant se développe, son comportement empire habituellement pour aboutir aux caractéristiques du trouble des conduites, surtout le mensonge, la bagarre et le vol. Ces enfants ont tendance à avoir un trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA), des difficultés d'apprentissage et une performance scolaire médiocre. En ce qui concerne l'évolution développementale, le THADA tend à être suivi du TOP, puis par le trouble des conduites (TC). Le rapport entre le THADA et le TC est particulièrement marqué chez les garçons, quoique les filles aient un plus grand risque que les garçons d'acquérir le TC si elles ont le THADA. Une conclusion qui ressort de toutes les recherches est que les enfants qui ont le TC et le THADA auront probablement des problèmes de comportement qui se poursuivront dans leur vie adulte.

Il se peut aussi que les enfants qui manifestent le trouble des conduites commençant à l'enfance affichent également des différences neuropsychiatriques et neurobiologiques, telles que des niveaux peu élevés de sérotonine LCR et des niveaux anormaux de dopamine  $\beta$ -hydroxylase (DBH). Ces facteurs semblent appuyer l'idée selon laquelle le TC commençant à l'enfance trouve son origine davantage aux niveaux constitutionnel et neurobiologique que dans l'arrivée de l'adolescence. À mesure que grandissent les enfants ayant connu une apparition précoce du TC, leurs infractions tendent à devenir plus graves (p. ex., introduction par effraction, vol d'objets de valeur, rapport sexuel forcé). Ils sont nombreux à devenir toxicomanes, à ne pas avoir d'emploi durable et à connaître l'échec au mariage, avec violence physique à l'égard de leur conjoint ou partenaire et de leurs enfants.

Le TC modéré et grave se présente souvent avec des troubles comorbides nécessitant un traitement (p. ex., THADA, anomalie du développement, troubles associés à l'abus de substances, troubles anxieux, troubles de l'humeur). Les TC chroniques, généralement du type commençant à l'enfance, nécessitent une intervention immédiate, un traitement prolongé dans des domaines multiples et un suivi à long terme (Offord & Bennett, 1994).

#### **6.4.2 Traitement du trouble des conduites au moyen de médicaments**

Les médicaments psychotropes seuls ne suffisent pas au traitement du trouble des conduites (TC). Bien que l'on utilise certains médicaments psychiatriques dans le traitement de jeunes ayant le TC et un trouble comorbide, (p. ex., antidépresseurs pour les troubles de l'humeur et anxieux, stimulants pour le THADA), on ne le recommande que dans le cadre de l'expérience clinique, car les études de l'efficacité appuyant leur usage demeurent insuffisantes (Ritchers et d'autres, 1995).

#### **6.4.3 Traitement psychosocial du trouble des conduites**

La principale thérapie individuelle du trouble des conduites (TC) chez les enfants fondée sur des conclusions cliniques, est la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), surtout l'entraînement de l'aptitude à résoudre un problème (EARP) s'appuyant sur le modèle élaboré à l'origine par Spivak et Shure (1978). Cette forme de thérapie vise à la fois le comportement antisocial et le fonctionnement social positif. L'EARP aide l'enfant à gérer ses déficiences cognitives que l'on considère comme contribuant à son comportement antisocial en améliorant ses aptitudes à communiquer et à résoudre un problème, son contrôle des impulsions et sa maîtrise de la colère. En ajoutant l'entraînement de la gestion parentale (EGP), Kazdin est parvenu à hausser encore davantage le taux d'efficacité de l'EARP. Par exemple, selon une récente étude prospective de grande envergure sur le traitement des enfants (de deux à quatorze ans) ayant le TC, le fonctionnement de l'enfant, des parents et de la famille s'était amélioré au cours du traitement combinant l'EARP et l'EGP. En outre, le traitement a produit de grandes

ampleurs de l'effet dans la mesure des résultats chez l'enfant (Kazdin & Wassell, 2000).

L'intervention auprès de la famille est une composante essentielle du traitement du TC. Pour les très jeunes enfants, la famille est souvent le principal objet de l'intervention. De nombreuses études appuient l'efficacité de l'entraînement de la gestion parentale (EGP) pour améliorer les compétences parentales et traiter le comportement de l'enfant efficacement, sans avoir recours à la punition physique. Webster-Stratton et Hammond (1997) ont découvert, après un suivi d'un an, que l'EGP en groupe avec modelage sur vidéo associé à la thérapie de groupe pour l'enfant (TGE), produisaient des résultats supérieurs à l'EGP ou à la TGE seule. Seule, la TGE est supérieure à l'EGP pour améliorer les aptitudes de l'enfant à résoudre ses problèmes et à régler les conflits avec les autres enfants.

Des études expérimentales récentes, conçues judicieusement, soutiennent l'efficacité des interventions prénatales et de la petite enfance (telles que les visites de la famille à domicile) dans la réduction des problèmes de comportement et du comportement antisocial des enfants élevés dans une famille pauvre (Olds et d'autres, 1998).

Bien que l'on ne trouve généralement pas de documentation soutenant l'efficacité de la thérapie psychodynamique individuelle pour les enfants ayant un TC, selon plusieurs études, une démarche exploratoire (Fonagy & Target, 1994) ou une démarche axée sur l'attachement (Moretti et d'autres, 1994) peut être utile dans le traitement de certains enfants ayant un TC. Pour le moins, ces démarches aident à établir un rapport thérapeutique qui engage effectivement l'enfant dans le processus de la thérapie.

Il est possible de traiter efficacement les enfants ayant un TC dans le cadre d'un programme de jour, mais il faut alors planifier le suivi et la transition soigneusement si les bénéfices du traitement doivent être maintenus dans le cadre ordinaire préscolaire ou scolaire. La recherche soutient deux démarches communes de traitement axé sur l'école, à l'intention des enfants ayant un TC : la gestion des contingences (Abramovitz, 1994) et l'emploi d'une économie de jetons (Kazdin, 1977) dans le but de consolider le comportement positif tout en diminuant les comportements négatifs. Pour les enfants de trois à sept ans, le « *Home Chip System* » met en application des principes de l'économie de jetons pour aider les parents et les gardiens à gérer tout une gamme de comportements problématiques légers à modérés, dans le cadre familial (Christophersen et d'autres, 1981)

#### **6.4.4 Stratégies de prévention du trouble des conduites**

Quelques-unes des stratégies les plus prometteuses dans la prévention des troubles des conduites visent les enfants d'âge préscolaire. Webster-Stratton (1998) ont vu des améliorations dans des cas de problèmes de conduite, de conformité et d'affect, avec des enfants de quatre ans très vulnérables, dans le cadre d'un programme Bon départ au

moyen de vidéos enseignant à leur mère de bonnes compétences parentales, des formes de discipline positive et des moyens de renforcer les aptitudes sociales de l'enfant. Selon une étude canadienne (Cunningham et ses collègues, 1995), des programmes de compétences parentales de grande envergure, axés sur la communauté, ont donné des résultats positifs pour les enfants d'âge préscolaire.

## **6.5 Dépression infantile**

Le tableau clinique de la dépression infantile comprend des caractéristiques associées aux changements d'humeur qui sont uniques à ce trouble précis (p. ex., tristesse, humeur dysphorique, dévalorisation de soi, idées de suicide). La dépression chez les enfants de moins de sept ans tend à être moins définie que chez les enfants plus âgés et les adultes (Cantwell, 1990). Il est moins probable qu'un jeune enfant tente réellement de se suicider; toutefois, il manifesterait probablement dans son apparence plus de symptômes tels que dépression, anxiété (p. ex., anxiété de la séparation), irritabilité et frustration (s'accompagnant souvent de crises de colère et de comportements problématiques), apathie et absence d'intérêt, manque de coopération, éloignement de la famille et des amis, plaintes d'ordre physique (p. ex., maux de tête et d'estomac) et « hallucinations » auditives.

### **6.5.1 Dépression chez les nourrissons et chez les enfants d'âge préscolaire et d'âge scolaire**

Les preuves s'accumulent selon lesquelles les nourrissons peuvent souffrir de troubles dépressifs. À moins d'un an, les troubles dépressifs sont souvent reliés à des problèmes d'attachement et de maternage, peut-être en raison de la séparation due au décès, à la maladie ou à d'autres causes. Les troubles dépressifs peuvent aussi être dus à la négligence d'un gardien qui est débordé, manque de ressources ou d'appui (p. ex., parent adolescent, parent célibataire), souffre de dépression ou d'une autre maladie mentale ou qui est toxicomane.

Les enfants d'âge préscolaire qui sont déprimés souffrent parfois d'anxiété de la séparation ou évitent les autres enfants à la garderie. Ils peuvent aussi agir de manière agressive envers les autres enfants ou provocatrice à l'égard des adultes. Les enfants d'âge préscolaire qui sont déprimés refusent souvent de coopérer, pleurent fréquemment, font des crises de colère, ont l'air triste et ont des problèmes de sommeil et d'appétit. Selon la recherche, de nombreux enfants d'âge préscolaire qui sont déprimés ont connu des événements traumatiques (p. ex., maladie grave, divorce des parents), un événement stressant (p. ex., naissance d'un frère ou d'une sœur) ou ont été l'objet d'abus, ou encore ont été victimes de violence sexuelle ou de négligence (Kashani et d'autres 1986). Certains chercheurs considèrent l'hypothèse selon laquelle les enfants d'âge préscolaire qui sont déprimés ont peut-être des difficultés à maîtriser leurs émotions ou leurs états émotionnels négatifs. Les enfants préscolaires déprimés n'ont peut-être pas les pleines

compétences régulatrices nécessaires à la maîtrise des émotions, telles que la capacité de reconnaître un changement d'humeur et les circonstances qui l'entraînent, formuler le but à poursuivre pour modifier l'humeur et mettre en œuvre les réactions d'adaptation voulues (Kazdin & Marciano, 1998).

Selon la recherche, l'objectif prioritaire doit être la reconnaissance rapide des symptômes de la dépression chez les enfants d'âge préscolaire et leur traitement immédiat. On observe des signes d'altération biologique, tels qu'une diminution du tonus vagal et l'asymétrie de l'électroencéphalogramme frontal droit, associés aux symptômes affectifs chez les enfants vulnérables et d'âge préscolaire. Ces modifications se produisent avant la manifestation des symptômes apparents de la dépression (p. ex., Field et d'autres, 1995). La recherche révèle aussi une résistance au traitement du syndrome de la dépression après l'âge de six ans. Ces conclusions suggèrent qu'une exploration des interventions ou préventions cliniques prometteuses, à un stade moins avancé du développement du système nerveux central et des émotions, est plus importante que la documentation actuelle sur l'efficacité du traitement porterait à le croire.

Les enfants d'âge scolaire déprimés affichent généralement une baisse de l'estime de soi, une tendance au reproche de soi, une tristesse profonde, l'incapacité de s'amuser, et soit une performance scolaire médiocre soit un refus d'aller à l'école. Environ 70 % des enfants déprimés se plaignent de maux de tête et de maux d'estomac sans causes physiologiques. Les enfants d'âge scolaire déprimés affichent parfois une variété de troubles anxieux, dont une angoisse sociale et des phobies particulières. Certains enfants ont parfois des fantasmes morbides récurrents.

On estime que de 2 à 4 % des enfants souffrent de troubles dépressifs et que pendant l'enfance, le taux de prévalence est sensiblement le même chez les filles et chez les garçons (Fleming & Offord, 1990). La dépression grave est relativement rare chez les enfants d'âge préscolaire (moins de 1 %) et les enfants d'âge scolaire (environ 2 %). À l'enfance, la dépression majeure est généralement un trouble épisodique, chaque épisode durant en moyenne 8 mois. Plus de 90 % des enfants se remettent d'un tel épisode en un ou deux ans (Emslie et d'autres, 1997), alors que les 10 % restants souffrent de dépression chronique après leur premier épisode.

La plupart des enfants souffrant de dépression ont également d'autres troubles. Le trouble anxieux est le trouble comorbide le plus commun et s'observe chez environ un tiers des enfants ayant une dépression grave. Le type précis de trouble anxieux varie selon l'âge de l'enfant. Chez les plus jeunes, l'anxiété de la séparation semble être le plus fréquent. La dysthymie (humeur déprimée ou irritée durant au moins un an) est présente chez près d'un tiers des enfants déprimés. C'est ce qu'on appelle une « double dépression » et elle peut marquer le début de troubles récurrents de l'humeur. Le trouble des conduites est un trouble comorbide fréquent dans la dépression infantile.

On note des associations marquées entre la dépression chez l'enfant et la dépression d'un parent, et la présence de facteurs d'adversité (p. ex., pauvreté, itinérance, stress chronique, perturbation de la famille). Les soutiens sociaux, l'entregent, des rapports constants avec un adulte et d'autres facteurs de protection peuvent aider à diminuer les effets négatifs de circonstances adverses mais, en général, il existe peu de recherche inductive sur le sujet en ce qui concerne les jeunes enfants déprimés.

### **6.5.2 Traitement de la dépression infantile à l'aide de médicaments**

Étant donné le contexte du développement et des conditions psychosociales de la dépression durant la petite enfance, le traitement ne peut pas reposer sur l'administration de médicaments seulement. Dans l'ensemble, il existe très peu d'études sur l'emploi de médicaments pour de jeunes enfants touchés par la dépression. La documentation sur le traitement pharmacologique suggère que seuls les médicaments visant les systèmes de sérotonine ont fait leur preuve dans le traitement de la dépression prépubertaire (Emslie et d'autres, 1997). Ces médicaments peuvent être utiles pour traiter un enfant ayant une forme de dépression grave qui s'oppose au traitement psychologique ou lorsque la psychothérapie n'a pas d'effet sur l'enfant. Il y a lieu toutefois de se préoccuper de la tendance à prescrire un assortiment de médicaments (« cocktails ») sans en savoir assez sur leur efficacité. Une autre tendance douteuse consiste à prescrire un médicament pour traiter la dépression infantile sans suivi suffisant ou sans l'appui professionnel d'un pédopsychiatre qualifié.

### **6.5.3 Traitement psychosocial de la dépression infantile**

Les interventions et traitements de la dépression infantile grave n'ont pas fait l'objet de tests empiriques dans le cadre d'une évaluation systématique du traitement avec des bébés et des enfants d'âge préscolaire. On devra aller plus loin pour élaborer des traitements et des interventions et les valider pour les bébés et les enfants d'âge préscolaire. Par conséquent, il convient d'interpréter les commentaires relatifs aux interventions et traitements avec prudence.

La recherche révèle que la psychoéducation – sensibilisation des parents, de l'enfant, des membres de la famille et des prestataires de soins ou des enseignants au sujet de la dépression infantile et de son traitement – diminue grandement les risques de décrochage du programme et permet au traitement de se dérouler avec moins de reproches adressés à l'enfant ou de reproches de soi de la part des parents ou des gardiens.

Il existe une corrélation prononcée entre les facteurs familiaux et la dépression infantile (Kovacs, 1997). La dépression chez les parents et les membres de la famille; des antécédents familiaux de maladie psychiatrique, toxicomanie, difficultés conjugales, conflit entre parents et enfants, violence ou négligence parentale; et un milieu familial pénible ou chaotique, ont tous été liés à la dépression infantile. Si un enfant affiche des

symptômes de dépression grave, il est important de vérifier si un parent est déprimé et a besoin de soins. Le renvoi d'un parent à un traitement pour dépression doit être une priorité, car il risque d'y avoir des conséquences sur le développement d'un attachement normal de l'enfant au parent, ainsi que de ses habiletés sociales, émotives, cognitives et interpersonnelles.

Il n'y a pas lieu de croire cependant que soigner le parent tout en continuant la thérapie familiale suffira à traiter la dépression de l'enfant. Avec les jeunes enfants, les cliniciens veulent généralement traiter à la fois l'enfant et les parents, ensemble. Les interventions à domicile peuvent avoir un effet bénéfique sur la famille en aidant à établir un cadre familial positif ou à réduire le stress à la maison. L'intervention d'un service social est parfois utile dans les cas de pauvreté ou de stress psychosocial (p. ex., chômage, itinérance, accès à diverses formes d'aide sociale).

Il ressort d'études cliniques et contrôlées que les thérapies cognitivo-comportementales sont efficaces dans le traitement des cas de dépression légère à modérée chez les enfants ou pour traiter les cas de dépression grave conjointement avec d'autres formes de thérapie (Harrington et d'autres, 1998). La thérapie cognitivo-comportementale repose sur une prémisse qui dérive de la théorie cognitive selon laquelle les enfants déprimés ont une perception déformée d'eux-mêmes et de leur milieu qui contribue à leur dépression, et selon laquelle ces facteurs peuvent être modifiés. Les thèmes abordés dans le cadre d'une session de thérapie comprennent la distinction entre différentes émotions et leur rapprochement aux événements déclenchants, l'autorégulation des pensées et des sentiments, les comportements positifs avec auto-récompense, le renforcement des aptitudes sociales, la résolution des problèmes et l'altération des structures de réflexion.

La thérapie interpersonnelle repose sur une association marquée entre les problèmes interpersonnels et la dépression. Pour les enfants victimes de violence physique, la recherche indique que la thérapie interpersonnelle peut servir à combattre la dépression en renforçant les compétences sociales (Flisher et d'autres, 1996).

Dans leurs rapports, les thérapeutes indiquent que les principes de la thérapie psychodynamique sont utiles dans le traitement des enfants dont la dépression est d'un niveau léger ou modéré, quand on les incorpore à des formes structurées de thérapie telles que des méthodes interpersonnelles et cognitivo-comportementales. Les méthodes psychodynamiques servent à aider les enfants d'âge scolaire à mieux se comprendre, à reconnaître leurs sentiments, à acquérir une meilleure perception d'eux-mêmes, à modifier des structures comportementales mésadaptées, à établir des rapports plus sains avec les autres et à maîtriser les conflits passés et actuels (Bemporad, 1994).

## **6.6 Énurésie et encoprésie**

### **6.6.1 Énurésie (incontinence)**

L'énurésie est la miction fréquente, involontaire ou voulue, au lit ou habillé, qui limite le fonctionnement de l'enfant et n'est pas due à un problème médical. La plupart des enfants acquièrent le contrôle de la vessie avant l'âge de cinq ans. Uriner au lit est une source d'inquiétude importante pour les parents, bien que cela soit commun chez les bambins : environ 40 % des enfants urinent encore au lit à l'âge de trois ans et près de 25 % à cinq ans. Environ 6 % des enfants urinent accidentellement pendant la journée et certains le font le jour et la nuit, mais la majorité (plus de 60 %) des enfants urinent au lit. Bien que l'on ait proposé de nombreuses causes, aucune n'a encore été confirmée. Même si l'énurésie a des facteurs comportementaux et émotifs, on ne la considère pas principalement comme un trouble psychopathologique.

Un traitement bien connu et efficace de l'énurésie consiste à utiliser un dispositif d'alarme tel qu'on en utilise depuis une soixantaine d'années. Un système d'alarme d'urine élimine généralement tout problème d'énurésie en cinq à douze semaines chez 75 % des enfants. En cas de rechute, il peut être nécessaire de répéter le processus. On trouvera un répertoire des systèmes d'alarme et des fabricants dans le Cendron (1999).

Van Londen et ses collègues (1995) ont appris que de tous les enfants qui avaient résolu leur problème d'énurésie, 97 % l'avaient fait à l'aide d'un système d'alarme avec organisation immédiate des contingences, 84 % à l'aide d'un système d'alarme avec organisation différée des contingences et 73 % à l'aide du système d'alarme seulement. L'organisation des contingences vise à récompenser l'enfant pour ne pas avoir uriné au lit ou pour s'être réveillé à temps. D'autres études ont démontré que les programmes avec système d'alarme associé à d'autres stratégies psychologiques, telles que l'entraînement à la rétention (où l'enfant reçoit une récompense s'il diffère la miction après avoir bu), le surapprentissage (où l'enfant, qui a déjà cessé d'uriner au lit, consomme une quantité excessive de liquide avant d'aller se coucher jusqu'à ce qu'il ait passé quatorze nuits consécutives de plus sans uriner) et le traitement cognitivo-comportemental, donnaient des résultats positifs. L'examen de Houts et de ses collègues (1994) a révélé que les enfants profitaient davantage des traitements psychologiques, tels que l'emploi d'un système d'alarme et l'organisation des contingences, que des traitements par médicament tel que l'imipramine.

### **6.6.2 Encoprésie (souillage)**

L'encoprésie décrit l'état dans lequel un enfant de plus de quatre ans souille involontairement ses sous-vêtements ou un lieu non convenable. Environ de 1 à 3 % des enfants souffrent d'encoprésie et c'est un trouble qui touche les garçons de 3 à 6 fois plus

que les filles. On appelle l'encoprésie une « maladie cachée » en raison du manque d'articles sur le sujet dans la documentation produite à l'intention des parents. Bien qu'on l'ait pris d'abord pour un trouble psychiatrique, on associe maintenant de nombreux facteurs biologiques à l'encoprésie. Par exemple, on observe une corrélation entre la constipation et l'aiguillage d'un enfant pour encoprésie : près de 95 % des enfants faisant l'objet d'un renvoi à un traitement pour encoprésie ont une constipation fonctionnelle. La constipation joue un rôle important dans l'encoprésie, de même que dans d'autres problèmes d'élimination et de propreté. Certains enfants souffrant d'encoprésie ont aussi moins de terminaisons nerveuses au rectum, étant alors moins sensibles à la présence de matières fécales et, par conséquent, au besoin imminent d'aller à la selle. Étant donné l'implication de facteurs biologiques, une évaluation médicale approfondie avec attention toute particulière à la constipation devient nécessaire dans tout cas où il y a possibilité d'encoprésie.

Sans psychopathologie précise, un programme de traitement médical est la démarche à choisir. On trouvera des recommandations pour le traitement des nourrissons et des enfants dans Baker et d'autres (1999). La sensibilisation des parents à l'encoprésie, ainsi que l'entraînement des parents aux stratégies médicales de gestion du cas (lavements, fibre alimentaire) et entraînement à la gestion du comportement (organisation des contingences, contrat) sont importants pour améliorer les symptômes de l'encoprésie (Stark et d'autres, 1997). Ces programmes de sensibilisation des parents ont donné de bons résultats tant au niveau individuel qu'en groupes. Dans une étude plus récente, Cox et ses collègues (1998) ont comparé la combinaison de soins médicaux intensifs et d'apprentissage de la propreté (soins médicaux intensifs et, en même temps, instruction, modelage et renforcement) à la rétroaction biologique (soins médicaux intensifs et rétroaction biologique pour enseigner la contraction et la relaxation des muscles servant à la défécation). Ils ont découvert qu'un apprentissage intensif de la propreté et la rétroaction biologique donnaient des résultats supérieurs à ceux des soins médicaux intensifs seuls.

## **6.7 Douleur en rapport avec une maladie physique**

La douleur est l'un des problèmes les plus communs en rapport avec la maladie physique chez les enfants. Le développement de la réaction de l'enfant à la douleur dépend à la fois de son stade de développement et de son expérience à l'égard de la douleur. Un enfant de moins de dix-huit mois peut signaler sa douleur en pleurant, mais il ne peut pas la conceptualiser ni décrire son intensité. À partir de dix-huit mois, l'enfant peut verbaliser la présence de la douleur et en préciser le point. Dès l'âge de deux ans, il peut décrire la douleur et l'attribuer à une cause extérieure. À trois ans, un enfant comprend que certaines stratégies, telles qu'un câlin avec un parent, aident à diminuer la douleur. Entre les âges de cinq et sept ans, l'enfant apprend à distinguer les divers niveaux de douleur et à les exprimer au moyen d'une échelle visuelle (p. ex., une échelle de « grimaces » représentant divers niveaux de douleur).

### **6.7.1 Douleur abdominale récidivante**

La douleur abdominale récidivante se manifeste chez 10 à 20 % des jeunes enfants. Elle est particulièrement commune entre les âges de cinq à douze ans et s'observe tout autant chez les garçons que chez les filles. Selon Fritz et ses collègues (1997), la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) axée sur la famille avec entraînement à la relaxation et organisation des contingences est plus efficace que les soins médicaux pour diminuer la douleur abdominale récidivante. Quant à Edwards et ses collègues (1991), ils ont trouvé que les enfants non constipés voyaient une amélioration de leur cas avec l'entraînement à la relaxation, mais que les enfants constipés réagissaient simplement à un supplément de fibre alimentaire.

### **6.7.2 Maux de tête**

Les maux de tête sont communs chez les enfants et on estime qu'environ 10 % des enfants souffrent de migraines. Les maux de tête sont plus communs et plus intenses chez les filles que chez les garçons. Environ 70 % des enfants indiquent avoir des maux de tête de temps à autre. L'entraînement à l'autorelaxation progressive et la rétroaction biologique sont des moyens efficaces pour réduire les maux de tête (Hermann et d'autres, 1995), mais la rétroaction biologique n'est pas adoptée aussi communément que l'autorelaxation (Holden et d'autres, 1999).

### **6.7.3 Douleur en rapport avec une intervention médicale**

Une proportion importante d'enfants subissent des interventions médicales ou dentaires douloureuses d'année en année : injection, obturation dentaire, traitement de brûlures, ponction de la moelle osseuse, ponction lombaire et chirurgie. Il ressort de la recherche que les enfants ne s'habituent pas à ces interventions, mais risquent de se sensibiliser et d'être dérangés de plus en plus au fil du temps. La recherche indique également que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) offre une forme de traitement « bien établie » de la douleur en rapport avec les interventions médicales (Powers, 1999). La TCC est particulièrement efficace pour gérer la douleur due aux injections et aux ponctions veineuses (Lander & Fowler, 1993). On obtient aussi de bons résultats en distrayant l'enfant au moyen de bandes dessinées, de ballons, de musique et d'autres stratégies. Pour des interventions plus complexes, une combinaison d'analgésiques et de soutiens comportementaux est la meilleure forme de gestion de la douleur. Par exemple, Ellis et d'autres (1994) ont observé que ces méthodes amènent une diminution importante de la souffrance des enfants pendant des interventions telles que ponction de la moelle osseuse ou ponction lombaire. Kuttner et ses collègues (1988) ont observé que les enfants de trois à sept ans qui ont été hypnotisés affichaient une amélioration importante des résultats sur l'échelle de douleur.

## **7. Pratiques prometteuses en santé mentale de la petite enfance : traitement et intervention pour le trouble de l'attachement et les troubles des relations enfant-parent**

On note suivant les consultations auprès des membres du comité d'experts et de cliniciens chevronnés de la santé mentale de la petite enfance qu'il est important de pouvoir décrire les pratiques prometteuses pour le traitement des troubles de l'attachement et les problèmes des relations enfant-parent. Toutefois, selon Zeanah et Boris (1999) :

*Il n'y a eu jusqu'à présent aucune tentative formelle d'évaluer les interventions dans les cas de perturbations ou troubles cliniques de l'attachement. Les obstacles définitionnels que nous avons décrits dans le présent chapitre illustrent les problèmes rencontrés au diagnostic du trouble de l'attachement. Ainsi, il n'existe encore aucune étude des interventions suivant le diagnostic du trouble de l'attachement. (p. 365)*

Néanmoins, selon le comité d'experts, la combinaison du travail théorique et des études concrètes suggère qu'il convient d'inclure les pratiques prometteuses dans le traitement du trouble de l'attachement et des relations problématiques enfant-parent. Certaines conclusions fondamentales sur les pratiques prometteuses sont offertes ci-dessous.

La thérapie concernant les nourrissons et leurs parents évoque une forte influence des concepts de Bowlby sur les modèles d'études internes et l'attachement. Selon Bowlby, l'expérience intériorisée précoce fournit un cadre de travail sur lequel fonder l'exploration des événements émotifs actuels en rapport avec l'attachement, dans le contexte des relations entre le thérapeute et les parents (Zeanah & Benoit, 1995). La théorie de l'attachement considère que les événements de la vie courante jouent un rôle important dans le développement de l'enfant et dans son fonctionnement actuel. Conformément à la recherche contemporaine sur le développement, la théorie de l'attachement repose sur l'idée que les nourrissons vivent dans un état de rapports étroits avec leurs expériences immédiates. La prémisse de la théorie de l'attachement accorde aussi une grande importance à l'observation du comportement en tant qu'indicateur de la réaction émotive de l'enfant ou du parent.

Comme Belsky et Cassidy l'ont indiqué dans leur examen (1994), la théorie de l'attachement est la seule théorie du développement socio-affectif qui jouit de l'appui de la recherche empirique. Bien que l'application systématique de la théorie de l'attachement aux questions cliniques soit encore en évolution, on l'a déjà appliquée fréquemment en psychothérapie des jeunes enfants et de leurs parents pour traiter les troubles de l'attachement et les problèmes des relations parent-enfant (Lieberman & Zeanah, 1999).

Le sommaire du programme enfant-parent (PEP) qui suit donne un aperçu d'un programme de thérapie enfant-parent prometteur. C'est Fraiberg qui a établi le PEP dans le but d'élaborer une psychothérapie enfant-parent et de la tester, à l'intention des troubles relationnels chez les enfants de la naissance à l'âge de trois ans. À l'origine, l'accent avait été mis sur l'expérience des parents dans leur petite enfance. À mesure que le programme a évolué, à l'orientation d'origine est venue s'ajouter la concentration sur les différences individuelles chez les bébés, la perception parentale des difficultés émotives et comportementales de leur enfant et l'impact des expériences stressantes survenues dans la vie des parents. Conformément à la théorie de l'attachement, on voit dans la qualité des relations parents-thérapeute un facteur clé dans les progrès de la thérapie.

Les enfants engagés dans le PEP affichaient une grande variété de symptômes pour lesquels diverses études avaient établi des liens avec les troubles de l'attachement et les problèmes relationnels parent-enfant (Carlson & Sroufe, 1995). Les symptômes des enfants allaient de l'incapacité de se développer à la dépression, l'anxiété de la séparation, les craintes multiples, les crises de colère, l'inattention, l'impulsivité et la colère. Parmi les nourrissons et les tout-petits, le diagnostic formel d'un sous-groupe d'enfants a reconnu le trouble réactionnel de l'attachement conformément aux critères de diagnostic DSM-IV et DC:0-3.

L'intervention du PEP commence par un processus d'évaluation de six semaines visant à bâtir un rapport de collaboration avec chaque parent ou gardien de l'enfant, tout en recueillant des données sur l'enfant et sa famille. Pendant cette phase d'évaluation, l'enfant est soumis à une évaluation neuropsychologique intégrale. S'il ressort qu'un programme de thérapie enfant-parent est indiqué, le thérapeute qui a effectué l'évaluation doit alors se charger également du traitement afin de maintenir un rapport de collaboration ininterrompu et positif.

Une séance de thérapie a lieu soit au domicile familial soit dans la salle de jeu de la clinique et le parent et l'enfant y sont présents. Les sessions, tant d'évaluation que de traitement, n'ont pas de structure précise, les thèmes étant laissés au hasard des interactions entre le parent et l'enfant ou aux associations libres du parent. L'observation de l'enfant vise à déterminer le niveau de son fonctionnement sensori-moteur, social et émotif. Cette observation ajoute à l'évaluation neuropsychologique formelle. Le thérapeute fait appel à une variété de méthodes (jeu conjoint, orientation développementale, soutien émotif, interprétations axées sur l'intuition) pour modifier les perceptions rigides et fausses que le parent a de son enfant. Ces méthodes aident également le parent à se constituer un jeu d'idées et de comportements plus flexibles et mieux en rapport avec le développement de l'enfant, qui permettront à l'enfant de compter avec plus de certitude sur son parent.

En ce qui concerne les résultats reposant sur une base empirique, Lieberman et ses

collègues (1991) ont signalé des différences importantes entre le groupe des interventions et un groupe témoin dans une étude des résultats des traitements du PEP sur échantillon aléatoire. On notait dans le groupe des interventions des progrès marqués quant aux mesures importantes relatives à l'attachement, telles que l'empathie maternelle et l'évitement de l'enfant à l'égard de sa mère, ainsi que sa résistance et sa colère.

Dans leur examen, Lieberman et Zeahah (1999) ont aussi brièvement décrit un nombre de programmes d'intervention enfant-parent faisant appel à la théorie de l'attachement. Plusieurs de ces programmes font actuellement l'objet d'études visant à déterminer leur efficacité et leur portée auprès de différentes populations. Ces programmes modèles comprennent notamment :

- *Vers une condition parentale plus efficace et plaisante* : Programme du Minnesota
- *Théorie de l'attachement et méthode transactionnelle* : Programme de Rochester
- *Intervention axée sur la relation pour les nourrissons et les tout-petits maltraités* : Programme de la Nouvelle-Orléans
- *Entraînement parental cognitivo-comportemental et à l'attachement* : Projet de Seattle
- *Orientation de l'attachement et de l'interaction* : Projet d'Ann Arbor

Ces programmes font appel à une grande variété de modèles thérapeutiques (p. ex., intuition, relation thérapeutique, modèle transactionnel, modèle cognitivo-comportemental), de groupes de clients (p. ex., mères d'un seul enfant, mères présentant un risque de violence/négligence, mères de tout-petits maltraités en foyer nourricier, familles difficiles à joindre) et de lieux de prestation de services (p. ex., visites à domicile, agences de services sociaux, cliniques avec salle de jeux, hôpitaux). On y emploie des principes et des interventions telles que l'orientation de l'interaction (McDonough, 1995) qui sont importants dans la promotion de relations positives entre parents et enfants en bas âge et dans le traitement des troubles connexes.

## **8. Formation du personnel en santé mentale de la petite enfance**

### **8.1 Connaissances et compétences de base en santé mentale de la petite enfance**

Le changement de perspective le plus radical dans le domaine des traitements de la petite enfance est une remise en cause de la conceptualisation du rôle de la famille. Selon le nouveau paradigme, la famille est le noyau autour duquel gravitent les services. Il met l'accent sur la signification de la famille et sur les mécanismes de réaction et d'adaptation de chaque famille. La reconnaissance croissante de la diversité des familles exige aussi que l'on élabore de nouvelles compétences interculturelles par la conscience de soi-même, la connaissance des particularités des différentes cultures et l'application efficace

de la connaissance et de l'acuité ainsi acquises au profit des interactions (Chan, 1990). Le changement de paradigme a eu des conséquences profondes sur la nature des relations entre parents et professionnels, avec des implications très claires en ce qui concerne la formation.

La démarche visant à « réparer » la déficience, qui fait de l'enfant un objet passif dans des interventions contrôlées par les adultes, cède maintenant la place à une démarche développementale qui met l'accent sur la nature transactionnelle du développement, la qualité réceptive de l'origine des relations et la nature sociale de l'apprentissage (Sameroff & Emde, 1988). Dans le cadre de ce nouveau paradigme, les professionnels partagent leurs connaissances dans un contexte de respect et de collaboration, de sorte que les compétences de l'enfant et de la famille s'en trouvent fortifiées (Dunst et d'autres, 1991).

Une autre tendance récente consiste à offrir des services de santé mentale de la petite enfance dans un milieu inclusif (ou naturaliste) tel que le domicile, la garderie ou un cadre préscolaire. S'établir dans un milieu inclusif est un moyen de faire de l'enfant un membre à part entière du groupe, tout en respectant ses besoins personnels. Ce mouvement vers une démarche interactive axée sur la famille dans un milieu inclusif a eu une grande influence sur la formation des professionnels (Beckman, 1996; McBride & Botherson, 1997). Mettre l'accent sur des services axés sur la famille exige l'acquisition de compétences en :

- collaboration
- soutien
- négociation
- connaissance de soi et pratique réflexive
- écoute active
- reconnaissance et respect des buts de la famille

Inviter la participation des familles en tant que partenaires de la formation est un des moyens les plus efficaces de promouvoir l'importance de la famille et de modérer la collaboration parent-professionnel. Jivanjee et Friesen (1997) recommandent d'inviter les parents et les membres de la famille à participer à la formation des professionnels pour une pratique axée sur la famille. Kirk Bishop et d'autres (1993) offrent des exemples de programmes faisant appel à la collaboration parent-professionnel pour aider à former le personnel des services de santé mentale de la petite enfance. Au cœur du modèle axé sur la famille repose l'hypothèse que chaque famille a ses propres points forts, le but étant alors d'harmoniser l'intervention à ces capacités. Les problèmes et faiblesses sont donc vus comme une partie seulement du tableau d'ensemble. Le modèle axé sur la famille exige les compétences suivantes de la part du personnel :

- avoir une connaissance intime de la documentation sur les points forts des familles
- être à l'écoute des points forts
- poser des questions qui révèlent les points forts
- planifier le cas en reconnaissant à la fois ses faiblesses et ses points forts
- appliquer le raisonnement propre au système en établissant un rapport entre les questions courantes et la situation globale de la famille, en tirant parti des compétences et des ressources des membres de la famille

La recherche a établi des liens entre un programme de la plus haute qualité pour la petite enfance et un niveau supérieur de formation et de cote des connaissances et des compétences (Buisse et d'autres, 1999). Gallacher (1997) note que la supervision, les conseils personnalisés et l'encadrement sont autant de composantes nécessaires à un bon programme de formation sur la petite enfance. Les parents aussi ont des conseils et un encadrement utiles à offrir aux professionnels (McBride et d'autres, 1995). Le rôle de l'enfant a également évolué avec ce nouveau paradigme. La démarche développementale place chaque étape du progrès développemental de l'enfant dans un continuum et s'avère utile tant dans le cas d'un enfant dont le problème est reconnu que pour un enfant vulnérable. La perspective développementale tient compte du fonctionnement actuel de l'enfant en rapport avec les attentes ordinaires ou normatives des compétences développementales dans tous les domaines.

La réorientation vers une intervention plus inclusive exige des professionnels qu'ils apprennent à tenir compte de ce qui est important pour l'enfant quand ils effectuent une évaluation et quand ils planifient leurs interventions. Le point de vue de l'enfant est une composante essentielle du processus de planification des interventions. Une intervention inclusive exige d'avoir la capacité de faire effectivement embrayer l'enfant, d'abord seul puis en petits groupes, souvent à un niveau non verbal. Knitzer (1995) recommande aux professionnels d'avoir des connaissances du développement de l'enfance et des systèmes familiaux, en plus des compétences cliniques et multidisciplinaires pratiques, ainsi qu'une aptitude à la collaboration au sein des organismes.

Étant donné que reconnaître les problèmes de santé mentale chez les jeunes enfants et les traiter, fait appel à des compétences relevant de plusieurs disciplines, la méthode multidisciplinaire est la pierre de touche des services de santé mentale de la petite enfance. Les valeurs et compétences entrant en jeu dans la coordination multidisciplinaire sont essentielles à l'application de la nature intégrative du développement dans la pratique. La formation multidisciplinaire peut se faire de plusieurs manières : conférenciers invités, enseignement mutuel, formation multidisciplinaire d'une équipe et partage des stages. Elle requiert aussi la participation des fournisseurs de la collectivité et des parents, des administrateurs et des pairs qui ont déjà collaboré à des projets.

Pour qu'un processus de formation soit efficace, il doit aborder des problèmes tangibles au moyen de méthodes d'apprentissage actif telles que le jeu de rôles, l'application

pratique, l'étude de cas, la réflexion dirigée, l'introspection et la supervision clinique (Bricker & Widerstrom, 1996).

## **8.2 Formation spécialisée pour le travail auprès des nourrissons**

Bien que l'on s'entende généralement sur les domaines précis de la connaissance de base, il existe certaines opinions marquées selon lesquelles les professionnels qui travaillent auprès des enfants doivent disposer de données et de compétences qui diffèrent de celles qui s'appliquent à l'enfance préscolaire, et que leur formation doit tenir compte de ces différences (Bricker & LaCroix, 1996). Thorp et McCollum (1994) proposent que les professionnels qui travaillent avec les nourrissons reçoivent une formation supplémentaire dans une discipline spécialisée en rapport avec le stade précis du développement du nourrisson, ainsi que dans un « domaine fondamental et universel » relatif à l'enfance exigé de toute discipline œuvrant dans l'intervention auprès de la petite enfance.

## **8.3 Formation spécialisée pour le traitement des enfants de trois à six ans**

Ceux et celles qui travaillent auprès d'enfants de trois à six ans se concentrent sur les caractéristiques et les comportements de l'enfant d'âge préscolaire. Dans ce contexte, les professionnels acquièrent des stratégies propres à leur travail avec des enfants qui ont des problèmes reconnus et d'autres qui sont vulnérables; ils travaillent dans des milieux inclusifs, collaborent aux activités d'équipes multidisciplinaires et planifient des interventions personnalisées qu'ils mettent ensuite en pratique. Une orientation développementale qui repose sur l'intégration des pratiques recommandées à partir de bases de connaissances décrites dans les *Guidelines for Preparation of Early Childhood Professionals* (NAEYC, 1996) offre une bonne fondation à la reconnaissance du contenu de la formation des professionnels de la santé mentale qui œuvrent auprès des enfants d'âge préscolaire.

## **8.4 Évaluation du contenu de la formation**

Selon Snyder et Wolfe (1997), déterminer le contenu de la formation doit reposer sur les points suivants :

- évaluation des besoins des participants éventuels
- milieu précis dans lequel se dérouleront les activités de formation
- entretiens avec le personnel et les familles
- application de méthodes innovatrices reconnues dans les comptes rendus de recherche
- large éventail de présentateurs qualifiés et réputés, de professionnels et de parents

- activités de suivi immédiat pour appuyer le transfert de la formation du cadre d'apprentissage, surtout par des groupes de soutien constitués de pairs (y compris des réseaux d'appui électroniques) et l'encadrement
- stratégies de suivi secondaire comprenant des devoirs et des plans de mise en œuvre de l'apprentissage dans le cadre de travail, des outils de travail, de la documentation, des mises à jour des connaissances, des suivis au téléphone et par courriel, des bulletins et d'autres modes de diffusion de l'information
- stratégies d'évaluation clairement identifiées pour évaluer l'efficacité de la formation et déterminer comment l'améliorer.

### **8.5 Conclusions du sondage de la *Fondation Investir dans l'enfance* sur les écarts dans les connaissances**

La *Fondation Investir dans l'enfance* (Kulkarni & Crill Russell, 2000) a effectué un sondage auprès de professionnels chevronnés de la petite enfance, en Ontario, afin de déterminer les écarts qui existent, en matière de connaissance du domaine du développement de l'enfance, entre le degré d'importance attribué à chaque sujet et le degré de connaissance qui lui est effectivement reconnu. Les participants comptaient des psychologues et des travailleurs sociaux en santé mentale des enfants, des spécialistes du développement des nourrissons, des enseignants de la petite enfance, des infirmières de santé publique, des travailleurs des services de protection de l'enfance, des orthophonistes et des travailleurs offrant un soutien aux familles. Pour les professionnels de la santé mentale des enfants, le sondage a révélé que les deux écarts les plus importants se situaient dans les connaissances sur le développement du cerveau de l'enfant et sur les compétences parentales. Pour les autres professionnels, le plus grand écart se situait aussi au niveau des connaissances sur le développement du cerveau de l'enfant.

Le sondage demandait aussi aux professionnels de la petite enfance d'énumérer les sujets qui les aideraient à faire le meilleur travail possible dans leur profession, pour promouvoir le développement sain des enfants. Voici les sujets qu'ils ont nommés, par ordre de préférence :

Préférence	Sujets
1	Évaluation des compétences et aptitudes parentales et comment les traiter
2	Étapes précises de l'âge et du développement
3	Facteurs de risques et évaluation des risques
4	Limites pour le personnel et problèmes liés au milieu de travail
5	Évaluation et intervention pour les enfants ayant des besoins particuliers
6	Développement du nourrisson
7	Appui aux familles et dynamiques familiales
8	Attachement et formation de liens affectifs
9	Ressources et collaboration communautaires
10	Développement du cerveau et petite enfance
11	Problèmes d'ordre culturel et sensibilité à la culture

## 9. Conclusion

Il existe des données convaincantes sur l'importance du développement au stade de la petite enfance, car il permet de jeter les bases des compétences et des habiletés d'adaptation pour le reste de la vie (Mustard & McCain, 1999). Il existe également des données tout aussi convaincantes sur l'importance de la période allant de la naissance à l'âge de six ans en ce qui concerne le comportement antisocial et les problèmes de santé mentale surgissant plus tard (Rutter et d'autres, 1998; Tremblay, 1999). En particulier, on a établi des liens irréfutables entre les compétences parentales et l'influence de la famille, de la collectivité et du milieu socio-économique dans les premières années de la vie, et les conséquences pour la santé, l'apprentissage et le comportement. Les services de santé mentale de la petite enfance jouent un rôle clé dans les domaines suivants :

- traitement des enfants et des familles ayant des problèmes de santé mentale;
- appui offert aux nouveaux centres de développement de l'enfance et de formation au rôle parental, et aux programmes en place (garderies, maternelles, programmes d'appui périnatal) pour répondre aux besoins en matière de santé mentale;
- soutien accordé aux collectivités afin d'améliorer les compétences parentales et de réduire les facteurs de risques associés aux problèmes de santé mentale chez les jeunes enfants et leurs familles.

## 10. Références

Abramowitz AJ (1994). Classroom interventions for disruptive behavior disorders. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics North America* 392, 343-360.

Achenbach TM et d'autres (1990). Seven-year outcome of the Vermont intervention program for low-birthweight infants. *Child Development* 61, 1672-1681.

Anastopoulos AD et d'autres (1992). Stimulant medication and parent training therapies for attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Learning Disabilities* 24, 210-218.

Anastopoulos AD et d'autres (1993). Parent training for attention deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology* 21, 581-596.

Baker, SS et d'autres (1999). Constipation in infants and children: Evaluation and treatment. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 29, 612-626.

Barrett P et d'autres (1991). *Coping Koala Workbook*. Manuscrit non publié. School of Applied Psychology, Griffith University, Australie.

Beckman P (Ed.) (1996). *Strategies for working with families of young children with disabilities*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

Belsky J & Cassidy J (1994) Attachment: Theory and evidence. In M Rutter and DF Hay (Eds.), *Development through life: A handbook for clinicians*. Oxford: Blackwell, 373-402.

Bemporad JR (1994). Dynamic and interpersonal theories of depression. In WM Reynolds & HF Johnson (Eds.), *Handbook of Depression in Children and Adolescents*. New York: Plenum, 81-95.

Bricker D & LaCroix B (1996). Training practices. In D Bricker & A Widerstrom (Eds.). *Preparing personnel to work with infants and young children and their families: A team approach*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes, 43-67.

Bricker D & Widerstrom A (Eds.). *Preparing personnel to work with infants and young children and their families: A team approach*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as the context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology* 22, 723-742.

- Buyse V, Wesley PW et d'autres (1999). Quality of early childhood programs in inclusive and noninclusive settings. *Exceptional Children* 65 (3), 310-314.
- Cantwell DP (1990). Depression across the early life span. In M Lewis and SM Miller (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology*. New York: Plenum, 293-309.
- Cantwell DP (1996). Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35, 978-987.
- Carlson C et d'autres (1992). Single and combined effect of methylphenidate and behavior therapy on the classroom behavior, academic performance and self-evaluations of children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology* 20, 213-232.
- Carlson EA & Sroufe LA (1995). Contributions of attachment theory to developmental psychopathology. In D. Cicchetti and DJ Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology (Vol. 1). Theory and methods*. New York, NY: Wiley, 581-617.
- Castellanos D & Hunter T (1999). Anxiety disorders in children and adolescents. *Southern Medical Journal* 92, 946-954.
- Cendron M (1999). Primary nocturnal enuresis: Current concepts. *American Family Physician* 59, 1205-1218.
- Chan SQ (1990). Early intervention with culturally diverse families of infants and toddlers with disabilities. *Infants and Young Children* 3(2), 78-87.
- Christophersen, ER et d'autres (1981). The family training program manual: The home chip system. In RA Barkley (Ed.), *Hyperactive children: A handbook for diagnosis and treatment*. New York, NY: Guilford Press, 437-448.
- Clark R (1985). *The parent-child early relational assessment instrument and manual*. Madison, WI: University of Wisconsin Medical School, Department of Psychiatry.
- Cohen E & Kaufman R (2000). *Early childhood mental health consultation*. Washington, DC: Center for Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Cox DJ et d'autres (1998). Contributions of behavior therapy and biofeedback to laxative therapy in the treatment of pediatric encopresis. *Annals of Behavioral Medicine* 20, 70-75.
- Cunningham CE et d'autres (1995). Large group community-based parenting programs for families of preschoolers at risk for disruptive behaviour disorders: Utilization, cost

effectiveness, and outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 36, 1141-1159.

Dadds M & McHugh T (1992). Social support and treatment outcome in behavioral family therapy for child conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55, 396-403.

Doherty G (1997). *De la conception à six ans: les fondements de la préparation à l'école*. Ottawa : Développement des ressources humaines Canada, rapport de recherche R-97-8E.

Dunst CJ (1993). Implications of risk and opportunity factors for assessment and intervention practices. *Topics in Early Childhood Special Education* 13 (2), 143-153.

Dunst CJ, Trivette CM & Hamby D (1991). Family-oriented early intervention policies and practices: Family-centered or not? *Exceptional Children* 58, 115-126.

Edwards M et d'autres (1991). Matching treatment with recurrent abdominal pain symptoms: An evaluation of dietary fibre and relaxation treatment. *Behavior Therapy* 22, 257-267.

Ellis J et d'autres (1994). Cognitive-behavioral interventions for children's distress during bone marrow aspirations and lumbar punctures: A critical review. *Journal of Pain and Symptom Management* 9, 96-108.

Emslie GJ et d'autres (1997). Recurrence of major depressive disorder in hospitalized children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36, 785-792.

Field T et d'autres (1995). Vagal tone in infants of depressed mothers. *Developmental Psychopathology* 7, 227-231.

Fleming, JE & Offord DR (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 29, 571-580.

Flisher AJ et d'autres (1996). Psychosocial characteristics of physically abused children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36, 123-131.

Fritz G et d'autres. (1997). Somatoform disorders in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36, 1329-1338.

Fonagy P, Target M (1994). The efficacy of psychoanalysis for children with disruptive

disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 33, 45-55.

Frankel et d'autres (1997). Parent-assisted transfer of children's social skills training: Effects on children with and without attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36, 1056-1064.

Fristad MA, Gavazzi SM, Centolella DM, Soldano KW (1996). Psychoeducation: a promising intervention strategy for families of children and adolescents with mood disorders. *Contemporary Family Therapy* 18, 371-383.

Gallacher KK (1997). Supervision, mentoring, and coaching. In P Winton, JA McCollum, & C Catlett (Eds.), *Reforming personnel preparation in early intervention: Issues, models and practical strategies*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes, 191-224.

Garnezy N (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist* 34, 416-430.

Gelfand DM & Teti DM (1990). The effects of maternal depression on children. *Child Psychology Review* 10, 329-353.

Giaconia RM et d'autres (1994). Ages of onset of psychiatric disorders in a community population of older adolescents. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 33 (5), 706-717.

Graziano A & Mooney K (1980). Family self-control instruction and children's night time fear reduction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 48 (2), 206-213.

Guralnick MJ (1997). Second-generation research in the field of early intervention. In MJ Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

Guralnick MJ (1998). Effectiveness of early intervention for vulnerable children: A developmental perspective. *American Journal on Mental Retardation* 102 (4), 319-345.

Harrington R et d'autres (1998). Systematic review of efficacy of cognitive behaviour therapies in childhood and adolescent depressive disorder. *British Medical Journal* 316, 1559-1564.

Hermann C et d'autres (1995). Behavioral and prophylactic pharmacological intervention studies of paediatric migraine: An exploratory meta-analysis. *Pain* 60, 239-255.

Holden EW et d'autres (1999). Empirically supported treatments in pediatric psychology: Recurrent pediatric headache. *Journal of Pediatric Psychology* 24, 91-109.

Houts, A et d'autres (1994). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for nocturnal enuresis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62, 737-745.

Jivanjee P & Friesen B (1997). Shared expertise: Family participation in interprofessional training. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 5 (4), 205-211.

Johnson HC (1999). *Psyche, synapse, and substance: The role of neurobiology in emotions, thinking and addiction for non-scientists*. Greenfield, MA: Deerfield Valley Publishing.

Kanfer F et d'autres (1975). Reduction of children's fears of the dark by competence-related and situational threat-related verbal cues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 43 (2), 251-258.

Kaplan-Sanoff M (1996). The effects of maternal substance abuse on young children: Myths and realities. In E Erwin (Ed.), *Putting children first*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes, 77-103.

Karoly LA, Greenwood PW, Everingham SS et d'autres (1998). *Investing in our children: What we know and don't know about the costs and benefits of early childhood interventions*. Santa Monica, CA: RAND.

Karr-Morse R & Wiley MS (1997). *Ghosts from the nursery: Tracing the roots of violence*. New York: The Atlantic Monthly Press.

Kashani J et d'autres (1986). Depression and depressive symptoms in preschool children from the general population. *American Journal of Psychiatry* 143, 1128-1143.

Kazdin AE (1977). *The token economy: A review and evaluation*. New York, NY: Plenum.

Kazdin AE (1995). *Conduct disorder in childhood and adolescence* (2<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Kazdin AE & Marciano PL (1998). Child and adolescent depression. In EJ Mash & RA Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders* (2<sup>e</sup> éd.). New York: Guilford Press, 211-248.

Kazdin AE & Wassell G (2000). Therapeutic changes in children, parents, and families resulting from treatment of children with conduct problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39, 414-420.

Kelly JE & Barnard KE (2000). Assessment of parent-child interaction: Implications for early interventions. In JP Shonkoff & SJ Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention*. New York: Cambridge University Press, 258-289.

Kendall P (1992). *Coping Cat Workbook*. Admore, PA: Workbook Publishing.

Kendall P et d'autres (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65, 366-380.

King NJ et d'autres (1998). Cognitive-behavioral treatment of school-refusing children: A controlled evaluation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37, 395-403.

Kirk Bishop K, Woll J, and Arango P (1993). *Family/professional collaboration for children with special needs and their families*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Social Work.

Klein RG & Last CG (1989). *Anxiety disorders in children*. Newbury Park, CA: Sage.

Knitzer J (2000). Early childhood mental health services: A policy and systems development perspective. In JP Shonkoff & SJ Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention*. New York: Cambridge University Press, 416-438.

Knitzer J (1995). Meeting the mental health needs of young children and families: Service needs, challenges, and opportunities. In B. Stroul (Ed.), *Systems of care of children and adolescents with serious emotional disturbances: From theory to reality*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes, 553-572.

Kovacs M, Feinberg TL et d'autres (1984). Depressive disorders in childhood. *Archives of General Psychiatry* 41, 229-237.

Kulkarni C & Crill Russell C (2000). *Évaluation des besoins – Formation des professionnels qui travaillent auprès de jeunes enfants*. Toronto (Ontario), Fondation Investir dans l'enfance (sommaire à télécharger au site <http://www.investinkids.ca/french/>).

Kuttner L et d'autres (1988). Psychological treatment of distress, pain, and anxiety for young children with cancer. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 9, 374-381.

Lander J & Fowler K (1993). TENS for children's procedural pain. *Pain* 52, 209-216.

Laucht M et d'autres (1994). Parental mental disorder and early child development. *European Child and Adolescent Psychiatry* 3, 124-137.

Lavigne JV et d'autres (1996). Prevalence rates and correlates of psychiatric disorder among preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35 (2), 204-214.

Lieberman A & Zeanah CH (1999). Contributions of attachment theory to infant-parent psychotherapy and other interventions with infants and young children. In J Cassidy and PR Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. London: Guilford Press, 555-574.

Lieberman A et d'autres (1991). Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child Development* 62, 199-209.

Lipman EG, Offord DR & Boyle MH (1994). Relations between economic disadvantage and psychosocial morbidity in children. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 151(4), 431-437.

Lonigan CJ, Elbert JC & Bennett Johnson S (1998). Empirically supported psychosocial interventions for children: An overview. (Special Issue on Empirically Supported Psychosocial Interventions for Children). *Journal of Clinical Child Psychology* 27 (2), 138-146.

Mahoney G et d'autres (1996). Modifying parent-child interaction: Enhancing the development of handicapped children: Are professionals ready to implement this practice? *Topics in Early Childhood Special Education* 16 (1), 26-50.

Mayes LC (1995). Substance abuse in parenting. In M Borstein (Ed.), *Handbook of parenting*. Mahwah, NJ: Erlbaum, 101-125.

McBride SL, Sharp L et d'autres (1995). Parents as co-instructors in pre-service training: A pathway to family-centered practice. *Journal of Early Intervention* 19, 377-389.

McBride SL & Botherson, MJ (1997). Guiding practitioners toward valuing and implementing family-centered practices. In PJ Winton, JA McCollum & C Catlett (Eds.), *Reforming personnel preparation in early intervention: Issues, models and practical strategies*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes, 253-276.

Meisels SJ & Atkins-Burnett S (2000). The elements of early childhood assessment. In JP Shonkoff & SJ Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention..* New York: Cambridge University Press, 231-257.

Minde K, Goldberg S et d'autres (1989). Continuities and discontinuities in the development of 64 very small premature infants to 4 years of age. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 30, 391-404.

Moretti M et d'autres (1994). Long term outcome of an attachment-based program for conduct disorder. *Association des psychiatres du Canada*, 39, 360-370.

Mustard, JF & McCain MN (1999). *Inverser la véritable fuite des cerveaux — Étude sur la petite enfance : Rapport final*. Toronto ON : Institut canadien des recherches avancées.

Neisworth, JT (1990). Judgment-based assessment and social validity. *Topics in Early Childhood Special Education* 10 (3).

NAEYC [National Association for the Education of Young Children] (1996). *Guidelines for the preparation of early childhood professionals*. Washington, DC: Author.

Offord DR et d'autres (1987). Ontario Child Health Study II: Six month prevalence rates and service utilization. *Archives of General Psychiatry* 44, 832-836.

Offord DR & Lipman E L (1996). Problèmes émotifs et comportementaux. Grandir au Canada : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes. Catalogue Statistique Canada, n° 89-550-MPE. Ottawa : Ministère de l'Industrie, 119-126.

Olds D et d'autres (1998). Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized control trial. *Journal of American Medical Association* 280, 1238-1244.

Ollendick TH & King NJ (1998). Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders: Current status. *Journal of Clinical Child Psychology* 27, 156-167.

Osofsky JD (1997). Psychosocial risk for adolescent parents and infants: Clinical implications. In J Noshpitz et d'autres (Eds.), *Handbook of child and adolescent psychiatry* (Vol. 1). New York: Wiley, 177-190.

Pisterman S et d'autres (1992). The role of parent training in treatment of pre-schoolers with ADHD. *American Journal of Orthopsychiatry* 62, 397-408.

Powers SW (1999). Empirically supported treatments in pediatric psychology: Procedure-related pain. *Journal of Pediatric Psychology* 24, 131-145.

Rae-Grant N et d'autres (1989). Risk, protective factors, and the prevalence of behavioral and emotional disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 28, 262-268.

Rappley MD et d'autres (1999). Diagnosis of attention-deficit disorder and use of psychotropic medication in very young children. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 153, 1039-1045.

Richters J et d'autres (1995). NIMH collaborative multisite multimodal treatment study of children with ADHD: I. background and rationale. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34, 987-1000.

Rogosch FA et d'autres (1996). Parenting dysfunction in child maltreatment. In M Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (Vol. 4). Mahwah, NJ: Erlbaum, 127-162.

Rutter M (1985). Resiliency in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry* 147, 589-611.

Rutter M (2000). Psychosocial influences: Critiques, findings, and research needs. *Development and Psychopathology* 12, 375-405.

Rutter, M et d'autres (1998). *Antisocial behaviour by young people*. Cambridge: Cambridge University Press.

Sameroff A (1993). Models of development and developmental risk. In C. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health*. New York: Guilford Press, 3-14.

Sameroff A & Emde R (1988). *Relationship disturbances in early childhood*. New York: Basic Books.

Snyder P & Wolfe B (1997). Needs assessment and evaluation in early intervention personnel preparation: Opportunities and challenges. In P Winton, JA McCollum, & C Catlett (Eds.), *Reforming personnel preparation in early intervention: Issues, models and practical strategies*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes, 127-171.

Spivak G & Shure MB (1978). *Problem-solving techniques in child-rearing*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Sprott J & Doob A (1998). *Les problèmes de comportement durant l'enfance peuvent-ils mener à la délinquance?* Ottawa : Développement des ressources humaines Canada, document utilisé pour les ateliers W-98-29Es.

Stark LJ et d'autres (1997). Evaluation of a standard protocol for retentive encopresis: A

replication. *Journal of Pediatric Psychology* 22, 297-307.

Stroul BA & Friedman R (1986). *A system of care for seriously emotionally disturbed children and youth*. Washington, DC: Georgetown University, CASSP Technical Assistance Center.

Thorp EK & McCollum JA (1994). Defining the infancy specialization in early childhood special education. In LJ Johnson, RJ Gallagher et d'autres (Eds.), *Meeting early intervention challenges: Issues from birth to three*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes, 167-183.

Tremblay R et d'autres (1991). Can disruptive boys be helped to become competent? *Psychiatry* 54, 148-161.

Tremblay R (1999). When children's social development fails. In D Keating and C Hertzman (Eds.), *Developmental health and the wealth of nations*. New York: Guilford Press.

Van Londen A et d'autres (1995). Relapse rate and subsequent parental reaction after successful treatment of children suffering from nocturnal enuresis: A 2 1/2 year follow up. *Behaviour Research and Therapy* 33, 309-311.

Velosa JF & Riddle MA (2000). Pharmacologic treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Child and Adolescent Clinics of North America* 9, 119-133.

Waters E et d'autres (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child Development* 71, 684-689.

Webster-Stratton C (1987). *Parents and children: A 10 program videotape parent training series with manuals*. Eugene, OR: Castalia Press.

Webster-Stratton C, et d'autres (1989). The long-term effectiveness and clinical significance of three cost effective training programs for families with conduct-problems children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57, 550-553.

Webster-Stratton C & Hammond M (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65, 93-109.

Wehman T (1998). Family-centered early interventions services: Factors contributing to increased parent involvement and participation. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 80-86.

Woodruff G, Hanson CR, McGonigel, M & Sterzin ED (1990). *Community-based services for children with HIV infection and their families: A manual for planners, service providers, families, and advocates*. Brighton, MA: South Shore Mental Health Centre.

Zeanah CH (1996). Beyond insecurity: A reconceptualization of clinical disorders of attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64, 42-52.

Zeanah CH & Benoit D (1995). Clinical applications of a parent perception interview. *Child Psychiatric Clinics of North America* 4, 539-554.

Zeanah CH & Boris NW (1999). Disturbances and disorders of attachment in early childhood. In C. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health*. New York: Guilford Press, 3-14.

Zito JM et d'autres (2000). Trends in the prescribing of psychotropic medications to preschoolers. *Journal of the American Medical Association* 283, 1025-1030.

## **ANNEXE I**

**Comité consultatif du projet**

**Équipe de gestion du projet**

**Comités d'experts**

**Groupes consultatifs régionaux**

## **COMITÉ CONSULTATIF DU PROJET**

Janice Jarmain, Etobicoke Children's Centre  
Tony Diniz, The Crèche Child and Family Centre  
Tom Walters, Lakehead Regional Family Centre  
Charles Lachance, Centre psycho-social pour enfants et familles d'Ottawa  
Barrie Evans, Madame Vanier Children's Services  
Doug Brown, Peel Children's Centre  
Gerald Pezzot, Division des services intégrés pour enfants, ministère des Services à la collectivité, à la famille et à l'enfance et ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Jean Fitzpatrick, ministère des Services à la collectivité, à la famille et à l'enfance  
Brad Cows, Division des services intégrés pour enfants, ministère des Services à la collectivité, à la famille et à l'enfance et ministère de la Santé et des Soins de longue durée

## **ÉQUIPE DE GESTION DU PROJET**

Joanne Johnston, chef du projet  
Sheila Weinstock, directrice générale, SMEO  
Arnold Love, directeur de la recherche pour le projet  
Greg Lubmiv, coordonnateur de la formation pour le projet  
Debbie Garbe, adjointe à la recherche pour le projet

## **COMITÉS D'EXPERTS**

*(soit présents à la rencontre ou interrogés au téléphone)*

Jane Bertrand (Institut d'études pédagogiques de l'Ontario/Université de Toronto)

Yvonne Bohr (Aisling Discoveries Child & Family Centre)

Susan Bradley (Hôpital pour enfants malades)

Gina Browne (Université McMaster)

Carol Crill Russell (Fondation Investir dans l'enfance)

Larry Danilewitz (Kinark Child and Family Services)

Carey Anne DeOliveira (Madame Vanier Children's Services)

Tony Diniz (The Crèche Child and Family Centre)

Susan Goldberg (Hôpital pour enfants malades)

Kathleen Hofmans (Infant and Family Program)

Janice Jarman (The Etobicoke Children's Centre)

Betty Kashima (Aisling Discoveries Child & Family Centre)

Charles Lachance (Centre psycho-social pour enfants et familles d'Ottawa)

Gloria Mitchell (The Child's Place)

David Pederson (Université Western Ontario)

Ray DeV. Peters (Université Queen's)

Clara Will (Adventure Place)

Ailene Wittstein (Merrymount Children's Centre)

David Wolfe (Université Western Ontario)

## **GROUPES CONSULTATIFS RÉGIONAUX**

### **Groupe consultatif de London**

Sherry Booy (Child and Family Counselling Centre of Elgin)

Beth Kuhn (Glengarda Child and Family Services)

Rod Potgieter (Oxford Child and Youth Centre)

Paul Ricketts (Chedoke Child and Family Centre)

Shannon Stewart (Child and Parent Resource Institute)

Karen Ferguson (Child and Parent Resource Institute)

### **Groupe consultatif de Toronto**

Cynthia Alutis (The Crèche Child and Family Centre)

Linda Berkowitz (Peel Children's Centre)

Susan Berry (The Etobicoke Children's Centre)

Doug Brown (Peel Children's Centre)

Don Buchanan (Chedoke Child and Family Centre)

Paul Chalmers (The Etobicoke Children's Centre)

Andrew Debicki (Lynwood Hall Child and Family Centre)

Edith Fox (Kinark Child and Family Services)

Anne Hales (The Etobicoke Children's Centre)

Janet McQuarrie (Blue Hills Child and Family Services)

Evangeline Munns (Blue Hills Child and Family Services)

Alison Niccols (Chedoke Child and Family Centre)

Mary O'Regan (Blue Hills Child and Family Services)

Ann Schneider (Bruce Grey Children's Services)

Norma Sockett DiMarco (Aisling Discoveries Child and Family Centre)

Betty Stewart (York Centre for Children and Families)

Kaarina Vogin (Niagara Child Development Centre)

## **Groupe consultatif du Nord**

Jody Beckett (North of Superior Programs, Geraldton)  
Michelle Bernier-Wilson (Child and Family Centre, Sudbury)  
Michelle Dermenjian (Algonquin Child and Family Services)  
Linda Dugas (Child and Family Centre, Sudbury)  
Kathy England (Algonquin Child and Family Services)  
Leslee Hegge (North of Superior Programs, Geraldton)  
Linda Lamarche (Child and Family Services of Timmins)  
André Pierre Lamothe (Child and Family Services of Timmins)  
Ruth McAulay (Bébés en santé, enfants en santé; bureau de santé du Nord-Ouest, districts de Kenora/Rainy River)  
Janet Paterson (Patricia Centre for Children and Youth, Sioux Lookout)  
Patti Peever (Algonquin Child and Family Services)  
Dianne Sidders (Patricia Centre for Children and Youth, Red Lake)  
Corrie Van Dyk (Child and Family Services of Timmins)  
Stephanie Zacharuk (Algonquin Child and Family Services)

## **Groupe consultatif d'Ottawa**

Angèle Bouchard (Centre psychosocial pour enfants et familles)  
Rosalind Forster (Hôpital général de Cornwall)  
Mike Hone (Crossroads Children's Centre)  
Bruce Kennedy (Hôpital général de Cornwall)  
Michèle Lafrance (Équipe d'hygiène mentale pour francophones de Dundas et Glengarry)  
Lucie Lalande (Services aux enfants et adultes de Prescott-Russell)  
Stephen Martin (Open Doors for Lanark Children and Youth)  
Cherry Murray (Crossroads Children's Centre)  
Marcia Perryman (The Phoenix Centre for Children and Families)  
Catherine Robertson (Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario)  
Mario Sarda (Équipe d'hygiène mentale pour francophones de Dundas et Glengarry)  
Sally Wills (Child and Youth Wellness Centre of Leeds & Grenville)